

JOUNITUOMI &
ANNA-MARI ÄIMÄLÄ
(toim.)

TAMK
TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

VIISAAT VALINNAT – TERVEENÄ RASKAAKSI, HYVÄ SYNNYTYS



viva@

VIISAAT VALINNAT – TERVEENÄ RASKAAKSI, HYVÄ SYNNYTYS

Jouni Tuomi & Anna-Mari Äimälä (toim.)



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisu.
Sarja A. Tutkimuksia 21.
ISSN 1456-0011
ISBN 978-952-5903-93-5 (nid.)
Tampere 2017

Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisu.
Sarja A. Tutkimuksia 22.
ISSN 1456-0011
ISBN 978-952-5903-98-0(PDF)
Tampere 2017

©Tekijät ja Tampereen ammattikorkeakoulu
Taitto: Minna Nissilä
Kannen valokuva: Tommi Penttinen
ViVa-logo: Majju Missokia
Painopaikka: Kirjapaino Hermes Oy 2017



Rahoittaja:
Sosiaali- ja terveysminis-
teriö, Terveyden edistämi-
sen määrärahasta vuosina
2015–2017



Esipuhe

Kun puhumme lisääntymisterveydestä, katsomme tulevaisuuteen. Vaikka kaikki eivät perusta perhettä tai saa omia lapsia, jokaisen miehen ja naisen syvä perustarve on nähdä elämän jatkuvan lastemme kautta.

Suomessa olemme pitkään saaneet nauttia hyvästä raskauden ajan terveydenhuollosta, minkä myötä Suomi yhdessä muiden Pohjoismaiden kanssa sijoittuu äitiyshuollon tilastoissa maailman parhaimmiston. Vaikka tilastollisesti tarkasteltuna asiamme ovat hyvin, yksittäisten perheiden kohdalla lisääntyminen ei aina suju toivotusti. Ensisynnyttäjien keski-ikä nousu, pitkäaikaissairaudet sekä erilaiset psykososiaaliset ongelmat luovat uhkakuvia raskauden onnistumiselle.

Ihanteellista on tulla ”terveenä raskaaksi”. Viisailla valinnoilla tätä tavoitetta voidaan osittain edistää. ViVa-projektissa on haluttu korostaa seksuaaliterveyden, raskauden ja synnytyksen normaalin fysiologian kunnioittamista. Vaikka äitiyshuolto tasapainoilee fysiologian ja patologian jännitteessä, normaali fysiologia on läsnä jopa kaikkein vaikeimmissa raskauskomplikaatioissa. Siksi tervehdin ilolla ViVa-projektin ensimmäistä julkaisua, joka tarjoaa oikeaa näkökulmaa lisääntymisen haasteisiin sekä hyvää materiaalia viisaiden valintojen tueksi.

Jukka Uotila

Dosentti, osastonylilääkäri

Tays

Sisällys

Esipuhe, *Jukka Uotila* 3

AJANKOHTAISTA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ 2017

1. Johdanto, *Anna-Mari Äimälä ja Jouni Tuomi* 6
2. Hyvä syntymä Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 painopistealueena, *Eija Raussi-Lehto ja Reija Klemetti* 9
3. Vanhemmaksi yhä vanhempana – terveydellisiä ja yhteiskunnallisia seurauksia, *Reija Klemetti* 22
4. Preconception Health and Care -käsitteen tarkastelu, *Maiju Välimaa ja Jouni Tuomi* 33

PITKÄ NUORUUS – TERVEENÄ RASKAAKSI

5. Viisaat valinnat nuorena – hedelmällisyyden suojele, *Elina Botha* 43
6. Nuorten aikuisten asenteet seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kohtaan, *Anna Leppänen, Essi Leskinen ja Jouni Tuomi* 53
7. Iän vaikutus hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen, *Laura Häkkinen, Karoliina Valli ja Jouni Tuomi* 62
8. Ylipainon vaikutukset nuorten ja nuorten aikuisten lisääntymisterveyteen, *Anna Niskanen ja Jouni Tuomi* 74
9. Äidin raskaudenaikainen vajaaravitsemus, *Karoliina Kallio ja Jouni Tuomi* 83
10. Viisaat valinnat – terveenä raskaaksi, *Elina Botha* 92
11. Raskausdiabeteksen ehkäisy, *Elina Botha ja Paula Mäkelä* 101
12. Tunteiden vuoristoradalla, *Tarja Aaltonen* 106

HYVÄ SYNNYTYYS

13. Mitä kaikkea on normaali synnytys?, *Paula Stenfors ja Sanna-Kaisa Kukko* 113
14. Latenssvaiheen tunnistaminen ja sen hyvä hoito, *Marika Mettälä, Pauliina Korpi ja Henna Nieminen* 118

15. Synnytyksen fysiologinen kulku, <i>Sanna-Kaisa Kukko</i>	125
16. Näkökulmia fysiologisen syntymän hoitoon, <i>Sanna-Kaisa Kukko</i>	136
17. Oksitosiini – syntymän ja äitiyden hormoni, <i>Paula Stenfors</i>	147
18. Synnytyskipu ja siihen vaikuttavat tekijät, <i>Katri Leinonen</i>	156
19. Kätilön antama synnytyksen aikainen tuki, <i>Anne Kalvas</i>	169
20. Lääkkeetön kivunlievitys synnytyksessä, <i>Anna-Mari Äimälä</i>	182
21. Epiduraalipuudutus synnytyksen hoidossa, <i>Paula Stenfors</i>	196
22. ”Oon turvassa sun iholla...” – imetyksen ja varhaisen ihokontaktin merkitys vastasyntyneen ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa, <i>Kajaja Puura</i>	205
23. Hyvä hoito lapsivuodeosastolla, <i>Marika Mettälä</i>	211
24. Vastasyntyneen perheen hyvät päivät ja yöt, <i>Elina Botha</i>	219

UUDET RAKENTEET JA TOIMINTAMALLIT

25. Synnytyssympäristö, <i>Tuija Heinilä</i>	227
26. Matalan riskin synnytys – kokemuksia uuden hoitomallin käyttöönotosta, <i>Sanna-Kaisa Kukko</i>	238
27. Tampereen yliopistollisen sairaalan uuden synnytysyksikön rakentamista ohjaavat periaatteet ja käytännöt, <i>Outi Palomäki</i>	248
28. Vanhempien hoitoon liittyviä kokemuksia Tampereen potilashotellin lapsivuodeosastolla; Perheonnessa, <i>Marika Mettälä</i>	258
29. Varhainen ihokontakti syntymän jälkeen, <i>Soili Hautaniemi</i>	266
30. Sairaalan vastasyntyneen hoito yhden perheen huoneissa – Couplet Care hoitomalli, <i>Paula Stenfors</i>	272

1 Johdanto

Anna-Mari Äimälä, THM, lehtori, Tampereen ammattikorkeakoulu
Jouni Tuomi, FT, yliopettaja, terveyden edistäminen, Tampereen ammattikorkeakoulu

Totesimme, että normaali synnytys on katoava luonnonvara, kun suunnittelimme 2014 Sosiaali- ja terveysministeriön Terveyden edistämisen määrärahasta rahoitettua Terve raskaus, normaali synnytys -hanketta. Tilanne näyttää pysyvän samana, toimenpiteet ja puuttumiset synnytyksissä lisääntyvät edelleen. Myös tahattoman lapsettomuuden vuoksi tehtävien hedelmällisyyshoitojen määrä lisääntyy koko ajan. Ikään kuin ei enää kyettäisi synnyttämään, eikä tulemaan raskaaksi luonnollisin keinoin. Paradoksaalista tässä on, että samanaikaisesti terveysasiat ovat niin nuorten kuin nuorten aikuistenkin maailmoissa hyvin trendikkäitä ja ”luomuilu” on suuren kiinnostuksen kohteena. Lapsen tekeminen tai synnyttäminen luomusti ei jotenkin vaikuta mahtuvan näihin trendeihin. Ja tästähän muodostui haaste. Hankkeen nimeksi muotoutui ViVa, joka eri yhteyksissä voi merkitä: viisaat valinnat, viisaat vaimot, virkeät vauvat, viisas vanhemmuus.

Projektin luonne oli pedagoginen. Uskomme, että ihmiset tarvitsevat ja käyttävät tietoiseen päätöksentekoon oikeaa, luotettavaa tietoa. Olemme pyrkineet vaikuttamaan siihen, että tietoa hedelmällisyyden suojelusta, raskaudesta ja synnytyksestä olisi helposti saatavilla sekä asiakkaille että ammatti-ihmisille, vaikka tiedostimme, että se ei aina riitä. Päätöksiä ohjaavat monet muutkin asiat.

Hankkeen aikana työstettiin projektitiimin toimesta suuret määrät uusinta tutkittua tietoa asiakasta palvelevaan muotoon, lähelle eli älypuhelimeen. Tähän ammattilaisille suunnattuun julkaisuun koottiin kerätyn tiedon pohjalta artikkeleita, jotka perustelevat projektissa tehtyjä valintoja ja toimintaa. Osa artikkeleista pyydettiin asiantuntijoilta, jotka ovat tutkineet, kehittäneet ja toteuttaneet merkityksellisiä lisääntymisterveyttä ja hyvää synnytystä edistäviä asioita. Olemme kiitollisia tästä vapaaehtoistyöstä yhteisen julkaisun hyväksi. Osa artikkeleista perustuu opinnäytetöihin am-

mattikorkeakoulu-, ylempi ammattikorkeakoulu-, tai yliopiston maisteri-
koulutustasolla. Myös väitöskirjatyön löytöjä on jaettu artikkeleissa.

Artikkelit ovat asiantuntijakirjoittajien näköisiä, ja kukin vastaa omista teksteistään. Osittaista päällekkäisyyttäkin on, koska jokainen artikkeli on oma itsenäinen kokonaisuutensa. Tutkittua tietoa on paljon, ja kukin on tehnyt omat perustellut valintansa. Asioista voidaan olla myös perustellusti eri mieltä. Osan artikkeleista on tarkastanut ja kommentoinut ylilääkäri Jukka Uotila.

Ensimmäisen osan artikkeleissa katsellaan lisääntymisterveyteen liittyviä kysymyksiä ikään kuin näköalapaikalta. Toinen osa painottuu aiheeseen terveenä raskaaksi, joka prosessina alkaa jo paljon ennen raskauden suunnittelua. Kolmannessa osassa tuotetaan tietoa hyvän syntymän hoitoon. Neljänteen osaan on koottu artikkeleita, joissa kuvataan, miten tutkimustieto hyvästä hoidosta viedään hoidon periaatteiksi ja toteutetaan rakenteellisia uudistuksia, jotka mahdollistavat näyttöön perustuvan hoidon. Monet julkaisun aihepiirit ovat jo kokemuksesta lukijalle tuttuja, mutta kun omia ja muiden kokemuksia pohditaan ja verrataan uusimpaan tutkittuun tietoon, syntyy uusia parempia toimintamalleja, kuten projektin aikana on tapahtunut.

Raskaana olevan ja synnyttäjän hoidon kehittämisen edellytyksiä on ensinnäkin asiantuntijoiden halu kehittää omaa työtään. Synnyttäjän ohjaamisessa, tukemisessa ja hoidossa ei pidä toteuttaa rutiineja, vaan pyritään hoitamaan jokainen raskaus ja synnytys yksilöllisesti, koska rutiinisyntytystä ei ole. Normaali tai fysiologinen ovat jokaisessa synnytyksessä ainutlaatuinen prosessi. Syntymän tueksi tarvitaan ammatti-ihmistä, joka hallitsee synnytyksen fysiologian ja synnytyksen kulun monet variaatiot. Raskaana olevat etsivät vastauksia some-vertaistuki-asiantuntijoilta, joiden oppi perustuu yhden ihmisen synnytyskokemukseen, minkä pohjalta neuvot syntyvät. Tähän on ViVa-hankkeessa pyritty aktiivisesti vaikuttamaan. Toiseksi pitää kiinnittää huomiota tarkempaan kirjaamiseen. Miksi tehdään asioita ja esimerkiksi puututaan synnytyksen luonnolliseen kulkuun? Miten toimintoja perustellaan, ja miten niiden vaikutuksia seurataan ja arvioidaan? Kolmas tärkeä kehittämisen avain on, että keskustellaan yhdessä havainnoista, poikkeuksista ja parhaista tavoista toimia.

Parhaimmillaan julkaisun toivoisi herättävän keskustelua toiminnan perusteluista ja synnyttävän lisätutkimusta lisääntymisterveyden ja normaalin edistämiseksi. Julkaisun ei ole tarkoitus olla oppikirja, mutta siitä on aiheeseen liittyvien opintojaksojen ja oppimisen tueksi.

Kiitämme Sosiaali- ja terveysministeriötä hankerahoituksesta, joka mahdollisti hankkeen ja sen myötä tämän kirjan syntymisen. Ja suuret kiitokset kaikille kirjoittajille.

Tampereella 9.6.2017

Anna-Mari Äimälä ja Jouni Tuomi

2 Hyvä syntymä Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014-2020 painopistealueena

Eija Raussi-Lehto, THM, Kätilötyön lehtori, Metropolia AMK,
vieraileva tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Reija Klemetti, FT, Dosentti, Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TIIVISTELMÄ

Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020 (Klemetti R & Raussi-Lehto E (toim.) 2014) on laadittu edistämään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä lisäämällä tietoa, kehittämällä palveluja ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta. Hyvä syntymä -toimintaohjelman painopistealueena antaa kansallisia ohjeita ja suosituksia hyvästä syntymän hoidosta, joita maassamme aiemmin ei ole ollut. Toimintaohjelma esittelee tavoitteita ja konkreettisia toimenpiteitä synnytyksen suunnitteluun, jatkuvaan syntymänaikaiseen tukeen, varhaisen vuorovaikutuksen tukeen, imetystukeen ja syntymän jälkeiseen keskusteluun. Tukemalla synnyttäjän ja hänen kumppaninsa voimavaroja edistetään perheiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Viva-hankkeessa implementoidaan toimintaohjelman mukaisia tavoitteita ja toimenpiteitä monipuolisesti.

ABSTRACT

The goal of the sexual and reproductive health 2014–2017 Action Programme is to promote sexual and reproductive health by increasing awareness, developing services and strengthening sexual education. One of the key point is Good Delivery Care. The aim is to promote health and welfare of mother, her newborn and the whole family by supporting a parturient's and her partner's own resources, reducing needless interference in the course of delivery and promoting early contact with the newborn. The goal of delivery care is to enable a holistic and empowering delivery experience to families and to support mothers in breastfeeding after the birth. By supporting a parturient and her partner the sexual and reproductive health of families is promoted. The Viva -project implements the goals of the Action Programme in a versatile way.

JOHDANTO

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 (Klemetti & Raussi-Lehto 2014) tavoitteena on parantaa väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, vähentää terveyseroja ja eriarvoisuutta ja nostaa seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksiä esille siten, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen tulisi luontevaksi osaksi kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä opetustyöhön. Toimintaohjelman mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistetään tietoa lisäämällä, palveluja kehittämällä ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta.

Toimintaohjelman kokonaistavoitteet kohdistuvat lapsiin ja nuoriin erityisesti seksuaalikasvatuksen kohderyhmänä, poikiin ja miehiin, jotta palvelut voitaisiin saada luontevaksi osaksi myös poikien ja miesten terveyspalveluja, kulttuurisensitiiviseen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen sekä hyvään syntymän hoitoon.

Hyvä syntymä toimintaohjelman painopistealueena on tärkeä siksi, että kansallisia ohjeita tai suosituksia hyvästä syntymän hoidosta ei maassamme aiemmin ole ollut. Tieto siitä, että tukemalla synnyttäjän ja hänen kumppaninsa voimavaroja edistetään perheiden terveyttä, tulee toimintaohjelmassa näkyväksi synnytyksen suunnittelun, jatkuvan syntymänaikaisen tuen, varhaisen vuorovaikutuksen tuen, imetystuen ja synnytyskeskustelun kautta. Myös synnytyksen jälkeisen masennuksen varhainen tunnistaminen sekä perhesuunnittelu ovat toimintaohjelman mukaisina tavoitteina.

ViVa-hankkeen tavoitteena on terve raskaus, normaali synnytys – tietoa, tukea ja ohjausta perheen terveeseen elämäntapaan (Viva 2015). Hanke tukee Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman tavoitteiden jalkauttamista raskauden ja synnytyksen osalta. Tietoa tuodaan tutuksi kaikille nuorille, nuorille aikuisille, raskaana oleville ja ammattilaisille ikään, kulttuuriin tai sukupuoleen katsomatta. Tietoa tuodaan esille monin eri menetelmin, kuten videoiden, blogien, oppaiden, artikkelien, nettipalveluiden, koulutuksen ja valmennuksen avulla. Uusinta tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä tarvitaan, jotta voidaan tehdä tietoisia, viisaita ja kauaskantoisia valintoja lastenhankintaan liittyen, myös siksi, että hyvä syntymä nähdään rohkaisevana alkuna vanhemmuuteen ja voimaannuttavaan parisuhteeseen – siksi siihen on viisasta valmistautua!

SYNTYMÄ SUOMESSA

Syntyvyys on ollut Suomessa viime vuosina laskussa. Kun vuonna 2010 Suomessa syntyi 61 371 lasta, vuonna 2015 luku oli 55 759 ja ennuste vuodelle 2016 on tätä lähes neljä prosenttia matalampi eli 53 619 lasta. Suomi on vähitellen pudonnut pois Euroopan suhteellisen korkean syntyvyyden maiden joukosta. (Miettinen 2015; THL 2016, THL 2017.) Vuonna 2015 syntyvyys oli Suomessa alhaisinta muihin Pohjoismaihin verrattuna. Suomessa lapsia syntyy eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella: joka kolmas suomalainen syntyy jossakin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin viidestä synnyttysairaalaista. Lapin sairaanhoitopiirissä syntyy joka vuosi keskimäärin 2 % kaikista Suomessa syntyneistä lapsista. (THL 2016.)

Myös lapsiluvun odote eli kokonaishedelmällisyysluku on laskusuunnassa Suomessa. Vuonna 2010 kokonaishedelmällisyysluku naista kohden oli 1,87. Vuonna 2015 vastaava luku oli 1,65. Tämä kertoo lastenhankinnan kulttuurisesta muutoksesta; ihanteellinen lapsiluku on pienentynyt ja yhä useampi suomalainen tyytyy pienempään perheeseen kuin aiemmin. Lisäksi lastenhankinnan siirtäminen yhä myöhemmäksi on syynä keskimääräisen lapsiluvun pienenemiseen. (Miettinen 2015.) Euroopassa trendi on samansuuntainen, lastenhankintaa siirretään myöhemmäksi, usein hedelmällisen iän viimeiselle vuosikymmenelle, äidiksi tullaan vanhemmalla iällä ja sen seurauksena saadaan vähemmän lapsia fertiili-iässä eli 15–49-vuotiaina. (Adsera 2011) Synnyttäjien keski-ikä on noussut tasaisesti, vuonna 2015 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,6 (ennuste vuodelle 2016 on 30,7 vuotta) ja ensisynnyttäjien 28,8 vuotta (ennuste vuodelle 2016 on 29 vuotta). Ensisynnyttäjien keski-ikä on vuodesta 2000 vuoteen 2015 noussut 1,2 vuodella ja kaikkien synnyttäjien keski-ikä on samassa ajassa noussut 0,7 ikävuodella. Ennakkotietojen mukaan joka viides (22 %) synnyttäjä oli täyttänyt 35 vuotta vuonna 2016, kun taas vuonna 2010 35-vuotiaita synnyttäjiä oli vain 18,4 %. (THL 2016, THL 2017.) Väestömuutostietojen mukaan Suomessa lasten saanti on yleisintä 30–34-vuotiailla ja toiseksi yleisintä 25–29-vuotiailla ja 40–44-vuotiailla syntyvyys on jatkanut lievää kasvua. (Tilastokeskus 2016) Suomessa ensi- ja uudelleensynnyttäjien suhde on pysynyt melko samanlaisena: ensisynnyttäjien osuus on noin 41 prosenttia synnyttäjistä. (Tilastokeskus 2016.)

Keisarileikkausten määrä on Suomessa pysynyt kansainvälisesti katsottuna alhaisena: vuonna 2016 se oli 16,4 prosenttia. Imukuppisyntytyk-

sien määrä on lisääntynyt 9,4 prosenttiin. Myös epiduraalipuudutuksen käyttö on yleistynyt 75 prosenttiin alakautta synnyttäneillä ensisynnyttäjäillä. Vaikkakin yliopistosairaaloissa epiduraalipuudutuksen käyttöä on eniten, on sen käyttö lisääntynyt myös pienissä sairaaloissa. Vähintään yhtä kivunlievitystä synnytyksen aikana sai 92 prosenttia kaikista alateitse synnyttäjistä 2015. Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä (mm. akupunktio, aquarakkulat, hieronta, vesi ym.) käytettiin joka kolmannella (34,2 %) synnyttäjällä vuonna 2016. Välikihon leikkaus eli episiotomia tehtiin 21 prosentille kaikista alatiesynnyttäjistä. Ompelua vaatineita kolmannen ja neljännen asteen repeämiä esiintyi 1,2 prosentilla vuonna 2016. Synnytysten käynnistykset (vuonna 2010 oli 19 %) ovat lisääntyneet 26 prosenttiin. (THL 2016, THL 2017.) Synnytyksen hoitoon liittyvät suositukset ohjeistavat puuttumaan synnytyksen kulkuun vain tarpeen vaatiessa (WHO 1996; Klemetti & Raussi-Lehto 2014; ACOG 2017).

Vuonna 2015 joka kolmas (35 %) synnyttäjä oli ylipainoinen (BMI \geq 25), ja lihavien osuus (BMI \geq 30) oli 13 prosenttia. Yli 35-vuotiaista synnyttäjistä 40 prosenttia oli ylipainoisia ja 15 prosenttia lihavia. Lihavuuteen liittyy merkittäviä raskauteen ja synnytykseen liittyviä riskejä, kuten raskaudenaikainen diabetes ja pre-eklampsia, lisääntynyt keisarileikkausriski, johon puolestaan liittyy hitaampi leikkauksesta toipuminen ja riski haava- ja kohutulehduksiin. (THL 2016.)

