



SYNNYTYSTAPANA KEISARINLEIKKAUS

– ISIEN KOKEMUKSIA SEKTIOSTA

Laura Yläjärvi

Opinnäytetyö
Joulukuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

YLÄJÄRVI, LAURA:
Synnytystapana keisarinleikkaus – isien kokemuksia sektioista

Opinnäytetyö 49 s. liitteet 1 kpl.
Marraskuu 2011

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää keisarinleikkausta synnytystapana. Teoriaosuudessa halusin selvittää sektiota toimenpiteenä, kuinka siihen päädytään ja kuinka siitä toivutaan. Halusin myös selvittää sektion vaikutuksia imetykseen sekä vauvan ensipäiviin. Olin kiinnostunut myös isien roolista sektiossa, josta löysin vain hyvin vähän tutkittua tietoa. Siksi työni tutkimusosa käsittelee isien kokemuksia keisarinleikkauksesta.

Opinnäytetyön menetelmänä käytin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmetodia. Tein internetiin vapaamuotoisen kyselyn Helistimen keskustelupalstalle. Sain kyselyyni vastauksen seitsemältä isältä, jotka olivat olleet mukana keisarinleikkauksessa. Analysoin vastaukset sisällönanalyysia hyväksikäyttäen.

Tuloksista ilmeni, että pääsääntöisesti isät olivat tyytyväisiä kohteluunsa keisarinleikkauksessa. Isät kokivat läsnäolonsa hyvin tärkeäksi, niin vauvan, kuin äidinkin. Vastajat olivat tyytyväisiä ohjaukseen sekä äidin ja vauvan voinnista tiedottamiseen. Osa vastajista oli ollut mukana kiireellisemmissä sektioissa, jolloin he kokivat tilanteen osittain hieman pelottavaksikin.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että keisarinleikkaus on iso leikkaus ja siihen liittyy leikkauriskit. Keisarinleikkauksia tehdään paljon, kuitenkin jokaisen potilaan kohdalla tarkkaan harkiten. Alatiesynnytykseen verrattuna keisarinleikkauksesta toipuminen vie pidemmän ajan ja se toipuminen tuo omia ongelmia niin imetykseen kun vauvanhoitoonkin. Sektio on kuitenkin tänä päivänä melko turvallinen; äidit toipuvat hyvin ja sektioilla syntyneet vauvat ovat yhtä terveitä kuin alateitse syntyneet. Mielenkiintoinen jatkokutkimusaihe olisi mielestäni potilaiden kokemus sektion jälkeisestä potilasohjauksesta.

Avainsanat: keisarinleikkaus, sektio, isyys, imetus

ABSTRACT

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

YLÄJÄRVI, LAURA:

Caesarean Section as a Way of Giving Birth – Fathers' Experiences of Section

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 1 page
November 2011

The purpose of this thesis was to examine caesarean section as a way of giving birth. The theoretical starting point of this thesis was caesarean section and how mothers recovered from it. I was also interested in the fathers' role in a caesarean section. I found only some studies on the subject, and therefore this topic was selected for the thesis.

A qualitative study method was used in the thesis. A free-form questionnaire was posted on a web forum (www.helistin.fi), and seven fathers, who had participated in a section, responded to it. The responses were analysed by using content analysis.

According to the results, the fathers were satisfied with their treatment during the section. They experienced their role as a supporter of the infant and the mother very important. The fathers were satisfied with the guidance and information they received about the infant's and the mother's condition. Those, who had participated in urgent sections, felt that the situation had also been slightly frightening.

As a conclusion, it can be stated that a section is a major procedure containing risks. Compared to vaginal delivery, section takes longer time to recover from. This recovery may cause problems with breastfeeding as well as infant care. Although every section is carefully considered, these problems are still common. Today, section is a fairly safe procedure; mothers recover well and infants who are born by section are as healthy as infants who are born by vaginal delivery. A suggestion for further studies would be to chart the patients' experiences of guidance received after a section.

Key Words: Caesarean section, section, paternity, breastfeeding

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 PSYYKKINEN VALMISTAUTUMINEN SYNNYTYKSEEN	7
3 KEISARINLEIKKAUS	9
3.1 Suunniteltu eli elektiivinen sektio	9
3.2 Päivystyssektio ja hätäsektio	11
3.3 Sektion toteuttaminen	12
4 KEISARINLEIKKAUKSEN INDIKAATIOT	14
5 KEISARINLEIKKAUKSEN TURVALLISUUS	17
6 KEISARINLEIKKAUKSESTA TOIPUMINEN	18
6.1 Hoitotyö lapsivuodeosastolla	18
6.2 Psykkinen toipuminen sektioista	19
7 KEISARINLEIKKAUKSEN VAIKUTUKSET IMETYKSEEN	21
7.1 Maidontuotanto	21
7.2 Keisarinleikkauksen vaikutukset imetykseen	22
8 SYNNYTYSTAPA KEISARINLEIKKAUKSEN JÄLKEEN	25
8.1 Alatiesynnytyksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä	25
8.2 Alatiesynnytysyrityksen riskit	26
9 ISYYS JA VARHAINEN VUOROVAIKUTUS VAUVAN KANSSA	28
9.1 Isyys käsitteenä	28
9.2 Isän rooli	29
9.3 Miehen halu tulla isäksi	30
9.4 Isyyteen valmistautuminen ja kasvu	31
9.5 Isän rooli sektiossa	33
9.6 Isän ja vauvan varhainen vuorovaikutus ja sen tukeminen	34
10 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ	35
11 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU	36
11.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus ja perustelut valinnalle	36
11.2 Tutkimusprosessin kuvaus sekä aineiston analyysi	36
11.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	37
12 TUTKIMUSTULOKSET	40
13 POHDINTA	44
14 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	46

LÄHTEET..... 48

1 JOHDANTO

Keisarinleikkaus on suuri leikkaus, jossa lapsi autetaan ulos äidin vatsanpeitteiden läpi. Tällä hetkellä Suomessa noin 16 % lapsista syntyy sektiolla. Määrä on noussut hiukan joka vuosi, se kuitenkin vaihtelee paljon eri sairaaloiden välillä. Sektio jaetaan kiireellisyden mukaan kolmeen eri luokkaan; elekttiiviseen eli suunniteltuun sektioon, päivystyssektioon, josta käytetään myös nimeä kiireellinen sektio sekä hätäsektioon. Keisarinleikkaukseen päädytään aina tarkan harkinnan jälkeen. Syy leikkaukseen voi johtua äidin, vauvan tai molempien hyvinvoinnista. Keisarinleikkauksesta toipuminen on työlästä ja alatiesynnytykseen verrattuna siinä on monenkertainen riski saada vakavia verenvuotoja, infektioita ja tromboembolisia komplikaatioita.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli antaa kättilöopiskelijoille sekä muulle hoitohenkilökunnalle tiivis tietopaketti sektiosta sekä paremmat valmiudet työskennellä sektiolla synnyttävien/ synnyttäneiden perheiden kanssa. Työn teoriaosuudessa kävin läpi keisarinleikkauksen eri muodot, siihen johtavat syyt, sektion vaikutuksia vauvan ja perheen elämään sekä isän roolista keisarinleikkauksessa.

Nykypäivänä isän rooli keisarinleikkauksessa on hyvin tärkeä. Isä toimii äidin tukijana sekä myös vauvan hoitajana, kun äiti vielä toipuu leikkauksesta. On tutkittu, että isän läsnäololla on myös pitkäaikaisia vaikutuksia isä-lapsi-suhteeseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää isien kokemuksia sektioon osallistumisesta. Kuinka isät on huomioitu sektiosalissa ja vauvan hoidossa sekä millaisena isät kokevat suhteensa vauvaan ensipäivinä. Toivon, että tämän tutkimuksen vastaukset hyödyttävät meitä myöhemmin työelämässä.

Tässä työssä käytin kättilölle synonyymina hoitajaa sekä terveydenhuollon ammattihenkilöä. Isästä käytin myös synonyymia tukihenkilöä.

2 PSYKKINEN VALMISTAUTUMINEN SYNNYTYKSEEN

Nykyään suurin osa raskauksista on suunniteltuja ja lapset ovat hyvinkin toivottuja. Usein lasta edeltää opiskelu ja työura. Raskautta on saatettu lykätä opiskelun ja töiden takia, siksi vanhemmilla voi olla suuria odotuksia raskauden suhteen. Raskauteen ei kuitenkaan liity vain positiivisia tunteita ja usein tunteet ovatkin raskauden edetessä hyvin ristiriitaisia. (Sariola & Haukkamaa 2008, 325.) Vaikka raskaus olisi toivottu, on hyvin tavallista, että vanhemmat jossain vaiheessa epäröivät. Pelkojen seurauksena vanhemmat saattavat haluta perua koko asian ja tällä tavoin väistää vastuuta. Nämä tunteet ovat kuitenkin ohimeneviä, ja ne tulisi käsitellä yhdessä keskustelemalla. (Stakes 2007, 21.) Raskauden ollessa toivottu, äiti on usein hyvin innoissaan ja miettii kuinka muuttaa elämäntapojaan nyt lapselle sopivimmiksi. Toiset äidit taas ovat ensimmäisen raskauskolmanneksen niin väsyneitä, etteivät jaksakaan miettiä tulevaa. Joskus äidistä voi tuntua, ettei hän jaksakaan edes iloita tuttavien onnittelusta. (Hirvonen 2002, 25–26.)

Raskausaika on noin yhdeksän kuukautta, jona aikana nainen sopeutuu tilanteeseen ja kypsyy ajatukselle äitiydestä. Kun äiti viikoilla 18.–20. tuntee lapsen ensimmäiset liikkeet, vahvistaa se hänelle ajatusta elämästä tulevan lapsen kanssa. Nykypäivänä isät ovat mukana ensimmäisessä kaikututkimuksessa, jolloin heille vahvistuu ajatus elävästä lapsesta, sydänäänten ja kuvien perusteella. (Sariola & Haukkamaa 2008, 325.) Isälle vanhemmuuteen kasvaminen voi silti olla vaikeampaa. Äidin tulisi ottaa isä mahdollisimman paljon mukaan odotukseen kertomalla omista tuntemuksistaan ja antamalla isän tuntea vauvan liikkeet. (Stakes 2007, 20.) Meidän tulisi hoitajana muistaa, että isillä valmistautuminen vanhemmuuteen on yhtä tärkeää kuin äideillä (Sariola & Haukkamaa 2008, 325).

Äidistä saattaa tuntua, että äitiyshuollossa ollaan kiinnostuneita vain sikiöstä ja kohdusta, eikä lainkaan heistä itsestä potilaana. Äitiyshuollossa seurataan pääasiassa somaattisia asioita, kuten kohdun ja sikiön kasvua ja verenpainetta. Se ei kuitenkaan tarkoita, ettei äitiä huomioitaisi. Äitien kuunteleminen, ja heidän psyykkisestä jaksamisesta huolehtiminen, on yksi tärkeä osa äitiyshuollon tehtävistä. Äidin psyykettä saattaa horjuttaa epä tietoisuus, joka on luonnollinen osa raskautta. Vanhemmat miettivät onko lapsi varmasti terve, koska synnytys käynnistyy ja kuinka se etenee. Joillekin epä tietoisuudessa

eläminen on raskasta ja usein herää paljon erilaisia mietteitä. (Sariola & Haukkamaa 2008, 325–326.)

Jokaiseen synnytykseen liittyy pientä jännitystä, oli kyseessä sitten ensimmäinen, tai viides synnytys. Ensimmäisessä raskaudessa on hyvä käydä läpi synnytysvalmennus, jossa on mahdollista kysyä mieltä askarruttavat kysymykset ja harjoitella käytännön asioita. Tutustumiskäynti sairaalaan poistaa myös turhaa jännitystä ja lisää äitien turvallisuuden tunnetta. (Sariola & Haukkamaa 2008, 325–326.)

3 KEISARINLEIKKAUS

Suomessa syntyy keisarinleikkauksella (sectio caesarea) noin 16 % lapsista. Keisarinleikkausten määrä kaikista synnytyksistä on noussut tasaisesti, niin Suomessa, kuin muullakin maailmassa. Noin puolet keisarinleikkauksista tehdään elektiivisesti, eli ennalta suunnitellusti. Noin puolet on ns. päivystysleikkauksia, joissa synnytys on yleensä jo käynnissä. (Paananen ym. 2009, 490.)

Vihtamäki (2011) oli kerännyt esitelmäänsä varten monista eri lähteistä suurimpia syitä miksi sektioiden määrä kasvaa tasaisesti. Synnyttäjien keski-ikä on tasaisesti noussut ja tällä hetkellä se on 30,1 vuotta. Synnyttäjien keskimääräinen painoindeksi on nykyään suurempi, joka taas osiltaan lisää gestaatio- eli raskausdiabeteksen yleisyyttä. Äideillä on yhä useammin joku perussairaus, joka vaikuttaa synnytyksen kulkuun. Yhä useammissa sairaaloissa puhutaan synnyttämään tulevan äidin ”oikeudesta” päättää omasta synnytystavastaan. (Vihtamäki 2011.)

Kun lääkäri tekee keisarinleikkauuspäätöksen, samalla päätetään leikkauksen ajankohta. Myös päivystyksellisistä leikkauksista valtaosa toteutetaan ilman kiirettä ja hätää. Leikkauksajankohta valitaan sikiön ja äidin voinnin sallimissa rajoissa siten, että äiti ehditään valmistella ja henkilökunta ennättää leikkaussaliin. (Paananen ym. 2009, 491–492.)

3.1 Suunniteltu eli elektiivinen sektio

Joskus keisarinleikkauksesta synnytystapana sovitaan jo raskauden alussa tai jopa ennen raskautta. Äitiysneuvolassa saattaa herätä epäily, että synnytys olisi turvallisinta toteuttaa sektiolla. Silloin äiti ohjataan äitiyspoliklinikalle, jossa anamneesin ja tutkimusten perusteella päätetään synnytystapaa potilaan kanssa yhteistyössä. Jos synnytystavaksi valitaan keisarinleikkaus, sovitaan äidin kanssa sen ajankohdasta. (Eskola & Hytönen 1998, 339; Eskola ym. 2002, 235.) Sektioajankohdaksi valitaan aika, jolloin lapsen alku elämään sujuisi mahdollisimman hyvin, eli sikiön keuhkot ovat kypsät ja muut riskit mahdollisimman pienet. Poliklinikkakäynnillä vanhemmille annetaan ohjeita siitä, kuinka sektioon tulee valmistautua. (Stakes 2007, 35–36.) Kun keisarinleikkaus on en-

nalta tiedossa, annetaan vanhemmille kaikki mahdollinen tieto toimenpiteestä mm. erilaisten opaslehtisten avulla. Äiti voi halutessaan keskustella anestesia­lääkärin kanssa jo etukäteen, tai vaihtoehtoisesti äidin tullessa osastolle. (Eskola & Hytönen 1998, 339.)

