



SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN KESKUSTELU

Jokaisen äidin oikeus

**Kaisa Holli
Jaana Hollo-Korhonen**

Opinnäytetyö
Heinäkuu 2009
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

HOLLI, KAISA & HOLLO-KORHONEN, JAANA
Synnytyksen jälkeinen keskustelu – jokaisen äidin oikeus.

Opinnäytetyö 48 s., liitteet 4 s.
Heinäkuu 2009

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ja kuvailla, millainen on hyvä synnytyksen jälkeinen keskustelu äidin ja kättilön välillä. Työn tehtävänä on saada selville äitien käsitys hyvästä synnytyskeskustelusta. Kartoituksen pohjalta laadittiin suositukset hyvälle synnytyskeskustelulle.

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen. Tutkimusmateriaali kerättiin äideille suunnatulla kyselyllä, joka julkaistiin www.helistin.fi-sivustolla. Kyselyyn vastasi 25 äitiä, jotka olivat synnyttäneet 2000-luvulla. Äitien vastauksia verrattiin tutkimukseen, jossa selvitettiin kättilöiden kokemuksia synnytyskeskustelusta.

Vastausten mukaan synnytyksen jälkeinen keskustelu tulee käydä jokaisen synnytyksen jälkeen ja sen ajankohta tulisi sopia etukäteen. Keskustelua pidetään tärkeänä osana synnytyksen hoitoa ja synnytyspelkojen ehkäisyä. Keskustelun vetäjäksi toivotaan ensisijaisesti synnytystä hoitanutta kättilöä. Keskustelussa pitäisi äitien mielestä käydä läpi synnytys aikajärjestyksessä synnytyskertomusta apuna käyttäen. Sen lisäksi tehtyjen toimenpiteiden syyt tulisi käydä läpi, sekä keskustella kivunlievityksen onnistumisesta. Keskustelussa äidille tulisi antaa mahdollisuus purkaa tunteitaan ja kokemuksiaan yhdessä kättilön kanssa. Kättilön tulisi olla keskustelun aktiivinen vetäjä ja esittää äidille keskustelua eteenpäin vieviä kysymyksiä. Äitien mielestä synnytyskeskustelun käyminen vaatii liikaa aktiivisuutta äidiltä. Edellisten lisäksi kättilöltä odotetaan empaattisuutta ja aitoa kiinnostusta äidin kokemusta kohtaan. Tilanteen tulisi olla rauhallinen ja kiireetön. Sen aikana ei saisi olla muuta toimintaa. Kättilön tulisi myös selvittää jatkohoidon tarve ja tarjota mahdollisesti uutta keskustelu-aikaa, jos äiti sitä tarvitsee.

Hyvän synnytyskeskustelun mahdollistamiseksi kuvaavaan kirjaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota synnytyssalissa, sillä synnytystä hoitaneella kättilöllä ei ole aina mahdollisuutta käydä keskustelua äidin kanssa osastolla. Keskustelutilanteita tulisi harjoitella myös jo kättilökoulutuksen aikana. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme synnytyskeskustelukaavakkeen kehittämistä.

Avainsanat: synnytyskeskustelu, kättilötyö, synnytyskokemus, synnytyspelko

ABSTRACT

Pirkanmaa Polytechnic
Degree Programme in Nursing and Health Care
Midwifery

HOLLI, KAISA & HOLLO-KORHONEN, JAANA
Post birth Discussion – Every Mother's Right

Bachelor's Thesis; 48 pages, appendices 4 pages
July 2009

The purpose of this thesis is to describe the nature of a successful post birth discussion between a mother and a midwife from the mothers' point of view. The goal of the study is to establish a recommendation for a good post birth discussion.

The study was conducted using a qualitative method. The study material for the thesis was gathered by means of a questionnaire for mothers. It was published on the website www.helistin.fi and it was filled out by 25 mothers who had given birth after the year 2000. The mothers' answers were compared to the results of a previous study exploring the experiences of midwives during post birth discussions.

According to the results, the post birth discussion should take place after each birth, and the schedule should be determined beforehand. The discussion is seen as a major factor in childbirth care and in preventing fear of childbirth. Primarily the mothers wish to have the midwife who was present at the childbirth to also conduct the discussion. During the discussion the participants should, according to the mothers, go through the birth in a chronological order with the help of a detailed childbirth report. In addition, the reasons for any procedures carried out during childbirth should be clarified, and the successfulness of the pain relief used should be evaluated. The discussion should provide the mother with the possibility to vent her feelings and share her birth experience with the midwife. The mothers feel that the discussion now requires too much activity on their behalf: this is why the midwife should act as the leader of the discussion by posing the necessary leading questions to the mother. Furthermore, the midwife is expected to show empathy and genuine interest in the mother's birth experience. The situation should be peaceful and unhurried, and no other activity should take place during it. The midwife should also explore the need for further postnatal care and possibly suggest another discussion appointment to the mother, should she need it.

To facilitate a good post birth discussion, more attention should be paid in the delivery room to descriptive reporting during childbirth, since the midwife present at the birth may not always have the possibility to conduct the post birth discussion with the mother in question. The discussions should already be rehearsed and planned during midwifery training. As a further study topic we would like to suggest developing a post birth discussion form.

Key words: post birth discussion, midwifery, birth experience, fear of childbirth

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT | 7 |
| 3 PERIAATTEET HYVÄÄN SYNNYTYKSEN HOITOOON | 8 |
| 3.1 Kätilötyön etiikka | 8 |
| 3.2 Lisääntymisterveyden edistäminen ja perinataalihoidon periaatteet..... | 9 |
| 4 SYNNYTYSKOKEMUS..... | 11 |
| 4.1 Synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä..... | 12 |
| 4.2 Synnyttäjän hallinnan tunne | 13 |
| 4.3 Synnytyssuunnitelma | 15 |
| 5 SYNNYTYSPELKO..... | 17 |
| 5.1 Mitä pelko on? | 17 |
| 5.2 Raskaana olevan naisen pelot | 18 |
| 5.3 Synnytyspeloista kärsivän naisen hoito | 19 |
| 5.4 Psykkinen trauma ja sen käsittely..... | 20 |
| 6 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN KESKUSTELU | 22 |
| 6.1 Synnytyskeskustelun ajankohta | 24 |
| 6.2 Synnytyskeskusteluun osallistujat | 25 |
| 6.3 Synnytyskeskustelu kätilön näkökulmasta..... | 26 |
| 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN..... | 29 |
| 7.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus | 29 |
| 7.2 Aineiston keruu ja sisällön analyysi | 30 |
| 7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus | 31 |
| 8 TUTKIMUSTULOKSET | 33 |
| 8.1 Synnytyskeskustelun asiasisältö | 34 |
| 8.2 Positiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät | 35 |

| | |
|--|----|
| 8.3 Negatiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät..... | 38 |
| 8.4 Äitien toiveet hyvälle synnytyskeskustelulle | 40 |
| 9 POHDINTA | 43 |
| LÄHTEET | 47 |
| LIITTEET | 49 |

1 JOHDANTO

Syntymärekisterin mukaan Suomessa oli vuonna 2007 synnytyksiä 58 008 ja syntyneitä lapsia 58 915. Äitien hoitoajat sairaaloissa synnytyksen jälkeen ovat lyhentyneet. Vuonna 2007 synnyttäjien hoitopäivien keskiarvo oli synnytyksen jälkeen 3,4 päivää, vuonna 1997 se oli 4,0 päivää. Vuonna 2007 synnyttäjistä 31 % kotiutui viimeistään toisena synnytyksen jälkeisenä päivänä. Ensimmäisenä synnytyksen jälkeisenä päivänä kotiutui vuonna 2007 4,2 % äideistä ja synnytyspäivänä vain puolisen prosenttia. (Stakes 2009.)

Lyhentynyt sairaalassa vietetty aika lisää haastetta kättilön perheelle antaman ohjauksen ja tuen suhteen. Synnytys ja sen jälkeinen hoito on otettu osaksi Sosiaali- ja terveysministeriön (työssä STM) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa 2007 - 2011. Myös WHO:n perinataalihoidon periaatteissa on annettu suosituksia synnytyksen hoitoon. Tutkimuksissa on todettu, että kättilön ja tukihenkilön antama psykososiaalinen tuki synnyttäjälle vähentää negatiivista synnytyskokemusta ja edistää synnytyksen kulkua (STM 2007, 80).

Opinnäytetyöhön tekemämme kyselyn mukaan äideistä suurin osa toivoi keskustelua synnytystä hoitaneen kättilön kanssa - vain osan kohdalla se toteutui. Keskustelussa tulisi käydä läpi synnytyksen vaiheet, sekä äidin kokemukset ja tunteet. Keskustelun apuna tulisi käyttää synnytyskertomusta.

Kättilöllä on mahdollisuus keskustelun avulla edistää positiivisen synnytyskokemuksen muodostumista ehkäistä synnytyspelkoja sekä saada palautetta työstään ja kehittää sen avulla toimintatapojaan. Paras ajankohta keskustelulle vaihtelee yksilöllisesti äidin toipumisen mukaan. Keskustelumahdollisuutta olisi hyvä tarjota siitä aiemmin jo kieltäytyneellekin ja aloitteen tekijänä tulisi olla kättilö. Tukihenkilön osallistuminen keskusteluun on äidin ja tukihenkilön päätettävissä. Synnytyksen jälkeinen keskustelu kättilön ja äidin tai kättilön, äidin ja isän kesken voisi olla olennainen osa laadukasta synnytyksenhoitoa (STM 2007, 87, 94).

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa ja kuvailla minkälainen on hyvä synnytyksen jälkeinen keskustelu äidin ja kättilön välillä. Työn tarkoituksena on antaa tietoa kättilöopiskelijoille ja valmistuneille kättilöille synnytyskeskustelun tärkeydestä sekä antaa konkreettisia neuvoja sen toteuttamiselle.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää kättilötyötä osoittamalla synnytyskeskustelun tärkeys osana synnyttäneen naisen ja perheen hoitotyötä. Tavoitteena on myös synnytyksen jälkeisen keskustelun kehittäminen siten, että se ehkäisee synnytyspelkoa ja synnytystrauman syntymistä, sekä tukee positiivisen synnytyskokemuksen muodostumista.

Opinnäytetyömme tehtävänä on synnyttäneille suunnatun kyselyn avulla sekä tutustumalla aiheesta tehtyihin tutkimuksiin selvittää, minkälaisista osista hyvä synnytyskeskustelu muodostuu. Laadimme äideille viisi avointa kysymystä synnytyksen jälkeisestä keskustelusta, jotka julkaistiin keväällä 2008 keskustelupalstalla osoitteessa www.helistin.fi. Saamiemme tulosten sekä muiden tutkimusten pohjalta laadimme suositukset hyvälle synnytyksen jälkeiselle keskustelulle.

3 PERIAATTEET HYVÄÄN SYNNYTYKSEN HOITOOON

3.1 Kätilötyön etiikka

Eettiset ohjeet ovat säännöstöjä tai periaatteita, joilla ammattikunnan oletetaan ohjaavan jäsenistönsä toimintaa ja osoittavan vastuunsa yhteiskunnalle. Eettiset ammattisäännöt ovat periaatteita, joihin ammattilaiset yksilöinä ja yhteisönä sitoutuvat. Monilla terveydenhuollon ammattiryhmillä on omat eettiset koodinsa eli ohjeensa, joissa terveydenhuollon eri ammattiryhmät ovat kautta aikojen kirjanneet itselleen eettisiä ohjeita ja periaatteita. Ammattijärjestöt määrittelevät ammattikunnan eettiset sitoumukset. Eettisten ohjeiden tehtävänä on suojella haavoittuvassa asemassa olevaa potilasta ja toisaalta antaa hoitavalle henkilökunnalle ohjeita siitä, miten hoitosuhteessa tulisi toimia. (Välimäki 2003, 149.)

Kätilötyön etiikkaa ohjaavat lainsäädäntö, yleiset ohjeet ja kansainväliset eettiset ohjeet. Kätilöiden omien eettisten ohjeiden lisäksi ammattikunta seuraa myös sairaanhoitajien eettisiä ohjeita. Kätilötyön keskeiset periaatteet (Kaavio 1 ja 2) ovat itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, turvallisuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys ja omatoimisuus. (Leino-Kilpi 2003, 173.)

Kätilötyön asiakkaita ovat odottava ja synnyttävä äiti, hänen kumppaninsa ja perheensä sekä vielä syntymätön ihminen eri kehitysvaiheissaan. Synnytykseen liittyen eettisiä ongelmia saattaa muodostua synnyttävän äidin itsemääräämiseen ja vaihtoehtojen valintaan liittyvien syiden johdosta. Hoitotyöntekijän kannalta oleellista on kunnioittaa naisen ja perheen synnytykseen liittyviä toivomuksia voimavarojen sallimissa puitteissa ja siltä osin kuin naisen ja syntyvän lapsen turvallisuus ne mahdollistavat. Keskeistä kätilölle on olla synnyttävän äidin saatavissa koko ajan, jotta nainen tuntisi olonsa turvalliseksi. (Leino-Kilpi 2003, 174, 180 -181.)

3.2 Lisääntymisterveyden edistäminen ja perinataalihoidon periaatteet

Lisääntymisterveys ja seksuaaliterveys ovat käsitteitä, joiden terminologia ei ole kansainvälisesti yhdenmukaista tai vakiintunutta. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2007 julkaisemassa toimintaohjelmassa vuosille 2007 - 2011 käytettiin WHO:n määritelmää, jonka mukaan seksuaaliterveys on kokonaisvaltainen hyvinvoinnin tila, ja jonka edellytyksenä on positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuuteen sekä haluttaessa mahdollisuus nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää tai väkivaltaa. Lisääntymisterveys sisältyy seksuaaliterveyteen, mutta se painottuu tiettyyn ajanjaksoon ihmisen elinkaareissa. Lisääntymisterveys voidaan keinotekoisesti rajata raskauteen, synnytykseen ja hedelmällisyyteen liittyviin asioihin, mutta siitä huolimatta päällekkäisyys seksuaaliterveyden kanssa on ilmeinen. Toimintaohjelmassa seksuaali- ja lisääntymisterveys ymmärretään osaksi kansanterveyttä, ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osaksi terveyden edistämistä. (STM 2007, 156, 185.)

Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma käsittelee myös WHO:n asettamia perinataalihoidon periaatteita. Perinataalivaiheesta, perinataalikaudesta tai perinataaliajasta puhutaan, kun on kysymys lapsen kehitysvaiheesta 23. raskausviikon ja ensimmäisen synnytyksen jälkeisen viikon välisenä aikana (Duodecim 2008).