Vaikka viime vuosina raskaana olevista tupakoitsijoista yhä useampi on ilmoittanut lopettaneensa tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, raskauden aikainen tupakointi on yhä yleistä nuoremmissa ikäryhmissä. Alle 20-vuotiaista (N=938) synnyttäjistä jopa 48 prosenttia tupakoi alkuraskauden aikana vuonna 2015 ja tupakointia jatkoi 26 prosenttia nuorista raskaana olevista. Tupakoinnin lopetti 49 prosenttia kaikista synnyttäjistä vuonna 2016. (THL 2016, THL 2017.)

Synnytyksen jälkeinen masennus voi vaihdella lievistä oireista psykoottiseen masennustilaan. Raskauden aikainen masennus lienee yleisempää, mitä tilastoraportit kertovat ja se ennustaa myös synnytyksen jälkeistä masennusta (Klemetti ym. 2010). Myös isillä on todettu äidin masennukseen yhteydessä olevaan synnytyksen jälkeistä masennusta (Paulson & Bazemore 2010). Synnytyksen jälkeistä masennusta arvioidaan Suomessa olevan noin 9–16 prosentilla synnyttäneistä (Luoma ym. 2001, Korja ym. 2008); lapsivuode-

psykoosiin sairastuu 1–2 äitiä tuhannesta. Terveysthuoltohenkilöstön hyvät vuorovaikutustaidot ja moniammatillinen yhteistyö ovat avainasemassa synnytyksen jälkeisen masennuksen mahdollisimman varhaisessa toteamisessa ja hoidossa ja perheen kokonaisvaltaisessa tukemisessa.

Vuonna 2015 noin puolet (50,8 %) raskauden keskeyttäneistä oli synnyttänyt ainakin kerran ennen keskeytystä. Vaikka raskaudenkeskeytysten kokonaismäärä on laskenut, on toistuvien keskeytysten osuus yhä kasvussa. Vuonna 2015 keskeytyksen läpikäynneistä naisista 38,2 prosentilla oli yksi tai kaksi aiempaa synnytystä, 12,6 prosentilla naisista synnytyksiä oli tätä useampi. (THL 2016.) Alustava keskustelu perhesuunnittelusta tulisi käydä viimeistään loppuraskauden aikana. Ehkäisytarpeen arviointi otetaan uudelleen esiin synnytyksen jälkeen sopivan ehkäisymenetelmän valitsemiseksi. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014.)

Merkittäviä synnyttäväväestössä esiintyviä piirteitä, jotka vaativat erityistä huomiota myös jatkossa ovat: synnyttäjien ikääntyminen, lihavuus, raskauden aikainen tupakointi nuoremmassa ikäryhmissä, synnytysten jälkeinen masennus ja pian synnytyksen jälkeen tehtävät raskaudenkeskeytykset.

MUUTOKSET PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Raskaana olevien ja synnytyspalvelujen käyttö on muuttunut. Muutosta selittää osin se, että synnytystoiminta lakkautettiin viidestä sairaalasta vuosien 2010–2015 välisenä aikana. (THL 2016.) Vuoden 2013 alussa Suomessa toimi 30 synnytysairaala ja vuonna 2015 synnytysairaaloita oli 27 ja synnytyksiä 55 007. Tämänkin jälkeen on vielä lakkautettu synnytysyksikköjä. Synnytysairaaloiden lakkauttaminen johtuu vuonna 2015 voimaantulleesta päivystysasetuksesta, jonka mukaan synnytystoiminnan jatkaminen edellyttää vähintään 1000 synnytystä vuodessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 782/2014). Tuhannen synnytyksen vähimmäismäärä ei täyty kolmanneksessa jäljellä olevista Suomen 25 synnytysairaalaista. Sosiaali- ja terveysministeriön antamalla määräaikaisella poikkeusluvalla (Nieminen 2016) toimiikin vielä muutama alle 1000 synnytystä vuodessa hoitavaa synnytysairaala. Synnytyksiä hoitavalta sairaalalta edellytetään päivystysasetuksen 782/2014 mukaan valmiuksia kiireellisen hoidon antamiseen, kättilöitä ja leikkaushenkilökuntaa, nopeasti saatavilla olevia anes-

tesiologian, naistentautien- ja synnytysten sekä lastentautien erikoislääkäreitä sekä sopivat tilat, välineet ja laitteet.

Huomionarvoista on myös se, että äidin hoitoaika sairaalassa synnytyksen jälkeen on lyhentynyt viime vuosina ollen keskimäärin 2,7 päivää vuonna 2016. (THL 2017.) Tämä asettaa erityisiä vaatimuksia ammattilaisille synnyttävien perheiden ohjaamisessa seuraamaan synnytyksen jälkeistä palautumista ja vastasyntyneen vointia.

Sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä on noussut 2010–2015 välisenä aikana noin 35 % (THL 2016). Sairaalan ulkopuolinen synnytys on synnytys, joka tapahtuu jossakin odottamattomassa paikassa, kuten kotona, matkalla sairaalaan, yleisellä paikalla tai kulkuvälineessä (Äimälä 2015). Vuonna 2012 kaikista synnytyksistä matkalla sairaalaan oli 63 ja muista syistä suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 60, kun vuonna 2016 matkalla sairaalaan oli 92 synnytystä ja muita sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 142, joista 45 oli suunniteltuja kotisyntytyksiä. Matkasynnytysten lisäys vuodesta 2012 vuoteen 2015 on 42,3 %. (THL 2014, THL 2016, THL 2017.) Matkasynnytykset eivät ole merkittävästi lisääntyneet Lapin sairaanhoitopiirin alueella, missä välimatkat ovat kaikkein pisimmät, esimerkiksi etäisyys Rovaniemen keskussairaalaan on Utsjoelta 450 km ja Kilpisjärveltä 425 km, vaan suurin lisäys sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä on tapahtunut Etelä-Suomessa tiheän sairaalaverkon alueella (Nieminen 2015).

Myös suunniteltujen kotisyntytysten määrä on Suomessa noussut useampana vuonna peräkkäin. Osin matkasynnytysten lisääntymisen myötä ovat myös kotisyntytykset nousseet yhteiskunnalliseen keskusteluun. Vuonna 2014 suunniteltuja kotisyntytyksiä oli 29 ja vuonna 2015 niitä oli 45, vaikka samaan aikaan syntyvyys koko maassa laski 3,5 prosenttia. (THL 2015; THL 2016.) Vuonna 2013 äitiysneuvoloille annettiin virallinen suositus kotisyntytyksistä (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Suunnitellulla avustetulla kotisyntytyksellä tarkoitetaan synnyttäjän omassa kodissa tai muualla sairaalan ulkopuolella tapahtuvaa synnytystä, jossa avustaa synnytyksen hoidon ammattilainen, kätilö tai lääkäri.

Englannissa Royal College of Midwives ja Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ovat laatineet lausunnon, jossa tuetaan kotisyntytyksiä matalan riskin raskauksien osalta. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) on määrittänyt kansallisen ohjeistuksen, jonka

mukaan kaikkien matalan riskin synnyttäjien tulisi saada kuulla, että he voivat valita itse synnytyspaikkansa saaden sille hoitohenkilökunnan tuen. Suomalaisilla kotisyntyäjillä kotisyntytyspäätökseen ovat olleet vaikuttamassa muun muassa aiempi synnytyskokemus, itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja halu valita synnytyksen avustajat ja muut läsnä olevat henkilöt (Jouhki 2008.) Viimeaikaiset tutkimustulokset (Jouhki 2017) korostavat kotisyntytysen luonnollisuutta ja sen valinneiden perheiden kokemusta synnytyksen ja synnytysympäristön hallinnasta sekä koko perheen, myös lasten osallistumisesta. Tutkimukset osoittavat, että kotisyntytysissä interventtioiden määrä on vähäisempi kuin sairaalasyntytysissä (ACOG 2016; de Jonge ym. 2009; Halfdansdottir ym. 2014; Hodnett ym. 2013; Hutton ym. 2009; Janssen ym. 2009a; Wax ym. 2010).

KOHDENNETUILLA TOIMENPITEILLÄ KOHTI HYVÄÄ SYNTYMÄÄ

Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa esitetään konkreettiset tavoitteet ja toimenpiteet, joita toteuttamalla vastuutahot mahdollistavat Hyvän Syntymän kaikille synnyttäjille tasapuolisesti. Tavoitteet ja toimenpiteet esitetään koottuna taulukossa 1.

Taulukko 1. Edistä, ehkäise, vaikuta -seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 tavoitteet ja toimenpiteet Hyvään Syntymään liittyen:

TAVOITE	TOIMENPITEET
Alueellinen eriarvoisuus vähenee synnytyksen ja sen jälkeisen ajan hoidossa.	Synnytyspalvelujen järjestämisestä vastuussa olevat alueelliset tahot, korkeakoulut ja tutkimuslaitokset selvittävät matkasynnytysten ja operatiivisten synnytysten taustalla olevia syitä, sekä syitä alueellisille vaihteluille.
	Synnytyspalvelujen järjestämisestä vastuussa olevat alueelliset tahot kehittävät selkeitä synnyttäjien hoitoon liittyviä hoitopolkuja synnytys-sairaaloiden ja synnyttäjien kotikuntien välille.
Kaikilla raskaana olevilla on mahdollisuus osallistua synnytyksensä suunnitteluun ja synnytysvalmennukseen osana perhevalmennusta.	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattihenkilöt käyttävät synnytysvalmennuksessa näyttöön perustuvaa ja alueellisesti ajanmukaista tietoa.
	Terveystenhoitajat ja kätilöt hyödyntävät synnytysvalmennuksessa asiakaslähtöisiä ja osallistavia menetelmiä sekä vertaistukea, esimerkiksi synnytystukihenkilötoimintaa.
	Kätilö, terveydenhoitaja tai lääkäri laatii synnytyssuunnitelman yhdessä raskaana olevan kanssa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, kirjaa ja raportoi sen jatkuvuuden turvaamiseksi sekä huomioi synnytyssuunnitelmaa laadittaessa synnytyksen latenttivaiheen hoidon.

TAVOITE	TOIMENPITEET
<p>Synnyttäjille suunnitellaan turvallinen ja rauhallinen synnytysympäristö, joka mahdollistaa yksityisyyden, liikkumisen ja rentoutumisen.</p>	<p>Synnytysvalmennuksessa kätilöt tai terveydenhoitajat antavat ohjeita latenttinvaiheen itsehoitoon, jotta synnyttäjät, joilla ei ole erityisiä raskautteen tai synnytykseen liittyviä riskitekijöitä, hallitsevat latenttinvaihetta kotona tukihenkilön ja puhelimitse synnytysosaston henkilökunnan tuella.</p> <p>Synnyttämään lähdön ohjauksesta vastaavat kätilöt, terveydenhoitajat ja lääkärit huomioivat kodin ja sairaalan välisen matkan, jotta synnytys tapahtuisi siihen suunnitellussa ympäristössä.</p>
<p>Syntymän aikainen kokonaisvaltainen tuki toteutuu kaikkien synnyttäjien hoidossa.</p>	<p>Kätilöt ja lääkärit toteuttavat kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä ja voimaannuttavaa syntymän hoitoa hyödyntäen synnyttäjän synnytys-suunnitelmaa.</p>
<p>Syntymän hoidossa tuetaan synnyttäjää ja hänen perhettään voimaannuttavaan synnytyskokemukseen.</p> <p>Synnytyksen hoidossa tuetaan synnyttäjän omia voimavaroja ja vältetään tarpeetonta puuttumista synnytyksen kulkuun.</p>	<p>Kätilöt ja lääkärit huomioivat synnytyskokemukseen vaikuttavat osatekijät, mm. vuorovaikutuksen laadun, läsnäolon, kontrollin tunteen, päätöksentekoon osallistumisen, tiedonantamisen ja synnytysympäristön syntymän hoidossa.</p>
<p>Synnyttäjät saavat toiveitaan ja tarpeitaan vastaavaa kivunlievitystä siten, että he ovat tietoisia niihin liittyvistä eduista ja mahdollisista haitoista</p>	<p>Raskautta tai synnytystä hoitavat terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit antavat näyttöön perustuvaa ja paikallisen synnytysairaalan tilannetta vastaavaa tietoa synnytyskivun lievittämisen mahdollisuuksista synnytysvalmennuksessa ja synnytyksen aikana</p> <p>Raskaana olevia ja synnyttäviä hoitavat terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit päivittävät osaamistaan synnytyskivun hoidossa.</p> <p>Alueellisista synnytyspalveluista vastaavat tahot turvaavat synnytysympäristön, jossa erilaisten kivunlievitysmenetelmien käyttö on mahdollista. Kätilöt ja lääkärit tarjoavat monipuolisesti erilaista kivunlievitystä naisen toiveiden ja tarpeiden mukaan.</p>
<p>Synnyttäneellä on myönteinen asenne ja riittävät tiedot ja taidot imetykseen.</p>	<p>Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit antavat raskausaikana, synnytysvalmennuksessa ja syntymän jälkeen tietoa ihokontaktin tärkeydestä.</p> <p>Esimiehet huolehtivat, että kaikilla synnytysairaalan kätilöillä ja neuvolan terveydenhoitajilla on imetysohjaajakoulutus sekä lääkäreillä osaamista imetyksen tukemiseen.</p> <p>Terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit sekä vertaistuen antajat kehittävät yhteistyötään imetyksen tukemisessa.</p> <p>Lapsivuodeosaston osastonhoitajat organisoivat työn niin, että jokaisella perheellä on synnytysairaalassa omahoitaja, joka ohjaa ja tukee imetyksessä ja vastasyntyneen hoidossa sekä varhaisessa vuorovaikutuksessa.</p>

TAVOITE	TOIMENPITEET
Kaikilla on mahdollisuus synnytyskeskusteluun ja synnytyskokemuksen läpikäymiseen synnytys-sairaalassa ja myöhemmin neuvolassa.	<p>Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattihenkilöt kiinnittävät erityistä huomiota imetyksen tukemisessa nuoriin, matalasti koulutettuihin ja yksinhuoltajiin.</p> <p>Synnytyksen hoidosta vastuussa olevat kätilöt ja lääkärit synnytyssairaa-lassa ja kätilöt ja terveydenhoitajat neuvolassa tarjoavat mahdollisuutta synnytyskeskusteluun kaikille synnyttäneille perheille. He tarjoavat traumaattisen synnytyksen kokeneille mahdollisuuden uuteen keskuste-luun 4–6 viikon kuluttua synnytyksestä synnytyssairaalassa ja tarvittaessa tarjoavat traumaattisen kokemuksen läpikäymiselle tarvittavan tuen.</p>
Lyhytjälkihoitoisen synny-tyksen palvelujen ja hoidon jatkuvuus toteutetaan asia-kaslähtöisesti alueellisista lähtökohdista käsin.	<p>Neuvolan kätilö tai terveydenhoitaja järjestää varhaisia kotiutujia varten varhaisen kotikäynnin tai perheelle mahdollisuuden käydä sairaalassa kätilön tai lääkärin vastaanotolla.</p>
Lyhytjälkihoitoisten- ja kotisyntyneiden hoito ja seuranta toteutetaan Äitiysneuvolaoppaan suositusten mukaisesti.	
Äitiyshuollon asiantunti-joilla on erityisosaamista lyhytjälkihoitoisesta synny-tyksestä ja sen jälkeisestä hoidosta.	<p>Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen erikoissairaanhoidon kätilöt (kotisyntyneissä synnytyksen hoitanut terveydenhuollon ammattihen-kilö) tukevat perheen hyvinvointia mm. puhelinneuvonnalla ja varmista-malla tiedonkulun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.</p> <p>Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit ylläpitävät ja tarvittaessa täydentävät osaamistaan, jotta vastasyntyneen fyysisen voinnin häiriöiden ja synnyttäneen synnytyksen jälkeiseen palautumiseen liittyvät riskit havaitaan ja diagnosoidaan riittävän ajoissa.</p>
Perheellä on riittävät valmiudet selviytyä turvallisin mielin kotona synnytyksen jälkeen.	<p>Terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit perusterveydenhuollossa ja erikois-sairaanhoidossa ohjaavat yhteistyössä laadituin yhdenmukaisin ohjein perhettä vastasyntyneen vointiin ja synnytyksen jälkeiseen palautumi-seen liittyvien riskien tarkkailuun ja varhaiseen tunnistamiseen.</p>
Synnytyksen jälkeinen kotikäynti toteutetaan mahdollisuuksien mukaan jokaiseen perheeseen.	<p>Perusterveydenhuollon kätilö tai terveydenhoitaja toteuttaa koti-käynnin tarvittaessa moniammatillisesti esimerkiksi perhetyöntekijän tai sosiaalityöntekijän kanssa ja selvittää kotikäynnillä synnytyksen kulkua ja kokemusta, synnyttäneen vointia ja toipumista, vastasynty-neen vointia, perheyhteisön sosiaalista verkostoa ja mahdollista imetystuen ja lisäavun tarvetta.</p>

TAVOITE	TOIMENPITEET
Synnytyksen jälkeinen masennus tunnistetaan, ja synnyttänyt, kumppani ja muu perhe saavat tarvitsemansa hoidon ja tuen.	Perusterveydenhuollon ja/tai erikoissairaanhoidon ammattihenkilöiden tarvittaessa moniammatillisesti toteutettavaa kotikäyntiä hyödynnetään synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa.
	Alueelliset palvelujen järjestämisestä vastuussa olevat tahot varmistavat synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan hoitopolun olemassaolon ja toimivuuden.
	Perusterveydenhuollon ja/tai erikoissairaanhoidon terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit käyttävät EPDS-lomaketta synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonnassa jokaiselle äidille ja ohjaavat hoitopolun mukaisesti hoitoon.
	THL laatii synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta kansallisen hoitosuosituksen yhdessä alan asiantuntijoiden kanssa.
Jälkitarkastuksessa selvitetään synnyttäneen kokonaistilanne ja mahdolliset synnytysvauriot.	Terveydenhoitaja, kätilö tai lääkäri selvittää jälkitarkastuksessa äidin fyysisen kunnon lisäksi myös psyykkisen tilan, perheen psykososiaalisen tilanteen ja antaa perheen selviytymistä edistävää ohjausta ja tukea, keskustelee perhesuunnittelusta sekä loppuraskaudessa että synnytyksen jälkeen ja antaa seksuaalineuvontaa yksilöllisesti tarpeen mukaan.
Synnytyksen jälkeisen ensimmäisen vuoden aikana tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrä vähenee.	Jälkitarkastuksessa terveydenhoitaja, kätilö tai lääkäri tehostaa parisuhteen tukemista, synnytyksen jälkeisen ehkäisyn aloittamista ja siihen liittyvää neuvontaa erityisesti painottaen pitkäaikaisen ehkäisyn, kuten kierukoiden ja kapseleiden käyttöä.

LOPUKSI

Terveydenhuollossa turvallisuutta voidaan tarkastella potilasturvallisuuden näkökulmasta, jolloin kaiken toiminnan on tarkoitus varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilaan kannalta potilasturvallisuudella tarkoitetaan oikeaan aikaan tapahtuvaa oikeanlaista hoitoa, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2017.) Tutkimusten mukaan on toistaiseksi turvallista synnyttää ja syntyä Suomessa. (Kassebaum, Bertozzi-Villa, Coggeshall ym. 2015; Mohangoo, Buitendijk, Szamotulska ym. 2011). Suomessa ja muissa Pohjoismaissa perinataaliterveys on hyvä moniin muihin Euroopan maihin verrattuna. Suomessa vastasyntyneiden ja synnyttäneiden naisten kuolleisuus on hyvin matala ja ennen aikaisten sekä pienipainoisten lasten osuus on pieni. (Zeitlin, Mohangoo, Delnord ym. 2013.)

On kuitenkin olemassa riski, että nykypäivän synnytyksen hoito altistaa synnyttäjän vakiintuneille rutiineille, kuten tuntemattomalle henkilökunnalle,

korkealle interventoiden määrälle ja yksityisyyden puutteelle. Näillä teki-
jöillä tiedetään olevan epäsuotuisia vaikutuksia synnytyksen etenemiselle.
(Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala 2013.) Tästä syystä syntymän hoitoon
liittyvien palvelujen tulisi ottaa laaja-alaisesti huomioon perheiden yksilö-
lliset tarpeet ja palvelujen pitäisi olla naista voimaannuttavia. Kohtaamiset
äitiyshuollon palveluissa, esimerkiksi synnytysvalmennus synnyttämiseen
liittyvien pelkojen lievittäjänä ja vähentäjänä (Haapio 2017) ja synnytyk-
seen valmentautumisen edistäjänä on osoittautunut merkitykselliseksi.
Myös synnytyksympäristön viihtyisyyteen pitäisi kiinnittää huomiota
(Jouhki 2017).

ALUEELLINEN TOIMEENPANO

Valitsemalla Hyvä Syntymä seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaoh-
jelman painopistealueeksi halutaan parantaa palvelutuotannon työnjakoa,
koordinointia ja yhteistyötä sekä toteuttaa suunnitelmallista yhteistyötä
alueen eri toimijoiden kanssa. Tämä edellyttää SOTE-alueilta aitoa halua
Edistä, ehkäise, vaikuta, seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjel-
man käyttöönotolle siten, että toimeenpanon kokonaisuus nähdään valta-
kunnallisella tasolla ja asiakkaiden kautta tapahtuvana ajatteluna palvelu-
jen järjestämisessä.

LÄHTEET

ACOG 2016. The American College of Obstetricians and Gynecologists -
Committee Opinion no. 669. Planned Home Birth. Verkkodokumentti. <[http://
www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-
on-Obstetric-Practice/Planned-Home-Birth](http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Planned-Home-Birth)>. Luettu 18.4.2017

Adsera, A. 2011. Where are the babies? Labor market conditions and fertility in
Europe. *European Journal of Population* 27(1), 1–32.

de Jonge, A., Geerts, C.C., van der Goes, B.Y., Mol, B.V., Buitendijk, S.E. & Nijhuis,
J.G. 2015. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743
070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three
merged national perinatal databases. *BJOG* 122 (5), 720–728.