Suomen kirjallisuudessa korostetaan paljon alatiesynnytyksen ainutkertaisuutta, siksi onkin tärkeää tukea vanhempia sektioon valmistautumisessa. Toisille synnyttäminen sektiolla on helpotus, toisille suuri pettymys. Kätilö voi lievittää vanhempien pettymystä antamalla paljon informaatiota ja keskustelemalla syistä, miksi tähän ratkaisuun on päädytty. Alusta alkaen on painotettava isän roolin tärkeyttä keisarinleikkauksessa. (Eskola ym. 1998, 339.)

Äiti käy laboratoriossa antamassa verinäytteet joko leikkauspäivän aamuna tai aikaisemmin sovittuna päivänä, jonka jälkeen hän siirtyy synnytys­vuodeosastolle. Synnytys­vuodeosastolla tehdään leikkausvalmistelut, johon kuuluu mahdollisesti suonensisäisen nesteytyksen aloittaminen, virtsakatetrin laitto (joissakin sairaaloissa virtsakatetri laitetaan vasta, kun äiti on jo puudutettu) sekä joissain sairaaloissa alavatsan ihokarvojen ajelu. Äidiltä mitataan verenpaineet ja lämpö. Kätilö tekee äidille vielä ulkotutkimuksen, tarkistaa vauvan tarjonnan ja miettii painoarviota. Vauvan sydänäänet kuunnellaan vielä ennen leikkaussaliin lähtöä ja äiti saa juotavaksi vatsalaukun sisältöä neutralisoi­van sitraattimikstuuran. Sitraattimikstuuran tarkoituksena on ehkäistä leikkauksen jälkeistä pahoinvointia (Eksote 2010). Kätilö varmistaa, että anestesia­lomake on asianmu­kaisesti täytetty ja sieltä löytyy uusimmat laboratoriovastaukset sekä veriryhmä veren­siirron varalta. Lapsen nimiehdotuksia kysytään jo neuvolasta lähetettävissä esitiedoissa siltä varalta, että hätäkaste tulee ajankohtaiseksi. Kätilön tulee kysyä äidiltä myös suo­len toiminnasta. Jos suoli ei ole toiminut, annetaan aamulla vesiperäruiske. Lisäksi äidil­tä varmistetaan, että hän on ollut 6 tuntia ravinnotta. (Eskola ym. 2002, 236.)

Isän osallistuminen keisarinleikkaukseen on mahdollista. Kun äiti siirtyy leikkaussaliin, saa isä suojavaatteet ja siirtyy kätilön kanssa leikkaussalin odotustilaan. Äiti valmistel­laan leikkaussalissa; iho puhdistetaan, äiti puudutetaan ja asetellaan steriilit leikkauslii­nat vatsan päälle. Suunnitellussa sektiossa äiti on yleensä aina hereillä. Kun äiti on val­misteltu, ohjataan isä istumaan äidin pään viereen. Leikkaussalissa on vanhempien li­säksi anestesiahoitaja ja – lääkäri, kätilö, sekä sairaanhoitajia. (Eksote, 2010). Jotta van­hemmat eivät näe leikkaus­aluetta, laitetaan näköesteeksi kangassermi. Kun sektio on

kiireetön, tehdään leikkausviilto poikittain, aivan alavatsalle. Itse leikkausta äiti ei puudutuksessa tunne, mutta vauvaa nostettaessa esiin voi äiti tuntea painetta tai pientä tönnimistä vatsalla. (Hirvonen, 2002, 126.)

Leikkaussalissa on kättilö valmiina vastaanottamaan vauvan heti syntymän jälkeen. Jos vauva on hyväkuntoinen, näytetään hänet vanhemmille, jolloin vanhemmat voivat itse todeta lapsen sukupuolen. Tämän jälkeen kättilö vie vauvan ja isän viereiseen huoneeseen, jossa isä voi olla mukana vauvan pesuissa ja mittauksissa. Äiti ommellaan leikkaussalissa, jonka jälkeen hän siirtyy heräämöhön tai synnytyssalin sektiohuoneeseen seurantaan. Äidin ja vauvan vointia seurataan noin kahden tunnin ajan, jonka jälkeen perhe siirretään synnytysvuodeosastolle. (Eksote, 2010).

3.2 Päivystyssektio ja hätäsektio

Päivystyksellisesti tehtävän sektion ajankohta valitaan sikiön voinnin sallimissa rajoissa niin, että äiti ehditään kunnolla valmistella ja kokenut henkilökunta ehtii saliin. Jos synnytys on käynnissä, on päivystysleikkaus kuitenkin tehtävä viipymättä. (Paananen ym. 2009, 491–492.)

Joskus sektiopäätös joudutaan tekemään, kun äiti on jo synnytyssalissa ja synnytys on käynnissä. Kun päätös sektiosta tehdään, äiti valmistellaan heti leikkaukseen. Äiti saa ylleen leikkauspaidan ja hänelle annetaan juotavaksi sitraattimikstuura. (Paananen ym. 2009, 492.) Anestesiakaavake täytetään valmiiksi ja äidistä otetaan verenpaine ja lämpö. Samalla tarkistetaan, että äidistä on otettu tarvittavat verikokeet. Jos vauvalle on laitettu sisäinen sykkeenmittaus ns. ”pinni”, otetaan se tässä vaiheessa pois.

Hätäsektiolla tarkoitetaan sellaista päivystyksellistä keisarinleikkausta, jossa leikkaukseen siirrytään välittömästi hätätövoimaa ja hätäjärjestelyjä käyttäen, sikiötä tai äitiä kohdanneen äkillisen hätätilanteen vuoksi. (Paananen ym. 2009, 492.) Hätäsektioon voidaan päätyä jo käynnissä olevan synnytyksen aikana (Hirvonen, 2002, 127). Yleisimpiä hätäsektion syitä ovat napanuoraprolapsi tai istukan äkillinen irtoaminen, joissa molemmissa sikiö altistuu vakavalle hapenpuutteelle ja saattaa menehtyä tai vammautua, jos leikkausta ei tehdä muutamassa minuutissa. Hätäsektio nimitystä ei saisikaan

käyttää, jos lasta ei saada syntymään viimeistään kymmenessä minuutissa hätäsektiopäätöksestä. (Paananen ym. 2009, 492.)

Hätäsektio pyritään toteuttamaan äidin ja sikiön kannalta mahdollisimman turvallisesti, mutta joskus puhtaudesta ja anestesiavalmisteluista joudutaan kiireen vuoksi tinkimään. Hätäsektiopäätöksen jälkeen potilas kuljetetaan välittömästi leikkauspöydälle ja aloitetaan yleisanestesian induktio. Leikkausalueetta ei pestä, mutta käytössä on itsedesinfioivat leikkausliinat, jotka antavat tyydyttävän desinfektion. Kätilöt saattavat aluksi toimia instrumentti- tai anestesiahoitajina, kunnes leikkaussalihenkilökunta saapuu paikalle. Hätäsektiossa, toisin kuin normaalissa keisarinleikkauksessa, ei laiteta virtsakatetria. (Paananen ym. 2009, 492.)

Hätäsektioon joutuminen voi olla äidille traumaattinen kokemus. Tilanne saattaa tuntua hallitsemattomalta, epävarmalta ja pelottavalta. Sen vuoksi hätäsektioon jouduttaessa pitäisi muistaa informoida koko perhettä sikiön tilasta, hätäsektion syistä ja leikkauksen toteutumisesta. Potilaan on saatava tuntee olonsa turvallisiksi ja että tilanne on hallinnassa. On erittäin tärkeää huolehtia potilaan henkisestä hyvinvoinnista sekä ennen leikkausta että leikkauksen jälkeen. (Paananen ym. 2009, 492.) Isä ei pääse hätäsektioon mukaan, vaan hänet ohjataan odottamaan sen aikaa ulkopuolella (Rautaparta, 2010, 142). Jos vauvalla on kaikki hyvin, isä saa vauvan hoitoonsa heti leikkauksen jälkeen.

3.3 Sektion toteuttaminen

Suurimmassa osassa keisarinleikkauksista äidille annetaan spinaalipuudutus, joka puuduttaa nopeasti ja tehokkaasti leikkausalueen. Toisena vaihtoehtona on epiduraalipuudutus, jonka vaikutus alkaa hitaammin. Epiduraalipuudutus on parempi vaihtoehto sairaille synnyttäjille, koska se on hemodynaamisilta vaikutuksiltaan pehmeämpi. Jos synnyttäjällä on jo epiduraalikatetri, hyödynnetään sitä ja syvennetään puudute leikkaukseen sopivaksi. Hätäsektioissa käytetään aina yleisanestesiaa ja sitä käytetään vain hyvin harvoin muissa sektioissa. (Paananen ym. 2009, 492.)

Sektiossa vatsanpeitteet avataan yleensä alavatsalta poikittain eli käyttäen Pfannens-tielin viilltoa. Hätäsektiossa tai jos tarvitaan enemmän tilaa käyttöön, avataan vatsan-

peitteet alakeskiviillosta. Jos äidillä on ennestään jo pystyviilto aikaisemmasta sektiosta, käytetään samaa viiltoa uudelleen. Kun iho on avattu, edetään joko terävästi tai tylpästi faskiaan asti. Faskia avataan joko poikittain tai pitkittäin ja faskian alla olevat suorat vatsalihakset erotetaan faskiakudoksesta. Seuraavaksi avataan peritoneum, eli vatsakalvo, varoen virtsarakkoa ja mahdollisesti peritoneumiin kiinnittyneitä suolenmutkia. Tärkeintä avauksessa on saada mahdollisimman paljon tilaa lapselle syntyä. On myös huolehdittava muiden elinten, kuten virtsarakon ja suolten, turvallisesta siirtämisestä pois leikkausalueelta. (Paananen ym. 2009, 492–493.)

Poikkiviilto tehdään kohdun istmiseen osaan ja sormilla sivuille vetäen saadaan esiin sikiökalvot, jotka puhkaistaan. Avustaja työntää sikiötä kohdun alaosaan, jolloin sikiön tarjoutuva osa saadaan nousemaan haavasta. Napanuora katkaistaan välittömästi. Istukka saadaan ulos painamalla kohdun pohjasta puristaen. Kohdun supistuminen varmistetaan antamalla äidille oksitosiinia laskimoon. Kohtuontelo kuivataan kevyesti harsolla, jolloin saadaan pois mahdolliset sikiökalvojen riekaleet. Sitten varmistetaan kohdunkaulan kanavan toimivuus, jotta jälkivuoto pääsee emättimeen. Lopuksi kohtuhaava suljetaan huolellisesti joko yhdessä tai kahdessa kerroksessa. Vatsanpeitteet suljetaan kerroksittain. Haavan sulkemisen jälkeen kohtu painetaan vielä kevyesti tyhjäksi verestä. (Ylikorkala & Kauppila, 2008, 493.)

4 KEISARINLEIKKAUKSEN INDIKAATIOT

Keisarinleikkaukseen johtavat syyt johtuvat joko äidistä, sikiöstä tai molemmista. Syitä on usein useita ja ne jaetaan ehdottomiin (absoluuttiset) ja suhteellisiin (relatiiviset) syihin. Ehdottomia syitä esiintyy nykyisin enää harvoin. Niitä ovat etinen istukka ja istukan ennenaikainen irtoaminen, napanuoran esiinluiskahdus ja sikiön poikkeus. Äidin vaikea-asteinen diabetes ja aktiivivaiheessa oleva genitaalierpes ovat myös ehdottomia syitä keisarinleikkaukseen. Suhteelliset syyt ovat taas vuosien kuluessa lisääntyneet. Nykyään sikiöt ovat keskimäärin kookkaampia, joka aiheuttaa epäsuhtaa sikiön ja lantion välille, etenkin jos sikiön tarjonta on poikkeava. (Paananen ym. 2009, 490.)

TAULUKKO 1 (Eskola & Hytönen, 1998.)

Yhteenveto keisarinleikkauksen tavallisimmista syistä
Äidistä johtuvat syyt:
- Etninen Istukka
- Pitkittynyt synnytys
- Aikaisempi kohtuun kohdistunut leikkaus
- Perussairaus, joka estää ponnistamisen
- Pre-eklampsia
- Diabetes
- Läkäs ensisynnyttäjä
- Pitkäaikainen lapsettomuus
Lapsesta johtuvat syyt:
- Asfyksia eli happivaje
- Perätila
- Tarjontahäiriöt
- Monisikiöisyys
- Todettu nopea hoitoa vaativa häiriö tai vamma
Yhteiset syyt:
- Epäsuhta lantion ja sikiön koon välillä
- Istukan ennenaikainen irtoaminen
- Aikaisemman keisarinleikkausarven heikkous

Keisarileikkaukset ovat lisääntyneet, joten on yhä enemmän synnyttäjiä, joiden aikaisempi synnytys on tapahtunut keisarinleikkauksella. Seuraavan raskauden aikana tulee huolella suunnitella ja arvioida synnytystapa. Monisikiöraskaus ja sikiön perätila lisäävät keisarinleikkauksen todennäköisyyttä. Sikiön voinnissa tapahtuvat häiriöt, kuten kasvun hidastuma tai hapenpuutteen merkit synnytyksen aikana, edellyttävät synnytystapaa, joka vähiten rasittaa sikiötä. Jos synnytys jatkuu pitkään, on usein äidille ja lapselle turvallisempaa tehdä keisarinleikkaus. (Eskola ym. 1998, 234–235.)

Laes (2005) toteaa, että synnyttävien äitien ikä on noussut, joka lisää keisarinleikkauksen tarvetta. Esimerkiksi iän karttuessa naisen kohdun supistusheikkous yleistyy. Äidin korkea ikä on usein myös riski poikkeavaan sokeriaineenvaihduntaan, jonka seurauksena lapset kasvavat kohdussa ylisuuriksi. Ylisuurta lasta äiti ei pysty synnyttämään alakautta, joten synnytystapana on näissä tapauksissa keisarinleikkaus.