WHO:n hyväksymät perinataalihoidon periaatteet käsittävät kymmenen kohtaa (Kuvio 1). Ensimmäisessä periaatteessa todetaan, että raskauden ja synnytyksen hoidossa olisi vältettävä medikalisaatiota. Hoito tulisi toteuttaa mahdollisimman vähäisellä puuttumisella luonnollisen synnytyksen kulkuun ja teknologian käyttöä pitäisi välttää. Toisessa periaatteessa korostetaan, että tarkoituksenmukaisella teknologialla käsitetään tässä tapauksessa synnytyksessä tarvittavien välineiden ja toimintojen kokonaisuutta. Tämän periaatteen mukaisesti pitäisi hoidossa valita mieluummin yksinkertainen, mutta riittävä menetelmä. Kolmannessa kohdassa todetaan, että hoidon olisi perustuttava näyttöön. Näyttöön perustuva hoito tarkoittaa, että hoito perustuu parhaaseen saatavilla olevaan tutkimustietoon ja seurantaan. Neljännessä periaatteessa sanotaan, että

hoito tulisi porrastaa tarkoituksenmukaisesti, ja sen olisi perustuttava tehokkaiseen järjestelmään, jossa asiakas lähetettäisiin perusterveydenhuollosta tarvittaessa erikoissairaanhoidon. Viidennessä periaatteessa todetaan, että hoidon tulisi olla moniammatillista. Hoitoon osallistuvat kättilöt, synnytyslääkärit, lastenlääkärit, sairaanhoitajat, perhe- ja synnytysvalmennusta pitävät henkilöt sekä sosiaalialan ammattilaiset. Kuudennessa periaatteessa todetaan, että hoidossa tulisi ottaa huomioon naisten, lasten ja perheiden tarpeet kokonaisvaltaisesti. Myös seitsemäs periaate sisältää ajatuksen hoidon perhekeskeisyydestä. Kahdeksannessa periaatteessa todetaan, että hoidossa tulisi ottaa huomioon kulttuuriset seikat ja hyväksyä sen mukaiset toiveet synnytyksen hoitoon liittyen. Yhdeksännessä periaatteessa todetaan, että naisen on saatava osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kymmenes periaate on, että hoidossa tulee kunnioittaa naisen yksityisyyttä ja arvokkuutta sekä hoidon tulisi perustua luottamukseen. (STM 2007, 59.)



Kuvio 1. Perinataalihoidon periaatteet, WHO 1997.

4 SYNNYTYSKOKEMUS

Naiset ovat kautta aikojen tukeneet toisiaan synnytysprosessin aikana. Monissa maissa synnytys tapahtuu nykyään pääosin sairaalassa, jolloin jatkuvan tuen saanti ei ole enää taattua. Tämä on nostanut esiin myös huolen mahdollisista negatiivisista seurauksista naisen synnytyskokemukseen. Synnytyksenhoito nykypäivänä altistaa naisia jatkuvasti laitoksen rutiineille, millä saattaa olla epäsuotuisa vaikutus synnytyksen etenemiselle. Tuki hoidon osana voi olla emotionaalista, mukavuusjärjestelyjä, informointia sekä kannustusta. Nämä saattavat tehostaa normaalia synnytysprosessia sekä parantaa naisen kontrollintunnetta ja kompetenssia, vähentäen puuttumista synnytysprosessin kulkuun. (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala 2003.) STM:n toimintaohjelman 2007 - 2011 mukaan tehokkaita tuen muotoja ovat emotionaalinen ja fyysinen tuki, informointi ja ohjaus, synnyttäjän puolesta puhuminen hoitotiimille, jatkuva läsnäolo sekä partnerille annettu tuki (STM 2007, 81).

Pohjoisamerikkalaisen tutkimuksen (Hodnett ym. 2003) mukaan synnyttäjät, jotka saivat jatkuvaa tukea, synnyttivät todennäköisemmin ”spontaanisti”, eli ilman keisarinleikkausta, imukupia tai pihtejä. Sen lisäksi he käyttivät vähemmän kivunlievitystä, olivat todennäköisemmin tyytyväisiä, ja synnytys oli hieman nopeampi. Yleisesti synnytyksen aikainen tuki oli tehokkaampaa, kun tukihenkilö ei kuulunut sairaalan henkilökuntaan. Tuki koettiin tehokkaammaksi myös silloin, kun sitä alettiin saada jo synnytyksen varhaisessa vaiheessa. Epäsuotuisia vaikutuksia ei ilmennyt. (Hodnett ym. 2003.)

Sosiaalisen tuen puutteellisuus on yhteydessä lääkkeelliseen kivunlievitykseen, kielteiseen synnytyskokemukseen, korkean riskin synnyttäjillä keisarinleikkaukseen ja matalan riskin synnyttäjillä autettuun alatiesynnytykseen (Vallimies-Patomäki 2007, 62).

4.1 Synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä

Synnytyskokemukseen vaikuttavista tekijöistä tehtyjen tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että on erittäin tärkeää keskustella synnyttäjän kanssa etukäteen, jotta saataisiin selville synnyttäjän pelot ja synnytystä koskevat ennakkoodotukset. Pelkoja pitäisi voida käsitellä jo ennen synnytystä, koska pelot saattavat vaikuttaa kipuun ja synnytyksen kokemiseen kielteisenä. Epärealistiset ennakkoodotukset saattavat myös aiheuttaa pettymystä ja vaikuttaa synnytyksen kielteisesti kokemiseen. Verrattaessa miehen ja naisen kokemuksia todetaan, että kummankin kokemukseen vaikuttivat naisen sosiaalinen tuki ja osallistumismahdollisuudet, kivuliaisuus, pelot, synnytystapa, vastasyntyneen vointi ja synnytykseen liittyvät ennakkoodotukset. (Vallimies-Patomäki 1998, 161, 165.)

Meskanen (1999) mukaan hyviksi kokemuksiksi kuvattiin synnytyksiä, joissa toiveet huomioitiin ja kätilö oli mukava ja ammattitaitoinen. Rohkaiseva ja kannustava työtapa korostui. Synnytyksessä, josta loppuvaikutelmaksi jäi positiivinen kokemus, mutta hoidossa oli toivomisen varaa, naisten toiveet koskivat perustellumpaa toimintaa ja informaation saamista. Negatiivisessa kokemuksessa naisella oli voimakkaita kokemuksia ja turvattomuuden tunnetta aikaisempien synnytysten yhteydessä ja synnyttämään tullessa pelkoa synnytyskipua kohtaan. Synnyttäjän mukaan toiveita ei huomioitu silloin kun synnytys edistyi nopeasti, jolloin voimakkaamman kipulääkkeen anto estyi. (Meskanen 1999, 123.)

Kätilöiden mielestä tärkeimpiä asioita synnytyksen hoidossa ovat turvallisuus, ammatillisuus, vuorovaikutus ja yhteistyö, miten synnytys etenee, tiedottaminen sekä hyvä synnytyskokemus. Synnyttäjät painottivat tukemista, rohkaisua ja kannustusta, kuuntelua, lapsen ja äidin terveyttä, rauhoittamista ja kätilön suhtautumista työhönsä. (Meskanen 1999, 123.)

Professori Ulla Waldenströmin (1999) mukaan synnytyspelosta johtuvat sektiöt ja synnytyksenaikainen kivunlievitys eivät takaa hyvää synnytyskokemusta. Waldenströmin tutkimuksessa selvisi, että farmakologinen kivunlievitys on 17 vuoden aikana lisääntynyt, mutta synnytykseen tyytymättömien naisten määrä

on kasvanut. Waldenströmin verrokkeina käyttämässä norjalaistutkimuksissa (v.1969 ja 1986) todettiin yleisimmäksi tyytymättömyyden syyksi tuen ja kannustuksen puute. (Waldenström 1999.)

Waldenström (1999) toteaa, että osastoilla vallitsee ajatus, että farmakologinen kivunlievitys on ainoa keino hyvään synnytyskokemukseen. Se auttaa monta tuntia, mutta havainnollisten tutkimusten mukaan sillä ei ole ollut yhteyttä naisten synnytyskokemukseen kokonaisuutena. Naiset, jotka valitsivat synnytyspaikan luonnonmukaisuuden tai hoidon jatkuvuuden perusteella (tutkimuksessa ABC-klinikka), kokivat synnytyskivut positiivisempina kuin verrokkiryhmän naiset, jotka synnyttivät göteborgilaisessa sairaalassa tai isolla australialaisella klinikalla. Keisarinleikkauksia esiintyi Göteborgin tutkimuksessa 12 %, ABC-synnytyksissä 8 % ja australialaistutkimuksessa 12 %. (Waldenström 1999.)

4.2 Synnyttäjän hallinnan tunne

Naisen hallinnan tunne synnytyksen aikana on vuorovaikutuksellista asiantuntijan kanssa. Esimerkiksi poikkeavissa ja hätätilanteissa hallitsee tilannetta usein asiantuntija, kun taas toisissa tilanteissa hallinta on miltei kokonaan naisella. Hallinta voi myös olla yhteisesti jaettua. Hallinta on dynaaminen ja vuorovaikutuksellinen ilmiö raskauden ja synnytyksen yhteydessä, jolloin molemmat, niin asiantuntija kuin nainenkin, osallistuvat hallinnan syntymiseen. Esimerkiksi asiantuntijan taitamaton toiminta heikentää naisen hallintaa. Asiantuntijan varma ja luotettava toiminta lisää naisen omaa hallintaa ja vahvistaa hallinnan tunnetta. Nainen myös tarvitsee asiantuntijan apua hallintansa ylläpitämiseen. Hallinnan tunnetta ei muodostu sisäsyntyisesti naisessa itsessään vaan suhteessa toisiin, tässä tapauksessa suhteessa asiantuntijaan. (Ryttyläinen 2005, 81.) Kätilö on synnyttäjän itsemääräämisoikeuden toteutumisen mahdollistaja (Suomen Kätilöliitto 1998).

Ryttyläisen (2005) mukaan tiedon saaminen raskauden seurannan ja synnytyksen aikana on eräs hallinnan perusehto. Asiantuntijat pyrkivät suojelemaan ja siten estämään pelkojen syntymistä rajoittamalla naiselle jaettavan tiedon määrää ja laatua. Tiedottaminen toimii yhtenä konkreettisenä välineenä naisen hallinnan tunteen lisäämiseksi. Toimiva tiedottamisen väline on Suomessa toistaiseksi varsin vähän käytetty synnytyksen suunnittelu. Kätilön, mutta myös lääkärin läsnäolo lujittaa naisen hallinnan tunnetta. Yksinjääminen synnytyksen aikana pitkäksi aikaa pelottaa ja aiheuttaa turvattomuutta äideille. Läsnä olevalta henkilöltä, joka Ryttyläisen mukaan miltei poikkeuksetta oli kätilö, ei aina odotettu kovin aktiivista toimintaa tai roolia, vaan riitti että hän oli paikalla ja käytettävissä. Silloin kätilö antoi tilaa naisen omille hallintayrityksille ja toiveille. (Ryttyläinen 2005, 81.)

Hallinnan tunteen kannalta on keskeistä että nainen osallistuu päätöksen tekkoon. Hänen toiveitaan sekä tuntemuksiaan tulisi kuunnella ja antaa niiden todella vaikuttaa synnytyksen hoidossa tehtäviin ratkaisuihin. Olennaista ei aina ole se, toteutuuko naisen esittämä toive, vaan että sen esittämällä on tosiasiallista merkitystä hoitopäätökseen. Naisella tulee synnytyksessä olla todellisia, eikä vain näennäisiä mahdollisuuksia vaikuttaa. (Ryttyläinen 2005, 81.)

Ryttyläisen (2005) mukaan synnytyksen hoidossa hallintaa edesauttaa parhaiten naisen kehon ja itsetunnon huomioon ottaminen. Itseluottamusta rakentavalla puheella asiantuntija osoittaa, että nainen on pystyvä ja hyvä synnyttävä. Tutkimuksessa synnytystä hoitavan henkilön kannustus koettiin hallinnalle erityisen tärkeäksi. (Ryttyläinen 2005, 132.)

Synnytyksessä hallinnan tunnetta edistäviksi tekijöiksi koetaan Ryttyläisen (2005) mukaan asiantuntijoiden varma ja osaava toiminta, riittävän ja asianmukaisen tiedon saanti, osallistuminen päätöksentekoon, synnytyskivun riittävä lieventäminen, rauhoittava synnytystilanne sekä naisen kehollisuus ja kehon hallinta. Vastaavasti hallinnan tunnetta estäviksi tekijöiksi koettiin asiantuntijoiden taitamaton toiminta ja epävarmuus, kovakouraisesti tehdyt tutkimukset ja työkeät kommentit, huono tiedonsaanti, osallistumattomuus päätöksentekoon, yksin oleminen ja yksin jääminen sekä kivuliaisuus. (Ryttyläinen 2005, 172-175.)

Tutkimusten mukaan naiset ovat tyytyväisempiä ja kokevat hallinnan toteutuvan paremmin pienemmissä synnytysyksiköissä. Erityisesti tämä toteutuu silloin, kun naisten hoitaminen perustuu synnytyksen ei-medikaaliseen tulkintaan ja päävastuun synnytyksestä kantaa kätilö eikä lääkäri. (Ryttyläinen 2005, 176.) Edellisiin tuloksiin vedoten Ryttyläinen toteaa kätilöpäivien luennolla, että suurten synnytysyksiköiden sisälle tarvittaisiin vaihtoehtoisia synnytystapoja noudatettavina yksiköitä ja lisää kodinomaisuutta (Ryttyläinen 2006).

4.3 Synnytyssuunnitelma

Hyvä keino synnyttävän naisen hallinnantunteen ja itsemääräämisoikeuden lisäämiseksi on synnytyssuunnitelman laatiminen naisen ja kätilön käymien keskustelujen pohjalta ennen synnytystä. Keskustelussa on hyvä käydä läpi myös se tosiasia, että synnytyksen aikaisia tapahtumia ei voi etukäteen varmuudella ennustaa, jolloin synnytyksessä voidaan joutua poikkeamaan ennalta suunnitellusta. Synnytyssuunnitelman tulisi toimintaohjelman mukaan olla osa sähköistä synnytyskertomusta ja potilasasiakirjoja. (STM 2007, 63.)

Yhteinen keskustelu ja päätöksenteko synnytyssuunnitelmasta antavat kätilölle mahdollisuuden kartoittaa sitä, millä tavoin synnyttävä suhtautuu erilaisten selviytymiskeinojen käyttöön, esimerkiksi synnytyskivun lievittämisen keinoihin. Tärkeää on, että kätilö huomioi toiminnan kannalta hoitotyön periaatteista erityisesti turvallisuuden, perhekeskeisyyden, jatkuvuuden ja omatoimisuuden sekä perehtyy perheen toivomuksiin. Synnyttäjän kokeman turvallisuudentunteen luomisessa kätilö on avainasemassa. (Raussi-Lehto 2007, 233.)

Synnytyssuunnitelma edistää naisen itsemääräämisoikeutta ja hallinnan tunnetta synnytyksen aikana. Siihen kootaan naisen etukäteistoivomukset hoidosta synnytyssairaalassa. Suunnitelman laatiminen perustuu naisen ja kätilön käymiin keskusteluihin ennen synnytystä. Koska synnytyksenaikaisia tapahtumia ei voi varmuudella ennustaa, keskustellaan myös siitä mahdollisuudesta, että synnytyksessä ilmenee jotain poikkeavaa eikä synnytys sujukaan suunnitellulla tavalla. Synnytyssuunnitelma on osa sähköistä synnytyskertomusta ja potilas-

asiakirjoja. Suomessa synnytyssuunnitelma on käytössä joissain sairaaloissa, mutta palvelua ei ole toistaiseksi tarjolla kaikille raskaana oleville naisille. (Ryttyläinen 2005, 172 - 175.)