Haapio, S. 2017. Synnytysvalmennus kättilötyön interventiona: Ensisynnyttäjien
valmennuskokemukset ja valmennuksen vaikuttavuus. *Acta Universitatis
Tampereensis* 2262. Tampere University Press. Tampere 2017.

Halfdansson, B., Olafsdottir, O.A., Hildingsson, I., Smarason, A.K. &
Sveinsdottir, H. 2016. Maternal attitudes towards home birth and their effect on
birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study. *Midwifery* 34, 95–104.

- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. 2013. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Library. Issue 7, CD003766.
- Hutton, K., Cappelletti, A., Reitsma, A.H., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C. & Ahmed, R.J. 2016. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *Canadian Medical Association Journal* 188(5), E80–E90.
- Janssen, P.A., Henderson, A.D. & Vedam, S. 2009. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. *Birth* 36(4), 297–304.
- Jouhki, M-R. 2017. Yhdessä oleminen, toimiminen ja yhteyden tunteminen. Perheen kokemus lapsen syntymisestä kotona Acta Universitatis Tamperensis 2270. Tampere University Press. Tampere 2017.
- Jouhki, M-R. 2008. Kotisyntytyks valintana: synnyttäjän näkökulma. (Pro gradu -tutkielma) Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kassebaum, N.J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M.S. ym. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384: 980–1004.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Klemetti, R., Kurinczuk, J., Redshaw, M. 2010. Older women’s pregnancy related symptoms, health and use of antenatal services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010 Nov 26.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33/2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>.
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H. ym. 2008. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica* 97(6), 724–30.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin R. & Almqvist, F. 2001. Longitudinal Study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, 1367–1374.
- Miettinen, A. 2015. Perhebarometri 2015 Katsauksia E49/2015 Väestöliitto ry. Hansaprint Oy. Helsinki, 2015.
- Mohangoo, A.D., Buitendijk, S.E., Szamotulska, K. ym. 2011. From the Euro-Peristat Project. Gestational age patterns of fetal and neonatal mortality in Europe: the Euro-Peristat Project. *PloS One* 2011:6:e24727.
- Nieminen, K. 2016. Synnytysten keskittäminen lisää turvallisuutta. Lääkärilehti 25-32/2016 vsk 71. Verkkodokumentti <<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/synnytysten-keskittaminen-lisaa-turvallisuutta/>> Luettu 18.4.2017.

Nieminen, K. 2015. Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:35. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126814/URN_ISBN_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1> Luettu 18.4.2017.

Paulson, J.F. & Bazemore, S.D. 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association* 303(19), 1961–9.

THL. 2017. Potilasturvallisuus. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/sv/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>. Luettu 23.4.2017.

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Tilastoraportti. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>. Ennakkotiedot 2016. Luettu 4.8.2017

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Tilastoraportti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1> Luettu 18.4.2017.

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126971/Tr19_15.pdf?sequence=5> Luettu 18.4.2017.

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116818/Tr23_14.pdf?sequence=3> Luettu 18.4.2017

Tilastokeskus 2016. Väestö. <http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html> Luettu 18.4.2017.

Viva 2015. Lehdistötiedote. Verkkodokumentti. <http://viva.blogs.tamk.fi/lehdistotiedote/> Luettu 18.4.2017.

Wax, J.R., Lucas, F.L., Lamont, M., Pinette, M.G., Cartin, A. & Blackstone, J. 2010. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203; 243.e1–8.

WHO 1996. Care in normal birth: a practical guide. Verkkodokumentti. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ Luettu 18.4.2017

Zeitlin, J., Mohangoo, A.D., Delnord, M., Cuttini, M., The EURO-PERISTAT Scientific Committee. 2013. The second European Perinatal Health Report: documenting changes over 6 years in the health of mothers and babies in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67 (12). Verkkodokumentti..

Äimälä, A-M. 2015. Matkasynnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen, A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. (6., uudistettu painos.) Helsinki: Edita, 385–388.

3 Vanhemmaksi yhä vanhempana - terveydellisiä ja yhteiskunnallisia seurauksia

Reija Klemetti, FT, Dosentti, Tutkimuspäällikkö,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL

TIIVISTELMÄ

Sekä naisen että miehen hedelmällisyys heikkenee iän myötä, mutta nuoret eivät ole tästä täysin tietoisia. Vanhemmaksi tullaan lähes kaikissa länsimaissa yhä vanhempana. Vaikka suurin osa vanhempien naisten raskauksista sujuu hyvin, vanhempana synnyttämiseen liittyy terveysriskejä. Lasten hankinnan siirtymisellä on myös muita seurauksia. Tahaton lapsettomuus on lisääntynyt, syntyvyys alentunut ja perhekoot pienentyneet. Lastenhankinta ei ole aina mahdollista eikä tietoinen päätös, mutta silloin kun se on sellainen, päätöksen tueksi pitäisi olla tutkittua, ajantasaista tietoa. Tämän tavoitteen toteutumiseksi on Viva-hankkeessa tehty arvokasta työtä.

ABSTRACT

Female and male fertility decreases by age. However, young people are not fully aware of that. Parenthood has delayed almost in every Western Country. Even though most pregnancies of older women are successful, some risks are related to older motherhood. Delayed parenthood has other consequences, too. Involuntary childlessness has increased, total fertility rate decreased and smaller families have become more common. Childbearing is not always possible nor a fully considered decision. However, when it is possible and fully considered, evidence-based information is needed to support the decision. Viva project has offered good tools to reach this target.

JOHDANTO

Naisen biologisen hedelmällisyyden heikkeneminen iän myötä on ollut jo pitkään tiedossa. Raskaaksi tuleminen vaikeutuu selvästi yli 35- ja erityisesti yli 40-vuotiailla naisilla. Miesten iän myötä tapahtuvasta hedelmällisyyden alenemisesta on vasta vähän tietoa. Miehenkin iällä on merkitystä: yli 40 vuoden ikä heikentää miehen hedelmällisyyttä (Hassan ym, 2003; de La Rochebrochard ym., 2003 ja 2006). Tästä huolimatta vanhemmaksi tullaan

Suomessa – niin kuin lähes kaikissa länsimaissa – yhä vanhempana. Lastenhankinnan siirtyminen myöhemmälle iälle on saanut ammattilaiset ja tutkijat pohtimaan, onko nuorilla riittävästi tietoa iän myötä heikkenevästä hedelmällisyydestä ja lastenhankinnan siirtymisen seurauksista.

Tässä artikkelissa tarkastellaan nuorten ja nuorten aikuisten tietämystä hedelmällisyyden heikkenemisestä, lastenhankinta-aikeita, vanhemmaksituloikää ja vanhempana vanhemmaksi tuleminen terveydellisiä ja yhteiskunnallisia seurauksia pääosin suomalaistutkimusten ja tilastojen valossa. Suurin osa tutkimuksista liittyy Suomen Akatemian rahoittamaan Ikään-tyntyt äitiys -tutkimushankkeeseen. Aineistoina on ollut sekä rekisteri- että kyselytutkimuksia.

TIETÄVÄTKÖ NUORET JA NUORET AIKUISET HEDELMÄLLISYYDEN HEIKKENEMISESTÄ?

Kouluterveyskyselyssä kysyttiin ensimmäisen kerran vuonna 2015 peruskoulu-, ammattikoulu- ja lukiolaisilta heidän tietämystään naisen iän vaikutuksesta raskaaksi tulemiseen (Kouluterveyskysely 2015). Noin viides lukiolaisista, yli kolmannes ammattikoululaisista ja 40 % peruskoululaisista ei tiennyt, että naisen raskaaksi tuleminen vaikeutuu 35 ikävuo- den jälkeen. Pojat tiesivät tyttöjä huonommin. Kun samaa asiaa oli kysytty vuonna 2011 yliopisto-opiskelijoilta, kolmannes nais- ja yli puolet miesyliopisto-opiskelijoista ei tiennyt oikeaa vastausta (Nipuli ym. 2017). Yli puolet opiskelijoista koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa hedelmällisyyden alenemisesta ja naisen iän aiheuttamista riskeistä raskaudelle.

LASTENHANKINTA-AIKEET

Suomalaisista naisyliopisto-opiskelijoista 5 % ei aikonut lainkaan hankkia lapsia tulevaisuudessa ja lähes kolmasosa oli epävarma asiasta (Nipuli ym. 2013). Miesopiskelijoista vastaavasti 8 % ei aikonut hankkia lapsia ja yli kolmannes oli epävarma. Hyvin samansuuntaisia tuloksia saatiin Ylioppilaiden terveydenhoitosätiön (YTHS:n) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa vuonna 2016 (Kunttu ym. 2017). Lapsia oli vain 6 prosentilla opiskelijoista eikä 11 % aikonut (enää) tulevaisuudessa hankkia lapsia. Naisopiskelijoista 29 % ja miesopiskelijoista 37 % oli epävarma siitä, hankkiiko lapsia, tai ei ollut (vielä) miettinyt asiaa.

ÄIDIKSI LÄHES 30-VUOTIAANA

Suomessa synnyttäjien keski-ikää pystytään seuraamaan tarkasti syntyneiden lasten rekisterin avulla. Ensisynnyttäjien keski-ian nousu on ollut tasaista mutta vaihdellut alueittain (Perinataalilasto, 2016). Vuonna 2015 ensisynnyttäjien keski-ikä oli 28,8 vuotta koko maassa. Pääkaupunkiseudulla tultiin äidiksi vanhimpana; 30,9-vuotiaana, ja nuorimpana Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla; 26,8-vuotiaana. Sekä 35 että 40 vuotta täyttäneiden ensisynnyttäjien osuus on myös noussut. Vuonna 2015 oli 35 vuotta täyttäneitä 13 % ja 40 vuotta täyttäneitä ensisynnyttäjiä noin 2 % kaikista ensisynnyttäjistä.

Vanhempänä äidiksi tuleminen on selkeästi yhteydessä koulutukseen: korkeasti koulutetut naiset tulevat myöhemmin äidiksi kuin vähemmän koulutetut naiset (Klemetti ym, 2016). Myös kaupungistumisasteella on merkitystä: kaupungeissa asuvat naiset tulevat äidiksi maaseudulla asuvia naisia vanhempana.

ISÄKSI YLI 30-VUOTIAANA

Syntyneiden lasten rekisteriin ei Suomessa rekisteröidä lapsen isän ikää, joten isäksi tulemisen iästä meillä ei ole säännöllistä seurantatietoa. Isäksi tuloikää on selvitetty Tilastokeskuksen vuodet 1987–2009 käsittävällä aineistolla, jossa oli lähes 345 000 ensimmäistä kertaa isäksi tullutta (Paavilainen ym, 2016).

Tutkimusajankohtana isäksi tulon keski-ikä nousi 28,7 vuodesta 30,4 vuoteen (Paavilainen, 2016). Selvimmin isäksi tuloikä nousi pääkaupunkiseudulla, jossa tutkimusajanjakson loppuaikana isäksi tultiin keskimäärin 31,4-vuotiaana. Vähiten ensi kertaa isäksi tulevien ikä nousi Pohjois- ja Itä-Suomessa, missä isäksi tultiin yli kaksi vuotta pääkaupunkilaismiehiä nuorempina. Mitä korkeampi miehen koulutus oli, sitä varmemmin isäksi tultiin vasta yli kolmikymmppisenä.

MIKSI VANHEMMAKSI TULLAAN YHÄ VANHEMPANA?

Väestöliiton vuoden 2008 Perhebarometrissä nuorten aikuisten keskeisimpiä syitä lasten hankinnan siirtämiselle olivat keskeneräiset opinnot, halu ensin edetä ammatissa ja uralla sekä työtilanteen epävarmuus (Miettinen &

Rotkirch 2008). Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa vuonna 2016 tärkein syy ei ollut naisilla muuttunut: keskeneräiset opinnot mainitsi hyvin tärkeäksi syyksi 59 % (Kunttu, ym 2017). Miesopiskelijoilla haluttomuus sitoutua pieniin lapsiin oli yleisimmin mainittu hyvin tärkeäksi syyksi (50 %) – hieman useammin kuin keskeneräiset opinnot (49 %). Naisilla toiseksi yleisin syy oli haluttomuus sitoutua pieniin lapsiin (54 %) ja kolmanneksi yleisin muut kiinnostavat asiat (49 %). Miehillä kolmanneksi yleisin hyvin tärkeäksi mainittu syy oli sopivan kumppanin puute. Vajaa kolmannes naisista ja neljännes miehistä piti hyvin tärkeänä lastenhankinnan siirtymisessä puolison haluttomuutta lastenhankintaan. Uranluominen oli hyvin tärkeä syy yli 40 %:lle naisista, mutta vain neljännekselle miehistä. Lähes puolelle naisista mutta vain 8 %:lle miehistä hyvin tärkeä syy oli perhevapaiden aiheuttama katkos opiskeluihin. Noin joka kymmenennellä hyvin tärkeänä syynä oli oma tai puolison terveys.

VANHEMMAN ENSISYNNYTTÄJYYDEN TERVEYDELLISIÄ SEURAUKSIA

Suurin osa vanhempien ensisynnyttäjien raskauksista sujuu hyvin ja terveydelliset riskit ovat yksilötasolla pieniä. Naisen korkeampi ikä vaikuttaa kuitenkin paitsi äidin myös vastasyntyneiden terveyteen. 35 vuotta täyttäneiden ensisynnyttäjien vauvoilla on noin 1,2–2,7-kertaiset riskit enenaikaiseen syntymään, pienipainoisuuteen, alhaisiin Apgar-pisteisiin, asfyksiaan, teho- tai valvontahoitoon sekä perinataalikuolleisuuteen eli kuolemaan joko raskausaikana tai seitsemän päivän ikään mennessä (Hemminki ja Gissler, 1996, Lamminpää ym. 2012, Klemetti ym. 2013). Raskaana olevalla itsellään on kohonnut riski hypertensioon, pre-eklampsiaan, raskausdiabetekseen ja keisarileikkaukseen.

40 vuotta täyttäneiden naisten ja heidän vauvojensa riskit ovat vielä hieman suurempia kuin 35 vuotta täyttäneiden riskit: 1,5–3,0-kertaiset verrattuna nuorempiin raskaana oleviin tai synnyttäjiin (Hemminki ja Gissler 1996; Sainio ym. 2010; Klemetti ym. 2013). Suurin riski sikiökuolemiin on havaittu loppuraskaudessa. Vanhemmilla raskaana olevilla riski alkaa lisääntyä aikaisemmilla raskausviikoilla: yli 40-vuotiailla sikiökuoleman riski 39. raskausviikolla on sama kuin 25–29-vuotiailla 41. raskausviikolla (Sainio ym. 2010). Yli 40-vuotiailla ensisynnyttäjillä riskit ovat kaksinkertaiset samanikäisiin uudelleensynnyttäjiin verrattuna.

Koska vanhempana synnyttämisestä on tullut ”tavallista”, on esitetty ajatus siitä, että se ei enää olisikaan niin riskialtista kuin aiemmin on ajateltu. Todennäköisesti nykyään myös vanhempana synnyttävät naiset ovat aiempaa useammin terveitä, hyvinvoivia naisia. Useimmat heistä eivät synnytä vanhempana siksi, että eivät olisi aiemmin onnistuneet raskaaksi tulemisessa vaan siksi, että lastenhankinta on jostain syystä siirtynyt vanhemmalle iälle. Toisaalta niiden raskaana olevien määrä, joilla on jokin krooninen sairaus, on lisääntynyt. Tämä liittyy siihen, että ikääntyminen lisää kroonisten sairauksien kuten diabeteksen todennäköisyyttä ja että kroonisia sairauksia osataan nykyään hoitaa niin hyvin, että ne eivät ole este raskaudelle.

Rekisteritutkimus, jossa verrattiin vuonna 1991 ja 2008 ensimmäisen lapsensa synnyttäneitä, osoitti, että jotkut riskit ovat vuosien kuluessa hie- man laimentuneet (Klemetti ym, 2013). Ennenaikaisen synnytyksen riski pieneni 35–39-vuotiailla ja vastasyntyneen teho- tai valvontahoitoon joutu- tumisen riski pieneni sekä 35–39-vuotiailla että 40 vuotta täyttäneillä. Sen sijaan perinataalikuolleisuuden riski kasvoi 40 vuotta täyttäneillä. Muu- tamien riskien laimenemisesta huolimatta vuonna 2008 vanhemmat ensi- synnyttäjät käyttivät enemmän äitiyshuollon palveluja kuin nuoremmat ensisynnyttäjät, heille tehtiin enemmän interventioita kuin nuoremmille ja heidän vastasyntyneensä voivat huonommin kuin nuorempien ensisynnyt- täjien vastasyntyneet.

Tuore suomalainen rekisteritutkimus osoitti, että raskauteen ja syn- nytykseen liittyvät riskit alkavat nousta luultua nuoremmilla naisilla (Kle- metti ym, 2016). Tutkimuksessa olivat mukana kaikki ensi kertaa vuosina 2005–2014 lapsen saaneet yli 20-vuotiaat naiset (yhteensä lähes 230 000). Tutkimuksen mukaan osa riskeistä alkaa nousta jo 25-vuotiaana. Tutkimuk- sessa ei löytynyt yksittäistä ikää, jolloin kaikkien riskien voisi sanoa nouse- van, vaan eri ongelmien riskit alkoivat nousta eri-ikäisillä naisilla. Raskaus- diabeteksen, avustetun synnytyksen (tavallisimmin imukuppisynnytyks) ja keisarileikkauksen riski oli kohonnut jo 25-vuotiaana. Hypertension riski alkoi nousta, kun nainen oli 33-vuotias, ja pre-eklampsian riski silloin, kun nainen oli 38-vuotias. Keisarileikkauksella synnytti 12 prosenttia 20-vuoti- aista, 30 prosenttia 35-vuotiaista ja 40 prosenttia 40-vuotiaista ensisynnyt- täjistä. Raskausajan diabeteksen sai 8 prosenttia 20-vuotiaista, 17 prosenttia 35-vuotiaista ja 23 prosenttia 40-vuotiaista.

Riski ennenaikaiseen syntymään ja vauvan alhaiseen syntymäpainoon alkoi nousta, kun ensisynnyttäjä oli 28-vuotias, ja vauvan teho- tai valvontahoitoon joutumiseen ensisynnyttäjän ollessa 30 vuotta (Klemetti ym. 2016). Perinataalikuolleisuuden riski alkoi kasvaa naisen ollessa 36-vuotias. Kaksikymmentävuotiailla ensisynnyttäjillä perinataalikuolleisuus oli kolme tuhatta elävänä syntynyttä lasta kohti. Vastaava luku 35-vuotiailla oli kuusi ja 40–45-vuotiaalla yhdeksän tuhatta syntynyttä lasta kohti.

Vanhemmat, 35 vuotta täyttäneet ensisynnyttäjät valmistautuvat nuoria raskaana olevia useammin erityisen huolella raskauteen, esimerkiksi huolehtimalla terveellisestä ravitsemuksesta ja riittävästä liikunnasta (Lampinen ym. 2009). He hankkivat itsenäisesti tietoa raskaudesta ja sen etenemisestä. Tupakointi on vanhemmilla ensisynnyttäjillä selvästi harvinaisempaa kuin nuoremmilla. Vuosina 2009–2014 noin 17 % kaikista ensisynnyttäjistä tupakoi alkuraskausaikana; 30–35-vuotiaista vain 10, 40–44-vuotiaista 9 ja 45 vuotta täyttäneistä 6 prosenttia (Klemetti ym. 2016). Vanhemmat raskaana olevat lopettavat tupakoinnin raskausaikana todennäköisemmin kuin nuoremmat (Perinataalitulasto 2016).

Osa vanhemmista raskaana olevista kokee, että riskisynnyttäjäksi leimaaminen on ahdistavaa, mutta toisaalta haluaa kaiken saatavilla olevan tiedon ja arvostaa nimenomaan ammattilaisen jakamaa tietoa (Lampinen ym. 2009). Vanhemmat raskaana olevat ovat keskimääräisesti nuorempia huolestuneempia omasta ja lapsensa voinnista. He kokevat raskauden nimenomaan psyykkisenä asiana ja toivovat tukea ja mahdollisuutta keskusteluun. He suhtautuvat tulevaan synnytykseen nuorempia myönteisemmin, mutta arvioivat jälkikäteen synnytyskokemuksensa vaikeammaksi kuin nuoremmat naiset (Zasloff ym, 2007).

VANHEMMAN ISYYDEN TERVEYDELLISIÄ SEURAUKSIA

Isän iän vaikutuksesta syntyvän lapsen terveyteen ei ole suomalaista tutkimusta. Vähäinen kansainvälinen tutkimus antaa viitettä siitä, että isän iällä olisi merkitystä keskenmenojen, kohtukuolemien, pre-eklampsian ja keisarileikkausten yleisyyteen, vaikka äidin ikä olisi otettu huomioon (Sartorius & Nieschlag, 2010). Vanhempi isyys on myös liitetty lapsen skitsofreniaan, autismiin, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja synnynnäisiin epämuodos-

tumiin. Lisäksi näyttäisi siltä, että vanhempi isyys yhdistettynä vanhempaan äitiyteen lisää lapsen terveysriskejä.

TAHATTOMAN LAPSETTOMUUDEN JA HEDELMÖITYSHOITOJEN TARPEEN LISÄÄNTYMINEN

Tahaton lapsettomuus määritellään yleisesti niin, että raskautta on yritetty vuosi onnistumatta. Vaikka tahatonta lapsettomuutta esiintyy myös nuorilla, lastenhankinnan siirtyminen myöhemmälle iälle lisää tahattoman lapsettomuuden yleisyyttä, sillä hedelmällisyys heikkenee selvästi iän myötä.