Keisarinleikkausta ei tehdä jos lapsi on kuollut, koska leikkaus on äidille aina suurempi riski kuin alatiesynnytys. Kohtuun jää myös arpi, joka saattaa vaikeuttaa tulevia raskauksia. Poikkeuksellisesti tähän kuitenkin joudutaan, jos äidin lantio on ahdas tai kyseessä on täydellisesti etinen istukka. Myös kohdunsisäinen tulehdus on este keisarinleikkaukselle. Viimevuosien aikana äidin mielipide synnytystavasta on otettu paremmin huomioon. (Eskola ym. 2005, 234–235.) Synnytystavan valintaan vaikuttaa potilaan oman asennoitumisen ohella myös monet muut tekijät, kuten edelliset synnytykset, kohdunsuun tilanne, äidin perussairaudet ja voimavarat, mutta myös voimakkaasti lääkärin asenteet ja kokemukset sekä sairaalan perinne (Paananen ym. 2009, 490; Jouppila 2003).

Keisarinleikkauksiin liittyy nykyään epärealistista ihannointia ja pelkoja alatiesynnytyksiä kohtaan. Äidin esittämä toivomus keisarinleikkauksesta ei saisi automaattisesti johdattaa sektioon, sillä suomessa sektioita ei tehdä vain mukavuussyistä (Paananen ym. 2009, 493–494; Rautaparta, 2010, 142). Noin 5–6 % synnyttäjistä pelkää synnytystä. Pienestä jännityksestä synnytyksessä on apua, sillä jännitys nostaa äidin adrenaliinitasoa. Varsinaisesta synnytyspelosta (horror partus) kuitenkin voidaan puhua vasta silloin, kun pelko häiritsee perheen normaalia elämää ja vähentää raskauden tuomaa iloa. (HUS, 2006; Rouhe, 2011.)

Eskolan ym. (1998) mukaan synnytyspelosta kärsivä on usein uudelleen synnyttävä, jolla on huono kokemus aikaisemmasta synnytyksestä. (Eskola ym. 1998, 234–235; Hirvonen, 2002, 124–125.) Pelokas äiti tulee ohjata äitiysneuvolaan, jossa tulisi antaa avointa tietoa vanhemmille synnytysvaihtoehtojen riskeistä ja hyödyistä. On olemassa myös synnytyspelkopoliklinikoita, joissa pelko saadaan usein lievittymään niin että alatietyt synnytys tuntuu kuitenkin pelosta huolimatta luontevimmalta. (HUS, 2006; Paananen ym. 2009, 493–494; Rouhe, 2011.) Synnytyspelosta kärsivä äiti hyötyy oikeasta informaatiosta, rentoutumisesta, sosiaalisesta tuesta sekä ajatuksesta, että hän itse voi vaikuttaa tulevaan (Rouhe, 2011). Synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri Terhi Saisto (2001) kertoo väitöskirjassaan, että 62 % sektiota toivoneista synnytyspelkoisista äideistä päättää kuitenkin synnyttää luonnollisesti (Saisto, 2001, 57).

Saiston (2000) mukaan vaikeimmissa synnytyspelkotilanteissa voidaan tehdä keisarinleikkaus. Toimenpide ei kuitenkaan poista pelkoa ja ongelmaa, vaan siirtää sen mahdollisiin seuraaviin raskauksiin. Hänen mielestään keisarinleikkaukseen ei tulisi ikinä päätyä ilman synnytyspelon asianmukaista tutkimista ja hoitoyritystä. Pelko esiintyy yleensä voimakkaampana kaksi viikkoa ennen synnytystä, jolloin saatetaan tarvita päivystysluonteista hoitoa, jotta ei päädytä hätiköityyn sektiopäätökseen. (Saisto, 2000, 1483-8.)

Saisto (2000) kertoo tutkimuksessaan, että hän on törmännyt tapauksiin, jossa perhe on leikkauspäätöksen saadakseen uhkaillut raskaudenkeskeytyksellä. Asiasta tulee keskustella leikkausta pyytävän naisen, mutta myös miehen kanssa. Keskustelussa tulisi muistaa asiallinen, kiihkoton ja empaattinen asenne. Leikkaustoiveeseen ei kuitenkaan saa heti ottaa kielteistä kantaa, sillä se viestittää naiselle, että hänen toiveitaan ei kuunnella. (Saisto, 2000, 1483-8.) Laesin (2005) mukaan synnytyspelko on melko uusi syy lisääntyviin keisarinleikkauksiin. Toisen syyn hän uskoo olevan se, että äidit uskovat keisarinleikkauksen riskittömyyteen. (Laes 2005.)

5 KEISARINLEIKKAUKSEN TURVALLISUUS

Keisarinleikkaus on nykypäivänä varsin turvallinen toimenpide. Sillä voidaan hoitaa tai ehkäistä monia synnytyskomplikaatioita. Keisarinleikkausten määrä lisääntyy jatkuvasti, joka on kuitenkin huolestuttavaa siinä mielessä, että sektioista toipuminen on työläämpää kuin toipuminen alatiesynnytyksestä. Riski vakaviin verenvuotoihin ja infektioihin on moninkertainen keisarinleikkauksessa. Toimenpiteenä elektiivinen sektio on päivystyssektiota turvallisempi. Kuitenkin elektiivisen sektion komplikaatoriskit ovat alatiesynnytyksiä huomattavasti suuremmat. (Paananen ym. 2009, 493–494.)

Keisarinleikkauksen haitat voivat vaikuttaa myös seuraaviin raskauksiin, sillä leikkauksen jättämä arpi kohdussa lisää seuraavissa raskauksissa hengenvaarallisten komplikaatioiden riskiä. Tällaisia komplikaatioita on esimerkiksi kohdun repeämä, istukka komplikaatiot ja kohtulihakseen kasvanut istukka (placenta accreta). On myös tutkittu, että alatiesynnytys stimuloi lapsen hengitystä paremmin kuin sektiosynnytys. Samoin on lapselle edullisempää, että se kolonisoituu äidin emätinbakteereilla kuin sairaalaympäristön bakteereilla. (Paananen ym. 2009, 493–494.) Keisarinleikkauksesta toipuminen on stressaavaa niin äidille kuin vauvallekin. Normaalisissa synnytyksissä vauvan keuhkot puristuvat synnytyskanavassa tyhjiksi lapsivedessä. Keisarinleikkauksessa tätä ei pääse tapahtumaan. Lapsi tarvitsisi myös synnytyskanavan bakteereja, jotta saisi oman bakteerikantansa muodostettua. Kun vauva syntyy sektioilla, nämä bakteerit jäävät saamatta, joka saattaa aiheuttaa allergioiden puhkeamista. (Hirvonen, 2002, 128).

Pallasmaan ja Stakesin yhteisessä tutkimuksessa ilmenee, että vakavat äitikomplikaatiot olivat hieman yleisempiä päivystysleikkauksissa (2,7 %), kuin elektiivisissä keisarinleikkauksissa (1,2 %). Kaikkiaan vakavat komplikaatiot olivat 3-4 kertaa suuremmat keisarinleikkauksissa, kuin alatiesynnytyksissä. (Pallasmaa, 2009.)

6 KEISARINLEIKKAUKSESTA TOIPUMINEN

Hoitotyössä toipuminen tarkoittaa selviytymistä päivittäisistä toimenpiteistä. Kätilön on mietittävä keinoja, joiden avulla potilas pystyy itse vahvistamaan voimavarojaan sekä edistää potilaan itsenäistä selviytymistä. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lippinen, Ketola & Hietanen 2005, 32.)

6.1 Hoitotyö lapsivuodeosastolla

Keisarinleikkauksen jälkeen äidille pyritään saamaan rauhallinen huone, jotta hän saisi levähtyä. Sektioäiti tarvitsee alussa hoitohenkilökunnalta paljon apua ja ohjausta. Ensimmäiset nousut sängystä ja wc-käynnit tapahtuvat hoitajien ohjaamina ja tukemina. Kestokatetri poistetaan yleensä leikkauksen jälkeisenä päivänä, kun äidin kunto sallii kävelyn vessaan. Katetrin poiston jälkeen saattaa esiintyä virtsaamisvaikeuksia, jolloin äiti voidaan tarvittaessa kertaakatetroida. Joissakin synnytyssairaaloissa äidin virtsasta tarkistetaan ennen kotiutumista valkuaisaineet, sokeri ja bakteerit.

Myös suolen normaali toiminta leikkauksen jälkeen on tärkeää. Usein sektioäideillä on leikkauksen jälkeen ummetusta, liikkumattomuuden ja raskaushormonien vähentäessä suoliston liikkeitä. Tämän takia varhainen liikkeelle lähtö on tärkeää. Ummetusta tulisi hoitaa myös ruokavaliolla, riittävällä nesteen saannilla ja mahdollisesti suun kautta otettavilla lääkevalmisteilla. Äidille voidaan antaa myös pienoisperäruiske helpottamaan suolen toimintaa. Leikkauksen jälkeen tulisi välttää turhia ponnistuksia, jotta välttyään turhalta kivulta ja haavakomplikaatioilta. Tämän vuoksi sairaalassa suolentoimintaa autetaan hyvin nopeasti edellä mainituilla tavoilla. (Borelius, 1995, 30; Eskola ym. 2005, 441.)

Anestesia lääkäri määrää leikkauksen jälkeisen suonensisäisen nesteytyksen keston. Se riippuu paljon myös äidin kunnosta ja voinnista. Äidin ravitseminen suun kautta aloitetaan leikkausajankohdasta ja anestesiamenetelmästä riippuen jo leikkauspäivänä tai ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Eskola ym. 2005, 441; Tays- naistentautien ja synnytysten vastualue 2011, 6). Hoitajien tulee muistuttaa runsaasta nesteytyksestä, sekä ohjata välttämään ilmavaivoja aiheuttavien ruoka-aineiden syömistä.

Keisarinleikkauksen jälkeen tarkkaillaan kokonaisvaltaisesti äidin vointia. Päivittäin seurataan haavan paranemista, imetystä, rintojen kuntoa, kohdun supistumista ja jälkivuotoa. Vuodosta tarkkaillaan määrää, hajua ja väriä. Leikkauksen jälkeen kohdun supistuminen saattaa tapahtua hitaammin, mikä näkyy tavallista runsaampana jälkivuotona ja kohdun kookkautena. Tällöin usein turvaututaan kohtua supistavaan lääkitykseen. (Eskola ym. 2005, 441; Tays- naistentautien ja synnytysten vastuualue 2011, 7.)

6.2 Psyykinen toipuminen sektioista

Raskauden aikana olisi hyvä käydä läpi poikkeavia synnytystapoja. Mitä enemmän äiti tietää keisarinleikkauksesta, sitä rauhallisemmin hän siihen suhtautuu. Suunnitellussa sektiossa vanhemmilla on enemmän aikaa sopeutua ajatukseen, että synnytystapana onkin leikkaus. Ei- suunnitellussa sektiossa vanhemmilla ei ole aikaa sopeutua äkilliseen muutokseen. Synnytyksen mennessä sektioon, äiti voi kokea epäonnistumista synnyttäjänä. Keisarinleikkaus saattaa vaikuttaa negatiivisesti äidin itsetuntoon äitinä ja naisena. (Deufel & Montonen 2010, 412.)

6.3 Fyysinen palautuminen ja liikunta

Sektioäidille on heti toimenpiteen jälkeen aloitettava hyvä peruskipulääkitys. Kivulias äiti ei saa nukuttua, eikä kuntoutus lähde toivotulla tavalla liikkeelle. Riittävä kipulääkitys mahdollistaa äidin aikaisen liikkeellelähdon. (Eskola ym. 2005, 441–442.)

Sairaalassa hoitajat auttavat äidin liikkeelle heti seuraavana aamuna. Aluksi nouseminen voi aiheuttaa huimausta ja kipua haava-alueella. Vuoteesta nousu olisikin hyvä ohjata äidille jo etukäteen, mikä elektiivisessä sektiossa onkin mahdollista. Hoitajan tulee varmistaa, ettei äiti tee liikaa töitä vatsalihaksilla noustessaan ylös. Paranemisen kannalta on tärkeää, että lähtee liikkeelle mahdollisimman pian. Aluksi aloitetaan vessareissuilla ja liikkumista lisätään pikkuhiljaa. Liikkuminen edistää verenkiertoa, hapetus paranee ja veritulpan vaara vähenee. (Borelius 1995, 30.)

Leikkauksen jälkeisenä päivänä äiti autetaan suihkuun, kun leikkauksesta on kulunut 24h.. Silloin poistetaan haavaa suojaavat taitokset. Leikkaushaava tarkistetaan päivittäin. Seurataan tuleeko haavalle tulehduksen merkkejä, kipua, turvotusta, punoitusta. Jos näitä esiintyy, otetaan heti bakteerinäyte ja sen mukaan aloitetaan antibiootti hoito. Haavan suihkuttelu päivittäin, sekä ilmahoito edesauttavat haavan parantumista. Ompeleet poistetaan haavalta tavallisesti 4.-6. päivänä leikkauksesta. (Eskola ym. 2005, 442; Tays- naistentautien ja synnytysten vastualue 2011, 7.) Haavakipu on yksilöllistä ja kestää yleensä vähintään muutamia viikkoja. Paranemisvaiheessa äiti ei saa nostella lasta painavampia taakkoja. Haavalla voi käyttää erilaisia lihastukia, jos vauvan nostaminen tai esimerkiksi yskiminen aiheuttaa kipua vatsan alueella. (Rautaparta 2010, 145.)

Sektion jälkeen äiti on yleensä pidempään toipilaana ja vatsalihasten harjoittaminen tulisi aloittaa vasta kun leikkaushaava on kunnolla parantunut. Leikkauksessa saattaa katketa lihassäikeitä ja hermoja, joten niiden harjoittaminen takaisin entiseen kuntoon voi viedä aikaa. Kuitenkin sitkeällä ja säännöllisellä harjoittelemisella vatsalihakset tulevat kyllä kuntoon. (Pisano 2007, 73.) Amerikkalainen tutkimus osoitti, että alatiesynnytykseen verrattuna keisarinleikatuilla esiintyy vähemmän virtsainkontinenssia (Aukee 2008, 181).