Ryttyläisen (2006) kehittämässä naisen hoitotyön alustavassa mallissa kätilöt olisivat mukana suunnittelemassa ja järjestämässä sellaisten yksiköiden toimintaa, joissa otettaisiin käyttöön synnytyssuunnitelma, ja jotka olisi tehty yhdessä naisen kanssa hänen tunteensa ja toiveensa huomioon ottaen. Ryttyläinen ehdottaa kätilöpäivien luennollaan, että synnytyksen suunnittelu olisi otettava systemaattisesti käyttöön palvelujärjestelmässämme ja sen avulla kartoitettava naisten hallinta- ja synnytysodotukset. Yhdessä naisen kanssa tulisi määritellä hoidon tavoitteet.

5 SYNNYTYSPELKO

5.1 Mitä pelko on?

Pelko on tunne, joka suojaa vaaroilta pitäen meidät hengissä. Sitä hallitsee aivojen limbisen järjestelmä. Limbinen järjestelmä (osia vanhemmasta aivokuoresta, hypotalamus, talamus, amygdala) on yhteydessä väliaivojen elintoimintoja sääteleviin keskuksiin, mikä saa aikaan voimakkaisiin tunnetiloihin liittyvät sydämentykytykset, verenpaineen vaihtelut, hengityksen tihtymisen, kalpenemisen ja punastumisen. Pelko on alkukantaisen ja synnynnäisen perustunteen sekä puolustusmekanismeihin liittyvän tunteen lisäksi myös opittu, kokemuksiin perustuva tunne (Vilkko-Riihelä 2001, 174, 176.)

Pelko ja ahdistus ovat normaaleja tunteita uusissa ja jännittävässä tilanteissa. Ihminen ei ole epänormaali, jos hän ei aina pysty reippaana kohtaamaan pelkojaan. Jos pelot ovat kohtuuttomia ja alkavat haitata normaalia elämää, on kyseessä psyyken häiriö (Vilkko-Riihelä 2001, 590). Himberg & Lyytinen (2000, 92) kirjoittavat, että LeDouxin tutkimusten mukaan myös pitkittynyt stressi voi laukaista pelon; pitkään jatkuneen stressin takia pelkoreaktioiden sammuttaminen estyy ja pystymme vain hillitsemään niitä.

Pelko ja ahdistuneisuus vaikuttavat raskauden ja synnytyksen kulkuun lisäten ennenaikaisen synnytyksen, sikiön kasvun hidastuman ja sikiön happivajeen riskiä, ja siten lisäävät myös todennäköisyyttä päätyä päivystyssektioon. Raskaudenaikainen ahdistuneisuus ja masentuneisuus altistavat lapsivuodemasenukselle ja vaikeuttavat äidin ja lapsen varhaisen vuorovaikutussuhteen syntymistä. Synnytyspelko ilmenee usein sektioiveena. Siten synnytyspelon hoidon tarkoituksena on vähentää raskaudenaikaista ahdistuneisuutta ja huonoa oloa, mutta myös sektioon liittyvää äidin ja lapsen sairastavuutta (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen, Halmesmäki 2002).

5.2 Raskaana olevan naisen pelot

Raskausaikaan ja synnytykseen liittyvää pelkoa on tutkittu viime vuosina hyvin kattavasti ja pelon kohteet ovat suhteellisen hyvin tiedossa. Monet raskaana olevat naiset ovat huolissaan synnytyskomplikaatioista. Pelot voivat liittyä myös syntyvään lapseen; Naiset voivat olla huolissaan lapsen terveydestä tai vauvan selviytymisestä raskausajasta ja synnytyksestä. Toiset ovat huolissaan lapsen hoitoon ja kasvatukseen liittyvistä asioista sekä lapsen syntymän tuomista muutoksista pari- ja perhesuhteisiin. (Melender 2002, 101 -103.)

Synnytykseen liittyvät pelot voivat liittyä kipuun, synnytyksen aikaiseen vaurioon, hätäsektioon tai synnytyksessä kuolemiseen. Pelot voivat myös johtua luottamuksen puutteesta synnytystä hoitavaan henkilökuntaan: Melender viittaa Sjögrenin vuonna 1997 tekemään tutkimukseen, jonka mukaan synnyttävät naiset eivät olettaneet saavansa riittävää tukea, ja pelkäsivät, etteivät saisi osallistua tärkeiden päätösten tekoon. He myös pelkäsivät osoittautuvansa kykenevämmiksi synnyttämään tai menettävänsä kontrollin. Pelot voivat liittyä myös yksinoloon. (Melender 2002, 104 - 106.)

Sektiota kohtaan on kahta erilaista suhtautumista. On naisia, jotka haluavat sektion, koska pelkäävät alatiesynnytystä. Toisena ryhmänä ovat naiset, jotka pelkäävät joutuvansa hätäsektioon. Sektio sekä instrumentaalinen alatiesynnytys saattavat jättää pelon tuleviin synnytyksiin (Melender 2002, 107.)

Myös pelon aiheuttajat ovat aika hyvin tiedossa. Negatiiviset synnytyskokemukset aiheuttavat pelkoa koskien tulevia synnytyksiä. Tähän liittyy mm. koettu kipu, avuttomuus, hetkittäiset kontrollin menetykset, kuoleman pelko, hulluksi tulemisen tunne, pelko "alapään kahtia halkeamisesta", synnytyskomplikaatiot, sairaan tai kuolleen lapsen synnytys, yllättävään keisarinleikkaukseen joutuminen ja synnytyksenjälkeiset komplikaatiot. Pelkoa voivat aiheuttaa myös muiden synnyttäjien kertomat negatiiviset kokemukset (Melender 2002, 108-109.)

Jotkut naiset ovat kärsineet voimakkaista synnytyspeloista jo varhaisnuoruudesta lähtien. Joskus pelot voivat johtua ammatillisesta tietämyksestä sekä aikaisemmasta raskaudenmenetyksestä. Myös jotkut taustamuuttajat ovat yhteydessä raskauden ja synnytyksen aikaiseen pelkoon. Tällaisia muuttujia ovat yksi aikaisempi synnytys, vanhempi ikä, matalat tulot, masennusoireet, parisuhdeongelmat, aviollinen sopeutumattomuus, vanhempien aikainen avioero, nuori ikä, avioliitto, keskitasoa korkeampi huoli terveydestä sekä korkeat lääketieteelliset riskit. (Melender 2002, 110 - 111.)

5.3 Synnytyspeloista kärsivän naisen hoito

Ammatillinen tuki näyttelee suurta roolia raskaus- ja synnytyspelkojen lievittämisessä ja karkottamisessa. Jotkut naiset peittelevät pelkoaan, mikä saattaa tuottaa vaikeuksia pelon arvioinnissa. Huolellinen kuuntelu on tärkeää ja auttaa tunnistamaan pelon syyn sekä synnyttäjän tarpeet. Pelkojen tunnistamisessa on tärkeää myös tunnistaa niiden voimakkuus ja kesto, sillä ne voivat vaikuttaa tilanteesta selviytymiseen sekä keskustella äidin kanssa hänen peloistaan ja niiden roolista hänen elämässään (Melender 2002, 256 - 263.)

Pelkäävät synnyttäjä toivovat erityisesti hyvää synnytystä. Hyvä synnytys on sellainen, johon synnyttäjä on itse saanut vaikuttaa ja johon hän on voinut osallistua aktiivisesti. Synnytys voi olla sektio tai se voi tapahtua alateitse, se voi olla lääkitty tai luonnonmukainen. Suhde hoitavaan kättilöön on oleellinen; synnyttäjä haluaa luottaa häneen (Pietiläinen 2007, 422.)

Melenderin (2002) mukaan yksilöllinen psyykkinen ja synnytykseen liittyvä tuki on tuloksekasta synnytyspeloista kärsivän naisen hoidossa ja se sekä terapia- ja palveluiden hyödyntäminen saattavat vähentää turhia sektioita. Naiset, joilla on pelkoja, saattavat tarvita pidempiä ja tiheämpiä käyntejä äitiysklinikoilla, tai lupauksen siitä, että hoitaja tai kättilö on mukana synnytysosastolle mentäessä. Kättilö voi toimia naisen puolestapuhujana toimimalla yhtenä linkkinä hoitoketjussa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kättilö on yhteydessä synnytystä hoitavaan henkilökuntaan, tarvittaessa sosiaalityöntekijöihin sekä neuvoo nais-

ta, kuinka hän voi käyttää hyväkseen tarjolla olevia palveluita (Melender 2002, 256 - 263.)

Melender (2002) viittaa Sorensoniin, jonka mukaan synnytysvalmennus, joka antaa naiselle mahdollisuuden laajentaa tietämystään, luo hyödyllisen keinon lievittää synnytyspelkoa. Hän mainitsee myös, että vaikka peloista puhutaan maallikoille suunnatussa kirjallisuudessa, niitä käsitellään hyvin pinnallisesti, ja siksi olisi hyvä ottaa ne esiin myös synnytysvalmennuksessa. Melender kirjoittaa, että Crowen ja von Bayerin vuonna 1989 tekemässä tutkimuksessa todettiin, että naisten, jotka kärsivät voimakkaista synnytyspeleistä ennen synnytysvalmennusta, pelot olivat lieventyneet synnytykseen mennessä. Kirjoittajat ehdottavat, että synnytysvalmennuskurssit tarjosivat mahdollisuuden pelkojen aikaiselle esiintuomiselle ja keskustelulle, täten lievittäen pelkoja. Toisaalta toiset tutkimukset ovat antaneet päinvastaisia tuloksia: ne raportoivat tyytymättömyydestä synnytysvalmennuksessa esiin tulleille aiheille koskien raskauden- ja synnytyksen aikaisia selviytymisstrategioita (engl. coping strategies) (Melender 2002, 256 - 263.)

5.4 Psykkinen trauma ja sen käsittely

Trauma määritellään henkiseksi tai ruumiilliseksi vaurioksi tai haavaksi. Sen aiheuttaa traumatisoiva tapahtuma, joka saa aikaan traumaattista stressiä. Traumatisoiva tapahtuma on mikä tahansa yksilön kokema uhkaava tilanne, joka aiheuttaa epätavallisen voimakkaita, normaalia elämää häiritseviä reaktioita. Jo yhden erittäin voimakkaan traumatisoivan tapahtuman seurauksena saattaa kuva maailmasta ja elämisen luonteesta muuttua. Kokemukset voivat synnyttää myös ehdollistuneita pelkoreaktioita, jolloin aiemmin neutraalit asiat alkavat aiheuttaa pelkoa. (Traumaterapiakeskus.)

Traumaattiset kokemukset ovat ihmisen psyykelle erityisiä sen vuoksi, että ne tallentuvat muistiin toisin kuin arkipäivän tapahtumat. Kun yksilö joutuu voimakkaasti stressaavaan tilanteeseen, hänen elimistössään erittyy endogeenisiä hormoneja ns. stressihormoneja, jotka vahvistavat traumaattisen tilanteen muis-

tiin tallentumista. Traumaattiset muistot tallentuvat ainakin osittain eikielellisessä muodossa: visuaalisesti, hajuina, tunteina, ääninä ja kinesteettisesti (liikkeen aistimusta koskevasti) ilman semanttista (merkitystä koskevaa) rakennetta. Ihmisen tulisi myöhemmin rakentaa tuntemuksiaan vastaava kielellinen kertomus tilanteesta sitä mukaa kun käsitys tapahtuneesta tarkentuu. (Traumaterapiakeskus.)

Inhibitio- ja ilmaisuteorian mukaan traumasta vaikeneminen on epäterveellistä, koska ihminen pidättäytyy puhumasta itsestään. Puhumasta pidättäytyminen on fysiologisesti stressaava prosessi, joka aiheuttaa biologisia muutoksia. Psykologisesti se vaikuttaa niin, että puhumattomuus vähentää traumaattisen tapahtuman organisoitumista ja ymmärretyksi tulemistä. James Pennebaker on yli kahdenkymmenen vuoden ajan tutkinut, miten traumaattisten kokemusten ilmaiseminen vaikuttaa fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Pennebaker on mittaanut traumasta puhumisen vaikutuksia ihmisen immunologiseen järjestelmään ja terveydenhuoltopalveluiden käyttöön. Tutkimustulokset ovat toistuvasti kertoneet, että traumasta puhuminen vaikuttaa myönteisesti immunologiseen toimintaan ja vähentää terveydenhuoltopalveluiden käyttöä. (Poijula 1999.)

Synnytystä pelkäävät sekä ensi- että uudelleensynnyttäjät. Jälkimmäisillä aiempaan synnytykseen liittyviä tapahtumia ja tunteita ei ehkä ole aikanaan työstetty riittävästi. Trauman toistumisen pelko varjostaa uuteen synnytykseen valmistautumista (Toivanen, Saisto, Salmela-Aro, Halmesmäki 2002). Vaikean synnytyksen kokeneille mahdollisesti syntynyt emotionaalinen trauma on synnytyskomplikaatio, jonka hoito tulee aloittaa ennen kotiutumista (synnytyksen läpikäynti, jälkipuinti). Hoitamaton emotionaalinen trauma voi johtaa traumaperäiseen stressireaktioon ja estää uuden lapsen hankkimisen. (Saisto & Halmesmäki 2000, 597.)

6 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN KESKUSTELU

Jokaiselle synnyttäneelle äidille on järjestettävä tilaisuus synnytyskeskusteluun synnytyssairaalassa joko synnytyksen hoitaneen tai lapsivuodeosaston kättilön kanssa. Lisäksi äidille on tärkeää keskustella synnytyksestä myös neuvolan terveydenhoitajan kanssa. Synnytyskeskustelun on todettu synnytystavasta riippumatta vaikuttavan myönteisesti äidin psyykkiseen hyvinvointiin. Keskustelu etenee äidin ehdoilla, ja siinä käsitellään hänen toivomiaan aiheita. (STM 2007, 87, 92.)

Suomen Kättilöliitto ry listaa synnyttävän äidin ja vastasyntyneen hoidon yhdeksi prosessikriteeriksi synnytyksen jälkeisen keskustelun: Kättilö keskustelee synnytyksen jälkeen synnyttäjän kanssa synnytyskokemuksesta ja synnytyksen kuluista (Suomen kättilöliitto ry 1998). Synnytyskeskustelu on kättilön oman työn kannalta tärkeä, eikä sen merkitystä kannata väheksyä. Tilanne on oikeastaan ainoa, jolloin kättilö voi kuulla synnyttäneen äidin kokemuksista ja saada palautetta omasta onnistumisestaan syntymän hoitajana. Syntymän jälkeinen keskustelu varmistaa myös kättilön oman työn laatua. Palaute auttaa huomaamaan oman työn vahvat ja heikot puolet. (Raussi-Lehto 2007, 268.)