Tahattoman lapsettomuuden yleisyyttä on Suomessa selvitetty muun muassa kahdella väestötason tutkimuksella vuosina 2000 ja 2011 (Klemetti 2004; Koponen ym. 2012). Vuonna 2011 tahatonta lapsettomuutta raportoitiin kokoneensa 19 prosenttia naisista ja 11 prosenttia miehistä. Vuoteen 2000 verrattuna tahaton lapsettomuus oli yleistynyt sekä naisilla että miehillä. Molempina vuosina tahaton lapsettomuus oli naisten raportoimana selvästi yleisempää kuin miesten. Se oli naisilla kumpanakin ajankohtana ja miehillä vuonna 2011 sitä yleisempää, mitä nuoremmasta ikäryhmästä oli kyse. Tahattoman lapsettomuuden yleistyessä myös hedelmöityshoitojen tarve kasvaa, vaikka vain osa tahatonta lapsettomuutta kokeneista hakeutuukin hoitoon (Klemetti 2004).

Hedelmöityshoitojen määrä Suomessa on lisääntynyt niin, että 2000-luvun alussa hoitoja annettiin vuosittain noin 7000–8000 ja vuonna 2015 vähän yli 14 000 (Hedelmöityshoidot THL 2017). Vanhempien synnyttäjien raskaudet ovat nuorempien raskauksia selvästi useammin seurausta hedelmöityshoidoista; 25–29-vuotiailla 3 % ja 40–44-vuotiailla jo 20 % (Klemetti ym. 2016). Hoitojen onnistuminen heikkenee kuitenkin naisen iän myötä (Klemetti 2006). Vanhemmat naiset tarvitsevat keskimäärin nuoria naisia enemmän hoitoja raskaaksi tullakseen, eikä raskaus useampienkaan hoitojen seurauksena heillä ala yhtä usein kuin nuoremmilla. Hedelmöityshoitoihin liittyy terveysriskejä sekä hoitoja saavalle naiselle että syntyvälle lapselle kuten kohdunulkopuolisia raskauksia, keskenmenoja ja vastasyntyneiden pienipainoisuutta ja ennenaikaisuutta (Klemetti 2006; Aitokallio-Tallberg, 2012).

SYNTYVYYDEN ALENEMINEN JA PERHEKOON PIENENEMINEN

Lastenhankinnan siirtyminen myöhemmälle iälle on yksi merkittävin syntyvyyteen vaikuttava tekijä. Se merkitsee yleensä kokonaishedelmällisyyden laskua ja pidemmällä aikavälillä perhekokojen pienenemistä. Syntyvyys oli Suomessa vuonna 2015 alhaisemmillaan kuin pitkään aikoihin (Perinataalitulasto 2016). Kokonaishedelmällisyysluku laski 1,65:een.

Myös yhä harvemmalla korkeakouluopiskelijalla on lapsia. Vuonna 2000 noin 8 %:lla ja vuonna 2016 enää vain noin 6 %:lla Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimukseen vastanneista oli lapsia (Kunttu ym. 2001; Kunttu ym, 2017).

Suomalaisten toivottu lapsiluku oli pitkään 2–3 lasta, mutta Väestöliiton vuoden 2015 perhebarometrin mukaan toivottu lapsiluku on vähentynyt alle kahteen lapseen (Miettinen 2015). Tämä on yhdensuuntainen laskevan syntyvyyden kanssa. Toisaalta perhebarometrin vastausaktiivisuus oli alhainen, mikä voi osittain selittää tulosta. Korkeammin koulutetut osallistuivat tutkimukseen useammin kuin matalammin koulutetut, jotka ovat perinteisesti aloittaneet lastenhankinnan korkeasti koulutettuja aiemmin ja joilla on ollut isommat perheet. Perhebarometrin mukaan näytti kuitenkin siltä, että myös matalasti koulutetut siirsivät lastenhankintaa ja toivoivat aiempaa vähemmän lapsia.

OPISKELUN JA PERHEEN YHTEENSOVITTAMINEN

Työn ja perheen yhteensovittamista on tutkittu vuosikymmeniä. Sen sijaan opiskelun ja perheen yhteensovittamisesta on vain vähän tietoa, vaikka opiskeluikäiset olisivat terveydellisestä näkökulmasta ihanteellisimmasa lastenhankintaiässä. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa selvitettiin ensimmäisen kerran opiskelun ja perheen yhteensovittamista vuonna 2016 (Kunttu ym, 2017).

Joka kymmenes perheellisistä opiskelijoista oli jäänyt ilman läheisten tukea opiskelun ja perheen yhteensovittamisessa (Kunttu ym, 2017). Neljännes koki, että omat ja perheen sosiaaliset suhteet olivat riittämättömät. Jopa puolet piti yhteiskunnan antamaa taloudellista tukea riittämättömänä. Osa-aikainen opiskelu, joustavat tenttikäytännöt ja mahdollisuus seurata

luentoja verkon välityksellä voisivat helpottaa opiskelun ja perheen yhteensovittamista. Vain kolmannes opiskelijoista pystyi opiskelemaan osaaikaisesti, noin 40 prosentilla oli joustavat tenttikäytännöt ja neljäsosalla mahdollisuus seurata luentoja verkon kautta.

LOPUKSI

Syntyvyyden aleneminen 1800-luvun nälkävuosien tasolle sai aikaan runsaasti yhteiskunnallista keskustelua. Onko tarpeen ja mahdollista tehdä jotain syntyvyyden lisäämiseksi? Entä iäkkäämpänä synnyttämisen kielteisten seurausten välttämiseksi?

Viisaiden valintojen ja tietoisten päätösten tueksi tarvitaan tietoa. Suomalaistutkimukset ovat osoittaneet, että jo peruskoulussa tarvitaan tietoa hedelmällisyydestä ja sen iänmukaisesta alenemisesta. Hedelmällisyysneuvonnasta, jossa kerrottaisiin hedelmällisyyden vaalimisesta, sen iänmukaisesta laskusta ja synnyttäjän ikään liittyvistä riskeistä, pitäisi tulla luonteva osa terveysneuvontaa niin, että perheen lisäystä suunnittelevat nuoret olisivat niistä tietoisia. Perheelliset opiskelijat tarvitsisivat yhteiskunnalta nykyistä parempaa taloudellista tukea. Vanhempana synnyttämisen riskien kasvu olisi tärkeää huomioida äitiyshuollossa.

Vaikka lastenhankinnasta on tullut aiempaa suunnitellumpaa ja harkitumpaa, lasten saaminen ei ole itsestäänselvyys – lapset ovat lahjoja. Joskus näitä lahjoja ei saa, vaikka kuinka tietäisi hedelmällisyydestä, toimisi oikein ja toivoisi kovasti – ja joskus niitä saa ihan yllättäen. Joskus voi olla, että ei osaa edes toivoa lahjaa, koska ei ymmärrä sen arvoa tai merkitystä. Joskus puolestaan ajattelee lahjan niin arvokkaaksi, ettei koe nykyaikana mahdolliseksi ottaa sitä vastaan, ja joskus taas epäröi muista syistä.

Perhepolitiikan tehtävänä on tukea mahdollisuutta hankkia lapsia niin, että taloudelliset tekijät, päivähoitojärjestelyt tai muiden lapsiperhepalvelujen puute eivät olisi lastenhankinnan esteinä. Tervetullutta olisi positiivinen puhe lapsista, lasten tuomasta ilosta ja elämän merkityksestä sekä lapsiperheen arjen sujumisesta. Puheessa ei kuitenkaan saisi unohtaa sitä, että kaikki eivät toiveistaan huolimatta voi saada lasta tai lapsia, osa epäröi ja osa valitsee tietoisesti lapsettomaksi jäämisen. Tärkeää on, että sil-

loin kun lastenhankinnasta tehdään tietoisia päätöksiä, päätökset voitaisiin tehdä oikeaan tietoon perustuen – ja ennen kuin on liian myöhäistä. Tämän tavoitteen eteen ViVa-hankkeessa on tehty arvokasta työtä.

LÄHTEET

- Aitokallio-Tallberg, A. 2012. Lapsettomuuspotilaan raskauden seuranta neuvolassa. *Suomen Lääkärilehti* 67, 2072–2075.
- Hassan, M.A. & Killick, S.R. 2003. Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertility and Sterility* 79, 1520–1527.
- Hedelmöityshoidot 2015–2016, Tilastoraportti 9/2017, Suomen virallinen tilasto, Hedelmöityshoidot. THL, 2017.
- Hemminki, E. & Gissler, M. 1996. Births by younger and older mothers in a population with late and regulated childbearing: Finland 1991. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 75 (1), 9–27.
- Jokimaa, V. 2006. Koeputkihedelmöityshoitojen välittömät komplikaatiot. Katsausartikkeli. *Duodecim* 122, 434–440.
- Klemetti, R., Gissler, M., Sainio, S., & Hemminki E. 2013. Associations of maternal age with maternity care use and birth outcomes in primiparous women: a comparison of results in 1991 and 2008 in Finland. *BJOG*, 2013.
- Klemetti, R. 2004. Tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. Kirjassa P. Koponen & R. Luoto (Toim.) *Lisäätymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004.* KTL, Helsinki, 2004.
- Klemetti, R. 2006. The Use of Assisted Fertilization in Finland: Health Effects and Equity. Doctoral thesis. Stakes, Research Report 158. Vaajakoski; Gummerus.
- Klemetti, R., Gissler, M., Sainio, S., & Hemminki, E. 2016. At what age does the risk for adverse maternal and infant outcomes increase? Nationwide register-based study on first births in Finland in 2005–2014. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 95, 1368–1375.
- Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R. & Alha, P. & Surcel, H.M. 2012. *Lisäätymisterveys. Kirjassa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012.* Tampere; Juvenes Print, Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kouluterveyskysely, THL, 2015. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely>, 2015.
- Kunttu, K., Pesonen, T. & Saari, J. 2017. Korkeakouluopiskelijoiden terveys-tutkimus 2016. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 48. Arkmedia Oy.
- Kunttu, K. & Huttunen, T. 2001. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. Helsinki.

- Lamminpää, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Gissler, M. & Heinonen, S. 2012. Preeclampsia complicated by advanced maternal age: a registry-based study on primiparous women in Finland 1997–2008. *BMC Pregnancy Childbirth* Jun 11, 12:47. doi: 10.1186/1471-2393-12-47.
- Lampinen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kankkunen, P. 2009. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal* 3, 33–38.
- de La Rochebrochard, E. & Thonneau, P. 2003. Paternal age \geq 40 years: an important risk factor for infertility. *American Journal of Obstetric & Gynecology* 18, 901–905.
- de La Rochebrochard, E., de Mouzon, J., Thepot, F. & Thonneau, P. 2006. Fathers over 40 and increased failure to conceive: the lessons of in vitro fertilization in France. *Fertility and Sterility* 85, 1420–1424.
- Miettinen, A. & Rotkirch, A. 2008. Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet. *Perhebarometri E34*, 2008. Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos, Helsinki.
- Miettinen, A. 2015. *Perhebarometri 2015 Katsauksia E49/2015 Väestöliitto ry.* Helsinki; Hansaprint Oy.
- Nipuli, S., Hemminki, E., Rämö, A. & Klemetti, R. 2017. Finnish university students' knowledge of the health impacts of postponing childbearing, Finland, 2011. *Int J H Prom Ed*.
- Nipuli, S., Brandt, J., Hemminki, E. & Klemetti, R. 2013. Finnish university students' intentions to have children and willingness to have fertility education. *First Global ESC Conference, Kööpenhamina, Tanska.*
- Paavilainen, M., Bloigu, A., Gissler, M., Hemminki, E. & Klemetti, R. 2015. Aging fatherhood in Finland – first-time fathers in Finland from 1987–2009. *Skandinavian Journal of Public Health*, 44(4).
- Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. *Tilastoraportti 16/2016*, Suomen virallinen tilasto, THL, 2016.
- Sainio, S., Klemetti, R., Hemminki, E. & Gissler, M. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. *Suomen Lääkärilehti* 39, 3129–34.
- Sartorius, G.A. & Nieschlag, E. 2010. Paternal age and reproduction. *Hum. Reprod.Update* 16(1), 65–79.
- Zasloff, E., Schytt, E. & Waldenström. 2007. First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86, 1328–36.

4 Preconception Health and Care -käsitteen tarkastelu

Maiju Välimaa, kättilö (YAMK), Pihlajalinna
Jouni Tuomi, FT, yliopettaja, terveyden edistäminen, Tampereen
ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

”Terveystieteen vahvistaminen elämänsä aikana” (Lifecourse Health Development; LCHD) -terveysmallissa keskeiseksi aihealueeksi on muodostunut raskausaika, lapsuus ja myös sekä naisen että miehen elämä ennen hedelmöitystä ja raskautta. Malleihin sisältyvän näkemyksen mukaan tulevien vanhempien terveys, hyvinvointi ja terveystottumukset jo ennen hedelmöitymistä vaikuttavat sikiön kehitykseen kohdussa ja syntyvän lapsen aikuisiän terveyteen. Kansainvälisessä keskustelussa on käytetty termiä Preconception Health and Care yli 10 vuoden ajan, joka viittaa tähän näkemykseen. ’Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020’:ssa käsite käännetään ”lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito”, mutta sille ei ole olemassa hyvää suomenkielistä vastinetta. Tässä artikkelissa avataan alustavasti tätä käsitettä ja sen sisältöä.

ABSTRACT

In Lifecourse Health Development (LCHD) models the key topic areas are pregnancy, childhood, as well as also the woman’s and the man’s life before conception and pregnancy. According to the vision of the models future parents’ health, well being and health habits in the period prior to conception are important determinants of healthy pregnancy and normal fetal development. The term Preconception Health and Care has been used in international discussions over 10 years, which refers to this vision. There is no good translations in Finnish for this term. The idea of this article is to open this term and its content.

JOHDANTO

Viimeisen 100 vuoden aikana elinajanodote on noussut Suomessa miehillä ja naisilla. Elinajanodotteen nousuun on eniten vaikuttaneet ravinnon laadun parantuminen, yleisen hygieniatason nousu ja monet muut kansanterveydelliset tekijät, joilla on kyetty vaikuttamaan väestön terveyteen.

Kieltämättä myös lääketieteen kehittyminen on osaltaan vaikuttanut merkittävästi kakkos- ja kolmostason yksilökohtaiseen ennaltaehkäisyyn. Näiden kahden alan yhteensovittamisessa on ollut haasteita. Ongelmien ydin on ollut siinä, että lääketieteen paikaksi on asetettu yksilöiden hoitaminen ja parantaminen, ja että kansanterveystyö on suuntautunut väestöön. Siitä huolimatta, että on nähty kansanterveystyön ja lääketieteen synergiaedut, näiden alojen yhteistoiminta on vasta viime vuosikymmeninä alkanut realisoitua.

Viime vuosisadan loppupuolella mallit, joissa kuvataan elämäkulun merkitystä terveyden kehittymiseen, ovat yhdistäneet biologista, käyttäytymistieteellistä ja sosiaalitieteiden tutkimustietoutta. Näissä malleissa terveys ymmärretään dynaamisena, kehittyvänä prosessina, joka alkaa jo ennen hedelmöitymistä ja jatkuu läpi elämän. Halfon ym. (2014) ovat sitä mieltä, että tässä ajattelussa on kyse terveyden edistämisen (Health Promotion) ylittävästä, tulevaisuuden tavasta ajatella. He puhuvat ”terveyden vahvistamisesta” (Health Development), joka sisältää strategisen otteen, miten parhaiten yksilö ja väestötasolla voidaan terveyttä kehittää. Kokonaisuudessaan näitä kutsutaan ”Terveyden vahvistaminen elämäkulun aikana” (Lifecourse Health Development; LCHD) -malleiksi.

LCHD -malleissa keskeiseksi aihealueeksi on muodostunut raskausaika, lapsuus ja myös sekä naisen että miehen elämä ennen hedelmöitystä ja raskautta. Tämä ei ole uusi huomio, sillä jo vuosisadat on ollut teorioita ja havaintoja, jotka tukevat ajatusta, että äidin terveydellä on vaikutusta sikiön ja syntyvän lapsen terveyteen. Vasta 1950–60-luvulta alkaen on kerätty tieteellistä näyttöä siitä, millainen suora yhteys naisen terveydellä ja terveysriskeillä on raskaaksi tulemiseen ja raskauden etenemiseen. Tässä artikkelissa tarkastellaan tähän seikkaan liittyvää käsitettä Preconception Health and Care. Tarkastelun painopiste on käsitteen avaamisessa, sen sisällössä ja siihen sisältyvissä toiminnoissa. USAssa Preconception Health -käsite on ollut yleisessä käytössä jo yli vuosikymmenen (Johnson ym. 2006), mutta Suomessa se on jäänyt vähäiselle huomiolle, eikä sille ole olemassa yhtenäistä tai hyvää suomennosta. Myös esimerkiksi joissain ruotsalaisissa lähteissä on tyydytty kompromissiin ja käytetään termiä Preco-hälsa.

PRECONCEPTION HEALTH AND CARE

Suomenkielisessä kirjallisuudessa käsitteitä Preconception Health and Care – tai Preconception Health and Health Care – on käsitelty ensimmäistä kertaa THL:n julkaisussa 'Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020'. Toimintaohjelmassa tämä käsite käännetään "lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito", mutta Klementti ja Raussi-Lehto (2014) korostavat, että sille ei ole olemassa hyvää suomenkielistä vastinetta. Ohjelmassa todetaan tulevien vanhempien terveyden, hyvinvoinnin ja terveyttottumusten vaikuttavan jo ennen hedelmöittymistä sikiön kehitykseen kohdussa ja syntyvän lapsen aikuisiän terveyteen. Lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja hoidon tehokkuudesta on vahva näyttö. (Klementti & Raussi-Lehto 2014.) Käsitteen vakiintumattomuutta suomalaisessa kirjallisuudessa kuvaa mm. se, että kansainvälisestä kirjallisuudesta on löydettävissä esim. termi 'preconception counselling and care' (Farahi & Zolotor 2013), joka viittaa selkeästi ohjaukseen ja neuvontaan.

Preconception Health viittaa lisääntymisikäisten naisten ja miesten terveyteen. Sen keskeinen ajatus on suunnata ajattelu, miten suojella (ehkä joskus) tulevan lapsen terveyttä. Ajattelun keskiössä ovat sekä naiset että miehet, sillä kaikki hyötyvät terveellisistä elämäntavoista.

Preconception Health -käsitteen mukaan niin terveet naiset, terveet miehet, terveet lapset ja terveet perheet on keskeinen arvo. Terveet naiset -ilmaisu ei viittaa vain heihin, jotka suunnittelevat raskautta, vaan ylipäätään kaikkiin naisiin. Kaikki hyötyvät terveistä elämäntavoista. Terveet miehet -ilmaisu puolestaan huomioi miesten tärkeyden tällä saralla. Miesten kohdalla kyse on pyrkimyksestä olla niin terve kuin mahdollista, ja avittaa toisia samaan tavoitteeseen. Aviopuolisona tämä tarkoittaa mm. puolison/avopuolison kannustamista ja tukemista. Isänä kyse on lasten suojelemisesta ja pyrkimyksestä saavuttaa terveellinen tulevaisuus. Lasten osalta käsite viittaa siihen, että heidän vanhempansa suuntautuvat terveelliseen elämään jo ennen raskautta. Käsitteen mukaisesti kyse on parhaasta lahjasta lapselle; paras mahdollisuus aloittaa elämä terveenä. Terveet perheet ovat ikään kuin kaiken edellä sanotun yhteenveto. Se, että huolehtii terveydestään tänään, voi auttaa saavuttamaan laadukkaamman elämän niin henkilökohtaisesti kuin koko perheen osalta tulevaisuudessa.

Preconception Care viittaa toimintaan tai huolehtimiseen, jonka painopiste on niissä terveyden osa-alueissa, jotka on osoitettu lisäävän mahdollisuuksia saada terve lapsi ja ehkäistä tahatonta lapsettomuutta. Toiminnassa keskitytään toimenpiteisiin, joilla naiset ja miehet sekä terveydenhuollon ammattilaiset voivat vähentää lisääntymisterveyden riskejä, edistää terveellisiä elämäntapoja ja lisätä mahdollisuutta raskauteen. (Mitchell ym. 2012; Reeve ym, 2014.) Toimintana se vaihtelee yksilöittäin riippuen kunkin henkilön terveydentilasta ja erityisistä tarpeista. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014–2020 (Klemetti & Raussi-Lehto 2013) korostetaan neuvontaa ja ohjausta keskeisenä toimintamuotona.

WHO:n (2013) raportissa otetaan kantaa maailmanlaajuisesti lisääntymisterveyttä (Reproductive Health) edistäviin toimenpiteisiin. Toimintamallit ovat moninaisia kuten myös väestön terveystila ja yksilön elämäntilanne, siksi WHO:n mukaan jokaisen maan pitäisi luoda oma strategiansa toimia Preconception Health and Care -edistävasti, mutta kaiken lähtökohta ja onnistumisen edellytys väestötasolla on ihmisten eriarvoisuuden poistaminen. Raportin mukaan rohkaisevia tuloksia on saatu mm. Italiasta, Alankomaista, Yhdysvalloista, Filippiineiltä, Bangladeshista sekä Sri-Lankasta.

Voidaan siis sanoa, että Preconception Health keskittyy paitsi siihen, miten huolehtia naisen ja miehen lisääntymiskyvystä, erityisesti siihen, miten suojella syntyvän lapsen terveyttä tulevaisuudessa. Joka tapauksessa jokaisen naisen ja miehen on tärkeää huomioida lisääntymisterveys suunnittelevat he hankkivansa lapsia joskus tai eivät koskaan. Toiminnan etu on siinä, että lisääntymisterveys edistää ylipäätään terveyttä ja päinvastoin. Toisaalta kukaan ei odota suunnittelematonta raskautta, mutta sitä tapahtuu varsin usein, esimerkiksi USAssa lähes joka toinen raskaus on suunnittelematon (Mitchell ym. 2012; Farahi & Zolotor 2013) ja Ruotsissa noin yksi neljästä (Stern 2015).