Hoitoaika osastolla on yleensä 3-5 vrk, riippuen äidin ja vauvan voinnista. Ennen kotiinlähtöä lastenlääkäri tarkastaa vauvan, äideille ei rutiininomaista tarkastusta tehdä, vaan äiti tarkastetaan neuvolassa jälkitarkastuksessa. Äiti saa kotiin mukaan kirjallisia kotihoito-ohjeita mm. hygienian hoidosta sekä yhteystiedot mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. (Tays- naistentautien ja synnytysten vastualue 2011, 7-8.)

7 KEISARINLEIKKAUKSEN VAIKUTUKSET IMETYKSEEN

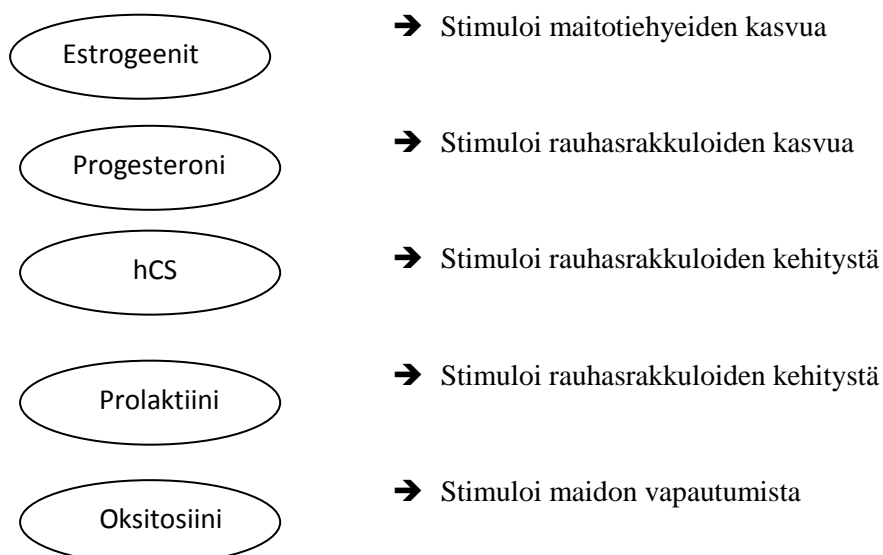
7.1 Maidontuotanto

Maitorauhaset alkavat kasvaa murrosiässä, kun niihin alkaa kertyä rasvaa ja tiehytjärjestelmä laajenee. Lopullinen maitorauhasten kehittyminen tapahtuu raskauden aikana. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 428.)

Maidontuotannon endokriiniseen säätelyyn osallistuvat monet eri hormonit (kuva 1). Estrogeenit lisäävät maitotiehyiden kasvua ja progesteroni vaikuttaa rauhasrakenteiden kehittymiseen. Prolaktiinia kehittyä aivolisäkkeessä ja se on tärkein maidontuotantoon osallistuva hormoni. Rauhaspiteelin maidon tuotanto alkaa vain prolaktiinin vaikutuksesta. Prolaktiinin erityys lisääntyy koko raskauden ajan. Lisäksi istukka tuottaa runsaasti prolaktiinin tavoin vaikuttavaa istukan somatomammotropiinia eli hCG:tä. (Bjålie ym. 2007, 428.)

Yleensä maidontuotanto ei ala ennen synnytystä, sillä estrogeeni ja progesteroni estävät prolaktiinin vaikutuksen. Synnytyksen jälkeen estrogeenin ja progesteronin tuotanto vähenee, jolloin prolaktiini pääsee käynnistämään maidontuotannon. (Bjålie ym. 2007, 428.)

KUVA 1 (Bjålie ym. 2007)



Synnytyksen jälkeen maidontuotanto lisääntyy nopeasti ja yleensä rinnat täyttyvät maidosta 2-3 päivän kuluttua synnytyksestä. Samalla äidin lämpö voi nousta 0,5 -0,9 astetta ja rintoja saattaa aristaa. Tämä ei välttämättä tarkoita infektiota, vaan voi olla ns. maitokuumetta. (Ylikorkala 2008, 499.)

Nänneissä on runsaasti hermopäätteitä, jotka reagoivat imemisen aiheuttamaan tuntoärsytykseen. Jo pelkkä lapsen näkeminen tai itkun kuuleminen lisäävät äidillä oksitosiinin ja prolaktiinin eritystä. Oksitosiini supistaa rintatiehyitä ja näin puristaa rinnassa jo ollut maito lapsen suuhun. Prolaktiinipitoisuuden nousu imetyksen aikana taas valmistaa rintarauhasta valmistamaan uutta maitoa seuraavaa imetyksetta varten. Näin ollen tiheä imetys ylläpitää maidon eritystä, kun taas lapsen joutuminen eroon äidistään tai esim. keskoslapsen heikko imeminen voi vähentää tai jopa lopettaa maidon erityksen. Äidin ruokavalio ei vaikuta maidoneritykseen. (Ylikorkala 2008, 499.)

7.2 Keisarinleikkauksen vaikutukset imetykseen

Keisarinleikkauksen jälkeen ensimmäinen imetys pyritään järjestämään heti kun äiti jaksaa. Vaikka leikkaus olisi tehty yleisanestesiassa, eivät käytetyt lääkeaineet haittaa imetystä, sillä maidontuotanto on siinä vaiheessa vielä hyvin vähäistä. (Eskola ym. 1998, 429–430.) Ruohotie (2004) on työssään huomannut, että usein ihmiset luulevat sektion vaikuttavan imetykseen kielteisesti. Ihmisillä on uskomuksia, että sektio tekee imetyksen aloittamisesta hankalaa tai viivästyttää maidon erittymisen käynnistymistä. Hän kuitenkin muistuttaa, että sektion jälkeen imetyksen voi ja pitääkin aloittaa heti kun äidin vointi sen sallii. (Ruohotie 2004.) Äidin tai perheen sitoutuneisuus imettämiseen vaikuttaa enemmän kuin synnytystapa. Joskus onkin vaikea erottaa sektion ja muiden ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksia imetykseen. Keisarinleikkauksella synnyttäneiden imetystä on tutkittu paljon. Tutkimuksissa on havaittu, että keisarinleikatut äidit imettävät yhtä kauan kuin alateitse synnyttäneet. Toisaalta toiset tutkimukset kertovat, että sektiolla, imukupilla tai pihdeillä synnyttäneet olisivat taipuvaisempia osittaisimetykseen kuin alateitse synnyttäneet. (Deufel & Montonen 2010, 412.)

Sektioäiti saattaa olla kipeä pari viikkoa leikkauksen jälkeen. On tärkeää huolehtia äidin kunnollisesta kivunhoidosta. Kipulääkitys ei ole este imettämislle. (Ruohotie 2004; Malm 2010.)

Imetys käynnistyy sitä helpommin, mitä nopeammin äiti ja vauva saavat olla yhdessä toimenpiteen jälkeen. Vaikka sektiosynnytys onkin hyvin toimenpidekeskeinen, olisi hienoa jos äiti, isä ja lapsi voisivat kohdata hetkeksi jo leikkaussalissa. Sairaalaan riippuen on mahdollisuus imettää vauvaa jo leikkaussalissa. (Deufel & Montonen 2010, 413; Ruohotie 2004) Käytännössä kuitenkin äiti näkee vauvan leikkaussalissa, jonka jälkeen lääkäri alkaa ommella leikkaushaavaa kiinni ja isä lähtee kättilön mukaan hoitamaan lasta. Joskus menee pitkä aika ennen kuin äiti pääsee imettämään vauvaansa ensimmäisen kerran. Niissä tilanteissa isä voi antaa vauvalle pienen määrän luovutettua äidinmaitoa esimerkiksi ruiskulla tai pullolla. (Ruohotie 2004.)

Ruohotie (2004) painottaa, kuinka tärkeää on, että vauva autetaan äidin rinnalle mahdollisimman pian synnytyksen jälkeen (Ruohotie 2004). Joissakin sairaaloissa ensi-imetys mahdollistetaan jo leikkaussalissa. Tällä tavoin saavutetaan samat ensi-imetyksen edut kuin alatiesynnytyksessäkin. (Deufel & Montonen 2010, 413.) Sektiolla synnyttäneiden äitien imetysohjaukseen tulisi kiinnittää huomiota, jotta he saisivat hyvän alun imetykselle poikkeavasta synnytyksestä huolimatta (Kukka & Vuohelainen 2002, 23; Malm 2010).

Terve, täysiaikainen vastasyntynyt ei kuitenkaan tarvitse lisämaitoa, vaan voi odottaa ensi-imetystä pidempään. Vauva voi myös olla leikkauksen jälkeen väsynyt. Vauvan vointiin vaikuttaa niin mahdolliset nukutusaineet kuin mahdollinen pitkä ja uuvuttava avautumisvaihe ennen leikkausta. (Deufel & Montonen 2010, 413; Malm 2010)

Ruohotie (2004) on törmännyt tilanteisiin, joissa sektioäiti pääsee imettämään vauvaansa ensimmäisen kerran vasta sektion jälkeisenä päivänä. Odotusaikana vauva on silloin saanut jo maitoa pullosta, mikä voi vaikeuttaa imetyksen aloittamista. Tämän vuoksi hoitajien avustuksella vauva tulisi laittaa rinnalle, vaikkei äiti olisi vielä täysin toipunut. Äiti voi leikkauksen jälkeen olla väsynyt ja pahoinvoiva. Äidin heikko vointi voi hidastuttaa maidon nousua rintoihin. Ruohotie (2004) muistuttaa, että ensimmäisinä päivinä

äiti tarvitsee tavallista enemmän apua hyvän imetysasennon löytämisessä. (Ruohotie 2004.)

Keisarinleikkauksen jälkeen imetysasennossa tulee huomioida, ettei vauva paina äidin vatsalihaksia, eikä haava-aluetta. Imetystä suositellaan äidin ollessa kylkiasennossa, vauvan jalat suunnattuna äidin kainaloon. Näin vauva ei pääse samalla potkimaan äidin vatsanalueelle. Tyynyillä asennon saa tuettua jokaiselle sopivaksi. (Kitzinger 1994, 357; Malm 2010; Nylander 2006, 102; Ruohotie 2004.)

Synnytyksen jälkeen äiti voi aloittaa liikunnan harrastamisen heti kun tuntee vointinsa hyväksi. Liikunta ei vähennä maidoneritystä eikä vaikuta maidon laatuun, joten äiti voi harrastaa sellaista liikuntaa kun hänestä hyvältä tuntuu. (Erkkola 2005, 183.)

8 SYNNYTYSTAPA KEISARINLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

8.1 Alatiesynnytyksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Alatiesynnytyksen onnistumiseen keisarinleikkauksen jälkeen vaikuttaa aiempien synnytysten määrä. Tutkimusten mukaan alatiesynnytyksen onnistumisprosentti on 70–76%, jos keisarinleikkaus on äidin ainut aiempi synnytys. Jos äidillä on taustalla jo aikaisemmin ainakin yksi alatiesynnytys, uusi alatiesynnytys onnistui 82–88%:ssa tapauksista. (Saisto 2006, 2345–2346; Kivelä 2010, 51.) Keisarinleikkaukseen liittyy yleensä enemmän äidin komplikaatioita kuin alatiesynnytykseen, mikä koskee myös aiemmin keisarinleikkauksella synnyttäneitä. Toisen keisarinleikkauksen yhteydessä äidin infektiot, tromboemboliat ja verensiirrot ovat yleisempiä, sekä hoitoaika sairaalassa on yleensä pidempi. (Saisto 2006, 2347.)

Alatiesynnytyksen onnistumiseen vaikuttaa tutkitusti myös aikaisemman keisarinleikkauksen syy (taulukko 2). Perätilasektion jälkeen alatiesynnytykset ovat sujuneet hyvin (84–93%). Sikiön ahdinkotilan tai kaksosraskauden vuoksi tehdyn keisarinleikkauksen jälkeen alatiesynnytyksen onnistumisprosentti on matalampi (71–75%). Synnytyksen pysähtymisen vuoksi tehdyn sektion jälkeen synnytyksistä on onnistunut alateitse 68–80%. Jopa silloin, kun synnytys on pysähtynyt ponnistusvaiheessa, onnistumisprosentti alakautta synnyttämiseksi on 75–80%. (Saisto 2006, 2346.)

Äidin ja syntyvän lapsen paino, sekä äidin ikä vaikuttavat myös alatiesynnytyksen onnistumiseen keisarinleikkauksen jälkeen. Alatiesynnytys onnistuu sitä paremmin, mitä nuorempi synnyttäjä on. Kuitenkin yli 35-vuotiailla onnistumisprosentti on vähintään 69%. Normaalipainoisilla synnyttäjillä onnistumisprosentti on 71%, kun taas ylipainoisilla synnyttäjillä 55–57%. (Saisto 2006, 2346.) Ison lapsen (yli 4000g) syntyminen alakautta onnistuu 55–67%, kun taas pienen alle 4000g painavan lapsen syntyminen onnistuu alakautta hyvin 77–83% tapauksista. (Saisto 2006, 2346, Kivelä 2010, 52.) Muita alatiesynnytyksen onnistumiseen vaikuttavia merkittäviä tekijöitä ovat kohdun suun kypsyys sekä mahdollinen synnytyksen käynnistäminen (Kivelä 2010, 52).

TAULUKKO 2 Alatiesynnytyksen onnistumisprosentti, kun aiemman keisarinleikkauksen syynä on ollut jokin allaolevista. (Saisto 2006.)