Suomessa synnytyskeskustelusta käytetään nimityksiä synnytyksen jälkeinen keskustelu, synnytyksen läpikäynti, synnytyskeskustelu sekä ruotsiksi postpartumsamtal. Jälkipuinti -sana yhdistetään psykologiseen kriisi-interventioon, johon liittyvät seuranta sekä jatkohoito, joten tätä nimitystä ei käytetä. Debriefing, jota englannin kielessä käytetään synnytyskeskustelun käsitteenä, on lähellä jälkipuinti -käsitettä, mikä on herättänyt asiantuntijoissa kritiikkiä. Post birth discussion sekä birth afterthought kuvastavat enemmän suomen kielen synnytyskeskustelukäsitettä. (Koskela 2008, 5-6).

Synnytyskeskustelu on tapahtuma, jossa kättilö keskustelee synnytyksestä äidin ja mahdollisesti myös isän kanssa. Äidillä on mahdollisuus kertoa omin sanoin, mitä synnytyksessä tapahtui ja miten hän oli tapahtuman kokenut. Keskustelun tavoitteena on antaa äidille mahdollisuus selittää omin sanoin kokemuksiaan,

tunteitaan, ajatuksiaan sekä mielikuviaan. Keskustelu tarjoaa mahdollisuuden saada vastauksia kättilöltä mieltä askarruttaviin tai epäselväksi jääneisiin asioihin, jolloin ne eivät jää painamaan mieltä ja lisäämään pelkoa seuraavia synnytyksiä kohtaan. Tavoitteena on, että äiti pystyy ymmärtämään synnytystapahumat, jolloin hän pystyy integroimaan synnytyksen osaksi omaa persoonallisuuttaan ja saa valmiuksia kasvussa vanhemmuuteen. Jos äiti tuntee keskustelun jälkeen edelleen ahdistusta ja pelkoa, hänelle tulee tarjota mahdollisuus uuteen keskusteluun tai keskusteluihin myöhemmin, tai tarjota muuta psykologista tukea. (Koskela 2008, 6-7.)

Synnytyskeskustelu on erityisen tärkeää silloin kun kokemus on ollut kielteinen tai synnytykseen on liittynyt jotain tavallisuudesta poikkeavaa. Usein kielteiset tuntemukset lähtevät purkautumaan vasta, kun synnytyksenjälkeinen kiitollisuus lapsen saamisesta on tasaantunut ja kokemus omasta itsestä taas voimistuu (Eskola & Hytönen 2002, 261.) Kielteiset synnytyskokemukset voivat käsittelemättöminä haitata äidin ja vauvan välisen siteen ja tunnesuhteen muodostumista. (Antikainen 2007, 382.)

Matalan Pro Gradu tutkielman (2000) mukaan lähes kaikki uudelleensynnyttäjät pitivät tärkeänä pelkojen lievittämiskeinona lapsivuodeaikana synnytyksen jälkeistä keskustelua. Valtaosan kohdalla tällainen keskustelu oli toteutunut ensimmäisen synnytyksen jälkeen, mutta muiden synnytysten kohdalla keskustelua ei yleensä käyty, ellei kyseessä ollut poikkeava synnytys. Kuitenkin suurin osa haastatelluista oli sitä mieltä, että synnytyksestä tulisi keskustella jokaisen synnytyksen jälkeen, oli se sitten ollut säännöllinen tai epäsäännöllinen. Uudelleensynnyttäjien mielestä yksi synnytyksen jälkeisen keskustelun keskeisimpiä tavoitteita oli synnytyspelkojen poistaminen. Heidän mielestään keskustelussa tulisi käydä läpi synnytyskertomus ja kaikki synnytyksessä koetut asiat ja tilanteet, jolloin nämä asiat eivät jää painamaan mieltä eivätkä siten lisää pelkoa seuraavaa synnytystä kohtaan. (Matala 2000, 63.)

6.1 Synnytyskeskustelun ajankohta

Koskelan (2008) Pro Gradussaan käsittelemässä ulkomaisissa tutkimuksissa synnytyskeskustelu käytiin usein ennen äidin kotiutumista sairaalasta tai avoterveydenhuollon kättilön kanssa synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä. Joskus keskustelu käytiin kahdesti tai useammin. Englannissa on perustettu kättilöiden ylläpitämä synnytyskeskustelupalvelu, joka toimii sairaalan ulkopuolella. Äidit voivat ottaa sinne yhteyttä ja pyytää kättilöä keskustelemaan synnytyksestä. Aikaa synnytyksestä on voinut kestää aikaa muutamasta viikosta useampaan vuoteen. Keskimäärin kokemuksista oli kulunut alle kolme vuotta. (Koskela 2008, 7-9.)

Kaikki äidit eivät halua puhua kokemuksistaan heti synnytyksen jälkeen. Syynä voi olla mahdollinen oman käyttäytymisen aiheuttama häpeä tai kokemus siitä, ettei vuorovaikutus synnytystä hoitaneen kättilön kanssa ole toiminut. Tällöin äidille tulisi tarjota mahdollisuus keskustella jonkun toisen kättilön kanssa. Koskela viittaa Tammiseen (1997), jonka mukaan äitien tulisi voida keskustella tutun asiantuntijan eli neuvolatyöntekijän kanssa raskaus- ja synnytyskokemuksistaan, mikä on tärkeää vanhemmuuteen kasvun ja kypsymisen kannalta. (Koskela 2008, 9)

Matalan (2000) tutkielmassa uudelleensynnyttäjät olivat synnytyksen jälkeisen keskustelun ajankohdasta montaa mieltä. Pieni osa haastatelluista toivoi synnytyksen läpikäymistä kättilön kanssa heti synnytyksen jälkeen synnytysosastolla, kun asiat olivat vielä tuoreessa muistissa. Valtaosa puolestaan halusi synnytyksestä hoitaneen kättilön tulevan keskustelemaan synnytysvuodeosastolle päivän, parin kuluttua synnytyksestä, jolloin synnytystapahtumaa ja siihen liittyviä epäselviä asioita voitiin kerrata ja jäsentää. Muutamat haastatelluista kertoivat synnytykseen liittyvien kysymysten nousevan esiin yleensä vasta kotiuduttua, jolloin synnytyksen jälkeiseen keskusteluun ei enää ollut mahdollisuutta. (Matala 2000, 64.)

Post traumaattinen stressihäiriö voidaan todeta vasta noin kolme kuukautta traumaattisen kokemuksen jälkeen. Tämän kannalta synnytyskeskustelu käydään liian varhaisessa vaiheessa. Liian varhain käyty keskustelu voi estää ta-

pahtuman käsittelemisen mahdollisesti normaaliksi tapahtumaksi. Rankan synnytyskokemuksen läpikäyneet äidit pystyvät paremmin käsittelemään synnytystapahtumia neljästä kuuteen viikkoa synnytyksen jälkeen. (Koskela 2008, 8.)

6.2 Synnytyskeskusteluun osallistujat

Suomessa synnytyskeskustelun vetäjänä toimii kätilö. Muita keskustelun vetäjiä ovat olleet synnytyslääkäri, psykologisen koulutuksen saanut työntekijä sekä usein myös kätilö, joka ei ole ollut mukana synnytyksessä. Pyrkimyksenä on ollut, että keskustelua vetää synnytystä hoitanut kätilö. Hänellä ei kuitenkaan ole siihen aina mahdollisuutta osa-aikatyön, vuorotyön tai synnytyssalin työkiireiden vuoksi. Koskela (2008, 8-9) viittaa Olinin & Fexilin (2003) tutkimukseen, jonka mukaan kätilön ollessa estynyt vetämään synnytyskeskustelua, 34 % äideistä halusi keskustelunvetäjäksi lapsivuodeosaston kätilön ja 31 % halusi keskustella synnytyslääkärin kanssa. 23 % äideistä piti avoterveydenhuollon kätilöä sopivana keskustelun vetäjänä. Myös Raussi-Lehto (2007) toteaa, että synnytyksen jälkeinen keskustelu jää valitettavan usein käymättä yhä lyhyempien synnytyksen jälkeisten sairaalajaksojen, vuorotyön sekä kiireen vuoksi. (Raussi-Lehto 2007, 268.)

Mielenterveystyöntekijän pitämää jälkipuintia tulisi välttää, sillä äidille vieraiden ja synnytystapahtumaa tuntemattomien työntekijöiden pitämät synnytyskeskustelut voivat medikaloida oireita, jotka ovat loppujen lopuksi normaaleja, kuten synnytyksen jälkeen ilmenevä herkistyminen. Synnytyskeskustelussa käsitellään paljon kätilötyöhön liittyviä asioita, joiden asiantuntija on kätilö. Kätilön ei kuulu hoitaa äitien vakavampia psyykkisiä häiriöitä, mutta keskustelua käytäessä kätilöllä on mahdollisuus tavoittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ne äidit, jotka on ohjattava laajempaan psykologiseen hoitoon. (Koskela 2008, 8-9.)

6.3 Synnytyskeskustelu kättilön näkökulmasta

Marketta Koskela on tutkinut Pro Gradu tutkielmassaan synnytyskeskustelun sisältöä ja merkitystä kättilön näkökulmasta haastattelemalla yhdeksää kättilöä. Haastatteluiden mukaan synnytyskeskusteluiden ajankohta oli yleensä yksi tai kaksi päivää synnytyksestä, ennen kuin äiti kotiutuu sairaalasta. Uudelleensynnyttäjien kanssa keskustelu käytiin pääasiassa noin vuorokausi synnytyksestä. Kättilöt pitivät ajankohtaa sopivana, vaikka heidän mielestään olisi parempi, jos synnytyksestä olisi kulunut muutama päivä enemmän. Kättilöiden mielestä äiti tarvitsee muutaman päivän aikaa työstää mielessään synnytystä ennen synnytyskeskustelua. Ihanteellisena pidettiin kotiutumisen jälkeen käytävää synnytyskeskustelua äidin kotona. Haastatteluiden mukaan mahdollisuutta uuteen synnytyskeskusteluun tarjottiin myös pidemmän ajan kuluttua ja se käytiin joko osastolla tai äitiyspoliklinikalla. (Koskela 2008, 26 - 27.)

Synnytyskeskustelun lähtökohtina olivat sekä kättilölähtöisyys että äitilähtöisyys. Kättilölähtöisyyteen katsottiin kuuluvan dokumenttien lukemisen keskeinen rooli, synnytyksen hoitaneen kättilön osuuden korostaminen, synnytystapahtumat kättilön kertomana sekä se, että kättilöiden mielestä kaikki äidit eivät tarvitse synnytyskeskustelua. Äitilähtöisyys korostuu äidin kertoessa synnytystapahtumat, kun keskustelumahdollisuutta tarjotaan kaikille äideille synnytyksen vaikeudesta riippumatta sekä synnytyskeskustelun yksilöllisessä läpikäynnissä. (Koskela 2008, 30 - 35.)

Synnytyskeskustelun kesto vaihteli ja riippui sekä kättilöstä että äidistä. Kättilöistä riippuvia tekijöitä olivat osaston kiire ja äidin keskustelutarpeen huomiointi. Joidenkin kättilöiden kokemuksesta keskusteluun käytettiin niin kauan aikaa kuin äiti tuntui tarvitsevan. Myös kättilöiden persoonalliset tavat vaikuttivat keskustelujen keston. Äidistä riippuvia tekijöitä olivat keskustelutarve ja uudelleensynnyttäjäisyys. Kättilöiden kokemuksen mukaan uudelleen synnyttäjien kanssa käydyt keskustelut olivat kestoiltaan lyhyempiä. (Koskela 2008, 28.)

Koskelan (2008) haastattelemien kättilöiden työhön kuului sekä synnytyssaliettä vierihoito-osastotyö, jolloin kättilöllä oli mahdollisuus hoitaa synnyttäjää mo-

lemmissä paikoissa omahoitajaperiaatteella. Kätilöt pitivät sopivana keskustelunvetäjänä synnytystä hoitanutta kätilöä, koska hän osasi vastata parhaiten synnyttäjän kysymyksiin. Erityistapauksissa, jos synnytys oli ollut erityisen rankka, keskusteluun voi osallistua lääkäri tai psykologi. Terveystenhoitajaa pidettiin sopivana keskustelun vetäjänä rajatuissa tapauksissa. Keskusteluun osallistui ammattihenkilön lisäksi äiti ja joskus isä. Kätilöiden kokemuksen mukaan ensisynnyttäjien puoliset (isät) osallistuvat enemmän keskusteluihin kuin uudelleensynnyttäjien puoliset. Jos isä ei osallistu keskusteluun, äidiltä kysytään isän kokemusta synnytyksestä. Kätilöt eivät kuitenkaan pitäneet isien läsnäoloa keskustelussa erityisen tärkeänä. Haastateltavien kätilöiden mukaan äiti sai myös valita kätilön, jonka kanssa hän haluaa tai ei halua käydä synnytyskeskustelua. (Koskela 2008, 28 - 30.)

Synnytyskeskustelu käytiin Koskelan (2008) haastattelujen mukaan omana kokonaisuutenaan tai osana kotihoidon ohjausta. Joskus keskusteluun kuului myös aikaisempien synnytysten läpikäyntiä. Jos äiti otti muita asioita esille, niistä keskusteltiin myös. Synnytyskeskustelu dokumentoitiin potilaskertomukseen, josta lähetettiin kopio neuvolaan. Siihen kirjattiin, miten äiti oli kokenut kivunlievityksen sekä synnytyksen kokonaisuutena. Myös äiti sai halutessaan kopion. (Koskela 2008, 30 - 31.)

Koskelan (2008) haastatteleminen kätilöiden mielestä synnytyskeskustelun tavoitteita ovat synnytyskokemuksen purkaminen ja ymmärtäminen, kokemus hyvästä synnytyksestä sekä tulevaisuuden suunnittelu. Synnytyskokemuksen purkamiseen ja ymmärtämiseen liittyivät tunteiden purkaminen ja puhuminen tapahtumista sekä väärinkäsitysten selvittäminen ja muistiaukkojen täydentäminen. Hyvän synnytyskokemuksen aikaansaamiseen liittyivät kätilön antama positiivinen palaute onnistumisista korostamalla sekä turvallisuuden tunteen luominen tulevaa raskautta ja synnytystä ajatellen. Tulevaisuuden suunnitteluun liittyivät tulevista synnytyksistä keskusteleminen, synnytyspelon ehkäisy sekä äitiyden tukeminen. (Koskela 2008, 36 - 39.)

Koskelan (2008) haastatteleminen kätilöiden kokemusten mukaan synnytyskeskustelujen sisältö jakautui synnytyskokemuksesta ja jatkohoidon tarpeesta keskusteluun. Synnytyskokemuksen läpikäyntiin liittyvät äidin kokemukset, toivo-

mukset, tuntemukset ja synnytyksen herättämät kysymykset, kivunlievitys, väärinkäsitykset, ahdistavat asiat, muistiaukot sekä edelliset synnytykset. Jatkohoidon tarpeen kartoituksessa keskustellaan äidin selviytymisestä kotona, jatkohoidosta sairaalassa sekä jatkohoidosta neuvolassa. Keskustelussa äideille tarjoutuu myös mahdollisuus antaa palautetta. Äidin antama palaute vie keskustelua eteenpäin ja samalla voidaan selvittää tapahtumia. Kaikki äidit eivät kättilöiden mielestä uskalla antaa negatiivista palautetta, vaan sanovat olevansa tyytyväisiä. Tämä mietitytti kättilöitä, sillä valmennuspoliklinikalle tulee usein synnytyspelkoa potevia asiakkaita, joilla synnytyskeskustelutilanteessa kaikki asiat tuntuivat olevan kunnossa. (Koskela 2008, 40, 47.)