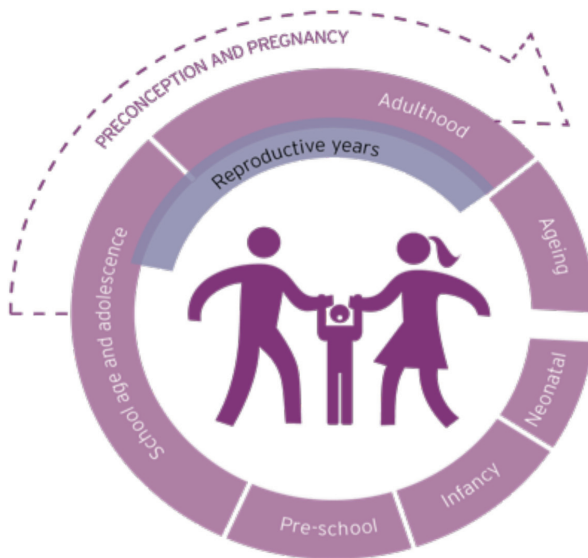
ELÄMÄNKULKU JA TERVEYS – MILLOIN OHJATA JA NEUVOA?

Kun nainen huomaa olevansa raskaana, organogeneesi on jo käynnissä. Useimmiten kyse saattaa olla vähintään 4–8 raskausviikosta. Tässä vaiheessa saattaa olla osin myöhäistä toimia ennaltaehkäisevästi, mutta myös tässä vaiheessa tehdyt terveyttä edistävät toimet ovat merkityksellisiä (ks.

osion 'Pitkä nuoruus – Terveenä raskaaksi' artikkelit). Eräs tämän julkaisun artikkeleissa sivuun jäänyt, mutta yksilön elämänkulun kannalta tärkeä huomio liittyy raskauden aikaisen kiintymyssuhteen (Halfon ym. 2014) ja terveellisten elämäntapojen yhteyteen. Tulkinnasta riippuen tämä yhteys ymmärretään joko niin, että äidin voimakas kiintymyssuhde sikiöön johtaa terveellisten elämäntapojen valintaan, jotta sikiö voisi mahdollisimman hyvin (DiPietro 2010; Ekholm ym. 2015), tai niin, että vahva raskaudenai- kainen kiintymyssuhde olisi seurausta odottavan äidin terveellisistä elämäntavoista (Suoma 2011).

Alvarez (2015) puhuu 'ekologisen hedelmällisyyden' -ajatusmallista, jossa on kyse aikaisesta tiedonsaannista ja hedelmättömyyteen johtavien tapojen ehkäisemisestä. Tämän ajatusmallin mukaan terveellisistä elämäntavoista ei puhuta koskaan liian aikaisin, eikä hedelmättömyyteen vaikuttavista tavoista pitäisi vaieta.

On löydettävissä yhä enemmän näyttöä siitä, että terveelliset elämäntavat jo ennen raskautta lisäävät raskaana olevan naisen ja parin hyvinvointia, sekä parantavat merkittävästi raskauden kulkua ja syntyvän lapsen terveyttä (WHO 2013). WHO:n (2013, kuva 1) toimintaohjelman mukaan hedelmällisyyden suojeluun pitäisi kiinnittää huomiota jo huomattavasti ennen lisääntymisikää ja koko lisääntymisiän.



Kuva 1. Elämän kulku – milloin vaikuttaa? (WHO 2013)

LISÄÄNTYMISTERVEYSSUUNNITELMA OSANA OMAA ELÄMÄÄ

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) julkaisi 2006 USAssa yhteistyössä kansallisten asiantuntijoiden ja organisaatioiden kanssa kymmenen suositusta, joilla parannetaan Preconception Health -käsitteeseen sisältyviä alueita. Näiden tarkoituksena on mm. lisätä äidin ja syntymättömän lapsen terveyttä sekä tehdä Preconception Health -käsite tunnetuksi. Yhtenä suosituksena on lisääntymisterveyssuunnitelman (Reproductive Life Plan; RLP) tekeminen. (Johnson ym. 2006.)

RLPn tavoitteena on innostaa sekä naisia että miehiä pohtimaan lisääntymistoiveita ja löytämään henkilökohtaisen elämän tavoitteet ja arvot. Keskeinen kysymys on oman elämän haaveet ja kuuluuko niihin omat lapset. Jos kuuluu, miten lapset sopivat muihin haaveisiin. (Taulukko 1.) Toisaalta myös terveysalan henkilöstöä rohkaistaan ottamaan aihe puheeksi. (CDC 2006, Taulukko 2.) RLPn osa-alueet ovat osin samoja kuin syntymättömän lapsen terveyttä uhkaavat tekijät kuten korkea ikä, alkoholin ja huumeiden käyttö, tupakointi, yli-/alipaino jne. (CDC 2006; Boussard ym. 2011; Mitchell ym. 2012; Charafeddine ym. 2014, Taulukko 3.) Ruotsissa on tehty pilottitutkimus RLPstä lupaavin tuloksin (Stern 2015).

Taulukko 1. Oman lisääntymisterveyssuunnitelman tekemistä helpottavia kysymyksiä (CDC 2006; muokattu).

Jos et halua lapsia nyt etkä tulevaisuudessa, Sinun kannattaa pohtia seuraavia seikkoja

Miten olen ajatellut ehkäistä raskauden? Olenko varma, että minun ja kumppanin valitsema ehkäisykeino on meille ongelmaton?

Mitä sitten, jos minä tai kumppani tulee raskaaksi?

Millaisin askelin voi elää mahdollisimman tervettä elämää?

Mistä minun olisi syytä keskustella terveydenhoitajan ja/tai lääkärin kanssa (esim. diabetes, ylipaino/lihavuus, korkea verenpaine tms. tai tupakointi, alkoholi, huumeiden käyttö tms.)?

Onko mahdollista, etten koskaan muuta mieltäni ja ehkä haluankin oman lapsen jonain päivänä?

Jos haluat lapsen jonain päivänä, Sinun kannattaa pohtia seuraavia seikkoja

Kuinka vanhana haluan lapsia ja kuinka vanhana lopetan lapsen hankinnan?

Kuinka monta lasta haluan?

Kuinka suuren ikäeron haluan lapsilleni?

Millaisin ehkäisymenetelmin aion estää raskauden, kunnes olen valmis saamaan lapsia? Olenko varma, että minun ja kumppani valitsema ehkäisykeino on meille ongelmaton?

Mitä haluan muuttaa terveyskäyttäytymisessäni, ystävyysuhteissani, kotona, koulussa/opiskelussa/työssä, taloudellisessa asemassani tai jollain muulla elämäni osa-alueella ollakseni valmis saamaan lapsen tai lapsia?

Millaisin terveysaskelin voin olla mahdollisimman terve, vaikka en olisi valmis vielä saamaan lapsia?

Mistä minun olisi syytä keskustella terveydenhoitajan ja/tai lääkärin kanssa (esim. diabetes, ylipaino/lihavuus, korkea verenpaine tms. tai tupakointi, alkoholi, huumeiden käyttö tms.)?

Taulukko 2. Lisääntymisterveys suunnitelman laatiminen; apuvälineitä ammattilaisille (CDC 2006; muokattu).

Kysymys, josta on hyvä lähteä liikkeelle; Oletko suunnitellut hankkivasi lapsen tai lapsia joskus tulevaisuudessa?

Jos vastaus on KYLLÄ

Montako lasta olet ajatellut?

Missä iässä olet ajatellut hankkia lapsia?

Millaista ehkäisyä olet ajatellut, että sinä ja kumppani käytätte ennen kuin Sinä tai kumppani tulee raskaaksi?

Oletko varma, että Sinun ja kumppanisi käyttämä ehkäisymenetelmä on teille ongelmaton?

Jos vastaus on EI

Millaista ehkäisykeinoa olet ajatellut käyttää ehkäistäksesi raskauden?

Kuinka varma olet siitä, että kyseinen ehkäisykeino on ongelmaton?

Ihmisten suunnitelmat muuttuvat. Olisiko mahdollista, että Sinä tai kumppanisi voisi joskus haluta tulla raskaaksi?

On hyvä muistaa, että suunnitelma ei ole kiveen hakattu, ja elämä on yllätyksiä täynnä.

Taulukko 3. Ohjeita miehille ja naisille lisääntymisterveyden vahvistamiseksi (CDC 2006; muokattu).

Ohjeita miehille	Ohjeita naisille
Tee suunnitelma ja toimi sen mukaan	Tee suunnitelma ja toimi sen mukaan
Ehkäise ja hoida mahdolliset sukupuolitaudit	Käy säännöllisesti terveystarkastuksissa
Lopeta (tai älä edes aloita) tupakointi, suurien alkoholimäärien juomien kerralla ja viikossa sekä huumeiden käyttö	Syö monipuolista ruokaa, josta saat tarvittavan B-vitamiinimäärän, tai nauti B-vitamiinia (foolihappoa) päivittäin
Ole varovainen erilaisten myrkyllisten aineiden kanssa	Lopeta (tai älä edes aloita) tupakointi, suurien alkoholimäärien juomien kerralla ja viikossa sekä huumeiden käyttö
Estä hedelmättömyys	Vältä myrkyllisiä aineita
Ylläpidä terveellinen paino	Ylläpidä terveellinen paino
Tarkista perhetaustasi, so. genetiikkasi	Hae apua lähisuhdeväkivaltaan
Hae apua lähisuhdeväkivaltaan	Tarkista perhetaustasi, so. genetiikkasi
Pidä huolta mielenterveydestäsi	Pidä huolta mielenterveydestäsi
Tue kumppaniasi	Kun olet valmis – suunnittele raskautesi

LOPUKSI

Preconception Health and Care on laaja ja kompleksinen käsite, jolle ei ole hyvää suomennosta. Voidaan sanoa, että perinteinen terveyden edistäminen ei yksin riitä, vaan käsitteen alassa on kyse tietoisesta terveyden vahvistamiseen suuntaavasta toiminnasta. Käsitteen tarkastelu tässä artikkelissa oli vain alustava, ja sitä on syytä jatkaa. Tämän julkaisun osion 'Pitkä nuoruus – Terveenä raskaaksi' artikkeleissa tarkastellaan muutamia tämän käsitteen alaan kuuluvia ilmiöitä yksityiskohtaisemmin.

LÄHTEET

- Alvarez, S. 2015. Do some addictions interfere with fertility? *Fertility & Sterility* 103(1) 22–26. [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(14\)02354-1/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(14)02354-1/pdf) Luettu 8.5.2017.
- Broussard, D.L., Sappenfield, W.B., Fussman, C., Kroelinger, C.D. & Grigorescu, V. 2011. Core state preconception health indicators: a voluntary, multi-state selection process. *Maternal Child Health Journal* 15 (2): 158–168. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-010-0575-x> Tulostettu 29.5.2016.
- Charafeddine, L., El Rafei, R., Azizi, S., Sinno, D., Alamiddine, K., Howson, C.P., Walani, S.R., Ammar, W., Nassar, A. & Yunis, K. 2014. Improving awareness of preconception health among adolescents: experience of a school-based intervention in Lebanon. *BMC public health* 14. <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-774> Tulostettu 29.5.2016.
- CDC (Centers for Diseases Control and Prevention) 2006. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. *MMWR Recommendations and Reports*. 2006;55 (RR-06):1–23. Luettu 2.2.2016.
- DiPietro, J. 2010. Psychological and psychophysical considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant and Child Development* 19 (1), 27–38. <http://web.aebSCO-host.com-elob.tamk.fi/> Luettu 9.5.2017.
- Ekholm, E., Lindroos, A. & Pajulo, M. 2015. Raskaudenaikainen kiintymys sikiöön – äitiyshuollon mahdollisuus ja haaste. *Duodecim* 131(9), 27–38. <http://web.aebSCO-host.com-elob.tamk.fi/> Luettu 9.5.2017.
- Farahi, N. & Zolotor, A. 2013. Recommendations for preconception counselling and care. *American Family Physician* 88 (8) 449–506. www.aafp.org/afp Luettu 2.2.2017.
- Halfon, N., Larson, K., Lu, M., Tullis, E. & Russ, S. 2014. Lifecourse health development: Past, present and future. *Maternal and Child Health Journal* 18, 344–365. www.springerlink.com/doi/10.1007/s10995-013-1346-2 Luettu 2.3.2016.
- Johnson, K., Posner, S.F., Biermann, J., Cordero, J.F., Atrash, H.K., Parker, C.S., Boulet, S. & Curtis, M. G. 2006. Recommendations to improve preconception health and health care—United States: A report of the CDC/ ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR* 55(RR06), 1–23. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm> Tulostettu 29.5.2016.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim) 2014. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Mitchell, E.W., Levis, D.M. & Prue, C.E. 2012. Preconception health: awareness, planning, and communication among a sample of US men and women. *Maternal Child Health Journal* 16 (1): 31–39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20734124>. Tulostettu 25.7.2016.

Reeve, M-E., Charafeddine, L., Zhong, N., Padilla, C., Yunis, K., El Rafei, R., Alamiddine, K., Zhao, X., Jiang, X. & Howson, C. 2014. Preconception Health Assessment in China, Lebanon and the Philippines: Applicability to Other Countries. *Maternal & Child Health Journal* 18 (5): 1066–1074. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-013-1334-6> Tulostettu 25.7.2016.

Sharma, R., Biedenharn, K.R., Fedor, J.M. & Agarwal, A. 2013. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology* 11 (66). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717046/pdf/1477-7827-11-66.pdf> Tulostettu 26.7.2016.

Stern, J. 2015. Preconception Health and Care: A Window of Opportunity. Uppsala University, Disciplinary Domain of Medicine and Pharmacy, Faculty of Medicine, Department of Public Health and Caring Sciences, Caring Sciences. (Väitöskirja) <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:866184/FULLTEXT01.pdf> Tulostettu 20.7.2016

Suoma, M. 2011. The relation between maternal-fetal attachment and behavior in daily life of primigravida women. *Journal of Japan Academy of Midwifery* 25 (2), 203–204. <http://web.a.ebsco-host.com-elob.tamk.fi/> Luettu 9.5.2017.

WHO. 2013. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Meeting report and packages of interventions: WHO HQ, February 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78067/1/9789241505000_eng.pdf?ua=1 Tulostettu 1.5.2016.

5 Viisaat valinnat nuorena - hedelmällisyyden suojele

Elina Botha, TtM, kättilötyön lehtori, Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Elämántavoilla on merkittävä vaikutus ihmisen terveyteen. Kun elämässä vallitsee tasapaino levon, ravinnon, aktiivisuuden ja ihmissuhteiden kanssa, näkyy tämä tasapaino vahvana terveytenä. Terve, nuori ihminen on luonnollisesti hedelmällinen. Merkittävimmin hedelmällisyyteen vaikuttaa ikä. Suuri merkitys on myöskin ravitsemuksella, liikunnalla, painolla, tupakoinnilla ja päihteillä. Hedelmällisyydellä ja stressillä, kofeiinilla, huumeilla, lääkkeillä, ilmansaasteilla, säteilyllä, kemikaaleilla ja ns. älylaitteilla näyttäisi myös olevan yhteyksiä. Artikkelissa tarkastellaan sitä, miten nämä tekijät vaikuttavat hedelmällisyyteen ja miten elämäntapavalinnoilla hedelmällisyyttä voidaan suojella.

ABSTRACT

Lifestyle choices has a significant effect on a person's wellbeing and health. When there is balance between rest, nutrition, activity and social relationships, is strong health evident. A healthy, young person is naturally fertile. Age affects fertility the most. Nutrition, activity, body weight, smoking and addictive substances has a significant role as well. Fertility and stress, caffeine, drugs, environmental pollutants, radance, chemicals and smart phones seems also interconnected. This article describes how these factors affect fertility and how fertility can be protected by healthy lifestyle choices.

JOHDANTO

Noin joka viides raskautta toivova pari kohtaa jossain elämänsä vaiheessa tahatonta lapsettomuutta. Tahattoman lapsettomuuden ehkäisy on yhtä tärkeää kuin ei-toivottujen raskauksien ehkäisy. Vanhemmuuden edellytykset ovat sitä paremmat, mitä terveempänä raskaaksi tullaan. Vanhempien lisääntymisterveys on myös suoraan yhteydessä tulevien lasten terveyteen. Jokainen haluaa varmasti saada terveitä lapsia ja pysyä terveenä vanhemmuudessaan.

Valitsemalla päivittäin terveyttä tukevia vaihtoehtoja syömisen, nukkumisen, palautumisen, työnteon ja liikkumisen suhteen, voi jokainen itse vaikuttaa terveyteensä. Terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat myös perimä, ikä ja elämän hallitsemattomuus. Näistä huolimatta on terveyden avaimista suuri osa ihmisen omista käsissä. Elämäntavat vaikuttavat hyvinvoinnin ja terveyden lisäksi myös kykyyn lisääntyä. Tätä kykyä kannattaa suojella, jos haluaa saada lapsia.

IÄN MERKITYS HEDELMÄLLISYYDELLE

Vanhemmiksi haluavien tulisi saada tehdä tietoisia valintoja vanhemmaksi tulon ajankohdasta ja ymmärtää lasten hankinnan lykkäämiseen liittyvät riskit. Virtalan ym. mukaan (2011) naiset ovat enemmän tietoisia iän merkityksestä hedelmällisyydelle kuin miehet. Yli puolet miehistä ja jopa noin kolmannes naisista arveli hedelmällisyyden laskevan vasta 45 vuoden iässä. Optimaalinen lasten hankinta ikä on 20–35-vuotiaana, sillä naisen hedelmällisyys laskee rajusti 35-vuotiaana. (Virtala ym. 2011.)

Ikä lisää hormoni- ja kuukautishäiriöitä, jolloin hedelmällisyys laskee (Malik 2009). Myöhemmällä iällä vanhemmaksi haluavilla naisilla myös alkuraskauden häiriöt yleistyvät (Sharma ym. 2013). Ikä ei ole ainoastaan naiskysymys. Miehellä testosteronin määrä laskee ja siemennesteen laatu heikkenee 35 ikävuoden jälkeen (Sharma ym. 2013). Voidaan sanoa, että venytetty nuoruus on riski komplisoituneeseen vanhemmuuteen. Lastensaanti ei myöhemmin ole itsestänselvyys. Hedelmällisimmät vuodet menevät monella ohi, jolloin laadukkaimmat solut jäävät käyttämättä.

VIISAIDEN RUOKAVALINTOJEN KAUASKANTOISET SEURAUKSET

Kirjallisuudesta ei käy yksiselitteisesti selville, miten vitamiinit, alkoholi, kofeiini ja antioksidantit vaikuttavat hedelmällisyyteen (Anderson ym. 2010). On silti todettu, että monipuolinen ruokavalio, joka sisältää proteiinia eri lähteistä, täysjyväviljaa, pähkinöitä, hedelmiä ja kasviksia parantaa siemennesteen laatua (Gaskins ym. 2012). Antioksidanttirikas ruokavalio, kuten C- ja E -vitamiinia, foolihappoa, betakaroteenia, luteiinia, lykopeeneja ja hivenaineita, kuten seleeniä, sinkkiä ja kuparia sisältävä ruokavalio

on hyväksi tuleville vanhemmille (Ebisch ym. 2007; Gharagozloo & Aitken 2011; Zareba ym. 2013). Miesten hyvällä ravitsemuksella näyttäisi olevan yhteys jopa terveisiin vastasyntyneisiin (Sharma ym. 2013).

Sharman ym. (2013) mukaan ravitsemuksella on suuri merkitys ovulaatioon. Naisilla jotka valitsivat monityydyttymättömiä rasvoja transrasvojen sijaan, kasviproteiineja eläinproteiinien sijaan, rasvaisia maitotuotteita vähärasvaisten sijaan, vähensivät glykeemistä taakkaansa ja käyttivät rauta- ja vitamiinilisiä, oli vähemmän ovulaation liittyvää lapsettomuutta.

Palmerin (2013) mukaan rottakokeet todistavat isän ravinnon merkityksestä jo hedelmöittymisen aikaan. Siittiöiden kehityksen nopea solunjakautuminen ja rakenne näyttäisi olevan yhteydessä syötyyn ravintoon. Siittiöiden kalvolla on erilainen rasvakoostumus, kuin muilla soluilla, siksi rasvasolujen aineenvaihdunnalla näyttäisi olevan rooli siittiöiden rakenteessa. Hyvien rasvahappojen, seleenin ja folaatin lisääminen ruokavalioon (erityisesti saksanpähkinät) parantaa siittiöiden elinkykyä, muotoa, liikkuvuutta ja vähentää kromosomiperäisiä epämuodostumia. Siittiöt ovat alttiita nopean solunjakautumisen myötä oksidaatiolle, jolloin antioksidanttien merkitys ruokavaliossa kasvaa. Ruokavalio, jonka avulla miehestä voi tulla isä, mahdollistaa myös pitkän elämän terveenä isänä.

SOPIVA AKTIIVISUUS SUOJEE HEDELMÄLLISYYTTÄ

Miehet hyötyvät sopivasta aktiivisuudesta, ei liian kevyestä tai liian rasittavasta. Liikunnalla näyttäisi olevan vaikutuksia siemennesteen laatuun. Jurewiczin ym. (2014) mukaan vapaa-ajan aktiivisuus vaikutti positiivisesti siittiöpitoisuuteen. Myös naisilla sopiva liikunta on hyväksi hedelmällisyydelle, mutta liika liikunta haitaksi (Sharma ym. 2013). Tasapaino levon ja liikunnan välillä edistää lisääntymisterveyttä.

YLI- JA ALIPAINO SOTKEE HORMONITASAPAINON

Swinneyn (2013) mukaan paino on yksi lapsettomuuden merkittävistä tekijöistä. Uskotaan, että 12 % lapsettomuuden syistä liittyvät paino-ongelmiin. Hedelmöittyminen vaikeutuu yli- tai alipainoisella. Kehon rasvakoostumus on synkronoiva tai ohjaava tekijä harmonisessa hormonitasapainossa, jota hedelmöittyminen ja terve raskaus edellyttävät. Rasvasolut tuottavat

estrogeenia, jolloin liian suuri tai vähäinen määrä rasvasoluja vaikuttaa kehon estrogeenipitoisuuteen, mikä vaikuttaa osaltaan naisen normaaliin kuukautiskiertoon ja hedelmällisyyteen. Ylipainoisilla miehillä on todettu matalampia testosteronitasoja ja korkeampia estrogeenitasoja kuin normaalipainoisilla.