Aikaisemman keisarinleikkauksen syy:	Onnistumis %
Perätila	84–93%
Sikiön ahdinkotila/ kaksosraskaus	71–75%
Synnytyksen pysähtyminen	68–80%
Ponnistusvaiheen edistymättömyys	75–80%
Yli 35v. Synnyttäjä	vähintään 69 %
Normaalipainoinen synnyttäjä (BMI 20–25)	71 %
Ylipainoinen synnyttäjä (BMI yli 30)	55–57%
Lapsen paino yli 4000g	55–67%
Lapsen paino alle 4000g	77–83%

8.2 Alatiesynnytyksyrityksen riskit

Alatiesynnytykseen keisarinleikkauksen jälkeen liittyy tiettyjä riskejä. Niistä ehkä puhutuin on harvinainen kohturuptuura eli kohdun seinämän repeäminen. Repeämäksi joissain tutkimuksissa on laskettu myös leikkausarven oheneminen eli fenestraatio, joka on melko tavallinen ja yleensä vaaraton sekä äidille, että sikiölle. Kohturepeämän riski on vaihdellut eri tutkimusten mukaan 0,4-0,7 prosenttiin. Kohdun seinämän repeämiseen liittyy myös runsas verenvuoto, joka eri tutkimusten mukaan voi johtaa synnytyksen yhteydessä tehtävään kohdunpoistoon 4-28 %. Kohdun repeämisen riski on huomattavasti suurempi, jos keisarinleikkaus on tehty pystyviillosta. (Kivelä 2010, 52.)

Aiemmin keisarinleikkauksella synnyttäneen naisen synnytyksen käynnistämiseen suhtaudutaan epäilevästi, koska synnytysten epäonnistumisen ja komplikaatioiden ajatellaan lisääntyvän. (Saisto 2006, 2348.) Synnytyksen käynnistäminen lisää kohdun repeämän vaaraa noin kolminkertaisesti spontaanisti käynnistyneeseen synnytykseen verrattuna. Oksitosiinin käytössä supistusten voimistamiseksi täytyy olla hyvin varovainen, sillä se saattaa lisätä repeämän vaaraa. (Kivelä 2010, 53.) Prostaglandiineilla käynnistetyssä synnytyksessä on tutkittu olevan 15 kertainen riski kohdun repeämiseen (Saisto

2006, 2348). Absoluuttiset riskit alatiesynnytyksessä keisarinleikkauksen jälkeen ovat kuitenkin varsin pienet ja siksi valikoiduissa tapauksissa voidaan alatiesynnytystä yrittää useammankin keisarinleikkauksen jälkeen – etenkin jos nainen on aiemmin synnyttänyt alateitse. (Kivelä 2010, 52.)

Nykyään alateitse synnyttäminen keisarinleikkauksen jälkeen onnistuu hyvin, riippumatta siitä mistä syystä leikkaukseen on päädytty. Aiemmin Suomessa on pitkään suositeltu, että kahden keisarileikkauksen jälkeen ei pitäisi yrittää alatiesynnytystä. Nykyisin suhtautuminen on kuitenkin muuttunut ja tapauksia katsotaan yksilöllisesti, ja tietyissä tilanteissa synnytyksiä hoidetaan alateitse kahden keisarinleikkauksen jälkeenkin. (Saisio 2006, 2348–2349.) Kun keisarinleikkauksen jälkeen seuraavassa raskaudessa suunnitellaan synnytystapaa, otetaan huomioon aiemmat raskaudet ja synnytykset, edeltävän keisarinleikkauksen aihe, kohtuviillon suunta ja paikka, mahdolliset muut kohtuleikkaukset, äidin ja lapsen koko, sekä kohdunsuun kypsyys. Päätös synnytystavasta tehdään aina yhdessä perheen kanssa. (Kivelä 2010, 54.)

9 ISYYS JA VARHAINEN VUOROVAIKUTUS VAUVAN KANSSA

9.1 Isyys käsitteenä

Isyys ilmiönä ja käsitteenä ei ole yksiselitteinen. Kuka on isä? Voiko lapsella olla kaksi isää? Voiko isä olla nainen? Nämä kysymykset ovat tällä hetkellä puheenaiheina. Perhe ei enää tarkoita vain miestä, naista ja lapsia vaan nykypäivänä yhä yleisemmäksi tulevat keinohedelmöityksen myötä samaa sukupuolta olevien ihmisten perheet. Myös uusperheet ovat kasvamassa, jolloin lapsella voi olla monta isää. Jouko Huttunen (2001) miettii kirjassaan Isänä olemisen uudet suunnat, tulevaisuuden isän määritelmää seuraavasti:

”Isä on (mies)henkilö, joka ei ole synnyttänyt lasta, mutta jolla on läheinen suhde lapseen.”

Isä- sanaa käytetään voimakkaimmin sen biologisessa tarkoituksessa. Selkeämpää käyttöä isä-termille kuitenkin on se, kun sillä tarkoitetaan äidin ohella toista vanhempaa ja huoltajaa, joka on sosiaalisesti ja laillisesti vastuussa lapsen hoidosta ja kasvatuksesta. (Huttunen 2001, 57.)

Biologisella isyydellä tarkoitetaan miehen ja lapsen välistä biologista, perinnöllistä suhdetta: lapsi on saanut alkunsa juuri tämän miehen sukusoluista. Biologinen isä on siittänyt lapsen luonnonmenetelmillä tai nykyaikaisesti keinohedelmöityksellä. Vaikka isällä ei olisi muuta asemaa lapsen elämässä, puolet lapsen geneeistä on kuitenkin peräisin häneltä. Vaikka isä ei ikinä näkisi lastaan, saattaa sillä olla suuri merkitys hänen elämässään, että hänen kuoltua geenit jatkuvat lapsessa. Joillekin tällä ei taas ole mitään merkitystä. Lapselle biologisella isällä on enemmän merkitystä, sillä hänellä on isän perimä, on hän isän kanssa yhteydessä tai ei. Biologisella isyydellä on kuitenkin ratkaiseva merkitys juridisen isyyden määrittelyssä, jonka perusteella esimerkiksi lapsen perintäoikeus määräytyy. (Huttunen 2001, 59.)

Laillisella eli **juridisella isyydellä** tarkoitetaan isyyden yksityisoikeudellisia puolia, eli kenellä on oikeuksia ja velvollisuuksia lapseen. Juridiseksi isäksi voi tulla avioliiton isyysolettaman, isyyden tunnustamisen tai vahvistamisen sekä adoption kautta. Juridiseen isyyteen liittyy olennaisesti myös huoltajuus. (Huttunen 2001, 60–61.)

Kun mies asuu lapsen kanssa ja jakaa arjen hänen kanssaan, puhutaan **sosiaalisesta isyydestä**. Siihen kuuluu myös vaihtelevassa määrin hoivan, huolenpidon ja ajan antamista lapselle. Sosiaaliseen isyyteen kuuluu myös esiintyminen lapsen kanssa erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Sosiaalista ja laillista isyyttä ei aina erotella, koska käytännössä sosiaalinen isä on usein myös laillinen isä. (Huttunen 2001, 62–63.)

Isyydestä on olemassa myös käsite **psykologinen isyys**, jolla tarkoitetaan isyyten tunnepohjaista, kiintymykseen perustuvaa puolta. Tässä isän ja lapsen välille kehittyy kiintymyssuhde. Lapsen kautta se määrittyy lähinnä niin, että lapsi pitää isänään henkilöä, johon hän on kiintynyt. (Huttunen 2001, 64.) Vielä joitakin aikoja sitten isäksi kutsuttiin miestä, jolla oli kaikki nämä isyyden muodot. Nykypäivänä puhutaan kuitenkin eriasteisista isyyksistä. (Sevön & Huttunen 2002, 75.)

9.2 Isän rooli

On olemassa monenlaisia käsityksiä siitä, mikä on isän rooli lapsen elämässä, etenkin sen alkuvaiheessa. Isän roolissa on vuosien kuluessa tapahtunut paljon muutoksia. Aina luvun 1800- puoleenväliin saakka on oletettu isän kantavan päävastuu lapsista ja heidän kasvatuksesta. Isä oli auktoriteettina niin lapsille, kuin äidillekin. Myöhemmin isän rooli alkoi muovautua ensisijaisesti perheen elättäjäksi ja äiti jäi pysyvästi kotiin. (Inkinen & Poikkimäki 2010, 46–47.) Tämän seurauksena vanhemmuus oli jakautunut selkeästi isyyteen ja äitiyteen, joilla molemmilla oli omat roolinsa (Huttunen 2001, 44).

Isän rooli on kehittynyt ajan myötä. 2000- luvun alusta on isän rooli nähty yhä tärkeämpänä lapsen kehityksen kannalta. Isän rooli sisältää nykypäivänä hoivaamista ja osallistumista lapsen elämään samalla tavoin kuin äiti. Jaettu vanhemmuus onkin tällä hetkellä tavoiteltava. Jaetulla vanhemmuudella tarkoitetaan sitä, että molemmat vanhemmat osallistuvat tasapuolisesti lasten hoitoon sekä normaalin arjen pyörittämiseen. Tämän uuden tyyliuunnan isän ei tarvitse olla lapsen biologinen isä. Uusperheiden lisääntyessä uusi mies voi olla hyvinkin sitoutunut ”isyyteensä”. (Huttunen 2001, 152–153; Mykkänen 2010, 16–17.)

Huttunen (2001) jakaa nykypäivän isyyden ohenevaan (vähän osallistuva isä) ja voimistuvaan isyyteen (osallistuva isä). Ohenevalla isyydellä hän tarkoittaa ajattelutapaa, jonka mukaan isyys voidaan kuvata vain biologiseksi isyydeksi. Voimistuvalla isyydellä hän taas tarkoittaa ajattelutapaa, jossa miehen sitoutumista isyyteen pidetään tärkeänä. Sitoutuminen isyyteen näkyy arvovalinnoissa, ajankäytössä ja arkisissa toiminnoissa. Voimistuvan isyyden alku voidaan Suomessa sijoittaa 1970-luvulle, mutta vasta 1990-luvulla siitä on laajemmin keskusteltu. (Huttunen 2001, 151,163.)

9.3 Miehen halu tulla isäksi

Usein halu tulla isäksi kasvaa miehille vasta kun raskaus varmistuu tai sen suunnittelu- vaiheessa. Tyypillisesti miehet eivät haaveile vauvasta ennen suhdetta lapsen äitiin. Naisille taas on hyvinkin tyypillistä unelmoida vauvasta jo vuosia ennen kuin asia on ajankohtainen. Suurin osa miehistä miettii mahdollista isäksi tuloaan usein vasta juuri ennen raskautta tai sen ensimmäisinä viikkoina. (Sevön & Huttunen 2004, 138.)

Miesten osuudesta perhesuunnitteluun on hyvin vähän tietoa. Yleinen oletamus on kuitenkin se, että miehet eivät ole kiinnostuneita keskustelemaan lasten hankkimisesta tai sitoutua lapsentekoaikutukseen. Raskaus saattaa olla joko hyvin suunniteltu tai yllätys. On tutkittu, että yllätys vauva herättää usein ristiriitaisia tunteita ja asia kääntyy usein toivotuksi. On ilmeistä, että naisen halu tulla äidiksi jouduttaa myös miehen halua tulla isäksi. Vaihtoehtoisesti mies voi tulla lapsentekopäätökseen mukaan ilman, että itse huomaa itsessään halua tulla isäksi. Kummassakin tapauksissa miehen ajatuksiin sekoittuu halu ymmärtää ja hyväksyä rakastamansa naisen halu tulla äidiksi. (Sevön & Huttunen 2004, 138–141.)

Suomessa ensisynnyttäjien ikä nousee koko ajan ja samalla myös ensimmäistä kertaa isäksi tulevien miesten ikä nousee. Lapsen syntymä ei miehelle muodosta samanlaista aikuistumista vauhdittavaa ajanjaksoa kuin naiselle. Siksi nuorten isien voikin olla vaikea löytää voimavaroja isyyteen ja elämiseen pienen lapsen ehdoilla. (Huttunen 2001, 41–43.)

9.4 Isyyteen valmistautuminen ja kasvu

Tieto raskaudesta tulee aina ensin äidille. Äidin kertoessa isälle, on äiti ehkä ehtinyt jo tottua ajatukseen lapsesta. Raskausepäilyn muututtua todeksi, valtaa miehen yleensä alkuinnostus, joka kestää muutamasta päivästä pariin viikkoon. Usein tulevan isän valtaa tässä suuri hoivaamisvietti ja tuleva äiti saa paljon huomiota ja hoivaa. Alkuraskaus koetaankin siksi suhdetta lähentäväksi ajaksi. Mies on usein yhtä aikaa iloinen tulevasta isyydestään, mutta mieltä painaa myös huoli tulevasta, kuten rahankäytöstä ja jaksamisesta. Myös ajankäyttö ja muut sosiaaliset suhteet mietityttävät. Raskausaika on kuitenkin pitkä ja siksi äidillä ja isällä on hyvin aikaa valmistautua vanhemmuuteen. (Hirvonen, 2002, 13–14.)

Isyyteen valmistautuminen ja kasvu on psyykinen prosessi, joka liitetään vahvasti raskausaikaan (Leskio & Antikainen 2008). Miesten odotusajan kokemuksia on tutkittu huomattavasti vähemmän kuin naisten. Miehen kokemukset ovat luonteeltaan lähinnä sosiaalisia ja psykologisia ja siksi niitä on pidetty toissijaisina. Tuleva isä käy kuitenkin raskauden aikana läpi tietynlaiset kehitysprosessit. (Eskola & Hytönen 2008, 99.) Vanhemmuuteen sopeutuminen on miehelle haastavampaa, koska hän ei saa raskauteen samaa konkreettista tuntumaa kuin nainen (Leskio & Antikainen 2008). Raskausaika voidaan jakaa miehen osalta karkeasti kolmeen vaiheeseen: alkuinnostukseen, tekeytymisvaiheeseen ja valmistautumisvaiheeseen. (Eskola & Hytönen 2008, 99; Leskio & Antikainen 2008.)

Kun miehestä tulee isä, vapaus vähenee ja vastuu lisääntyy. Isäksi tuleminen aiheuttaa epävarmuutta ja isän rooliin asettuminen vie aikaa. Niin isät kuin äiditkin kokevat ristiriitaisia tunteita: myönteisiä, masentavia ja kielteisiä. Miehet eivät yleensä keskustele asioista, vaan tyytyvät miettimään niitä itsekseen. Isyys koetaan kuitenkin mahdollisuutena kasvuun ja tilaisuutena löytää itsestään uusia ulottuvuuksia sekä mahdollisuutena nähdä itsensä uudesta näkökulmasta. (Juvakka & Viljamaa 2002, 10–12, 21–23.) Mies miettii myös enemmän omaa lapsuuttaan ja omaa isäsuhdettaan. Tuleva isä samaistuu oman isän huoltapitäviin ominaisuuksiin, joka auttaa häntä isyyteen kasvussa. Toisaalta poissaollut tai väkivaltainen isä voi aiheuttaa haasteita isyyteen kasvussa. (Haukkamaa 2000, 1482.)