Koskelan (2008) haastatteluissa ilmeni, että kättilöiden mielestä kaikki synnyttäjät eivät välttämättä tarvitse synnytyskeskustelua. Varsinkin uudelleensynnyttäjillä, joiden synnytys oli kättilön näkökulmasta sujunut normaalisti, keskustelun arveltiin olevan tarpeeton (2008, 46). Tämä sotii Matalan (2000) tutkielman tuloksia vastaan, jossa uudelleensynnyttäjät kokivat synnytyskeskustelun tarpeelliseksi, vaikka kyseessä olisi ollut säännöllinen synnytys.

Hiljaisten ja puhumattomien äitien kanssa synnytyskeskustelu koettiin turhauttavaksi. Tällöin mietittiin oliko synnytyskeskustelu heidän kohdallaan tarpeellinen kättilön pitäessä monologia. Kättilöt epäilivät myös, ettei äitiä kiinnostanut tietää, mitä kättilöt ja lääkärit olivat tehneet ja dokumentoineet. Toisaalta kättilöt ajattelivat, että äidit kokevat synnytyskeskustelun tarpeellisena. Äidit antoivat palautetta, että oli hyvä saada puhua kättilön kanssa synnytyksestä, varsinkin kun kaikilla ei ole läheistä, jonka kanssa kokemuksista voi keskustella. (Koskela 2008, 46 - 47.)

Haastateltavat kättilöt kokivat synnytyskeskustelulla olevan merkitystä omalle työlleen. Se koettiin luonnolliseksi osaksi kättilötyötä; se on osa ammattitaitoa sekä synnyttäjän hoitotyötä. Kättilöt kokivat synnytyskeskustelun kehittävän myös heidän työtään. Kättilöt saivat synnytyskeskustelussa palautetta työstään, he kokivat oppivansa uusia asioita, se auttoi kättilöä arvioimaan työskentelytapojaan ja kehittämään sosiaalisia taitojaan sekä he saavat siitä iloa työhönsä. (Koskela 2008, 49.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimusmenetelmän lähtökohtana on tutkittavan ilmiön ymmärtäminen. Tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan tärkeämpää on tuoda uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä, kuvata ja ymmärtää tiettyä toimintaa (Eskola & Suoranta 2000, 61). Laadullisessa tutkimuksessa käydään läpi aineiston analyysiä, tehtyjä tulkintoja ja tutkimustekstiä. Tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja sekä ottamaan kantaa sekä analyysin kattavuuteen että tekemänsä työn luotettavuuteen (Eskola & Suoranta 2000, 208). Tämä työ on laadullinen tutkimus, sillä halusimme saada haastateltavien äitien äänet kuuluviin, mitä määrällinen tutkimus ei työssämme mahdollistaisi.

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Haastattelun ja kyselyn idea on hyvin yksinkertainen: Kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, on järkevää kysyä asiaa häneltä itseltään (Tuomi, Sarajärvi 2002, 73 - 74). Käytimme työssämme puolistrukturoitua haastattelumetodia kyselylomakkeen muodossa. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikille haastateltaville asetetaan samat valmiit kysymykset, joihin he saavat vastata omin sanoin (Eskola & Suoranta 2000, 85). Kyselyn ja haastattelun jyrkkä erottelu ei liene järkevää. Ne eivät kuitenkaan käsitteinä tarkoita täysin samaa. Haastattelussa tiedonantaja vastaa suullisesti, kyselyssä kirjallisesti. Kyselyn ja haastattelun ero siis liittyy tiedonantajan toimintaan tiedonkeruuvaiheessa. Haastattelussa ei voi kysellä ihan mitä tahansa, vaan siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelman asetteluun tai tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75, 77.)

7.2 Aineiston keruu ja sisällön analyysi

Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2008 julkaisemalla kysely www.helistin.fi –sivustolla. Saimme luvan ylläpidolta julkaista kyselyn (LIITE 1), jonka kohteena oli 2000-luvulla synnyttäneet äidit. Vastausaikaa oli kaksi kuukautta ja vastaukset lähetettiin sähköpostitse. Saimme yhteensä 25 vastausta, joiden tuloksena oli 29 synnytyskokemusta.

Aineiston analyysissä on tärkeää rajata tarkkaan käsiteltävä alue, eli se, mitä aineistosta haetaan. Kaikki muu kiinnostava materiaali jätetään mahdolliseen seuraavaan tutkimukseen. Aineisto puretaan litteroimalla eli aineisto aukikirjoitetaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94 - 95).

Valitsimme analyysimenetelmäksemme teemoittelun. Teemoittelussa haetaan aineistosta nousevia seikkoja, jotka ovat yleisiä monille haastatteluille. Analysoinnin teemojen pohjana ovat usein teemahaastatteluissa käytetyt teemat. Teemoittelu perustuu tutkijan tulkintoihin haastateltujen sanomisista, sillä on harvinaista, että kaksi tutkittavaa vastaisi täysin samalla tavalla kysymykseen. Tutkittavien vastauksia pyritään määrittelemään niin, että haastateltujen vastauksien yhteyksiä voidaan tutkia joko vastakkain asettelemalla tai esimerkiksi hakemalla säännönmukaisuuksia vastauksista (Hirsjärvi & Hurme 2004, 153, 171 - 176). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällön analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115).

Analysointiprosessi lähti liikkeelle siitä, että tulostimme kaikki vastaukset paperille. Sen jälkeen aloimme käydä vastauksia läpi kysymys kysymykseltä pelkistämällä vastaukset. Pelkistäminen eli redusointi tarkoittaa aineiston aukikirjoittamista, tiivistämistä tai pilkkomista osiin niin, että epäolennainen tieto karsiutuu pois. Tällöin aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.)

Seuraavana vuorossa oli pelkistettyjen lauseiden ryhmittely eli klusterointi, jossa alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja etsitään samankaltaisuuksia ja

eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat asiat ryhmittelimme ja yhdistimme luokiksi, sekä nimesimme ne sisältöä kuvaavaksi. (Tuomi & Sara-järvi 2002, 112 - 113.) Ryhmittelyvaihetta seurasi aineiston abstrahointi, jossa erotettiin tutkimisen kannalta olennainen tieto ja tiedon perusteella muodostettiin alaluokkia yhdistävä yläkategoria.

7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisten ratkaisujen merkitys on erityisen keskeinen tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tietolähteinä. Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. (Leino-Kilpi 2003, 285.)

Tutkimuksen tietolähteet valitaan sen perusteella, mihin ongelmaan halutaan saada vastaus. Tietolähteiden valinta on ratkaiseva tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden kannalta. Tietolähteiden valinta saattaa ohjata tutkimustuloksia tai vinouttaa niitä johonkin suuntaan. Tietolähteet on pyrittävä valitsemaan niin, että tutkimuksesta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa tutkittaville. (Leino-Kilpi 2003, 289.)

Opinnäytetyömme aiheen valintaan vaikutti mielenkiinto aihetta kohtaan sekä STM:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa mainitut tavoitteet synnytyksen jälkeiselle keskustelulle. Päätimme jo työn alkuvaiheessa, että teemme kyselyn äideille internetin välityksellä. Päädyimme käyttämään www.helistin.fi -sivustoa fooruminamme ja otimme yhteyttä sivuston ylläpitoon. Saimme luvan julkaista kyselyn, jonka tuloksena oli mielestämme riittävä määrä materiaalia työhömme. Vastausten määrä lisää työmme luotettavuutta. Ehtona oli, että lähetämme valmiin työmme sähköisessä muodossa keskustelupalstan ylläpitäjälle, Coronaria medialle. Äideille ilmoitettiin, että vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti, ja halutessaan he saivat kieltäytyä tekstin siteeraamisesta tai lainaamisesta työssämme. Kukaan äideistä ei kieltänyt lainausten tai siteerausten käyttöä.

Luovuimme alkuperäisestä ajatuksestamme luoda synnytyskeskustelukaavake sairaaloiden käyttöön ja päädyimme muodostamaan suositukset, koska lomaketta eivät sairaalat sellaisenaan voisi kuitenkaan käyttää. Ajatus siitä, että laatisimme kaavakkeen sairaaloiden käyttöön, saattoi vaikuttaa vastaajien vastausaktiivisuutta lisäävästi. Tutkimustehtävän laajuus sekä analysoitavan materiaalin määrä johtivat siihen, että päädyimme käsittelemään äitien käsityksiä sekä toiveita synnytyksen jälkeisestä keskustelusta.

Aineiston analyysissä sekä raportoinnissa pyrimme objektiivisuuteen. Kaikki saamamme vastaukset käytiin läpi ja tutkimustehtävämme kannalta merkityksellinen tieto kerättiin talteen. Tarkastimme luomamme sähköpostiosoitteen viestit vielä pariin otteeseen vastausajan jälkeen siltä varalta, että joku vastaajista olisi lähettänyt postia meille koskien omia vastauksiaan tai olisi halunnut kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Analysoidessamme vastauksia palasimme useaan otteeseen alkuperäisaineistoon varmistaaksemme, että analyysi ja siitä tehdyt lainaukset vastaavat alkuperäisiä ilmaisuja.

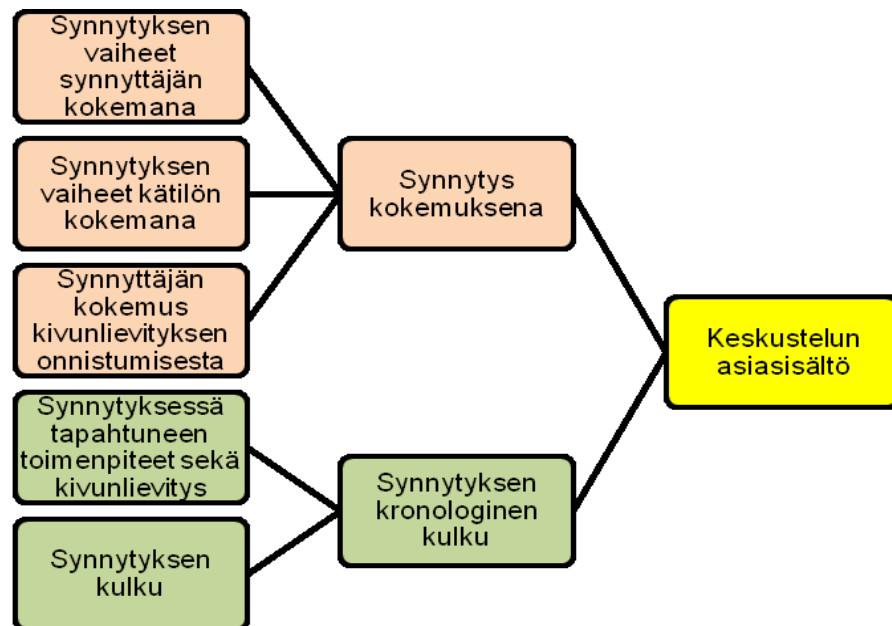
8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselymme perusteella saimme yhteensä 25 äidin vastaukset, joissa kuvattiin yhteensä 29 synnytyskokemusta. Seitsemän vastaajista kuvaili kokemustaan kielteiseksi ja 22 synnytyskokemusta kuvailtiin myönteiseksi. Synnyttäjät olivat synnyttäneet eri puolilla Suomea ja heidän ikänsä ja koulutustaustansa vaihtelivat. Tukihenkilöitä oli ollut mukana 28 synnytyksessä, yksi synnytyskokemus oli ollut ilman tukihenkilöä. Tukihenkilö oli 26 synnytyksessä lapsen isä/puoliso, kahdessa synnytyksessä oli mukana ystävä.

Viiden synnyttäjän mielestä synnytyskeskustelua ammattihenkilön kanssa ei käyty lainkaan. Muiden vastaajien kohdalla synnytyskeskustelu oli käyty, mutta sen laatu vaihteli suuresti. Kyselyn mukaan 13 tapauksessa keskustelun vetäjänä toimi synnytystä hoitanut kätilö, kolmessa tapauksessa synnytyslääkäri, kymmenessä tapauksessa lapsivuodeosaston kätilö ja viidessä tapauksessa neuvolan terveydenhoitaja. Osa synnyttäjistä oli siis keskustellut useamman ammattihenkilön kanssa. Yksi synnyttäjistä oli keskustellut vain neuvolan terveydenhoitajan kanssa.

Ajankohta synnytyskeskustelulle vaihteli. Vastaajien mukaan viidessä tapauksessa keskustelu oli käyty muutaman päivän kuluttua synnytyksestä. Kolme kertoo keskustelun ajankohdaksi synnytystä seuraavan päivän. Viisi vastaajaa kertoi synnytyskeskustelun tapahtuneen seitsemän tunnin sisällä synnytyksestä. Yksi vastaajista kävi keskustelun terveydenhoitajan kanssa kotona. Muiden vastaajien kesken keskustelua ei ollut käyty tai he eivät maininneet ajankohtaa vastauksissaan.

8.1 Synnytyskeskustelun asiasisältö



Kuvio 2. Keskustelun asiasisältö

Suurin osa synnytyskeskustelun käyneistä äideistä kertoi, että keskustelussa käytiin läpi synnytyksen eri vaiheet kronologisessa järjestyksessä eli aikajärjestyksessä. Monella heistä synnytyskeskustelun tukena oli käytetty synnytyskertomusta, jonka avulla käytiin läpi myös toteutunut kivunlievitys sekä toimenpiteet. Tällainen keskustelunkäynti ei yksinään tyydyttänyt äitien toiveita.

”Kätilö näytti paperista mitä siihen tehdyt merkinnät tarkoittivat ja poistui.”

”Surkea ’keskustelu’. Hoitaja luki raportista mitä oli tapahtunut milloinkin ja se oli siinä.”

Toiset äideistä kertoivat synnytyskeskustelussa käyneensä läpi synnytyksen herättämää emotionaalista kokemusta. Kätilö oli kysynyt äidiltä, miltä synnytys oli äidin mielestä tuntunut. Kätilö oli kertonut myös oman kokemuksensa synnytyksen kulusta. Joissain tapauksissa kätilö oli kysynyt äidiltä kokemusta kivunlievityksen onnistumisesta.

”Kätilö kertoi synnytyksen vaiheet, vastasi minun kysymyksiini, oli aidosti kiinnostunut siitä minkälaisena itse näin synnytykseni.”