Ylipaino lisää tutkitusti kuukautisten epäsäännöllisyyttä ja kuukautishäiriöitä, anovulaatiota, keskenmenoja ja sikiöiden synnynnäisiä epämuodostumia (Malik ym. 2009; Koroma & Stewart 2012). Ylipaino hankaloittaa hedelmöittymistä, vaikuttaa kohdun limakalvoon ja alkion kiinnittymiseen (Sharma ym. 2013). Miehelläkin laajeneva vyötärö vaikuttaa hedelmällisyyteen. Ylipaino alentavaa merkittävästi siemennesteen tilavuutta, siittiötiheyttä, liikkuvuutta, lisäksi se aiheuttaa DNA-häiriöitä siittiöissä (Hammiche ym. 2012; Sermondade ym. 2013; Sharma ym. 2013; Eisenberg ym. 2014; Jurewicz ym. 2014). Isän ylipaino vaikuttaa alkion kehitykseen, raskauden kulkuun ja mahdollisesti jopa jälkikasvun kehon rasvakoostumukseen (Robbins 2012). Rasvakudoksen kertymä nivusissa voi nostaa alueen lämpötilaa siittiöille haitalliseksi, lisäksi rasvakudos varastoi myrkkijä (Sermondade ym. 2013; Swinney 2013).

Alipaino heikentää myös hedelmällisyyttä, vaikka sitä on tutkittu vähemmän kuin ylipainoa. Naisella kehon liian alhainen rasvaprosentti vaikuttaa munasarjojen toimintaan heikentävästi ja lisää lapsettomuutta (Sharma ym. 2013). Syömishäiriöt ovat yhteydessä kuukautishäiriöihin, hedelmällisyyden heikentymiseen ja raskauden aikana äidin ja lapsen terveyteen (Sharma ym. 2013). Miesten alipaino on yhdistetty lisääntyneeseen epänormaaleiden siittiöiden määrään (Sermondad ym. 2013). Lisäksi on epäilty, että miehen alipaino vaikuttaa siemennesteen tiheyttä alentavasti.

TUPAKKA MYRKYTTÄÄ HEDELMÄLLISYYDEN

Tupakointi on luultua haitallisempaa hedelmällisyydelle, sillä se heikentää jokaista hedelmällisyyden liittyvää tapahtumaa ja prosessia (Kovac ym. 2015). Tupakka sisältää haitallisia kemikaaleja, jotka vähentävät verenkiertoa elimistössä. Munasarjat ja kivekset kärsivät vähentyneestä verenkierrosta.

Tupakoiva äiti altistaa tyttärensä terveysvaaroille jo ennen syntymäänsä ja poikansa tulevalle hedelmättömyydelle (Soares & Melo 2008; Sobinoff ym. 2014). Tupakoinnin haitat siirtyvät jopa sukupolvien yli aiheuttaen autismia tyttärentyttärissä (Golding ym. 2017). Lisäksi tupakointi heikentää naisen normaalia hormonitoimintaa, FSH-taso nousee ja estrogeenin tuotanto häiriintyy. Tupakan ainesosia on löytynyt munasarjojen follikkelinesteestä, mikä tarkoittaa, että munasolut marinoituvat myrkyssä (Soares & Melo 2008; Alvarez 2015). Tupakka voi täten aiheuttaa geneettisiä muutoksia myös munasoluissa. Tupakointi heikentää munasarjojen toimintaa ja vähentää munasolureserviä. Näistä syistä tupakoivilla naisilla voi olla vaikeuksia tulla raskaaksi ja on todennäköisempää saada keskenmeno kuin naisilla, jotka eivät tupakoi. Tupakan haitalliset kemikaalit voivat vaikeuttaa munasolun ja alkion kulkeutumista munatorvissa, jolloin myös kohdun ulkopuolisen raskauden mahdollisuus kasvaa (Sharma ym. 2013).

Tupakan haitta-aineet vaikuttavat siemennesteen laatuun (Gaur ym. 2010; Sharma ym. 2013). Tupakointi vähentää siittiöiden tuotantoa ja liikkuvuutta sekä lisää siittiöiden epämuodostumia ja niiden oksidaatiota, jolloin siittiöiden kyky hedelmöittää munasolu heikentyy. Tupakoijan siittiöllä hedelmöittyneellä munasolulla on vaikeuksia kiinnittyä kohtuun. (Soares & Melo 2008.) Tupakka aiheuttaa mutaatioita myös siittiöiden DNA:ssa (Marchetti ym. 2012).

ALKOHOLI TAPPAA SOLUJA

Alkoholin vaikutuksia ei pidetä niinkään hedelmöittymiseen vaikuttavina tekijöinä (Homan ym. 2009). On kuitenkin todettu, että alkoholin väärinkäyttö vaikuttaa heikentävästi siittiöiden morfologiaan, tuotantoon ja liikkuvuuteen (mm. Malik ym. 2009). Alkoholi vaikuttaa naisella hormonitasapainoon aiheuttaen anovulaatiota, keskenmenoja ja alkion kehitysongelmia (Sharma ym. 2013). On vaikea määritellä missä kulkee hedelmällisyyden kannalta haitallisen alkoholimäärän raja. Tutkijat uskovat, että jo aivan ensimmäisinä raskausviikkoina, ennen kuin nainen tietää olevansa raskaana, tapahtuvat laajimmat alkoholin aiheuttamat sikiövauriot (Kaminen-Ahola ym. 2010). Alkoholi vaikuttaa kykyyn tehdä hyviä valintoja, mikä lisää riskiä seksitaudeille ja ei-toivotuille raskauksille, mikä puolestaan voi vaikuttaa hedelmällisyyteen myöhemmin.

STRESSIN KIERRE

Tahaton lapsettomuus itsessään aiheuttaa kovaa stressiä. Sosiaaliset paineet, testaukset, diagnoosit, hoidot, epäonnistumiset, toteutumattomat toiveet ja raha tuovat monelle pariskunnalle kovia paineita. Sharman ym. (2013) mukaan stressi ja masennus vaikuttavat epäsuotuisasti hormonitasapainoon. Stressillä on mm. yhteys huonontuneeseen siemennesteen laatuun (Gollenberg ym. 2010). Stressin merkitys hedelmällisyydelle kaipaa lisätutkimusta.

VIELÄ YKSI KUPPI KAHVIA

Sharman ym. (2013) mukaan runsaalla, yli 500 mg/pvä, kofeiinin nauttimisella on haitallisia vaikutuksia naisen hedelmällisyyteen. Liiallisella kofeiinin saannilla on yhteyksiä keskenmenoihin, sikiökuolemiin ja jopa kuolleina syntyneisiin lapsiin. Naisilla, jotka käyttävät yli 100 mg kofeiinia päivässä on suurempi riski saada keskenmeno kuin vähemmän käyttävillä. Miehillä, jotka eivät käytä kofeiinia, on parempi siemennesteen laatu, mutta samalla kaikki heidän muutkin elämäntapansa olivat paremmat kuin Jensenin verrokkiryhmällä vuonna 2010. Kahvin juonti näyttäisi vaikuttavan positiivisesti siittiöiden liikkuvuuteen, mutta samalla nähtiin niiden pään ja kaulan epämuodostumien lisääntyvän (Jurewitz ym. 2014). Toisaalta kahvilla näyttäisi olevan monia terveysvaikutuksiakin, joten tästäkin aiheesta tarvitaan lisätutkimusta.

HUUMEET JA HEDELMÄLLISYYS

Huumeiden vaikutuksista hedelmällisyyteen tiedetään hyvin vähän, koska sitä on hyvin vaikea tutkia. Tiedossa on kuitenkin muutamia tosiasioita. Kokaiini ja opiaatit, kuten metadoni ja heroini, heikentävät miehen ja naisen seksuaalista kyvykkyyttä ja hedelmällisyyttä (Sharma ym. 2013).

Kannabisreseptoreita sijaitsee munasarjoissa, kohdussa ja kiveksissä. Säännöllinen kannabiksen käyttö lisää hedelmättömyyttä. Cannabis vähentää naisilla luteinisoivan hormonin tuotantoa, tämä vaikuttaa hedelmöittymiseen, munatorvien toimintaan sekä sikiön ja istukan kehittymiseen. Cannabis vähentää testosteronin muodostusta, mikä mm. vähentää siittiöiden liikkuvuutta. Raskausajan käyttö on yhteydessä lapsen pieneen syntymäpainoon, ennenaikaisuuteen, sikiön epämuodostumiin ja sikiökuolemiin (Anderson ym. 2010; Sharma ym. 2013).

Anaboliset steroidit alentavat testosteronin määrää, siittiöiden lukumäärää ja liikkuvuutta. Steroidien käyttö aiheuttaa myös erektiohäiriöitä. Anabolisten steroidien käytön haitat voivat kestää yli vuoden ennen kuin hedelmällisyys palautuu. Steroidin aiheuttamat vahingot voivat myös olla pysyviä. (Anderson ym. 2010.)

LÄÄKKEET, ILMANSAASTEET, SÄTEILY JA ÄLYPUHELIMET

Antibiootit vaikuttavat miehellä siittiöiden liikkuvuuteen, mutta liikkuvuus palautuu käytön jälkeen. Suurin osa lääkkeistä vaikuttaa siittiöihin, mutta tilanne palautuu tai korjautuu yleensä käytön lopettamisen jälkeen (Sharma ym. 2013).

On tutkittu, että ilmansaasteet vaikuttavat siittiöihin, niiden morfologiaan, liikkuvuuteen ja DNA:han. Naisiin saasteet näyttävät vaikuttavan lisääntyneinä ennenaikaisina synnytyksinä, keskenmenoina ja jopa kuolleena syntyneinä lapsina. Korkeita torjunta-ainejäämiä sisältävät hedelmät ja kasvikset vaikuttivat Chiun ym. (2015) tutkimuksessa siemennesteen siittiöiden laatuun ja määrään.

Älypuhelin käyttö on huomasti lisääntynyt, myös tutkimukset niiden vaikutuksista hedelmällisyyteen yleistyvät. Älypuhelimien radiotaajuuksien elektromagneettiset aallot (RFEMW) vaikuttavat hedelmällisyyteen heikentämällä siittiöiden laatua, tiheyttä ja liikkuvuutta (mm. La Vignera ym. 2012). Miehillä, jotka kantoivat älypuhelinlaite lähellä vyötäröään, havaittiin heikentynyttä siittiöiden liikkuvuutta (Sharma ym. 2013). Älypuhelimien käyttö yli 10 vuoden ajan vähensi siittiöiden liikkuvuutta (Jurewicz ym. 2014).

MITKÄ MUUT TEKIJÄT VAIKUTTAVAT HEDELMÄLLISYYTEEN?

Säännölliset terveystarkastukset seulontoineen suojaavat tahattomalta lapsettomuudelta, sillä ennaltaehkäisy parantaa hedelmällisyyttä ja suojaa häiriöiden kroonistumiselta. Infektioiden ehkäisy, varhainen toteaminen ja niiden hoito suojelevat hedelmällisyyttä merkittävästi.

Vaikka huolellisella ehkäisyllä ehkäistään raskauksia, voi sillä olla hedelmällisyyttä suojeleva vaikutus, sillä kondomin käyttö suojaa sukupuolitaudeilta. Sharman ym. (2013) mukaan muutkin ehkäisyvalmisteet voivat

ylläpitää naisten hyvää hedelmällisyyttä, sillä esimerkiksi suun kautta otettavat ehkäisyvalmisteet suojaavat naista lapsettomuutta aiheuttavan endometriosisin haitoilta.

Tiukat alusvaatteet ja housut miehillä näyttäisivät heikentävän siemennesteen laatua, mutta vain hetkellisesti palautuen pian normaaliksi. Tämä siittiövaikutus liittyy lämmön nousuun nivusalueella. Boxereita käyttävien miesten siittiöissä oli Jurewicz ym. (2014) tutkimuksessa vähemmän epämuodostuneita siittiöitä ja DNA-tuhoa kuin kontrolliryhmän miehillä. Osa kaupallisista liukasteista voi joutuessaan siemennesteen kanssa kosketuksiin vaikuttaa siittiöihin niitä vahingoittavasti.

VÄÄRÄÄ TIETO UHKAA HEDELMÄLLISYYTTÄ

Hedelmällisyyteen vaikuttavista elämäntavoista kaikilla ei ole yhtä suurin rooli, mutta kaikista on tärkeää olla tietoinen. Tärkeintä on pohtia iän vaikutuksia ja suunnitella terveyden edistämisen ohjelmia ja poliittisia ratkaisuja niin, että nuorilla on mahdollisuus perustaa perheensä siihen otollisimpaan ja terveyden kannalta suotuisimpaan aikaan. Tutkimuksetkin ovat tästä yksimielisiä – lapset on hyvä hankkia nuorena. Hedelmällisyyden suojeluun liittyvää ohjausta tulisi kehittää, kuten myös henkilökunnan koulutusta aiheesta (Hampton ym. 2012). Tarvitaan oikea-aikaista luotettavan tiedon välittämistä, sillä hedelmällisyyden suhteen väärä tieto on suuri kansanterveydellinen uhka.

LÄHTEET

Ahola-Kaminen, N., Ahola, A., Maga, M., Mallitt, K-A., Fahey, P., Cox T.C., Whitelaw, E. & Chong, S. 2010. Maternal ethanol consumption alters the epigenotype and the phenotype of offspring in a mouse model. *PLOS Genetics* 6 (1), 1–10.

Alvarez, S. 2015. Do some addictions interfere with fertility? *Fertility and Sterility* 103 (1), 22–26.

Anderson, K., Nisenblatt, V. & Norman, R. 2010. Lifestyle factors in people seeking infertility treatment. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 50, 8–20.

Chiu, Y.H., Afeiche, M.C., Gaskins, A.J., Williams, P.L., Petrozza, J.C., Tanrikut, C., Hauser, R. & Chavarro, J.E. 2015. Fruit and vegetable intake and their pesticide residues in relation to semen quality among men from a fertility clinic. *Human Reproduction* 30 (6), 1342–1351.

- Ebisch, I.M., Thomas, C.M., Peters, W.H., Braat, D.D. & Steegers-Theunissen, R.P. 2007. The importance of folate, zinc and antioxidants in the pathogenesis and prevention of subfertility. *Human Reproduction Update* 13 (2), 163–174.
- Eisenberg, M.L., Sungduk, K., Chen, Z., Sundaram, R., Schisterman, E.F. & Buck Louis, G.M. 2014. The relationship between male BMI and waist circumference on semen quality from the LIFE study. *Human Reproduction* 29 (2), 193–200.
- Gaskins, A., Colaci, D.S., Mendiola, J., Swan, S.H. & Chavarro, J.E. 2012. Dietary patterns and semen quality in young men. *Human Reproduction* 27 (10), 2899–2907.
- Gaur, D.S., Talekar, M.S. & Pathak, V.P. 2010. Alcohol intake and cigarette smoking: Impact of two major lifestyle factors on male fertility. *Indian Journal of Pathology and Microbiology* 53 (1), 35–40.
- Gharagozloo, P. & Aitken, R.J. 2011. The role of sperm oxidative stress in male infertility and the significance of oral antioxidant therapy. *Human Reproduction* 26 (7), 1628–1640.
- Golding, J., Ellis, G., Gregory, S., Birmingham, K., Iles-Caven, Y., Rai, D. & Pembrey, M. 2017. Grandmaternal smoking in pregnancy and grandchild's autistic traits and diagnosed autism. *Scientific Reports* 7, 1–14.
- Gollenberg, A.L., Liu, F., Brazil, C., Drobnis, E.Z., Guzick, D., Overstreet, J.W., Redmon, J.B., Sparks, A., Wang, C. & Swan, S.H. 2010. Semen quality in fertile men in relation to psychosocial stress. *Fertility and Sterility* 93 (4), 1104–1111.
- Hammiche, F., Laven, J.S., Twigt, J.M., Boellaard, W.P., Steegers, E.A. & Steeger-Theunissen, R.P. 2012. Body mass index and central adiposity are associated with sperm quality in men of subfertile couples. *Human Reproduction* 27 (8), 2365–2372.
- Hampton, K.D. Mazza, D. & Newton, J.M. 2012. Fertility awareness knowledge, attitudes, and practices of women seeking fertility assistance. *Journal of Advanced Nursing* 69 (5), 1076–1084.
- Homan, G. & Norman, R.J. 2009. Couples perception regarding how lifestyle might affect fertility: Results of a pilot study. *Australian Journal of Advanced Nursing* 6 (4), 77–86.
- Jurewicz, J., Radwan, M., Sobala, W., Ligocka, D., Radwan, P., Bochenek, M. & Hanke, W. 2014. Lifestyle factors and semen quality: Role of modifiable risk factors. *Systems Biology in Reproductive Medicine* 60 (1), 43–51.
- Jensen, T.K., Swan, S.H., Skakkebaek, N.E., Rasmussen, S. & Jorgensen, N. 2010. Caffeine intake and semen quality in a population of 2554 young danish men. *American Journal of Epidemiology* 171 (8), 883–891.
- Koroma, L. & Stewart, L. 2012. Infertility: Evaluation and initial management. *Journal of Midwifery and Women's Health* 57 (6), 614–621.
- Kovac, J.R., Khanna, A & Lipshultz, L.I. 2015. The effects of cigarette smoking on male fertility. *Journal of Postgraduate Medicine* 127 (3), 338–341.
- Malik, S. 2009. Impact of obesity on female fertility and fertility treatment. *British Journal of Midwifery* 17 (7), 452–454.

Marchetti, F., Rowan-Carroll, A., Williams, A., Polyzos, A., Berndt-Weis, M. & Yauk, C. 2012. Sidestream tobacco smoke is a male germ cell mutagen. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 108 (31), 12811–12814.

Palmer, S. 2013. Improving Male Fertility – Research suggests a nutrient-dense diet may play an integral role. *Today's Dietitian*, June, 40-43. Luettu 15.3.2016 <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/060113p40.shtml>

Robbins, W.A., Xun, L., FitzGerald, L.Z., Esguerra, S., Henning, S.M. & Carpenter, C.L. 2012. Walnuts improve semen quality in men consuming a western-style diet: Randomized control dietary intervention trial. *Biology of Reproduction* 87 (4), 1–8.

Sermondade, N., Faure, C., Fezeu, L., Shayeb, A.G., ym. 2013. BMI in relation to sperm count: An update systematic review and collaborative meta-analysis. *Human Reproductive Update* 19 (3), 221–231.

Sharma, R., Biedenharn, K.R., Fedor, J.M. & Agarwai, A. 2013. Lifestyle factors and reproductive health: Taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology* 11 (66). Luettu 28.3.2016. <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7827-11-66>

Smoking and infertility. American Society for Reproductive Medicine. Luettu 31.3.2016. <https://www.asrm.org/>

Soares, S.R. & Melo, M.A. 2008. Cigarette smoking and reproductive function. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 20 (3), 281–91.

Sobinoff, A.P., Sutherland, J.M., Beckett, E.L., Stanger, S.J., Johnson, R., Jarnicki, A.G., McCluskey, A., St John, J.C., Hansbro, P.M. & McLaughlin, E.A. 2014. Damaging legacy: maternal cigarette smoking has long-term consequences for male offspring fertility. *Human Reproduction* 29 (12), 2719–2735.

Swinney, B. 2013. Eating to fuel fertility. *Today's Dietician* 15 (5), 38–42. Luettu 20.3.2016. <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/050113p38.shtml>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. THL. Tahaton lapsettomuus. Luettu 20.3.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/tahaton-lapsettomuus>

Virtala, A., Vilksa, S., Huttunen, T. & Kunttu, K. 2011. Childbearing, the desire to have children and awareness about the impact of age on female fertility among finnish university students. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* (16), 108–115.

Zareba, P., Colaci, D.S., Afeiche, M., Gaskins, A.J., Jorgensen, N., Mendiola, J., Swan, S.H. & Chavarro, J.E. 2013. Semen quality in relation to antioxidant intake in a healthy male population. *Fertility and Sterility* 100 (6), 1572–1579.

6 Nuorten aikuisten asenteet seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kohtaan

Anna Leppänen, terveydenhoitaja

Essi Leskinen, terveydenhoitaja

Jouni Tuomi, FT, yliopettaja, terveyden edistäminen, Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tässä artikkelissa kuvataan 18–35-vuotiaiden korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella erään ammattikorkeakoulun opiskelijoilta (N=203). Vastaajien sukupuolijakauma oli hyvin tasainen. Vastaajien iän moodi oli naisilla 21 vuotta ja miehillä 22 vuotta. Aineiston analyysissä apuna käytettiin SPSS 20,0-ohjelmaa.

Kyselyyn vastanneet opiskelijat olivat kiinnostuneet seksuaali- ja lisääntymisterveydestään, ja suurin osa vastaajista halusi saada lapsia tulevaisuudessa. Haasteeksi koettiin lastenhankinnan sovittaminen opintoihin ja työelämän siirtymiseen. Suurin osa vastaajista oli asenteellisesti hyvin tietoisia hedelmällisyyden ja terveiden elintapojen yhteydestä, mutta naisvastaajat vaikuttivat valveutuneemmilta kuin miehet. Vastaajan sukupuoli ja aikomukset suhteessa lasten hankintaan vaikuttivat taustamuuttujina vahvimmin asenteisiin.

Yhtenä lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja valistuksen haasteena voidaan tulosten perusteella ajatella olevan se, miten tavoittaa ne henkilöt ja suojellaan heidän hedelmällisyyttään, jotka eivät pidä lasten hankintaa alkuunkaan ajankohtaisena, esimerkiksi sopivan kumppanin puuttuessa.

ABSTRACT

We will describe attitudes to reproductive health among 18–35 years old university Bachelor's degree students. The data was collected from students of a Finnish University of Applied Sciences. The sample consisted of 203 students (=N). The groups of female and male respondents were almost equal in number. The mode age of female students was 21 years and that of male students was 22 years.