Alkuinnostus kestää yksilöstä riippuen muutamasta tunnista muutamaan viikkoon. Jokaisella on omanlaisensa reagoitavat ja ne voivat vaihdella ääri-laidasta toiseen. (Eskola & Hytönen 2008, 99.) Alkuinnostuksen aikana miehet voivat olla hyvin huomaavaisia kumppaniaan kohtaan ja tällöin heillä usein herää suuri hoivaamisvietti. Joillekin miehille tulee ns. pakoreaktio, joka ilmenee esimerkiksi uutena harrastuksena. Näin mies yrittää ehkä nauttia vapaudestaan vielä kun voi. (Leskio & Antikainen 2008.) Alkuinnostuksen jälkeen tuleva isyys ja raskaus voivat jäädä taka-alalle moniksi viikoiksi. Alussa mies kokee raskauden lähinnä naisen reagoinnin- ja toimintapojen mukaan, ja nämä viestit voivat tuntua hyvinkin ristiriitaisilta. (Eskola & Hytönen 2008, 99.)

Tekeytymisvaihe kestää yleensä 18.–25. raskausviikkoon asti. Pituus määräytyy sen mukaan, kuinka valmis mies on raskauden alkaessa. Tässä vaiheessa miehellä ei vielä ole näkyviä todisteita raskaudesta, koska raskaus ei vielä näy ulospäin. Pian äiti alkaa kuitenkin tuntea sikiön liikkeitä ja tällöin tuleva isä voi tuntea olonsa ulkopuoliseksi. Mies ei välttämättä joka päivä edes muista, että on tulossa isäksi, vaan keskittyy muihin asioihin, esimerkiksi työhön. Tämä vaihe voi aiheuttaa monille pariskunnille stressiä. Mies pääsee enemmän raskauteen mukaan, kun naisen vatsa alkaa kasvaa, isä tuntee sikiön liikkeet vatsan päältä tai kun isä rupeaa rakentamaan vauvanhoitopöytää. (Eskola & Hytönen 2008, 99; Kaila-Behn 1997, 28–29.)

Valmistumisvaiheessa mies tuntee raskauden todellisena ja tärkeänä. Raskaus välittyy konkreettisesti naisen muodonmuutoksena. Usein tämä vaihe tuo mukanaan monia pelkotiloja molemmille vanhemmille. Pelot liittyvät lähestyvään synnytykseen, lapsen vointiin, taloudelliseen tilanteeseen ja arkiasioden uudelleenjärjestelyyn. Näiden asioiden yhdessä pohtiminen tuo kuitenkin vanhempia lähemmäs toisiaan ja tämä koetaankin siksi pariskunnan kannalta myönteisenä vaiheena. (Eskola & Hytönen 2008, 99–100.) Loppuvaiheessa isä usein osoittaa kiinnostustaan lasta kohtaan juttelemalla lapsella. Näin raskaus tulee osaksi jokapäiväistä elämää. (Leskio & Antikainen 2008.)

Myös isä saattaa reagoida raskauteen fyysisillä oireilla: pahoinvoinnilla, ruokahaluttomuudella tai painonnousulla. (Eskola & Hytönen 2008, 100; Sinkkonen 1998, 56; Sevön & Huttunen 2002, 76.) Ruotsalaisten tutkimuksien mukaan myös isät voivat kärsiä myös kovasta synnytyspelosta. Joillain pelko voi päästä niin pahaksi, että isä pakottaa äidin vaatimaan keisarileikkausta. Suomessa oletetaan, että isät tulevat puolisoidensa

tueksi synnytyssaliin. Myös miesten kuuluisi saada ennen synnytystä puhua mahdollisista peloista ja mietityttävistä asioista. Isien synnytyospelko on Suomessa vielä kovin vähän keskusteltu asia, mutta se on paljon luultua yleisempää. (Hirvonen, 2002, 35.)

9.5 Isän rooli sektiossa

Suomessa isän mukana olo sektiossa on uusi haaste perioperatiiviselle hoitotyölle. Keisarinleikkaus on kuitenkin vanhempien halutessa yhtäläillä perhetapahtuma, kuin alatiesynnytyksin. Isän mukana olo tukee isyyden tunnetta samalla lailla, kuin mukana olo alatiesynnytyksessäkin. (Kalliovalkama 2001, 19–20.)

Isän paikka sektiosalissa on äidin pään vasemmalla puolella. Edessä on sermi, joten isä ei näe leikkausaluetta. Isä saa omien vaatteidensa päälle suojatakin sekä suojamyssyn. Isät oheistetaan ottamaan omat sisäkengät mukaan, mutta tarvittaessa omien kenkien päälle laitetaan muovit. Lapsen synnyttyä kätilö näyttää lasta vanhemmille. Isä voi olla äidin vierellä leikkauksen loppuun asti, tai siirtyä kätilön perässä seuraamaan lapsen pesua ja mittauksia synnytyssalin puolelle. Kun lapsi on pesty, punnittu ja puettu, on isällä mahdollisuus siirtyä vauvan kanssa takaisin leikkaussalin puolelle äidin viereen, jolloin myös äiti saa katsella lastansa. Leikkaustilanne voi luonnollisesti olla yllämainitusta poikkeava riippuen mahdollisesta lapsen huonosta voinnista tai äidin (Tays- nais- tentautien ja synnytystenvastuualue 2011, 4-5)

Joskus on tilanteita, ettei äiti saa lastaan vierelleen heti sektion jälkeen. Silloin isän rooli korostuu ja isästä tulee vauvan tärkein hoitaja. (Sailo 2007). Sailon (2007) tutkimuksen mukaan ne vauvat, jotka saivat viettää ensihetkensä isän sylissä, itkivät vähemmän ja rauhoittuivat nopeammin, kuin ne vauvat, jotka olivat sängyssä isän vieressä. Sylissä olleet vauvat myös nukkuivat paremmin, kuin sängyn vieressä hoidetut. (Sailo 2007.)

Kalliovalkama (2001) on tutkinut isän läsnäoloa keisarinleikkauksessa. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista isistä, koki läsnäolonsa itsestään selvänä. Puolison tukeminen ja oman lapsen syntymässä läsnäolo ovat miehelle tärkeitä asioita ja he arvioivat pelkonsa sairaalaa kohtaan vähemmän merkitykselliseksi. Vaikka keisarinleikkaus onkin

nopea toimenpide, on isän läsnäololla kuitenkin suuri merkitys parisuhteelle sekä vauvan varhaiselle vuorovaikutukselle. (Kalliovalkama 2001, 19–20.) Isän läsnäololla keisarinleikkauksessa on raportoitu olevan myös pitkäaikaisia vaikutuksia myös isä-lapsisuhteeseen. Varhainen isän ja vauvan suhteen kehittyminen ennustaa isän runsaampaa osallistumista lapsen hoitoon synnytyksen jälkeisenä aikana sekä jatkossa. (Niini-Saustila & Seppä 2001, 12.)

Yksi monille isille tärkeimmistä tapahtumista synnytyksessä on napanuoran leikkaus vauvan synnyttyä. Myös keisarinleikkauksessa isällä on siihen mahdollisuus. Toiset isät kuitenkin haluavat mieluummin olla vain äidin tukena ja myös se mahdollisuus tulee antaa. Mielestäni isän läsnäolo on tärkeää molempien kannalta, niin äidin kuin lapsenkin. Leikkaus on aina iso asia ja on hienoa, että isät ovat mukana tukemassa äitiä ja toisaalta viemässä äidin ajatuksia pois leikkausalueelta.

Kaikki isät eivät kuitenkaan halua osallistua keisarinleikkaukseen. Silloin äidin tukena synnytyksessä on hoitaja tai joku muu kenet äiti on valinnut mukaansa. (Kalliovalkama 2001, 19–20.)

9.6 Isän ja vauvan varhainen vuorovaikutus ja sen tukeminen

Isyys konkretisoituu lopullisesti miehelle yleensä vasta lapsen syntymän jälkeen. Nykyään suurin osa miehistä on mukana synnytyksessä, jolloin heidän vuorovaikutussuhteensa lapseen alkaa heti vauvan ensihetkistä. Varhaisen vuorovaikutussuhteen luominen lapseen on merkittävä tekijä isäksi kasvamisessa, mutta jos isä ei halua olla synnytyksessä mukana, ei se tee hänestä yhtään huonompaa isää. (Leskio & Antikainen 2008.)

On tärkeää, että isä saa osallistua vauvan hoitoon alusta asti, jolloin kiintymys lapseen herää nopeammin. Kun odotukset vauvaperheen elämästä ovat realistiset, sopeutuu isä vauvan tuomiin uusiin muutoksiin helpommin. (Leskio & Antikainen 2008.) Varhainen vuorovaikutus on kaikkea arkista ja konkreettista yhdessä tekemistä: kylpemistä, syöttämistä, nukuttamista ja vaippojen vaihtoa. Näistä toistuvista vuorovaikutushetkistä kasvaa hiljalleen elämänmittainen kiintymyssuhde. (Tamminen 2004, 46.)

10 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä keisarinleikkaus tarkoittaa, miten siihen päädytään ja kuinka siitä toivutaan. Halusin selvittää myös isien kokemuksia osallistumisesta keisarinleikkauksella tehtyyn synnytykseen. Halusin tutkimuksellani saada tietoa siitä, kuinka isät huomioitiin sektiossa, kuinka he kokivat vuorovaikutuksen vauvansa kanssa ja otettiin heidät mukaan vauvan hoitoon.

Työn tavoitteena oli antaa kättilöopiskelijoille sekä muulle hoitohenkilökunnalle paremmat valmiudet työskennellä sektioilla synnyttävien/ synnyttäneiden perheiden kanssa.

Tutkimuksella hain vastauksia mm. seuraaviin kysymyksiin:

Kuinka isät huomioitiin sektiosalissa?

Saivatko isät heti osallistua vauvan hoitoon?

Millaisena isät kokivat vuorovaikutuksen vauvan kanssa?

11 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU

11.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus ja perustelut valinnalle

Opinnäytetyötä tehdessä tutkimusmenetelmä valikoitui sen mukaan, minkälaisen tutkimuksen aikoo tehdä. Halusin tehdä kyselyn, johon isät voivat vastata anonyymisti ja kertoa omin sanoin kokemuksistaan. Tutkimusmenetelmäksi työhöni valitsin siksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmetodin.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan tutkimustyö aloittaa ilman selkeitä ennakkoodotuksia tutkimustuloksista. Näin tutkija voi löytää vastausten avulla uusia näkökulmia, eikä vain todentaa ennako-odotuksiaan. Tässä tutkimusmenetelmässä korostuu luottamuksellisuus, rehellisyys ja luotettavuus. (Eskola & Suoranta 1999, 19–20.) Isien kokemuksesta sektiossa on hyvin vähän tutkittua tietoa. Mielenkiintoista oli se, että ennalta ei voinut arvata minkälaisia vastauksia tulee ja millaisen koosteen niistä saa tehtyä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä myös se, että tutkimuskohteena voi olla varsin pieni määrä tapauksia, joita pyritään analysoimaan perusteellisesti. Laatu on määrää tärkeämpi kriteeri. Kvalitatiivinen tutkimus antaa tutkijalle paljon vapautta tutkimuksen toteuttamisessa. (Eskola & Suoranta 1999, 18, 20.) Sain tutkimukseeni seitsemän vastausta. Vastausten vähäisyys ei sinällään yllättänyt, sillä olin varautunut siihen, että isien kokemuksia on internetin kautta vaikea saada. Vastaukset olivat mielestäni hyvin sen tyyppisiä kuin odotin, lyhyitä, mutta kuitenkin hyvin informatiivisia.

11.2 Tutkimusprosessin kuvaus sekä aineiston analyysi

Idean opinnäytetyöni aiheeseen sain opettajalta joulukuussa 2009. Tampereen ammattikorkeakoulussa ei oltu tehty aikaisemmin mitään tutkimusta sektiolta synnyttäneistä äideistä ja heidän kokemuksistaan. Aiheen mielenkiintoisuus on edesauttanut etsimään monipuolista lähdeaineistoa. Aloitin opinnäytetyöni suunnittelun ja teoriaosuuden työstämisen tammikuussa 2010.

Väliraporttiseminaarissa joulukuussa 2010 aiheeni suunta vaihtui. Tässä vaiheessa lähdin painottamaan enemmän isän roolia sektiossa, tähänastisen äidin kokemuksen sijasta. Lähdin etsimään lähteitä isyydestä ja isän roolista sektiossa. Keväällä 2011 työstin teoriaosuutta sekä sain vastauksia työni tutkimusosaan. Syksyllä 2011 teoriaosuuteni edelleen muovautui ja tein suunnitelmaa kehittämistehtävästä.

Tutkimukseeni sain melko pienen aineiston, joka osaltaan helpotti aineiston analyysia. Vastaukset olivat kaikki hyvin olennaisia ja juuri siihen kysymykseen vastaavia, enkä siten rajannut aineistosta mitään pois. En siis käyttänyt aineiston analyysissa laadulliselle tutkimukselle olennaista tyypittelyä tai luokittelua. Olen tyytyväinen, että kaikki vastaukset olivat kuitenkin erilaisia ja löysin niistä poikkeavuuksia. Poikkeavuudet ovat kuitenkin rikkaus näin pienessä tutkimuksessa.

Prosessi oli pitkä ja työstin opinnäytetyötäni välillä aktiivisemmin ja välillä kirjoittamisessa oli pidempiä taukoja. Uusia lähteitä ja ajatuksia hain koko prosessin ajan. Opinnäytetyö valmistui kokonaisuudessaan joulukuussa 2011.

11.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Ihmisoikeudet luovat eettisen perustan ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa. Tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Osallistujilla on oikeus keskeyttää mukanaolonsa missä vaiheessa tahansa ja he voivat myös jälkikäteen kieltää heitä itseään koskevan aineiston käyttämisen tutkimuksessa. Osallistujien tulee tietää mihin he osallistuvat ja mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimukseen osallistuvien hyvinvointi ja oikeudet on turvattava ja mahdolliset ongelmat on otettava etukäteen huomioon. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia ja kaikkien osallistujien tulee jäädä nimettömiksi. Tutkijan tulee noudattaa sopimuksia eikä tutkimuksen rehellisyyttä saa vaarantaa. (Sarajärvi & Tuomi, 2006, 128–129.)