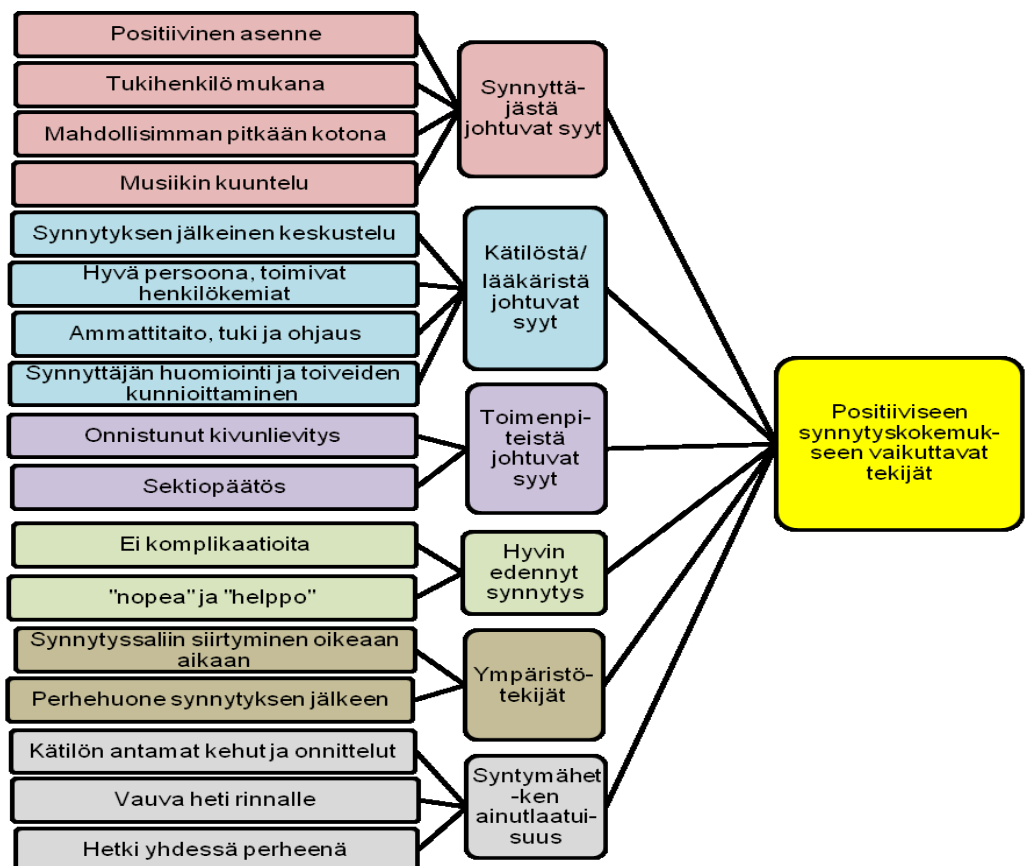
”En muista enää tarkasti mitä keskusteltiin, mutta sen muistan kun hän kehui minun synnytystäni ja siitä tuli hyvä mieli.”

Joissain tapauksissa kätilö oli keskustelun lopuksi kysynyt, jäikö äidille jotain muuta kysyttävää synnytyksestä. Osalla koko synnytyskeskustelu kuitattiin kysymällä äidiltä, jäikö jotain kysyttävää tai epäselvää synnytyksestä. Näissä tapauksissa äidit eivät pitäneet tällaista lähestymistapaa oikeana. Kätilö siirsi näin vastuun keskustelun käymisestä äideille, jotka eivät aina pystyneet olemaan näin aktiivisessa roolissa.

”Olisin varmaan saanut jutella kaikessa rauhassa, jos olisin osannut.”

”Vuodeosastolla kysyttiin jäikö mitään epäselvää, mutta ei tarjottu synnytyseni läpikäyntiä”

8.2 Positiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät



Kuvio 3. Positiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät

Kyselyyn vastanneet äidit kertoivat myönteiseen kokemukseen vaikuttaneen sekä heidän oma positiivinen ja avoin asenteensa että ennako-odotusten puute. Positiiviseksi asiaksi koettiin myös mahdollisimman kauan kotona oleminen synnytyksen käynnistyttyä. Tukihenkilön läsnäolo koettiin tärkeäksi. Rentouttavaksi koettiin oman musiikin kuuntelu synnytyssalissa.

”Synnytykokemus oli myönteinen, koska oli nopea toimitus ja menin synnytykseen vähän niin kuin katselmaan mitä tapahtuu. Ei ollut mitään kauhukuvia tai kuvitelmia ennen synnytystä.”

Äidit kokivat kätilön ja lääkärin persoonien vaikuttaneen synnytykokemukseen. Kätilön antamaa tukea ja ohjausta pidettiin hyvin tärkeänä, samoin kuin napakkaa mutta rauhallista asennetta, sekä kannustamista, jotka katsottiin osaksi kätilön ammattiaitoa. Tärkeäksi koettiin myös äidin ja kätilön henkilökemioiden yhteensopivuus. Äidit kokivat tulleen kuunnelluiksi ja heille annettiin mahdollisuus vaikuttaa omaan synnytykseensä. Äideistä oli myös tärkeää, että kätilöt kunnioittivat heidän päätöstään kieltäytyä kivunlievityksestä.

”Ensimmäisessä synnytyksessä kokemus oli sellainen että vauva synnetyttiin mun puolesta ja toisessa tuli kokemus, että sain itse synnyttää vauvani ja henkilökunta auttoi siinä.”

” Vaikka tilanne junnasikin paikoillaan ja mitään ei tapahtunut, kätilöt vakuuttivat että osaan toimia synnytyksen edetessä ihan vaistonvaraisesti ja luonnollisesti. Jotenkin oli koko ajan olo että nämä naiset ’pelastaa’ mut jos jotain menee vikaan ja varmasti olisivat sen tehneetkin.”

Synnytyksen jälkeinen keskustelu auttoi muokkaamaan kokemusta positiiviseen suuntaan. Positiivinen kokemus saattoi muodostua vasta usean päivän jälkeen synnytyksestä, kun äidit pääsivät purkamaan kokemaansa puhumalla.

”Myönteiseksi se muuttui aika pian, kun siitä sai keskustella.”

Kivunlievityksen onnistuminen näytteli suurta osaa positiivisen synnytyskokemuksen muodostumisessa. Kivunlievityksinä äidit olivat käyttäneet sekä lääkkeellisiä että ei-lääkkeellisiä menetelmiä. Osa äideistä katsoi onnistuneen kivunlievityksen vaikuttaneen siihen, että synnytys tuntui lopulta helpolta. Joskus pitkässä ja kivuliaassa synnytyksessä sektiopäätös koettiin helpottavaksi. Äidin kokemus siitä, että synnytys oli nopea tai helppo, ja eteni ilman komplikaatioita, vaikutti positiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen.

”Nopea avautumisvaihe ja lyhyt ponnistus olivat suuria plussia.”

”Aivan liikaa olin kuunnellut ’kauhutarinoita’ synnytyksestä, kun oma olikin noin ’helppo’.”

Synnytyksen käynnistyttyä ympäristöllä katsottiin myös olevan vaikutusta kokemukseen hyvästä synnytyksestä. Jotkut äideistä halusivat siirtyä synnytyssaliin vasta mahdollisimman myöhäisessä vaiheessa. Myös synnytyksen jälkeen pääsy perhehuoneeseen koettiin hyväksi.

”Sain olla avautumisvaiheen perhehuoneessa, missä oli mukavampi olla kuin karussa synnytyssalissa.”

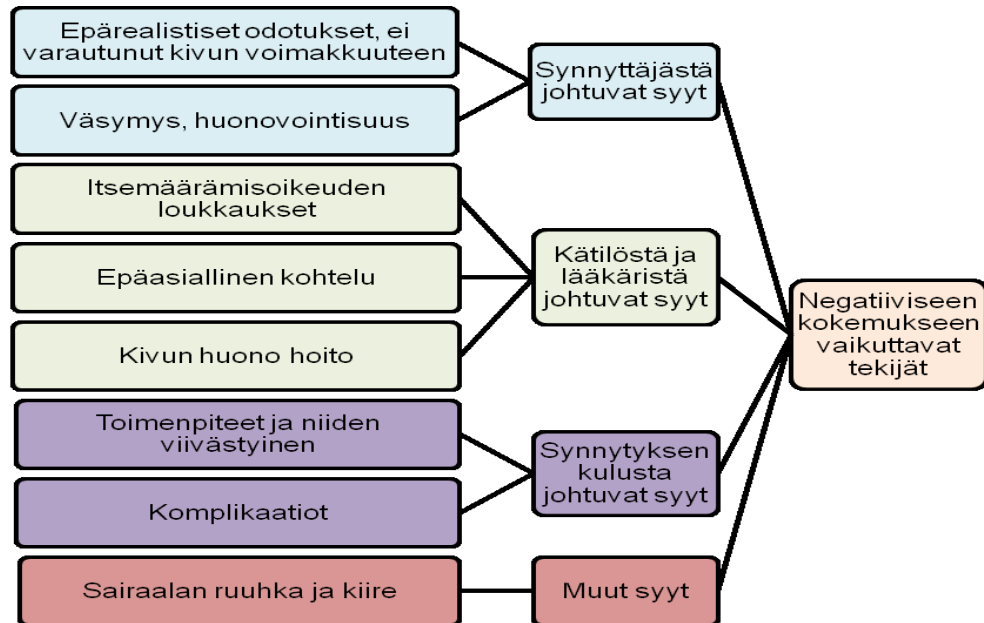
”Olin kotona suurimman osan ajasta, loppusuoralla mm. oleilin kuumassa suihkussa n. 45 minuuttia, mikä oli siinä tilanteessa ainoa mikä helpotti --- sairaalassa olin ennen lapsen syntymää vain 3 tuntia ja sen koko ajan synnytyssalissa --- Pääsimme synnytyksen jälkeen perhehuoneeseen. Saimme nukkua (vauvantahtisesti toki), muiden vauvat tms. eivät häirinneet meitä.”

Äidit kuvailivat syntymähetken ainutlaatuisuuden vaikuttaneen kokemukseensa. Kätilön kehu ja onnittelut uudesta vauvasta koettiin tärkeinä ja ne tuntuivat hyvältä. Tärkeä kokemus oli saada lapsi heti rinnalle, samoin kuin ensihetket yhdessä perheenä.

”Se oli niin ihmeellinen hetki, täynnä tunnetta ja valtavaa rakkautta --- myönteiseen muistoon vaikuttaa myös se, että synnytyksen jälkeen sain heti vauvan rinnalleni, lähelle

ja saimme olla tuoreen perheen kanssa ihan keskenämme, nauttia ja ihmetellä hetkettä.”

8.3 Negatiiviseen synnytykokemukseen vaikuttavat tekijät



Kuvio 4. Negatiiviseen kokemukseen vaikuttavat tekijät

Osa äideistä, jotka kuvailivat kokemustaan negatiiviseksi, tai löysivät joitakin kielteisiä piirteitä synnytyksistään, olivat sitä mieltä, että negatiiviseen kokemukseen vaikutti epärealistiset odotukset synnytystä koskien tai he eivät olleet varautuneet niin kovan kipuun. Kokemukseen vaikutti myös huonovointisuus sekä väsymys. Osa äideistä oli väsynyt jo ennen synnytystä, toisten väsymykseen vaikutti synnytyksen pitkä kesto.

Yhdeksi vahvoja tunteita herättäneeksi ryhmäksi muodostui itsemäärämisoikeuden loukkaukset. Joillakin äideistä oli kokemus, että hoitohenkilökunta määräsi heidän synnytyksensä kulun, eikä heitä pidetty ajantasalla tai perusteltu tehtyjä toimenpiteitä. Loukkaavaksi koettiin myös se, että opiskelijoiden läsnäoloon ei pyydetty äidin suostumusta.

”Ompelua tuli töllistelemään suuri joukko opiskelijoita. Kokemus olisi ollut traumaattinen ilman yleisöäkin.”

Henkilökunnan epäasiallinen käytös tuli esiin muutaman äidin kokemuksissa. Kätilön huomioimaton käytös äitiä kohtaan synnytyksen aikana sekä sen jälkeen koettiin loukkavana. Jotkut äideistä olivat jääneet vaille kannustusta ja neuvoja synnytyksen aikana sekä kokivat, että kätilöä ei kiinnosta. Synnyttäjää saattoi tuntea, että häntä syyllistettiin synnytyksen edistymättömyydestä. Joskus kätilö oli myös poissa liian paljon synnyttäjän viereltä. Äidit kaipasivat myös onnitteluja synnytyksen jälkeen, mutta jäivät niistä synnytyssalissa paitsi. Epäasialliseksi käytökseksi katsottiin myös se, että lapsivuodeosastolla ei saanut apua edes pyydettyäessä.

”Kaikkein pahinta oli mielestäni se, että synnytyksen jälkeen äiti ikään kuin lakkaa olemasta ja huomion ja huolenpidon valokeilaan astuu vauva.”

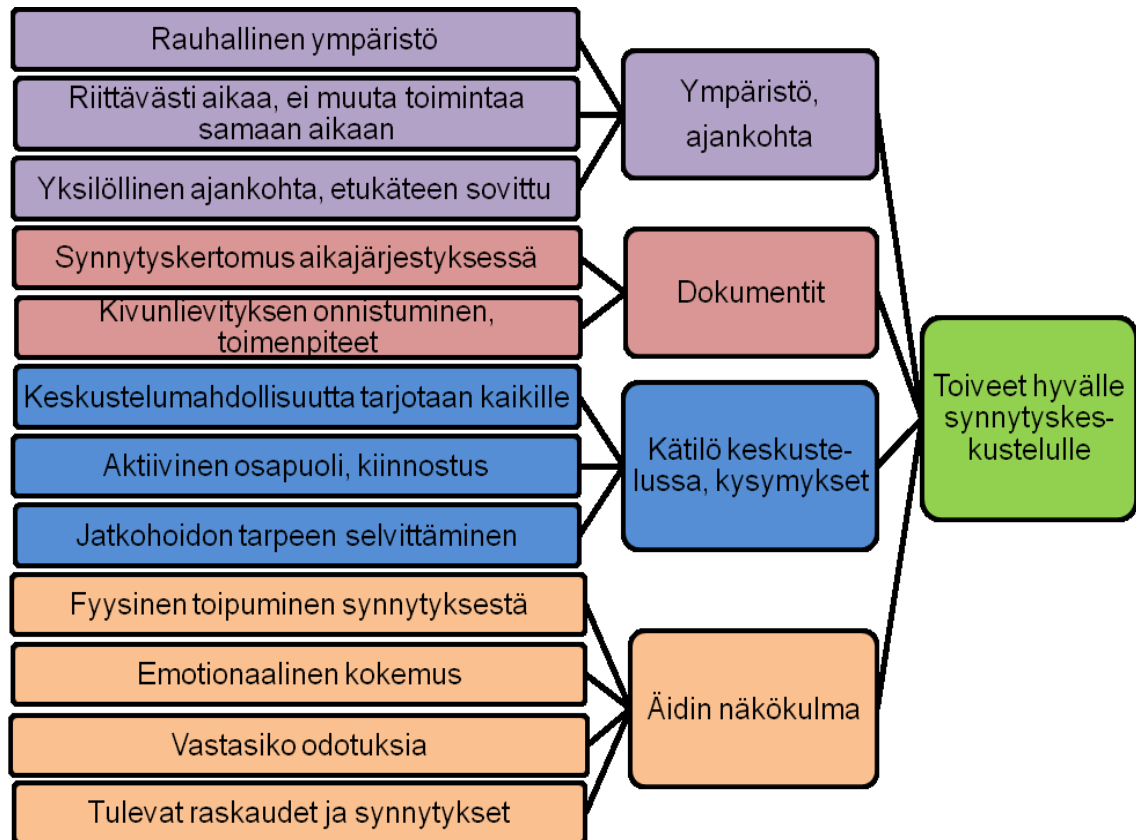
Tärkeä osa negatiivisen kokemuksen synnyssä oli kivun huono tai onnistumaton hoito. Kipua joko vähäteltiin tai synnyttäjää ei saanut tarpeelliseksi kokeamaansa kivunlievitystä. Tämä koski sekä luonnonmukaisia että lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä synnytyksen ja ompelun aikana. Kipua lisäsi myös kätilön ”ronskit otteet”.