Students are interested in reproductive health and their fertility. Most of the students want to have children in the future, but joining up their family, studies and moving into working life are considered challenging. The majority of the respondents were attentively well aware of the interrelationships between fertility and health behavior, but female respondents were better informed than males. Respondent's gender and intention to have children are the most important background variables that impact to the attitudes.

As one of the challenges of preconception counseling and care according to the results would be how to reach those people and protect their fertility, who do not consider the acquisition of children to be topical, for example, in the absence of a fit partner.

JOHDANTO

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen kohdistuvien asenteiden tutkimus on ollut melko vähäistä. Kouluterveytutkimuksissa (THL 2016) on seksuaali- ja lisääntymisterveyden osalta keskitytty enemmän tiedon tason tarkasteluun; suurimpaan osaan kysymyksistä on oikea ja väärä vastaus. Opiskeluterveyskyselyissä (Kunttu & Pesonen 2012) on jo enemmän asenteita kartoitettavia kysymyksiä.

Tämän tutkimuksen liikkeellepaneva voima oli vähäinen tieto nuorten aikuisten seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteista. Taustalla olivat toisaalta huomiot siitä, että nuoret aikuiset siirtävät perheen perustamista yhä myöhäisemmäksi (Miettinen 2015), ja toisaalta huomiot keinohedelmöityshoitojen tarpeen kasvusta viimeisen 25 vuoden aikana (Heino & Gissler 2016). Nämä huomiot liittyvät myös yhteen. Syitä lasten hankinnan viivästyntymiselle ovat mm. yleinen ilmapiiri, eli halu suorittaa opinnot loppuun, eteneminen tyouralla, sopivan kumppanin puute, kypsymättömyyden tunne vanhemmaksi tulemiseen, ajanpuute ja epävarma talous- ja työtilanne. On vielä epäselvää, kuinka paljon lapsettomuus sekä vaikeudet saavuttaa haluttua lapsilukua tulevat yleistymään tulevaisuudessa lasten hankinnan lykkäämisen vuoksi. (Klemetti, Gissler, Lammi-Taskula & Miettinen 2014.)

Nämä asiat tulee kuitenkin huomioida, sillä suomalaisista korkeakouluopiskelijoista jopa 94 % haluaa saada lapsia jossain vaiheessa elämäänsä. Tätä taustaa vasten on huolestuttavaa, että korkeakouluopiskelijoiden tietämyksessä esimerkiksi iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskauden

riskeihin on selviä puutteita. (Virtala ym. 2011; Klemetti & Raussi-Lehto 2014.) Ikä on kuitenkin vain yksi, mutta lahjomaton, hedelmällisyyteen vaikuttava tekijä. Tiedetään, että tulevien vanhempien terveystietäytyminen vaikuttaa jo ennen raskaaksi tulemista hedelmöitymisen onnistumiseen, raskauden ja synnytyksen kulkuun sekä syntyvän lapsen terveyteen läpi tämän elämän (Klemetti & Raussi-Lehto 2014).

Jotta nuorten aikuisten hedelmällisyyden suojeluun ja tahattoman lapsettomuuden ennaltaehkäisyyn voidaan löytää keinoja, olisi tunnettava syyt, jotka vaikuttavat nuorten aikuisten terveystietäytymiseen ja lasten-hankinta-aikaisiin. Esimerkiksi terveysasenteiden tiedetään vaikuttavan osaltaan terveystietäytymiseen, mutta niiden taustalla ovat yksilön tunteiden, tietojen, uskomusten, motivaation ja sosiaalisten normien monimutkaiset prosessit. (Naidoo & Wills 2009; Räsänen 2010).

Tämän selvityksen tarkoituksena oli kuvailla 18–35-vuotiaiden korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä asenteita. Selvityksen tutkimusongelmat olivat selvittää, millaisia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita opiskelijoilla on, ja miten erilaiset taustamuuttajat vaikuttavat näihin asenteisiin. Lisäksi haluttiin selvittää, miten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ja siihen liittyvän tiedon saaminen koetaan.

Selvityksen tavoitteena on edistää nuorten tietoutta terveysvalintojen merkityksestä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen.

Yksityiskohtaisempaan kuvaukseen selvityksestä ja sen tuloksista voi tutustua Leppänen, A. ja Leskinen, E. (2016) Seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteet korkeakouluopiskelijoilla. (Opinnäytetyö, terveydenhoitaja (AMK); www.theseus.fi).

SELVITYKSEN TOTEUTUS

Selvityksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella yhden ammattikorkeakoulun toisen vuosikurssin opiskelijoilta (N=203). Kysely muodostui 36 väittämästä, joita tarkasteltiin neliportaisella asteikolla (täysin eri mieltä–täysin samaa mieltä). Vastaajista naisia oli 102 ja miehiä 99. Kaksi vastaajaa ei ilmoittanut sukupuoltaan. Vastaajista noin 40 % edusti teknistä alaa,

hieman vajaa 20 % palveluliiketoimintaa, reilu 20 % liiketaloutta ja vajaa 20 % sosiaaliaalaa. Kyselylomakkeet jätettiin tietoisesti jakamatta terveystalon opiskelijoille, koska oletettiin, että heillä olisi aiheesta monessa mielessä enemmän tietoa ja taitoa. Vastaajien ikä vaihteli välillä 19–35 vuotta. Ikämoodi oli naisvastaajilla 21 vuotta ja miesvastaajilla 22 vuotta. Tyypillinen naisvastaaja oli hieman tyypillistä miesvastaajaa nuorempi. Muina taustamuuttujina oli mm. siviilisääty ja aikomukset hankkia lapsia tulevaisuudessa sekä terveystyöskäyttöminen kuten tupakointi ja nuuskaaminen, paino, alkoholin- ja huumeidenkäyttö. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmaa apuna käyttäen.

TULOKSET

Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että huomattavan suuri osa korkeakouluopiskelijoista haluaa tulevaisuudessa saada lapsia, vaikka tutkimusten tulosten välillä onkin jonkin verran eroja sen suhteen, kuinka moni on lastenhankinta-aikeistaan epävarma (Virtala ym. 2011; Klemetti ym. 2014). Tässä selvityksessä opiskelijoiden toiveet saada lapsia näyttäytyivät samansuuntaisesti kuin aiemmissä tutkimuksissa, sillä noin kaksi kolmannesta (65,7 %) vastanneista halusi saada lapsia. Noin kolmannes ei vielä osannut sanoa ja vain harva (4 %) ei halunnut saada lapsia. Kyselyyn vastanneiden opiskelijoiden mielestä sopiva lastenhankintaikä naisilla olisi keskimäärin lähes 27 vuotta ja miehillä noin 28 vuotta. Opiskelijoiden määrittelemät ihanneiät ovat lähempänä koko väestön näkemyksiä sopivasta lastenhankintaikästä kuin korkeakoulutettujen asettamia ihanneikä Perheparometrissa 2015; miehillä hieman yli 29 vuotta ja naisilla noin 28 vuotta (Miettinen 2015). Toisaalta Väestöliiton tekemän kyselytutkimuksen mukaan sopiva ikä tulla ensimmäistä kerta äidiksi oli 26,7 vuotta ja isäksi 28,5 vuotta (Gissler 2017). Koska kuitenkin vuonna 2015 äidiksi tultiin ensimmäisen kerran keskimäärin 28,8 vuotiaana ja isäksi 31,0 vuotiaana (Gissler 2017), voidaan todeta, että nuorten toiveet ja todellisuus eivät näytä kohtaavan.

Lasten hankinnan lykkäämisen osalta tämä selvitys vahvistaa jo aiemmin havaittua, sillä lähes kaikki opiskelijat olivat sitä mieltä, että lastenhankintaa on viisasta lykätä huonon taloudellisen tilanteen vuoksi. Enemmistö piti viisaana suorittaa opinnot loppuun ja hankkia työpaikka ennen lasten

hankintaan ryhtymistä. Lisäksi lähes kaikki pitivät lastenhankinnan sovittamista opiskeluihin ja työelämään vaikeana.

Tässä selvityksessä opiskelijoiden asenteet hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä näyttäytyivät suhteellisen positiivisina. Opiskelijat olivat asenteellisesti lähes poikkeuksetta sitä mieltä, että sukupuolitaudit, tupakointi ja alkoholin käyttö vaikuttavat hedelmällisyyteen. Päihteiden käytöllä uskottiin olevan vaikutusta myös tulevan lapsen terveyteen. Myös ruokailutottumusten, yli- ja alipainon sekä anabolisten steroidien yhteys oli asenteellisesti varsin hyvin tiedossa. Vastaajat myös pääasiassa uskoivat, että hyvä terveys ja elintavat vaikuttavat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä tulevien lasten terveyteen vielä vuosien kuluttua. Erityisen myönteisinä näyttäytyivät naisopiskelijoiden käsitykset hedelmällisyyteen ja tulevien lasten terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Tässä selvityksessä sukupuolten väliset asenne-erot olivat vastaavat kuin Virtalan ym. (2011) tutkimuksessa esille nousseet tietämyserot, eli naiset vaikuttivat olevan asenteellisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista miehiä tietoisempia. Kouluterveystudkimusten (THL 2016), Tuomi & Äimälä (2017) ja Tuomi ym. (2017) mukaan tämä suuntaus näkyisi jo yläasteella ja ero vaikuttaa syvenevän lukioiässä.

Lähes kaikki kyselyyn vastanneet opiskelijat haluavat pitää huolta terveydestään, ja kolme neljästä myös haluaa pitää itsestään huolta liikumalla säännöllisesti. Myös muiden tutkimusten mukaan opiskelijat haluavat pitää huolta terveydestään ja suhtautuvat esimerkiksi liikuntaan positiivisesti ja ajattelevat ruokavalintoja tehdessään ruuan terveellisyyttä (Kunttu & Pesonen 2012; Saari ym. 2013). Hyvät tiedot, halu huolehtia terveydestä ja vastuullinen asenne eivät aina välttämättä takaa toivottua terveyskäyttäytymistä. Tutkimusten mukaan esimerkiksi vain pieni osa opiskelijoista liikkuu riittävästi, ja myös runsas istuminen on opiskelijoilla hyvin yleistä (Kunttu & Pesonen 2012; Saari ym. 2013). Myös ylipainoisuus on opiskelijoilla melko tavallista. Tässä selvityksessä opiskelijoiden yli- ja alipainoisuutta esiintyi vastaavissa määrin kuin Korkeakouluopiskelijoiden terveystudkimuksessa 2012 (Kunttu & Pesonen 2012), eli noin kolmannes opiskelijoista on ylipainoisia ja miehet jonkin verran naisia enemmän.

Terveyskäyttäytyminen on monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat lukuisat tekijät, ja joissa eri tekijöiden painoarvo päätöksenteossa voi olla erisuuruinen. Tämän selvityksen tuloksissa on havaittavissa sama, mitä Räsänen (2010) toteaa, eli asenteet voivat vaikuttaa päätöksentekoon enemmän kuin tieto. Tulokset esimerkiksi osoittavat, että opiskelijat ymmärtävät sukupuolitautilien vaikutuksen hedelmällisyyteen ja pitävät kondomin käyttöä sukupuolitautilien ehkäisyssä tärkeänä. Tästä huolimatta jopa noin 15 % miesvastaajista pitää sukupuolitautilien testaamista turhana, jos ei ole oireita. Vielä useampi, noin viidennes miehistä, ei pidä tarpeellisena saada tietää seksikumppanin sukupuolitautilien testausta ennen suojaamattoman seksin harrastamista. Myös tilastot osoittavat, että sukupuolitaudeilta suojautuminen on joiltain osin puutteellista, sillä klamydia ja tippuri yleistyvät koko Suomessa (THL n.d.). Sukupuolitautilien yleistymiseen voivat kuitenkin vaikuttaa palveluiden parantunut saatavuus, mikä helpottaa testeihin hakeutumista. Esimerkiksi klamydian ja tippurin kotitestausta on lisännyt havaittujen sukupuolitautilien määrää (YHTS 2015).

Selvityksen tulosten hyödyntämisen kannalta huomionarvoista on se, että vaikka opiskelijat ovat kiinnostuneet seksuaali- ja lisääntymisterveydestään sekä hedelmällisyydestään, yli puolet opiskelijoista ei pidä tarpeellisena saada aiheesta lisätietoa. Lähes kaikki kuitenkin pitävät seksuaaliopetusta ja -valistusta hyödyllisenä sekä kokevat, että seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on sallittua puhua julkisesti, ja että terveysalan ammattilaisten kanssa on helppo puhua näistä asioista. Useimmat opiskelijat luottavat omaan kykyynsä löytää luotettavaa terveystietoa internetistä, ja että he saavat tarvittaessa apua seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmiinsa.

Nämä tulokset antavat viitteitä siitä, millaisia kanavia käyttäen opiskelijat on mahdollista tavoittaa. On kenties viisaampaa, että lisääntymisterveyttä edistävää neuvontaa annetaan silloin, kun opiskelija ottaa itse asian puheeksi. Tosin Brandtin (2013) haastattelemat opiskelijat toivoivat erityisesti, että hedelmällisyysneuvonnan avulla heidät pysäytettäisiin pohtimaan tulevaisuudensuunnitelmiaan, ja että hedelmällisyysneuvonta tehtäisiin näkyväksi, koska sitä ei osata pyytää. Selvityksen tulosten perusteella myös terveysviestintään olisi syytä panostaa, sillä vaikuttaisi siltä, että opiskelijat hakevat mieluummin itse tiedon, mutta pyytävät apua tar-

vitessaan. Tästä syystä luotettavaa terveystietoa tulee tuottaa ja jakaa laajasti siten, että tieto on helposti opiskelijoiden löydettävissä eri kanavista tai että tieto ”löytää” heidät.

Suunniteltaessa seksuaaliterveyden palveluja ja lisääntymisterveyttä edistävää neuvontaa on muistettava, että terveydelle haitallinen käyttäytyminen polarisoituu tietyille ryhmille, hedelmällisyyteen vaikuttavat riskitekijät kumuloituvat yksilötasolla ja ”lika barn leka best” eli samalla tavalla käyttäytyvät ihmiset löytävät helposti toisensa, jolloin kumuloituminen on moninkertaista. Seksuaalipalveluja suunniteltaessa on huomioitava myös muiden kuin erityisryhmien tarpeet. Esimerkiksi miehet voivat kokea lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan olevan naisille suunnattua, mikä vuoksi neuvonta ei tavoita miehiä, jotka monien tutkimusten tulosten mukaan kenties neuvontaa tarvitsivat. Tähän selvitykseen osallistuneet opiskelijat eivät pitäneet seksuaaliterveyden palveluja niin sukupuolittuneina kuin esimerkiksi Brandtin (2013) tutkimuksessa, jonka mukaan opiskelijat kokivat hedelmällisyyteen liittyvän keskustelun olevan hyvin sukupuolittunutta. Tässä selvityksessä palveluiden sukupuolittuneisuus koettiin siten, että naiset kokivat miehiä enemmän palveluiden olevan naisille suunnattuja. Näin ajatteli noin 60 % naisista, mutta miehistä noin 40 %.

Ryhmien välisiä eroja havaittiin tässä selvityksessä myös muiden ryhmien kuin naisten ja miesten välillä. Eri ryhmien väliset erot liittyivät siihen, kuinka itsestä halutaan huolehtia ja miten seksuaali- lisääntymisterveyteen asennoidutaan. Positiivista oli se, että lapsia tulevaisuudessa haluavat opiskelijat olivat erityisen innokkaita pitämään huolta terveydestään ja liikkuvat säännöllisesti. Heillä myös korostui asenne, että lapset toivottiin saatavan luonnollisesti, ei hedelmöityshoitojen avulla. Opiskelijat, jotka eivät olleet lastenhankinta-aikeistaan varmoja tai eivät halunneet lapsia, eivät olleet yhtä innokkaita huolehtimaan terveydestään, eivätkä ilmaisseet yhtä positiivisia asenteita hedelmällisyyteen vaikuttamisesta. Vastaava ilmiö tuli esille seurustelemattomilla verrattuna vakituisesti seurusteleviin. Näin ollen yhtenä lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja valistuksen haasteena voidaan tulosten perusteella ajatella olevan se, miten tavoittaa ne henkilöt ja suojellaan heidän hedelmällisyyttään, jotka eivät pidä lasten hankintaa alkuunkaan ajankohtaisena esimerkiksi sopivan kumppanin puuttuessa.

YHTEENVETO

Asenteiden näkökulmasta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä tutkimus on ollut suhteellisen vähäistä. Tämän selvityksen avulla saatiin uutta ja jo olemassa olevaa tukevaa tietoa korkeakouluopiskelijoiden kiinnostuksesta omaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kohtaan sekä asenteista lastenhankintaan, raskauteen ja hedelmällisyyteen vaikuttaviin elintapoihin. Tulokset valottavat myös korkeakouluopiskelijoiden asenteisiin vaikuttavia taustamuuttujia. Selvityksen tulokset yhdistettynä aiempiin tutkimuksiin lisäävät ymmärrystä siitä, mitkä seikat vaikuttavat korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymiseen. Saatua tietoa voidaan hyödyntää lisääntymisterveyden neuvonnassa ja hoidossa sekä yksilö- että yhteisötasolla.

LÄHTEET

- Brandt, J. 2013. Yliopisto-opiskelijoiden näkemyksiä hedelmällisyysneuvonnasta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos (Pro gradu).
- Gissler, M. 2017. Loppuvatko lapset Suomesta? Kättilölehti 122(3), 16–18.
- Heino, A. & Gissler, M. 2016. Hedelmöityshoidot 2014–2015. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Terveys 2016. Tilastoraportti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130537/Tr09_16.pdf?sequence=1
- Klemetti, R., Gissler, M., Lammi-Taskula, J. & Miettinen, A. 2014. Lastenhankinnan ajatus. Teoksessa J. Lammi-Taskula & S. Karvonen (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 170–181.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.). 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. THL Opas 33/2014. Helsinki; THL.
- Kunttu, K. & Pesonen, T. 2012. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47. Helsinki: YHTS.
- Miettinen, A. 2015. Miksi syntyvyys laskee? Suomalaisten lastensaantiin liittyviä toiveita ja odotuksia. Perhebarometri 2015. Katsauksia E49/2015. Helsinki: Väestöliitto ry, Väestöntutkimuslaitos.
- Naidoo, J. & Willis, J. 2009. Foundations for Health promotion. (3. painos) UK; Bailliere Tindall.
- Räsänen, J. 2010. Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede-Proceed-malli. Teoksessa A. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro, 100–116.

Saari, J., Ansala, J., Pulkkinen, S. & Mikkonen, J. 2014. Korkeakoululiikunnan barometri 2013. Korkeakoululiikunnan suositusten toteutuminen ja opiskelijoiden liikunta-aktiivisuus. Helsinki: Opiskelijoiden Liikuntaliitto ry.

THL 2016. Kouluterveyskysely 2006/2007–2015. [www.thl.fi/fi/tutkimus- ja asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely](http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely) (luettu 20.4.2017).

THL n.d. Sukupuolitautipatogeenit. Tartuntatautirekisterin tietokanta. Luettu 28.6. 2016. <https://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/tilastot.html>

Tuomi, J., Wessman, V. & Äimälä, A-M. 2017. Seksuaali- ja lisääntymisterveys -asennekysely lukiolaisille 2015. (Selvitys). Teoksessa J. Tuomi & A-M. Äimälä (toim.) Viisaat valinnat (julkaistaan syksy 2017 aikana)

Tuomi, J. & Äimälä, A-M. 2017. Seksuaali- ja lisääntymisterveys -asennekysely yläkoululaisille 2015. (Selvitys). Teoksessa J. Tuomi & A-M. Äimälä (toim.) Viisaat valinnat (julkaistaan syksy 2017 aikana)

Virtala, A., Vilska, S., Huttunen, T. & Kunttu, K. 2011. Childbearing, the desire to have children and awareness about the impact of age on female fertility among Finnish university students. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 16 (2), 108–115.

YHTS. 2015. Seksitautien etättestaus tavoitti miesopiskelijat. Tiedote [pdf]. julkaistu 21.12. 2015. Luettu 26.6. 2016. http://www.yhts.fi/filebank/3445-Etatestaus_uutinen_211215.pdf

7 Iän vaikutus hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen

Laura Häkkinen, terveydenhoitaja

Karoliina Valli, terveydenhoitaja

Jouni Tuomi, FT, yliopettaja, terveyden edistäminen, Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tiedetään, että lukuisat tekijät vaikuttavat sekä naisen että miehen hedelmällisyyteen. Useimpiin näistä henkilö voi itse vaikuttaa valinnoillaan. Ikä on hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä merkittävin siinä mielessä, että ihminen vanhenee vääjäämättä, eikä siihen pystytä vaikuttamaan. Tässä artikkelissa käsitellään iän vaikutusta hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen.

Naisen hedelmällisin ikä on 20–30-vuotiaana. Hedelmällisyys alkaa heikentyä naisen ollessa 30-vuotias ja erityisesti se laskee 35. ikävuoden jälkeen. Munasolujen määrä vähenee naisen iän myötä. Lisäksi munasolujen laatu alkaa heikentyä etenkin 35. ikävuoden jälkeen lisäten keskenmenoja sekä kromosomipoikkeavuuksia.

Miehen hedelmällisyyden laskua on tutkittu vähemmän kuin naisten ja tutkimustulokset ovat ristiriitaisempia. Toisten tutkimusten mukaan miesten hedelmällisyyden lasku tapahtuu jo 30. ikävuoden jälkeen, kun taas toisten mukaan hedelmällisyys laskee vasta, kun mies on noin 40-vuotias. Iän myötä siittiöiden rakenne ja liikkuvuus heikkenevät, siemennesteen tilavuus pienenee ja vaurioinut DNA spermassa lisääntyy lisäten kromosomipoikkeavuuksia.

ABSTRACT

We know that there are several factors that will effect both woman's and man's fertility. A person's own choices can actually influence to most of these. The most significant factor to fertility is the age. Every person will inevitably grow old and can not influence it. The effect of age on fertility, pregnancy and child-birth are discussed in this article.