Tutkimukseeni osallistuneet isät ovat vastanneet vapaaehtoisesti. Kyselyn toteutin verkkokyselynä, jolloin vastaajilla oli täysi vapaus osallistua tai jättää osallistumatta. Laitoin kyselyn Helistin.fi sivustolle. Helistin on kirjautumisen vaativa sivusto, jossa on asiantuntijoiden artikkeleita, ajantasaista tietoa raskaudesta ja lapsiperheen asioista. Siellä on

käyttäjille erilaisia palveluita, mahdollisuus esittää kysymyksiä joihin asiantuntijat vastaavat. Lisäksi sivustolla on valvottu keskustelupalsta, jonne oman kyselyni laitoin.

Kyselyssä kerroin tutkimusaiheeni, vastaamisen vapaaehtoisuuden, tietojen luottamuksen säilyvyydestä sekä mahdollisuudesta myöhemmin lukea samalla sivustolla annetusta linkistä valmis työni. Kerroin myös vastaajien nimettömyydestä ja näin ollen huomioin tutkimuksen eettisyyttä. Ennen vastausten tulostamista poistin mahdolliset vastaajan henkilötiedot ja nimimerkit. Näin ollen käsittelin vastaukset täysin anonymisti, luottamuksellisesti ja salassapitovelvollisuutta noudattaen.

Tutkimuksen uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa tieteellistä käytäntöä. Vastuu hyvän tieteellisen tutkimuksen toteutumisesta ja rehellisyydestä on tutkijalla itsellään. Puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimuksiin on hyvää tieteellistä käytäntöä loukkaavaa. Samoin loukkauksena ajatellaan muiden tutkijoiden vähättelyä sekä harhaanjohtavaa raportointia muista tutkimuksista. (Sarajärvi & Tuomi 2006, 129–130.)

Tutkimuksessani käytin lähteenä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Pyrin käyttämään mahdollisimman ajanmukaisia julkaisuja tai vanhemmista julkaisuista luotettavimpia, kuten väitöskirjat. Näissä ajattelin, että tutkimuksen teoriapohjan kannalta lähde sisältää kuitenkin oikeanlaista ja luotettavaa materiaalia. Lisäksi tein henkilökohtaisen haastattelun sekä käytin monipuolisesti internetiä. Lähdekirjallisuudesta saatu tieto on asian mukaista, eikä mitään tietoa ole vääristelty. Tutkimustulokset pohjautuvat tutkittavien vastauksiin ja tulosten analysointi on toteutettu eettisesti saatujen tietojen perusteella.

Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu myös yksittäisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta löytyy erilaisia käsityksiä. Sen luotettavuuden arvioinnissa ei ole yksiselitteistä ohjetta. Laadullista tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena. (Sarajärvi & Tuomi 2006, 131,135.)

Tutkimukseni luotettavuuden tarkastelu liittyy samaani käyttökelpoiseen materiaaliin ja tietoon. Tutkimukseni pohja oli lähdekirjallisuudesta koottu teoriatieto, jonka pohjalta suunnittelin kyselyn. Tein avoimen kyselyn, johon vastaajien oli helppo vastata. Sain vastauksen seitsemältä keisarinleikkauksessa mukana olleelta isältä. Vastaukset olivat

kaikki melko lyhyitä, joten oleellisen tiedon siirtäminen tutkimustuloksiin oli mielestäni melko helppoa.

12 TUTKIMUSTULOKSET

Sain Helistimeen laittamani kyselyn kautta seitsemän vastausta tutkimukseeni. Vastaukset olivat suurimmaksi osaksi melko lyhyitä, muutamat olivat vastanneet pidemmin. Vastauksissa korostui mielestäni hyvin se, että isät olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa kohteluun hoitohenkilöstöltä. Muutama isä oli ollut mukana useammassa kuin yhdessä sektiossa, yhdellä perheellä keisarinleikkauksella syntyivät kaksoset. Kokosin tähän tutkimuksen tuloksia kysymys kerrallaan.

1. Olitko mukana sektiosalissa? Jos olit, kuinka Sinut mielestäsi huomioitiin siellä?

Kaikki isät olivat olleet mukana sektiosalissa. Jokainen vastaaja sanoi, että heidän huomioitiin riittävästi. Eräs isä sanoi, että hän tunsu olonsa salissa ”tervetulleeksi”. Kätilöt olivat isät huomioonottavia; kyselivät isän vointia, tunteuksia, jännityksiä ja pelkoja. Isät kokivat kätilön läsnäolon ja juttelun luonnolliseksi, keskustelu ei liittynyt vain sektioon vaan myös kotona odottaviin vauvantarvikkeisiin, sekä vauvan sukupuoleen. Myös perheen taustat otettiin hyvin huomioon:

”Minut otettiin erinomaisesti huomioon sektiosalissa. Henkilökunta tiesi kuinka hankalaa raskaus oli ollut ja ottivat kiitettävästi huomioon myös minut isänä.”

”Minua kohdeltiin poikkeuksellisen hyvin verraten aikaisempiin kokemuksiin isänä olemisesta odotusaikana.”

Isät kokivat saaneensa riittävästi tietoa leikkauksen kulusta ja kuinka missäkin vaiheessa toimitaan. Isät saivat kuulla kaikki samat ohjeet kuin äiditkin. Muutama isä oli ollut mukana ns. elektiivisessä sektiossa, sekä kiireelliseksi sektioksi muuttuneessa alatesynnytyksessä. He eivät kokeneet näissä tilanteissa eroavaisuuksia kätilön ohjauksen tai isän huomioinnin osalta.

**2. Vauvan synnyttyä hoitaja vei vauvan mittauksiin ja pesulle. Saitko lähteä vauvan mukaan? Osallistuitko vauvan hoitoon? Missä vaiheessa sait vauvan ensiker-
taa syliin, miltä se tuntui? Kuvaile muutamalla sanalla ensitunnelmia vauvan
kanssa.**

Jokainen vastanneista isistä oli siirtynyt sektiosalista lastenhuoneen puolelle, missä vauva pestiin, mitattiin ja puettiin. Vauvan hoitoon isät osallistuivat vaihdellen, toiset kylvettivät, kuivasivat tai pukivat vauvan, toiset pyysivät jännittyneinä kättilöä hoitamaan nämä ja ihailivat itse vierestä. Kukaan vastaajista ei kertonut, ettei olisi saanut ollenkaan osallistua vauvan hoitoon.

Isät saivat vauvat pian syliinsä ja yhdessä vauvan kanssa odottelivat äitiä leikkaussalis-
ta. Yksi vastanneista isistä oli saanut vauvansa heti pesujen jälkeen ihokontaktiin ja isä
kuvaili tunnettaan sillä hetkellä sanoinkuvaamattomaksi. Monet isät kuvailivat tunnetta
väsyneeksi, koska valvomista oli takana jo pidemmän aikaa. Isät olivat myös helpottu-
neita siitä, että vauva oli nyt syntynyt ja äiti ja lapsi voivat hyvin. Ensitunnelmiaan vau-
van kanssa isät kuvailivat näin:

”Sektio tehtiin aamuyöllä, joten tunnelmat olivat aika väsyneet. Olo oli varmasti onnellinen ja jossain määrin myös helpottunut, kun odotus oli päättynyt.”

”Tunnelma oli epäuskoinen, kiitollinen ja jopa järkyttynyt (positiivisessa mielessä).”

Yksi isä kertoi, että sai viedä toisen kaksosista äidin luo ensi-imetykselle, ja toista kak-
sosista hän syötti itse pullosta. Lapset saivat olla ensin isän hoivissa, vaikkakin heidät
sen jälkeen laitettiin keskoskaappiin.

3. Äidin ja vauvan siirtyessä lapsivuodeosastolle, otettiinko sinut mielestäsi heti mukaan vauvan hoitoon?

Isät kokivat osallistumisensa vauvan hoitoon tärkeänä, heti alusta alkaen. Leikkauksen jälkeen äidit eivät heti voineet nousta vauvaa hoitamaan, jolloin isien rooli korostui. Isät pääsivät nopeasti kätilön ohjaukseen vaipan vaihdosta ja syötöistä.

”Äiti oli kummallakin kerralla kauan jossain ”jälkioperaatiossa” ja melko heikkona senkin jälkeen. Käytännössä minä hoidin lapsia ensi vuorokauden.”

”Nopeasti pääsin mukaan vauvanhoitoon ja vaipanvaihtoon. Toisaalta oli pakko, koska äiti ei voinut liikkua sängystä.”

4. Millaisena koit suhteesi vauvaan ensipäivinä?

Isät kuvailivat suhdettaan vauvaan lähinnä ihmettelyksi, ylpeydeksi ja rakkaudelliseksi. Suurin osa isistä koki, että he saivat vauvan ensipäivinä olla paljon lapsen kanssa, jolloin kehittyi heti erityinen side lapseen. Yksi isä kuitenkin kuvaili tuntemuksiaan niin, että äidin ja vauvan ollessa sairaalassa, ensipäivät menivät isältä vähän ”ohi”.

”Suhde muodostui välittömästi läheiseksi, koska sain olla vauvan lähellä paljon heti ensimmäisinä päivinä.”

”Tuntui todella pahalta lähteä muutamana ekana päivänä yöksi kotiin, kun olisi vaan halunnut pitää molempia sylissä ja ihmetellä mitä kaikkea he tekevät/kokevat.”

”Muistan vielä hyvin keinutuolissa istumisen, kun vauvamme katseli epäilevin silmin kovasti minua, että missä ihmeessä tässä ollaan.”

5. Jos olet ollut mukana aiemmin alatiesynnytyksessä, poikkesiko isän huomiointi ja jos poikkesi, niin miten?

Seitsemästä isästä viisi ei ollut koskaan ollut mukana alatiesynnytyksessä. Kaksi muuta olivat sitä mieltä, että sektiossa isä huomioidaan paremmin. Myös vauvan ja isän yhteistä ”omaa aikaa” oli sektiosynnytyksessä heidän mielestään enemmän. Yhden isän kokemus oli, että perhe on alatiesynnytyksessä kovin yksin ja että isällä on paljon rooleja ja asioita vastuullaan. Hän koki, että keisarinleikkauksessa myös isää kuunnellaan ja ohjataan, samalla lailla kuin äitiäkin.

”Alatiesynnytyksessä isä on äidin hoitaja, psykologi, kuntovalmentaja, tarjoilija... Kätilöt vain kurkkailevat ovesta, koska homma hoidetaan loppuun. Sektiossa isäkin on ”asiakas”.”

6. Onko sinulla jotain muuta, mitä haluaisit kertoa sektiokokemuksestasi, jäikö jokin asia vaivaamaan, sujuiko jokin kohta mielestäsi erityisen hyvin?

Kaikki isät olivat tyytyväisiä keisarinleikkauksen kulkuun ja kätilöiden toimintaan. Eräs isä kuitenkin kertoi, että olisi toivonut lääkärin käyvän juttelemassa isän ja myöhemmin myös äidin kanssa leikkauksesta. Kummallakaan kerralla lääkäri ei tätä tehnyt. Vaikka keisarinleikkaus ei ollut kaikilla suunniteltu, olivat isät olivat hyvillä mielin siitä, että sektion kiireellisyydestä huolimatta, kaikki sujui järjestelmällisesti, eikä hätäilyn tunnetta tullut.

13 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen on osoittautunut antoisaksi, mutta myös raskaaksi. Sain mieleiseni aiheen ja lähdin suurella innolla etsimään lähteitä työhöni. Huomasin kuitenkin pian, että alueeni lähti laajenemaan ja työn rajaaminen tuntui vaikealta. Väliseminaarisissa sain paljon palautetta luokkakavereiltani ja opettajalta, ja sainkin työni rajattua mieleisekseni. Valitsin aihealueikseni sektorin toimenpiteenä ja siitä toipumisen, sekä isyyden ja isän roolin sektiossa.

Jäsentelin työn niin, että lukijan on helppo edetä keisarinleikkaustoimenpiteestä siitä toipumiseen, sektorin vaikutuksista vauvaan, isyyteen ja isän rooliin sektiossa. Tutkimusosassa selviää isien kokemuksia sektioon osallistumisesta ja kätilön toiminnasta.

Työn teoriaosuudessa olen pyrkinyt antamaan kokonaisvaltaisen kuvan sektioon johtavista syistä, sen toteuttamisesta ja siitä toipumisesta. Koin tärkeäksi myös sektorin vaikutukset imetykseen, mikä on tänä päivänä työelämässä haastavaa kätilöille. Kirjallisuus antaa mielestäni kuitenkin monista asioista hyvin erilaisen kuvan, kuin taas käytännön työssäolo. Suureksi osaksi nämä erilaisuudet johtuvat kuitenkin resursseista sekä sairaalan tiloista. Taysin lapsivuodeosastolla on lähes aina täyttä, jolloin kätilöllä ei aina ole niin paljon aikaa tukemiseen ja ohjaukseen, kuin sektiollla synnyttäneitä äitiä alkuun tarvitsisi. Keisarinleikatut äidit ovat osastolla muiden synnyttäneiden kanssa, eikä huone aina välttämättä ole niin rauhallinen kuin äidin levon kannalta olisi hyvä olla.

Kirjallisuudessa painotettiin kätilön sekä myös isän roolia, äidin toipuessa leikkauksesta. Myös minun mielestäni sektiopotilaan parantumisen ja toipumisen kannalta tärkeimmät tekijät ovat synnyttäneen kivunhoito, vauvanhoito apu sekä potilaan tukeminen ja ohjaaminen leikkauksen jälkeen. Hoitamalla kipua, saadaan äiti nopeasti liikkeelle ja näin ehkäistään mahdollisia myöhäisongelmia.

Kirjoittaessani sektioista, joiden syynä on synnytyspelko, heräsi minussa melko ristiriitaiset tunteet. Kirjallisuuden mukaan synnytyspelko, ei ole hyvä syy tehdä iso ja vaativa leikkausoperaatio. Käytännössä kuitenkin olen nähnyt, että perhe saa hyvin helposti sektorin, jos vain sitä pyytävät. Ketään ei kuitenkaan voida pakottaa synnyttämään alakautta.