”Pyysin apua kipuun, mutta en saanut mitään, eikä minulle vastattu miksi en saisi.”

Myös toimenpiteisiin liittyi negatiivisia kokemuksia. Tällaisia olivat pitkittynyt käynnistely, ravinnotta olo, toimenpiteiden viivästyminen, infuusion aloitus, episiotomia ja sektiopäätös. Negatiivisia piirteitä kokemukseen toivat myös äidin synnytyskomplikaatiot ja repeämät, sekä sairaalan ruuhka.

”Koin että synnytys meni ’pieleen’, koska jouduin lopulta kiireelliseen sektioon. Olisin halunnut synnyttää ihan itse.”

8.4 Äitien toiveet hyvälle synnytyskeskustelulle



Kuvio 5. Toiveet hyvälle synnytyskeskustelulle

Äitien toiveet synnytyskeskustelua koskien olivat suurimmaksi osaksi yhteneviä. Ympäristön toivottiin olevan rauhallinen; mielellään paikka, jossa ei olisi ulkopuolisia kuulijoita. Keskusteluhetki pitäisi pyhittää juuri synnytyskeskustelulle, eikä sen aikana tehtäisi muita asioita, kuten vauvanhoitoa. Keskustelulle tulisi varata aikaa ja isän tai tukihenkilön osallistuminen keskusteluun tulisi selvittää etukäteen. Myös kätilöopiskelijan läsnäoloa oppimismielessä pidettiin hyvänä. Vastausten mukaan paras ajankohta keskustelulle vaihteli suuresti, mutta yhtenevä mielipide oli, että sen tulisi tapahtua äidin fyysisen toipumisen ehdoilla. Synnytyssalikätilö voisi neuvoa äitiä kirjaamaan ylös mielessä olevia kysymyksiä jo etukäteen, jotta keskustelussa voitaisiin käydä mieltä painavat asiat läpi yhdessä.

”Se pitäis olla kiireetön, ettei äidille tule olo, että keskustelu käydään vaan virkavelvollisuudesta ja se on osaston rutiini, että vaan merkataan johonkin rasti, että on keskusteltu, voi päästää kotiin.”

Äidit toivoivat synnytyskeskustelun pohjana käytettävän kirjattua synnytyskertomusta, jonka avulla synnytys käydään aikajärjestyksessä läpi. Synnytyskertomuksesta näkee tehdyt toimenpiteet ja tapahtumat sekä käytetyt kivunlievitykset. Äidit toivoivat, että keskustelussa käydään läpi tehtyjen toimenpiteiden tarkoitus sekä kivunlievityksen onnistuminen.

Äitien mukaan kättilön tulee tarjota keskustelumahdollisuutta kaikille äideille ja olla keskustelun tarjoajana sekä vetäjänä aktiivinen osapuoli. Kättilöltä toivottiin keskustelua eteenpäinvieviä kysymyksiä. Keskustelua ei äitien mielestä johdata kysymys ”jäikö jotain kysyttävää”. Kättilöltä toivottiin myös aitoa kiinnostusta äidin synnytyskokemusta kohtaan sekä empaattisuutta. Äidit katsoivat kättilön tehtäväksi myös jatkohoidon tarpeen selvittämisen, jos synnytyskeskus ei ollut yksinään riittävä. Koska sopiva ajankohta keskustelulle vaihtelee yksilöllisesti, tulisi kättilön tarjota uutta keskustelumahdollisuutta äideille, jotka eivät juuri sillä hetkellä ole valmiita keskustelemaan synnytyksestä.

”Tosiasiä tällä hetkellä on mielestäni se, että vaatii naiselta ihan liikaa omaa aloitteellisuutta ja itsetuntemusta saada sanottua sille neuvolan tädille, että pitäisi päästä keskustelemaan jonkun kanssa asiasta.”

Äidit kaipasivat keskusteluun kättilön neuvoja synnytyksestä toipumista koskien. He halusivat, että keskustelussa käytäisiin läpi sekä fyysistä että psyykkistä toipumista. Äidit halusivat myös keskustella siitä, vaikuttaako tämä synnytys seuraaviin raskauksiin ja synnytyksiin.

”Lisäksi tietoa jälkiseurannasta ja -hoidosta --- mitä tulee/voi tehdä auttaakseen omaa paranemista ja niin edespäin.”

Äidit halusivat, että kättilön kanssa voisi puhua myös ennako-odotuksista synnytystä koskien ja peilata niitä tapahtuneeseen, koska epärealistiset ennako-odotukset vaikuttivat negatiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen.

Äideille oli hyvin tärkeää saada purkaa synnytyksen herättämiä tunteita kättilön kanssa.

”Se on tärkeää, että pääsee puhumaan siitä synnytyksestä, jos se on ollut vaikea, ja että siihen tulee jotain toistakin näkökulmaa, ettei vaan ite pyörittele jotain mielessään ja siitä jää semmosta painajaismaista muistoa, kun se voi sit taas vaikeuttaa seuraavaa raskautta ja synnytystä.”

9 POHDINTA

Synnytys on kokonaisuudessaan hyvin tunteikas kokemus äidille ja perheelle. Se on tapahtuma, jota muistellaan aina uudelleen ja uudelleen. Uudet raskaudet ja vielä omien lastenkin raskaudet saavat naisen käymään läpi omia synnytyksiään ja niiden herättämiä tunteita. Useilla keskustelupalstoilla käydään tunteita pursuavia keskusteluita, joita seurasimme itsekin opinnäytetyöprosessin aikana. Varsinkin kielteisiä kokemuksia voidaan perinpohjaisesti ja ihmiset vertailevat kokemuksiin.

Aloitimme prosessin perehtymällä teoriaan. Luimme useita tutkimuksia, jotka käsittelivät synnytyskokemusta yleensä, synnytystraumaa, sekä synnytyksen jälkeistä keskustelua. Löysimme myös ulkomaisia lähteitä. Ruotsinkielisistä lähteistä oli onneksi usein löydettävissä myös englanninkielinen käännös, jota oli kieliongelman vuoksi helpompi hyödyntää. Päädyimme työssämme käyttämään termejä synnytyskeskustelu ja synnytyksen jälkeinen keskustelu riippuen siitä kumpi oli kappaleessa mielestämme kuvaavampi ilmaisu.

Opinnäytetyötämme varten laadittu kysely julkaistiin ylläpidon luvalla internetin keskustelupalstalla www.helistin.fi. Helistimen ylläpito asetti yleisten tutkimusehtojen lisäksi ehdoksi sen, että lähetämme valmiin opinnäytetyön heille sähköisessä muodossa tai paperiversiona. Vastausajaksi rajasimme kaksi kuukautta. Mielestämme saamiemme vastausten määrä oli opinnäytetyön teon kannalta ilahduttavan runsas, joskin vastausten analysoiminen vei huomattavan paljon aikaa. Kesällä 2009 kävimme vastaukset läpi aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöinen analysointi työtapana vaatii syvällistä pohdintaa ja analysoitavaa materiaalia käydään läpi aina uudelleen. Koska saamamme vastaukset olivat pitkiä ja sisälsivät runsaasti työllemme merkityksellistä tietoa, käytimme niiden parissa paljon aikaa. Työn tuloksena tehtiin kuviot, päästiin johtopäätöksiin ja lopuksi laadittiin suositukset hyvälle synnytyksen jälkeiselle keskustelulle. Tämä vaihe oli kuitenkin erittäin antoisa, tapahtui hyvässä yhteisymmärryksessä ja keskustellen. Kun ottaa huomioon käytetyn ajan analysoinnista johtopäätöksiin asti, voi laskea, että käytimme keskimäärin viisi tuntia kahden ihmi-

sen työtä yhtä valmista sivua kohden. Paljon enemmän kuin olimme etukäteen ajatelleet. Ilahduttavaa oli opinnäytetyön tekemisen mielenkiintoisuus ja se, että lopputulos hioutui pitkässä prosessoinnissa mieleisemme muotoon.

Alkuperäinen ajatuksemme oli, että laatisimme kyselyn myös kätilöille. Luovuimme ajatuksesta, koska äideiltä saamamme analysoitava materiaali oli itsessään jo niin kattava. Suuri apu opinnäytetyömme onnistumisen kannalta oli Koskelan Pro Gradu –tutkielma Marraskuulta 2008, jossa hän tutkii haastattelun avulla kätilöiden näkemyksiä hyvästä synnytyksen jälkeisestä keskustelusta. Näin saimme hyvän vertailupohjan äideille tekemäämme kyselyyn samasta aiheesta. Koskela kirjoittaakin tutkielmassaan, että jatkossa tulisi tutkia äitien käsityksiä synnytyskeskustelusta.

Synnytyksen jälkeinen keskustelu on merkityksellinen myös kätilölle. Keskustelussa saamansa palautteen avulla hän voi kehittää omaa työtapaansa sekä kätilötyötä yleensäkin. Internetin keskustelupalstoilla voidaan paljon negatiivisia synnytyskokemuksia. Kirjoitukset saattavat kätilöstä tuntua syyllistäviltä, hämmentäviltä tai loukkaaviltakin. Herää kuitenkin kysymys siitä, onko tällaisissa tapauksissa käyty lainkaan synnytyksen jälkeistä keskustelua äidin ja kätilön välillä. Ilmeistä ainakin on, että synnyttäjälle on jäänyt epäselvyyksiä oman synnytyksensä hoidon suhteen. Synnyttäjälle on saattanut jäädä kokemus, että hän ei ole tullut kuulluksi tai hänen toiveensa on jätetty huomiotta. Olisi tärkeää että tapahtumat, mahdolliset toimenpiteet sekä kivunlievityksen onnistuminen käytäisiin yhdessä läpi. Synnyttäjän pitäisi voida puhua sekä positiivisista että negatiivisista tunteistaan. Kätilön ammattitaitoon kuuluu myös äidin mielipahan hyväksyminen. Kielteinenkin synnytyskokemus saattaa muuttua ajan kuluessa myönteiseksi, kunhan tapahtumat on käyty läpi, eikä epäselvyyksiä tai väärinkäsityksiä ole jäänyt. Väärinkäsitykset voivat johtaa synnytyspelkojen muodostumiseen, mikä voi ilmetä seuraavissa raskauksissa. Siksi väärinkäsitykset tulee oikaista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. On olennaista, että kätilö käyttää puheessaan ymmärrettäviä ilmaisuja ja tarkistaa että hänen käyttämänsä käsitteet on ymmärretty oikein. Myönteisen synnytyskokemuksen kannalta on myös tärkeää, että kätilö antaa äidille positiivista palautetta synnytyksestä. Synnytyksen jälkeinen keskustelu kuuluu jokaiseen synnytykseen ja kätilön tulee sitä tarjota kaikille. Äidin koulutuksen, ammatin tai aseman ei pitäisi vaikuttaa

keskustelun kulkuun tai sen kattavuuteen. Kun synnytyksestä ei ole jäänyt väärä mielikuvia tai epäselvyyksiä, on kättilötyössä onnistuttu.

Koskelan Pro Gradun (2008) mukaan suurimmalla osalla kättilöistä oli käsitys, että he ovat käyneet synnytyksen jälkeisen keskustelun riittävän kattavasti. Äideille tekemämme kyselyn perusteella suurin osa äideistä piti omaa keskusteluaan liian suppeana tai sitä ei oltu käyty lainkaan. Äitien mukaan usein toistuva asetus oli se, että kättilö kävi nopeasti synnytuskertomuksen läpi sekä kysyi ennen poistumistaan, oliko äidille jäänyt jotakin kysyttävää. Äitien mielestä tähän kysymykseen tulee helposti vastattua kielteisesti. Kysymyksiä kuitenkin nousee mieleen vasta myöhemmin kun kättilö ei ole enää paikalla. Siksi kättilön tulisikin esittää tarkempia kysymyksiä johdattaakseen keskustelua eteenpäin.

Joskus keskustelun ajankohta ei ollut synnyttäjän mielestä sopiva. Oikea ajankohta onkin yksilöllinen ja riippuu esimerkiksi äidin fyysisestä toipumisesta. Koska synnytyksen jälkeistä keskustelua äidin kanssa ei voi aina käydä synnytystä hoitanut kättilö, olisi täsmällinen ja kuvaava kirjaaminen synnytyksen kuluista tärkeää. Synnytuskertomukseen kirjaaminen on oman kokemuksemme mukaan monesti liian toimenpidekeskeistä; Kirjatut tapahtumat kuvaavat enemmän kättilön toimintaa, eivätkä kirjaukset ole tarpeeksi äitilähtöisiä. Tällöin kättilön joka ei ole hoitanut synnytystä, on vaikea esittää tilanteesta tarkkoja ja keskustelua eteenpäin vieviä kysymyksiä.

Keskusteluajankohdasta tulisi sopia yhdessä etukäteen. Äitiä voisi ohjata kirjaamaan paperille asioita joista haluaisi keskustella kättilön kanssa. Etukäteen mietityt ja paperille kirjatut ajatukset voisivat auttaa myös hiljaisia äitejä ilmaisemaan itseään. Samoin jos äiti toivoo tukihenkilön osallistuvan keskusteluun, olisi ajankohta hyvä sopia ennalta. Keskustelu tulisi käydä rauhallisessa paikassa, jossa ei olisi ylimääräisiä kuulijoita ja sille pitäisi varata riittävästi aikaa. Potilashuoneissa on monesti huonetovereita sekä mahdollisesti heidän vieraitaan, ja siksi keskustelulle tulisi varata paikka, jotta ylimääräisiltä kuulijoilta vältytään. Osastolla on yleensä jokin vapaa huone, jota voidaan käyttää keskustelupaikana. Tällainen huone voi olla lääkärin vastaanotto- tai tutkimushuone - ne ovat monesti käytössä vain osan aikaa päivästä. Osaston henkilökunta voisi sopia yhdessä keskustelulle tarkoitettun tilan käytöstä.

Synnytyksen jälkeisen keskustelun merkitys positiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen on tutkimusten valossa ilmeinen. Siksi tuntuisi luontealta, että kättilökoulutuksessa asia huomioitaisiin. Mielestämme koulutuksessa keskittyy liikaa synnytyksen tekniseen hoitoon. Synnytyksen jälkeen tärkeimmän sijan saa äidin fyysinen toipuminen. Äidin synnytyskokemus, tunteet tai psyykinen puoli yleensäkin jäävät lähes huomiotta. Ehkä oletetaan, että äidin tukeminen ja synnytyksen jälkeisen keskustelun käyminen onnistuu jokaiselta kättilöltä kuin luonnostaan. Mielestämme keskustelutilanteita tulee harjoitella koulussa ennen käytännön harjoitteluita. Toisaalta sairaaloiden käytännöt eivät aina tue synnytyksen jälkeisen keskustelun toteutumista. Keskustelun käymisestä tulisi tehdä itsestäänselvyys ja rutiinia, joka myös kirjattaisiin järjestelmään luotettavasti.