Mielestäni synnytyspelkosektoita tehdään vähän liikaakin. Pelkopoliklinikalla on saatu hyviä tuloksia tässä asiassa, ja mielestäni siihen pitäisikin panostaa enemmän.

Löysin paljon lähteitä isän ja vauvan vuorovaikutussuhteesta ja isyydestä ylipäänsä. Isän roolista sektiossa oli kuitenkin hyvin vähän tutkittua tietoa. Käytännön harjoituksissa en ole kertaakaan törmännyt tilanteeseen, jossa isältä olisi kysytty haluaako hän leikata napanuorasta palasen. Tätä jäin myös miettimään, miksei siihen anneta mahdollisuutta kuin alatiesynnytyksessä?

Tutkimus oli haastava, koska valitsin kyselyn kohteiksi isät. Usein äidit ovat isiä innokkaampia vastaajia ja olinkin positiivisesti yllättynyt, kun sain vastaukset seitsemältä isältä. Minua myös yllätti se, kuinka tyytyväisiä isät kaiken kaikkiaan sektioon olivat. Myös kätilöt saivat hyvää palautetta toiminnastaan.

Kätilön rooli keisarinleikkauspotilaan hoidossa on merkittävä. Kätilön tulee osata ohjata perhettä ennakkoon tulevasta. On tärkeää, että perheellä on kaikki mahdollinen tieto leikkauksesta jo hyvissä ajoin ennen toimenpidettä. Keisarinleikatun äidin hoito lapsivuodeosastolla on vaativaa ja enemmän aikaa vievää kuin alateitsesyntyttäneen äidin hoito. Keisarinleikkaus on iso toimenpide, josta äidin tulee rauhassa toipua, mutta kätilön hyvään ammattitaitoon kuuluu vaatia myös potilaalta tiettyä omatoimisuutta. Kätilön rohkaisemana äidit lähtevät liikkeelle ja toipuvat nopeasti kotikuntoon.

Toivon, että tästä opinnäytetyöstä on apua niin kätilötyön opiskelijoille, kuin hoitohenkilökunnallekin. Toivon, että jokainen herää miettimään oman työpaikan sektiokäytäntöjä ja sitä kuinka sektiokokemuksesta saataisiin jokaiselle perheelle mahdollisimman yksilöllinen ja onnistunut.

Opinnäytetyötä tehdessäni heräsi muutamia jatkotutkimusaiheita. Synnytyspelko ja sen hoitaminen olisi monia hyödyttävä tutkimusaihe. Mielestäni siihen tulisi käyttää enemmän resursseja, koska synnytyspelkojen läpikäyminen on kuitenkin vähentänyt osaltaan sektioäidien määrää. Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi myös se, millaisena sektioäidit kokevat potilasohjauksen keisarinleikkauksen jälkeen.

14 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Kehittämistehtävän tavoitteena on tutkimuksessa ilmi tulleiden, mielestäni tärkeiden, asioiden esiin nostaminen. Tarkoituksena on koota kätilöille ja isille yhteenvetona huoneentaulu, jossa on molemmille tärkeitä ohjeita sektioon. Toivon, että se toimii kätilöillä työvälineenä keisarinleikkauspotilaiden hoitotyössä.

Isän osallistumisessa tärkeintä on se, että isä tietää mitä on tapahtumassa. Kätilön tulee pitää myös isä ajan tasalla kokoajan, sekä valmistella isää tulevaan. Kätilö huolehtii pääsääntöisesti äidin ja vauvan hyvinvoinnista. Hätätilanteissa isän huomiointi jää automaattisesti vähemmälle. Mahdollisuuksien mukaan kätilö huolehtii myös isän voinnista.

Isä ei voi osallistua sektioon, ellei hän tiedä mitä häneltä odotetaan. Kätilö kertoo isälle selkeästi, mikä on isän rooli ja missä isän paikka on, ettei hän ole hoitohenkilökunnan tiellä. Suurin apu mitä isä voi tehdä, on toimia äidin rohkaisijana ja tukina. Isän keskittymisen tulee suuntautua täysin äitiin ja tulevaan lapseen, ei kätilöiden tai lääkäreiden toimintaan. On tärkeää, että isä pysyy rauhallisena, vaikka tilanteet muuttuisivat nopeasti. Omalla rauhallisuudellaan isä luo rauhallisuuden ja turvallisuuden tunnetta myös äidille. Jo synnytysalissa isälle muodostuu myös tärkeä rooli lapsen ensisijaisena hoitajana. Äidin vielä ollessa leikkauspöydällä, isä jo monesti vie lapsen leikkaussalin puolelle äidin nähtäväksi.

5 SEKTIOSSA HUOMIOITAVAA ASIAA ISÄLLE JA KÄTILÖLLE

1. Isän on tärkeä tietää tulevista tapahtumista etukäteen.
2. Kätilö huolehtii pääsääntöisesti äidin ja vauvan hyvinvoinnista, mutta myös isän huomiointi on tärkeää.
3. Kätilön tulee sanoa äänen, mitä isältä odotetaan.
4. Isän tehtävänä on pysyä rauhallisena, seurata äidin vointia ja toimia äidin tukijana.
5. Keisarinleikkauksen jälkeen, äidin toipuessa, isä on vauvan tärkein hoitaja.

LÄHTEET

- Aukee, P. 2008. Raskaus, synnytys ja lantionpohjan toimintahäiriöt. *Kättilölehti* 5/2008, 181–183.
- Bjälle J. G, Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. V. & Toverud, K. 2007. *Ihminen. Fysiologia ja anatomia*. 1. - 4. painos. Porvoo: WSOY.
- Borelius, M. 1995. *Olet synnyttänyt- huolehdi itsestäsi*. Porvoo: WSOY.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Synnytystavan vaikutus imetykseen. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) 2010. *Onnistunut imetys*. Helsinki: Duodecim.
- Eksote. 2010. Etelä- karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos. *Keisarileikkaus*. www.eksote.fi → synnytysosasto G1. Luettu 21.1.2010.
- Erkkola, R. 2005. Liikunta raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) 2005. *Liikuntalääketiede*. Hämeenlinna: Duodecim. 183.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. *Nainen hoitotyön asiakkaana*. 1.- 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. *Nainen hoitotyön asiakkaana*. 1.-3. painos. Porvoo: WSOY.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 1998. *Naisen elämä ja hoitotyö*. 1.- 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Haukkamaa, K. 2000. Isä ja raskaus. *Duodecim* 116, 1481–1482.
- Hirvonen, H. 2002. Isä syntymässä. Vauvan odotus, syntymä ja hoito. Helsinki: Tammi. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. www.hus.fi → Synnytyspelko. Päivitetty 14.8.2006. Luettu 10.12.2010.
- Huttunen, J. 2001. *Isänä olemisen uudet suunnat*. Juva: PS- kustannus.
- Inkinen, A. & Poikkimäki, S. 2010. *Isän kanssa– arkena ja sunnuntaina*. Eesti: Katharos Oy.
- Jouppila, P. 2003. Miten suhtautua ilman lääketieteellistä syytä tehtävään keisarileikkaukseen. *Suomen Lääkärilehti* 41/2003 vsk 58, 4097.
- Juvakka, E. & Viljamaa, J. 2002. *Miehen mittainen isä*. Helsinki: WSOY.
- Kaila-Behn, A. 1997. *Miehestä esikoisen isäksi*. Kuopion yliopiston. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kalliovalkama, E. 2001. Isän läsnäolo tekee keisarileikkauksesta perhesektion. *Pinsetti* 4/2001, 19–20.

Kassara H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. *Hoitotyön osaaminen*. Porvoo: WSOY.

Kitzinger, S. 1994. *The Complete Book of Bregnancy and Childbirth*. 5. painos. New York: Alfred A. Knopf.

Kivelä, A. 2010. Miten valita synnytystapa keisarileikkauksen jälkeen? *Suomen Lääkärilehti* 1-2/2010, 51–54.

Kivijärvi, M. 2003. Äidin sensitiivisyys varhaisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) 2003. *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Juva: WSOY. 237, 254.

Laes, E. 2005. *Synnyttäjien terveys*. Päivitetty 18.7.2005. Luettu 7.9.2010. Helsinki: Duodecim.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00048&p_haku=synnyttäjien terveys](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00048&p_haku=synnyttäjien%20terveys)

Leskio, M. & Antikainen, I. 2008. Kasvu isäksi alkaa hämmennyksen tunteesta. Julkaistu ja tarkastettu 14.5.2008. Tulostettu 17.2.2011. <http://demo.seco.tkk.fi/terveysuomi/item/nn:284>

Malm, T. 2010. *Kättilö / Imetysohjaaja*. Henkilökohtainen haastattelu. 8.12.2010. Tays.

Mykkänen, J. 2010. *Isäksi tulon tarinat, tunteet ja toimijuus*. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.

Niemelä, P. 2003. Äitiyden tunteen syntyminen. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) 2003. *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Juva: WSOY. 237.

Niini-Saustila, K. & Seppä, H. 2001. *Perhehoitotyön toteutuminen keisarileikkaussynnytyksissä vanhempien ja hoitohenkilökunnan kokemana*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu- tutkielma.

Nylander, G. 2006. *Äidiksi ensi kertaa*. Helsinki: WSOY.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi- Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.). 2009. *Kättilötyö*. 1.-3. painos. Helsinki: Edita Prima.

Pallasmaa, N. 2009. Vakavat äitikomplikaatiot eri synnytystavoilla. *Kättilö-lehti*. 2/2009, 28–29.

Pisano, V. 2007. *Liikkuva äiti: opas odotusajan ja synnytyksen jälkeiseen liikuntaan*. Jyväskylä: WSOY.

Rautaparta, M. 2010. Raskaus synnytys äitiys. Äidiksi omaa kehoa kuunnellen. Porvoo: WSOY.

Rouhe, Hanna. 2011. Synnytyspelko. Meeting-esitelmä. Tays. 21.1.2011.

Ruohotie, P. 2004. Imetys sektion jälkeen. Imetysuutisia 2/2004. Imetyksen Tuki Ry. <http://www.imetys.fi/itu/imetysuutisia/artikkelit/sektio.php>

Sailo, E. 2007. Vauva ja isä sylikkään sektion jälkeen. Kätilölehti 4/2007, 137.

Saisto, T. 2000. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. Suhtautuminen keisarinleikkaus-toiveeseen. Duodecim. 116 (14):1483-8.

Saisto, T. 2001. Obstetric, Psychosocial, and Pain-Related Background, and Treatment of Fear of Childbirth. Academic Dissertation. University of Helsinki.

Saisto, T. 2006. Alatiesynnytys keisarileikkauksen jälkeen. Suomen Lääkärilehti 21–22/2006, vsk 61, 2345–2350.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Helsinki: Tammi.

Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2008. Normaali raskaus. Psykkinen valmistautuminen synnytykseen. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2008. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Duodecim. 323–324.

Sevön, E. & Huttunen, J. 2002. Odottavan äidin vastuu. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Keuruu: Otava. 75.

Sinkkonen, J. 1998. Yhdessä isän kanssa. Porvoo: WSOY.

Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2007. Meille tulee vauva. Opas odotukseen ja hoitoon. Helsinki: Erikoispaino Oy.

Tays- naistentautien ja synnytystenvastuualue. 2011. Keisarileikkaus. Ohjelehtinen keisarileikkauksella synnyttävälle äidille. Päivitetty 3/2011.

Tamminen, T. 2004. Olipa kerran lapsuus. Juva: WSOY.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2004. Synnytysoperaatiot. Keisarinleikkaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2008. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Duodecim. 493–494.

Vihtamäki, T. 2011. Miksi ei sectiota kaikille? Meeting- esitelmä. Tays. 30.3.2011.

Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2008. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Duodecim.

LIITE 1

Kysely Helistimeen

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa kättilöksi ja teen päättötyötä keisarinleikkauksesta. Työssäni käsittelen keisarinleikkausta eli sektiota synnytystapana. Tarkoitukseni on tehdä työhön tutkimus isän roolista sektiossa.

Toivon, että saisin tämän keskustelupalstan avulla aineiston tutkimukseeni. Etsinkin nyt isiä, jotka haluaisivat jakaa sektiokokemuksensa ja osallistua tutkimukseeni. Jos olet synnyttänyt keisarinleikkauksella, toivon että kysyisit mieheltäsi, haluaisiko hän vastata alla oleviin kysymyksiin ja näin auttaa minua tutkimuksen teossa.

Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja käsittelen vastaukset anonyymisti. Nimesi tai nimimerkkisi ei siis tule missään vaiheessa julki. Vastauksia käytetään vain tässä tutkimuksessa. Vastaukset voi lähettää minulle sähköpostitse osoitteeseen [laura.ylajarvi\(at\)piramk.fi](mailto:laura.ylajarvi(at)piramk.fi)

Valmiista päättötyöstäni tulen laittamaan linkin tänne, jotta voitte käydä sieltä katso-massa tutkimuksen tuloksia ja näette työn kokonaisuudessaan.

Kysymykset, joihin toivon isien vastaavan:

1. Olitko mukana sektiosalissa? Jos olit, kuinka Sinut mielestäsi huomioitiin siellä?
2. Vauvan synnyttyä hoitaja vei vauvan mittauksiin ja pesulle. Saitko lähteä vauvan mukaan? Osallistuitko vauvan hoitoon? Missä vaiheessa sait vauvan ensikertaa syliin, miltä se tuntui? Kuvaile muutamalla sanalla ensitunnelmia vauvan kanssa.
3. Äidin ja vauvan siirtyessä lapsivuodeosastolle, otettiinko sinut mielestäsi heti mukaan vauvan hoitoon?
4. Millaisena koit suhteesi vauvaan ensipäivinä?
5. Jos olet ollut mukana aiemmin alatiesynnytyksessä, poikkesiko isän huomiointi ja jos poikkesi, niin miten?
6. Onko sinulla jotain muuta, mitä haluaisit kertoa sektiokokemuksestasi, jäikö jokin asia vaivaamaan, sujuiko jokin kohta mielestäsi erityisen hyvin?

Kiitos vastauksestasi!

Laura Yljärvi, kättilöopiskelija, Tampereen ammattikorkeakoulu

[laura.ylajarvi\(at\)piramk.fi](mailto:laura.ylajarvi(at)piramk.fi)