Tutkimukset osoittavat selvästi, että kättilön antamalla tuella on tärkeä merkitys synnytyskokemuksen muodostumiselle. Kättilön antaman tuen tulisi jatkua myös lapsen syntymän jälkeen. Synnytyskeskustelu on kättilön tapa tukea äitiä ja sillä on merkitystä aina varhaisesta vuorovaikutuksesta synnytyspelkojen ehkäisyyn.

Aiempien tutkimusten perusteella, sekä oman kyselymme pohjalta, voimme todeta, että synnytyksen jälkeinen keskustelu on todellakin jokaisen synnyttäjän oikeus ja kuuluu osaltaan hyvään synnytyksen hoitoon. Synnytyskeskustelu-kaavakkeen laatiminen voisi olla hyvä kehittämistehtävä seuraaville kättilöopiskelijoille, jolloin opinnäyteyömme empiirinen tutkimus sekä luomamme suositukset voisivat toimia apuna sen kehittämisessä.

LÄHTEET

Antikainen, I. 2007. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Teoksessa: Aranto, A. Koistinen, P. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 382.

Duodecim. Lääketieteen sanakirja. www.terveysportti.fi/terveyskirjasto. Luettu 9.5.2008.

Eskola, K. Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.

Eskola, K., Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: Vastapaino.

Himberg, L. Lyytinen, H. 2000 Psykologia 4. Ihmisen toiminnan neuropsykologia. Helsinki: WSOY.

Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. 2003. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews: 3/2003.

Koskela, M. 2008. Synnytyskeskustelu ja sen merkitys kättilötyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Leino-Kilpi, H. Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 285, 289.

Leino-Kilpi, H. 2003. Etiikka kättilötyössä. Teoksessa: Teoksessa: Leino-Kilpi, H. Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 173, 180 - 181.

Matala, M. 2000. Monisyntyttäjän synnytyspelot - haaste kättilötyölle. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu- tutkielma.

Melender, H.-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth. Experiences reported before and after childbirth. Turun yliopiston julkaisuja. Turku.

Meskanen, K. 1999. Hyvä kokemus synnytyksen hoidosta, laadullinen tutkimus: synnytyksen hoidon kokemus kättilön ja asiakkaan arvioimana. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja. Projektityö.

Pietiläinen, S. 2007. Synnytyspelko. Teoksessa: Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. Äimälä A-M (toim.). Kättilötyö. Helsinki: Edita, 422.

Pojjula, S. 1999 Toistaako historia itseään vai voimmeko oppia siitä? Psykkisen trauman hoito. Mielenterveys 4/1999.

Raussi-Lehto, E. 2007. Syntymän hoidon arviointi. Teoksessa: Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. Äimälä A-M (toim.). Kätilötyö. Helsinki: Edita, 268.

Raussi-Lehto, E. 2007. Syntymän hoidon suunnittelu. Teoksessa: Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. Äimälä A-M (toim.). Kätilötyö. Helsinki: Edita, 233.

Ryttyläinen, K. Kätilöpäivät. Luento 5.-6.5.2006. Seinäjoki.
http://www.suomenkatiloliitto.fi/naisten_arviointeja.pdf

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

Saisto, T. 2000. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. Duodecim; 116(14):1483-1488.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi J., Könönen, T., Halmesmäki, E.. 2002. Synnytyspelkoa kannattaa hoitaa. Aikakauskirja Duodecim 2002;118(6):642-643.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. <http://pre20090115.stm.fi/pr1169630707750/passthru.pdf>

Stakes syntymärekisteri. www.stakes.fi/FI/tilastot/syntymarekisteri.htm. Luettu 15.7.2009.

Suomen kätilöliiton laatutyöryhmän raportti. 1998. Laatua kätilötyöhön - kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Päivitetty 8.6.2004. Luettu 20.3.2008.
http://sumenkatiloliitto.fi/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

Toivanen, R., Saisto, T., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. 2002. Synnytyspelon hoito terapeutin ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla. Suomen Lääkäri-lehti; 57(45): 4567 – 4572.

Traumaterapiakeskus. <http://www.traumaterapiakeskus.com/trauma.htm>. Luettu 13.3.2008.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

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

Vallimies-Patomäki, M. 2007. Teoksessa: Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. Äimälä A-M (toim.). Kätilötyö. Helsinki: Edita, 62.

Vilkko-Riihelä, A. 2001. Psyhyke, psykologian käsikirja; 1.-2. painos. Porvoo: WSOY.

Välimäki, M. 2003. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa: Teoksessa: Leino-Kilpi, H. Välimäki, M . Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 149.

Waldenström, U. 1999. Kejsarsnitt ger inte bättre förlossningsupplevelse .Läkartidningen 1999;96(42): 4544 - 4547.

Olemme kättilö opiskelijoita Pirkanmaan ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä Tampereen yliopistolliselle sairaalalle aiheesta:

Synnytyksen jälkeinen keskustelu – oikeus jokaiselle äidille – toteutuminen, sisältö, riskisynnyttäjät, synnytystrauman ennaltaehkäisy.

Äidit, jotka olette synnyttäneet 2000-luvulla, nyt tarvitsemme Teidän kokemuksianne!

Kirjoituksianne käsittelemme luottamuksellisesti, anonymiteetin säilyttäen. Jos tekstiänne ei saa siteerata tai lainata opinnäytetyössä, mainitkaa se. Mistään lainauksista ei tule ilmi lainattavan henkilöllisyys.

Valmiista opinnäytetyöstä lähetämme sähköisen kopion tämän keskustelupalstan ylläpitäjälle, Coronaria medialle. (www.helistin.fi)

1. Oliko sinulla tukihenkilöä mukana synnytyksessä?
2. Oliko synnytyskokemuksesi myönteinen vai kielteinen? Mitkä seikat mielestäsi vaikuttivat kokemukseesi?
3. Käytiinkö synnytyksen hoitaneen kättilön kanssa keskustelu synnytyksestä? Mistä asioista keskusteltiin? Jäikö jokin asia mielestäsi liian vähäiselle huomiolle?
4. Keskusteltiin synnytyksestä synnytyssalissa, vuodeosastolla vai molemmissa? Oliko keskustelukumppaninasi joku muu, kuin synnytyksen hoitanut kättilö?
5. Minkälainen olisi mielestäsi hyvä synnytyskeskustelu? Mistä haluaisit puhuttavan? Ketkä olisivat keskustelussa paikalla? Mikä ajankohta keskustelulle olisi sopivin?

Laita kirjeeseesi perustietoja itsestäsi, kuten ikä, siviilisääty, ammatti ja koulutus. Kerro myös synnytysten lukumäärä ja milloin olet synnyttänyt.

Kiitos jo etukäteen! Teidän panoksenne opinnäytetyöllemme on antaa asiakkaan näkökulma työhön, jonka tavoitteena on synnytyskeskustelulomakkeen kehittäminen Tampereen yliopistollisen sairaalan kättilöille ja äideille.

Ohessa sähköposti-osoite, johon voitte vastauksenne lähettää:
kaisajaana@gmail.com

Kaisa Holli

Jaana Hollo-Korhonen

SUOSITUKSET HYVÄLLE SYNNYTYKSEN JÄLKEISELLE KESKUSTELULLE

1. Kätilön tehtävä on tarjota keskustelumahdollisuutta kaikille synnyttäneille äideille. Jos äiti ei koe tarvetta keskustella synnytyksestä tarjotulla hetkellä, pitää se kirjata potilastietojärjestelmään ja tarjota uutta keskusteluaikaa vielä ennen kotiuttamista.
2. Ensisijainen synnytyskeskustelun vetäjä on synnytystä hoitanut kätilö. Koska tämä ei ole aina mahdollista, synnytyksen kirjaamisen tulee olla tarkkaa sekä mahdollisimman kuvaavaa, jotta osaston kätilö pystyy keskustelemaan synnytyksestä äidin kanssa kattavasti. Keskustelun pohjana käytetään synnytyskertomusta sekä mahdollisesti myös partogrammia.
3. Synnytyskeskustelun ajankohta sovitaan äidin kanssa etukäteen, mikä mahdollistaa tukihenkilön osallistumisen keskusteluun äidin niin halutessa. Keskustelun tueksi äitiä neuvotaan kirjaamaan paperille mieltä askarruttavia asioita, joita käydään keskustelussa läpi.
4. Keskusteluympäristön ja tilanteen tulee olla rauhallinen. Keskustelua ei käydä esimerkiksi vauvanhoidon yhteydessä. Jos osastolta löytyy huone, joka ei ole käytössä, esimerkiksi lääkärin tutkimuhuone, voidaan sitä hyödyntää keskusteluympäristönä, jolloin paikalla ei ole ylimääräisiä kuulijoita.
5. Kätilön ammattitaitoon kuuluu kiinnostuksen osoittaminen äidin kokemusta kohtaan sekä empaattinen asenne. Kätilön tulee ymmärtää synnytyskeskustelun merkitys synnytystrauman ehkäisijänä, positiivisen synnytyskokemuksen mahdollistajana, varhaisen vuorovaikutuksen tukijana sekä sen merkitys tuleville raskauksille ja synnytyksille. Synnyttäjälle annettu positiivinen palaute ja kehut tukevat myönteisen synnytyskokemuksen muodostumista.
6. Kätilö vie keskustelua eteenpäin tarkentavilla ja ohjaavilla kysymyksillä. Niiden avulla käydään läpi kivunlievityksen onnistuminen sekä tunteet ja kokemukset.
7. Keskustelussa kannustetaan äitiä kysymään ja vastataan hänen kysymyksiinsä.
8. Jokaisella äidillä on oikeus laadukkaaseen synnytyskeskusteluun. Siihen ei saa vaikuttaa äidin koulutus, ammatti tai muut taustatekijät, eikä kätilön tulisi muodostaa niiden pohjalta ennakkokäsityksiä. Synnytyskeskustelun laatu tulee tarkastaa siten, että varmistutaan siitä, että äiti on ymmärtänyt asiat ilman vääriä tulkintoja. Käsitteet tulee selittää ja ammattikieltä välttää.

Kaavio 1. Kätilötyötä ohjaavat arvot ja periaatteet 1-5 (Suomen kätilöliitto ry 2004)

| Itsemääräämisoikeus | Tasa-arvo | Yksilöllisyys | Turvallisuus | Terveyskeskeisyys |
|--|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ihmisen mahdollisuus ja oikeus itsenäiseen kehittymiseen. - Asiakas saa osallistua itseään koskeviin päätöksiin. - Asiakas saa päätöksentekonsa pohjaksi luotettavaa ja ymmärrettävää tietoa. - Kätilö toimii niin, että asiakkaan paras toteutuu, jos asiakas ei itse pysty osallistumaan. | <ul style="list-style-type: none"> - Jokaisella ihmisellä on yhtäläinen ihmisarvo. - Syntymätön lapsi myös erillinen yksilö, jolla on ihmisarvo ja oikeus ihmisen arvoiseen kohteluun. | <ul style="list-style-type: none"> - Asiakkaan hyväksyminen juuri sellaisen kuin hän on - Kätilö tunnistaa asiakkaan yksilölliseen elämäntilanteeseen kuuluvat voimavarat ja tarpeet. - Kätilö jakaa tietoa ja keskustelee eri hoitovaihtoehdoista asiakkaan kanssa. | <ul style="list-style-type: none"> - Asiakkaan hoitoympäristö ja ilmapiiri mahdollistavat terveyden edistämisen, ylläpitämisen ja palauttamisen. - Kätilön työskentelytapa ja vuorovaikutustaidot ovat turvallisuutta ja luottamusta herättäviä. - Hoitoympäristön on oltava rauhallinen ja viihtyisä, eikä se saa aiheuttaa terveydellisiä riskejä. | <ul style="list-style-type: none"> - Lähtökohtana ovat asiakkaan omat voimavarat ja hoitamisessa tuetaan hänen terveitä, vahvoja puoliaan. - Kätilö pyrkii edistämään terveiden elämäntapojen omaksumista ja kohottamaan tai ylläpitämään asiakkaidensa elämänlaatua. - Kätilö neuvoo, ohjaa ja opettaa asiakkaitaan siten, että he voisivat omilla elämäntavoillaan edistää terveyttään, helpottaa sairautensa oireita tai hidastaa sairauden etenemistä. |

LIITE 4

Kaavio 2. Kätilötyötä ohjaavat arvot ja periaatteet 6-10 (Suomen kätilöliitto ry 2004)

| Vastuullisuus | Jatkuvuus | Perhekeskeisyys | Omatoimisuus | Kokonaisvaltaisuus |
|---|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Kätilö toteuttaa kaikessa ammattitoiminnassaan ihmisyyden eettistä päämäärää: toimintaa toisen ihmisen hyväksi. - Kätilö on vastuussa omasta toiminnastaan. Kätilöllä on oikeus tehdä itsenäisiä päätöksiä. - Vastuullisuuden periaatteen toteuttaminen edellyttää kätilöltä kykyä ja halua arvioida omaa työtänsä kriittisesti ja toimia jatkuvasti oman työn kehittämiseksi. - Vastuullisuuteen kuuluu omien rajojen tunnistaminen ja toisen asian tuntijan konsultointi, jotta asiakas voisi saada parhaan mahdollisen ammattitaitoisen hoidon. | <ul style="list-style-type: none"> - Kätilön velvollisuutena on osaltaan varmistua tiedon ja tarvittaessa myös taidon siirtämisestä muille asiakkaan hoitoon osallistuville. - Kätilön velvollisuus on varmistua kaikissa hoitotilanteissa siitä, että asiakkaan saaman hoidon taso pysyy laadullisesti korkealla tasolla. | <ul style="list-style-type: none"> - Kätilö tuntee asiakkaansa sekä yksilönä että perheensä ja elämänyhteisönsä jäsenenä. - Kätilön tehtävänä on pitää huolta, että puoliso ja perhe tai muut läheiset saavat mahdollisuuden olla mukana hoitoprosessissa ja että he saavat myös kaiken tarvitsemansa tiedon ja tuen. | <ul style="list-style-type: none"> - Kätilö aktiivisesti tukee sekä tiedollisesti että taidollisesti asiakastaan ja hänen perhettään ja auttaa tätä itseään toimimaan ja ymmärtämään omien toimintojensa seuraukset. - Myös silloin, kun asiakas ei jostakin syystä kykene itse toimimaan, kätilö toimii hänen kanssaan tai puolestaan. | <ul style="list-style-type: none"> - Kaikissa hoitotilanteissa ihmiseen suhtaudutaan itsenäisenä, toimivana persoonana. - Kätilö antaa asiakkaalleen mahdollisuuden olla oma itsensä, oman perheensä jäsen ja sallii hänen tehdä omat ratkaisunsa. |