The most fertile age of a woman is between 20 and 30 years. The fertility will weaken when a woman turns to 30, and it will especially decrease after 35

years. The number of egg cells decreases with the woman's age. In addition, the quality of the egg cells begins to deteriorate, especially after the age of 35, increasing miscarriages and chromosome abnormalities.

The decrease of fertility among men has been studied less than among women, and the results are more conflicting. According to some studies of man's fertility it will decrease already after 30 years, but according to some other studies it will happen not until after 40 years. With ageing the structure and mobility of the sperm weaken, the sperm volume decreases and DNA damage in sperm increases as chromosomal aberrations increase.

JOHDANTO

Iän yhteys hedelmällisyyteen oli julkisen sanan kiinnostuksen kohteena syksyllä 2016 monestakin syystä; synnytysiän nousu, hedelmällisen iän rajat, keinohedelmöitysten yleistyminen ja nuoren puutteelliset tiedot tai vähäinen kiinnostus hedelmällisyyteen vaikuttaviin tekijöihin. Valtakunnallisissa sanomalehdissä ilmestyi syksyn 2016 aikana useita aiheeseen liittyviä tekstejä. Esimerkiksi Helsingin Sanomissa syyskuussa Katri Kallionpään kirjoittama artikkeli ”Kahdesta lapsesta unelmoivan kannattaa aloittaa yrittäminen viimeistään 31 vuotiaana – Testaa, millä todennäköisyydellä perhehaaveesi toteutuu”. Sekä mielipidekirjoitus samassa lehdessä ”Kyllä naiset ymmärtävät ikääntyvänsä – Siksi moni päätyykin hankkimaan lapsia epäsovivan miehen kanssa”.

Tiedetään, että lukuisat tekijät vaikuttavat sekä naisen että miehen hedelmällisyyteen. Useimpiin näistä henkilö voi itse vaikuttaa valinnoillaan. Ikä on hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä merkittävin siinä mielessä, että ihminen vanhenee vääjäämättä, eikä siihen pystytä vaikuttamaan. Toki iän tuomiin muutoksiin voidaan mm. terveellisillä elämäntavoilla vaikuttaa, mutta joka tapauksessa jonain päivänä hedelmällisyys vain päättyy.

Tässä artikkelissa tarkastellaan aluksi vanhemmaksi tulevien henkilöiden keski-iän muutosta, sitten iän vaikutusta hedelmällisyyteen ja lopuksi iän vaikutusta raskauteen ja synnytykseen. Kaikissa aihealueissa tarkastelukulmana on sekä naisen että miehen iän merkitys.

Artikkeli perustuu Häkkinen, L. ja Valli, K. 2017. ”Iän vaikutus hedelmällisyyteen. Kuinka ottaa hedelmällisyys puheeksi? – Työvälinen terveydenhoitajille.” (Opinnäytetyö, terveydenhoitaja (AMK); www.theseus.fi).

VANHEMMIKSI TULEVIEN HENKILÖIDEN KESKI-ikä

Synnyttäjien keski-ikä

Ensisynnyttäjien ikä on ollut viimeisen parinkymmenen vuoden ajan tasaisessa nousussa ja lapsia hankitaan entistä myöhemmällä iällä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna teinien synnytykset ovat vähentyneet yli neljänneksellä, mutta myös 20–29-vuotiaat ovat vähentäneet lasten hankintaa selvästi. Ainoasataan 40 vuotta täyttäneiden hedelmällisyys on kasvanut, mikä on seurausta lastenhankinnan lykkäämisestä. (Gissler 2017).

Ensimmäistä kertaa vanhemmaksi tulevat ovat iältään yhä vanhempia. Suomessa vuonna 1982 ensisynnyttäjien keski-ikä oli 25,5 vuotta (Tilastokeskus 2015), kun vuoteen 2015 mennessä ikä on noussut 28,8 vuoteen (Gissler 2017). Pääkaupunkiseudulla ensisynnyttäjien keski-ikä on jopa 29,3 vuotta (Sainio, Klemetti, Hemminki & Gissler 2010). Yleisesti kaikkien synnyttäjien keski-ikä vuonna 2014 oli 30,4 vuotta (Tilastokeskus 2015). Vuonna 2012 yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuus oli viidennes kaikista synnyttäjistä (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Gisslerin (2017) mukaan karkeasti arvioiden yksi kolmannes Suomessa nyt syntyneiden lasten lukumäärästä johtuu lastenhankinnan lykkäämisestä ja kaksi kolmannesta johtuu ensisynnyttäjien määrän vähenemisestä.

Kaikissa muissakin länsimaissa ensisynnyttäjien ikä on noussut ja yli 35-vuotiaiden raskaudet lisääntyneet (Virtala 2011). Eurostatin (2006) tuottaman tutkimuksen mukaan jokaisessa mukana olleessa Euroopan maassa ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut vuosien 1994 ja 2004 välillä. Esimerkiksi Tanskassa ensisynnyttäjien keski-ikä nousi näinä vuosina 27,2-vuotiaasta 28,4-vuotiaaseen. Eurostatin (2015) uudemman tilaston mukaan Euroopan 28 maassa ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut vuosien 2002–2013 välillä 29,2 vuodesta 30,4 vuoteen. Kanadassa 30–35-vuotiaiden ensisynnyttäjien osuus on kasvanut 18,9 prosentista 31,4 prosenttiin vuosien 1982 ja 2006 välillä. Yli 35-vuotiaiden ensisynnyttäjien osuus on kasvanut samalla aikavälillä 4 prosentista 11 prosenttiin. (Johnson & Tough 2012.)

Isäksi tulevien keski-ikä

Isäksi tullaan myös nykyään myöhemmin kuin ennen. Vuosina 1991–1995 isäksi ensimmäistä kertaa tulevien iän keskiarvo on ollut 29,4 vuotta (Tilastokeskus 2015), kun vuonna 2015 keskiarvo oli jo 31 ikävuotta (Gissler 2017). Vuosien 1987–2009 välillä yli 40-vuotiaiden ensimmäisen lapsensa saavien miesten määrä kaksikertaistui (Paavilainen ym. 2015, Moilasan mukaan 2016). Ihanteellisena suomalaiset miehet pitävät sitä, että ensimmäinen lapsi hankittaisiin 27-vuotiaana. (Klementti, Gissler, Lammi-Taskula & Miettinen 2014).

Yleisesti kaikkien isäksi tulevien keskiarvo oli 33,0 ikävuotta vuonna 2014 (Tilastokeskus 2015). Yli 40-vuotiaalla naisella on usein itseään vanhempi puoliso. Mies on nykyään useammin kuin ennen yli 50-vuotias silloin, kun pari toivoo raskautta. (Söderström-Anttila 2010.)

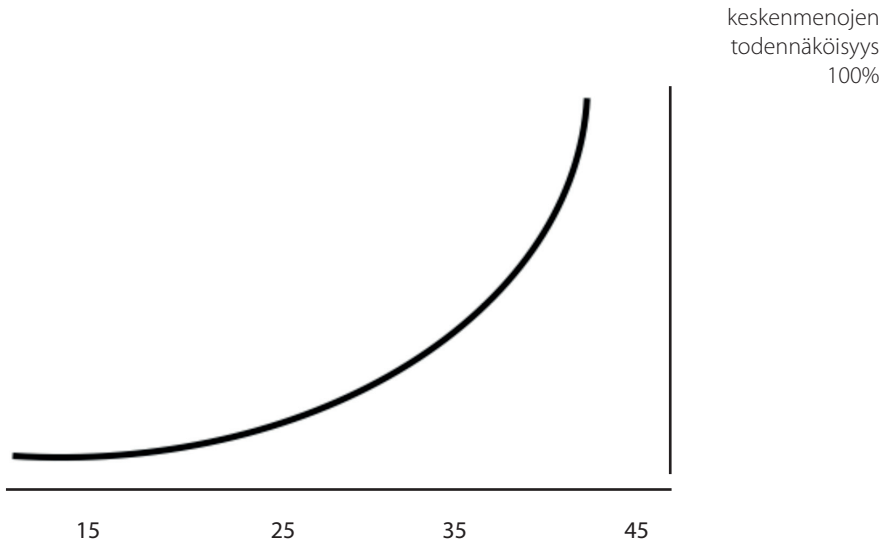
IÄN VAIKUTUS HEDELMÄLLISYYTEEN

Iän vaikutus naisen hedelmällisyyteen

Naisen ikä vaikuttaa erittäin merkittävästi hänen hedelmällisyytensä. Naisen syntyessä munasarjoissa on noin miljoona munasolua ja hedelmällisen iän alkaessa munasoluja on noin puoli miljoonaa. Iän myötä munasolujen määrä laskee edelleen, eikä niiden määrän laskemista voida mitenkään kompensoida. (Unkila Kallio & Ranta 2012.) Munasolujen häviämisenopeus kaksikertaistuu yleensä noin 13 vuotta ennen menopausia, kun nainen on noin 37–38-vuotias (Söderström-Anttila 2010).

Hedelmällisyys päättyy keskimäärin noin 10 vuotta ennen menopausia eli keskimäärin 41-vuotiaana (Söderström-Anttila 2010). Menopausin saavuttaessaan naisella on jäljellä munasoluja enää noin 1 000 (Johnson & Tough 2012). Ensimmäisenä munasarjojen toiminnan hiipumisesta kertoo kuukautiskieron lyheneminen 2–3 päivällä, joka tapahtuu yleensä hedelmällisen iän viimeisinä vuosina ennen menopausaalista siirtymävaihetta. Tämä siirtymävaihe alkaa noin viisi vuotta ennen menopausia. Siinä kuukautiskierto muuttuu epäsäännölliseksi sekä anovulatoristen kiertojen osuus lisääntyy, mikä heikentää hedelmällisyyttä. (Jokimaa 2010.)

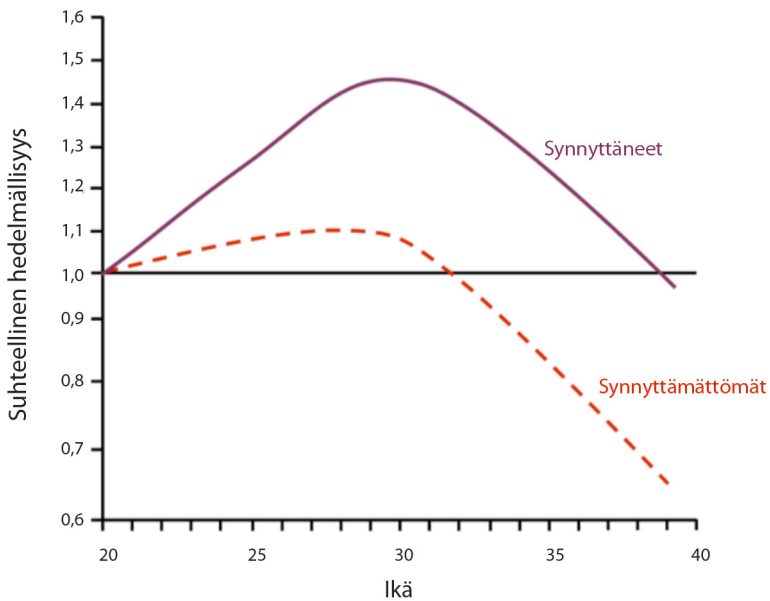
Etenkin 35–37 ikävuoden jälkeen munasolujen laatu alkaa heikentyä lisäten keskenmenojen riskiä (Unkila-Kallio & Ranta 2012). Tällöin munasarjat alkavat pienentyä sekä kuihtua. Lisäksi munasolujen hedelmöitymiskyky heikkenee ja kromosomipoikkeavuudet lisääntyvät (Jokimaa 2010). 20–24-vuotiailla naisilla spontaani alkuraskauden keskenmenoriski on noin 9 % (Söderström-Anttila 2010). Kun taas 40–45-vuotiailla raskauksista vähintään puolet päättyy keskenmenoon, ja yli 45-vuotiailla vastaava luku on jopa 90 % (Sainio ym. 2010). Kaaviossa 1 on esitetty, kuinka ikä vaikuttaa keskenmenojen todennäköisyyteen.



Kaavio 1. Keskenmenojen todennäköisyys
(Unkila-Kallio & Ranta 2012; kaavio muokattu)

Naisen hedelmällisin ikä on 20–30-vuotiaana, jolloin lapsettomuuden todennäköisyys on alle 10 % (Unkila-Kallio & Ranta 2012). Naisen täytettyä kolmekymmentä ikävuotta hedelmällisyys alkaa heikentyä ja se laskee erityisesti 35. ikävuoden jälkeen (Klementti & Raussi-Lehto 2014). 35–39-vuotiailla naisilla tahatonta lapsettomuutta esiintyy noin 30 %:lla ja 40–44-vuotiaista jopa 65 %:lla (Miettinen & Rotkirch 2008; Unkila-Kallio & Ranta 2012.) Myös raskaaksi tulemiseen kuluva aika pitenee, vaaditaan useampia yrityksiä, kun nainen vanhenee. (Unkila-Kallio & Ranta 2012.)

Hedelmällisyys laskee voimakkaammin synnyttämättömillä naisilla, eli erityisesti ensimmäistä lastaan myöhemmällä iällä yrittävillä. Rothman ym. (2013) tutkimuksen mukaan näyttäisi siltä, että nuorella iällä synnyttämisen lisää hedelmällisyyttä. Synnyttämättömillä naisilla suhteellinen hedelmällisyys ei nouse yhtä voimakkaasti 20–30 ikävuoden välillä kuin synnyttäneillä. Lisäksi synnyttämättömien naisten hedelmällisyys alkaa laskea muutamaa vuotta aiemmin kuin synnyttäneillä. 40-vuotiaana synnyttämättömien naisten hedelmällisyys on heikentynyt huomattavasti verrattuna nuorena synnyttäneisiin. (Rothman ym. 2013.) Kaaviossa 2 kuvataan, kuinka hedelmällisyys heikkenee niin synnyttäneillä kuin synnyttämättömillä naisilla iän myötä.

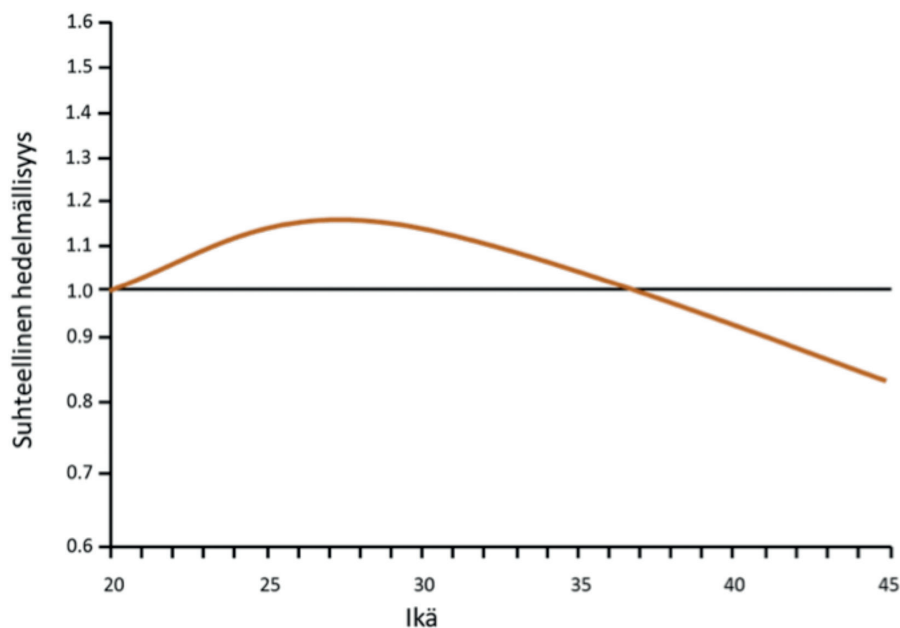


Kaavio 2. Naisen hedelmällisyys (Rothman ym. 2013, 9; muokattu)

Iän myötä naisilla on lisäksi useimmin ylipainoa, tupakointia, sairastettuja sukupuolitauteja ja lantion alueen tulehduksia, jotka vaikuttavat negatiivisesti naisen hedelmällisyyteen (Gissler ym. 2009). Iän lisääntyessä riski sairastua johonkin hedelmällisyyttä heikentävään tautiin kasvaa. Esimerkiksi kohdun myoomat ja polyypit ovat yleisempiä vanhemmalla iällä. (Söderström-Anttila 2010.)

Iän vaikutus miehen hedelmällisyyteen

Eri tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia siitä, missä iässä miehen hedelmällisyys alkaa laskea. Toisissa tutkimuksissa laskun kerrotaan tapahtuvan jo 30 ikävuoden jälkeen, kun taas toisten mukaan se laskee 40 ikävuoden jälkeen. Rothman ym. (2013) mukaan miehen hedelmällisyys kääntyy hitaaseen laskuun noin 28-vuotiaana (Kaavio 3). Lasku ei kuitenkaan ole niin merkittävä kuin naisilla (Rothman ym. 2013; Klementti & Raussi-Lehto 2014). Kun mies on yli 40-vuotias, hänen kumppaninsa raskaaksi tulemiseen kuluva aika pitenee, eikä naisen nuoremmalla iällä voida kompensoida miehen iän vaikutusta (Kaukoranta & Suikkari 2012).



Kaavio 3. Miehen hedelmällisyys (Rothman ym. 2013, 10; muokattu)

Iän myötä miehen siittiöiden rakenne sekä liikkuvuus heikkenevät ja siemennesteen tilavuus pienenee. (Väestöliiton ... 2006; Balasch & Gracó 2011; Kaukoranta & Suikkari 2012.) Siemennesteen tilavuus vähenee vuodessa noin 0,03 millilitraa (Bequeria ym. 2014 Moilasen 2016 mukaan). Eri tutkimusten katsauksissa on todettu ristiriitoja myös siinä, missä iässä siemennesteen siittiöiden liike alkaa heikentyä. Joissain tutkimuksissa

esitetään, että siittiöiden liikkeiden heikkeneminen alkaa jo 30-vuotiaana, kun toisissa sanotaan sen tapahtuvan vasta noin 45-vuotiaana (Sharma ym. 2015). Miehen ikääntyessä kivekset pienenevät ja muuttuvat pehmeämmiksi (American ... 2012). Ikä lisää myös seksuaalisten toimintojen häiriöiden määrää, mikä osaltaan heikentää hedelmällisyyttä (Sartorius & Nieschlag 2010; American ... 2012).

Balch ja Gratós (2011) toteavat tutkimuksessaan, että vaikka miehillä ei ole varsinaista ikää, jolloin he olisivat hedelmättömiä, niin 50-vuotiaana hedelmällisyys alkaa merkittävästi laskea. On todettu, että vaurioitunut DNA spermassa lisääntyy iän myötä ja sen määrä kaksikertaistuu 25 ja 55 ikävuoden välillä. (Sharma ym. 2015.) 40–45-vuotiaiden miesten sperman DNA:n rakenteeseen ikä on vaikuttanut jo niin paljon, että se vaikuttaa heikentävästi naisen raskauksien alkamisen todennäköisyyteen ja nostavasti keskenmenojen määrän lisääntymiseen (Balasch & Gratós 2011).

IÄN VAIKUTUS RASKAUTEEN JA SYNNYTYKSEEN

Naisen iän vaikutus raskauteen ja synnytykseen

Sen lisäksi, että ikä vaikuttaa itse hedelmällisyyskykyyn ja raskaaksi tulemiseen, se vaikuttaa myös raskauden kulkuun sekä synnytykseen. Ajatellaan, että 35. ikävuoden jälkeen riskit raskaudessa ja synnytyksessä lisääntyvät suuresti. Ensimmäistä kertaa raskaaksi myöhemmällä iällä tulevilla raskauden aikaisten komplikaatioiden riski on suurempi verrattuna saman ikäisiin uudelleen synnyttäjiin. Iän kasvaessa riski raskauden aikaiseen diabetekseen, kohonneeseen veranpaineeseen ja pre-eklapsiaan lisääntyvät. (Sainio ym. 2010.) Riskit istukan toiminnan ongelmiin, keskenmenoon, ennenaikaiseen synnytykseen, keisarileikkaukseen, lapsen pieneen syntymäpainoon ja perinataalikuolemaan kasvavat. (Gissler ym. 2009; Johnson & Tough 2012.) Yli 40-vuotiaalla on kaksinkertainen riski saada joku näistä edellä mainituista raskauskomplikaatioista verrattuna 20–29-vuotiaisiin. Ikä lisää riskiä myös äitiyskuolemiin. Lisäksi ikä vaikuttaa synnytykseen niin, että synnytyksen käynnistäminen, operatiiviset alatiesynnytykset ja sektiot ovat yleisempiä ikääntyneempien naisten keskuudessa. (Sainio 2010.) (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Yhteenveto: Naisen ikääntyminen ja riskien lisääntyminen

NAISEN IÄN KASVU LISÄÄ RISKIÄ		
RASKAUS	SIKIÖ	ÄITI
<ul style="list-style-type: none"> • istukan toiminnan ongelmat • keskenmeno • ennenaikainen synnytys • keisarileikkaus 	<ul style="list-style-type: none"> • pieni syntymäpaino • perinataalikuolleisuus • kromosomipoikkeavuudet 	<ul style="list-style-type: none"> • raskausdiabetes • kohonnut RR • pre-eklampsia • äitiyskuolema

Ikä lisää kromosomipoikkeavuuksien esiintyvyyttä. Näistä yleisin on Downin syndrooma. Myös 13. ja 18. trisomioiden riski kasvaa iän myötä. (Sainio ym. 2010.) 43-vuotiailla naisilla munasoluista yli 90 % on kromosomiltaan epänormaaleja (Väestöliiton ... 2006). Noin kaksi kolmesta keskenmenosta johtuu kromosomipoikkeavuudesta, minkä vuoksi ikä lisää riskiä keskenmenoon (Sainio ym. 2010).

Miehen iän vaikutus raskauteen ja syntyvään lapsen terveyteen

Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään isän korkeasta ja kasvavasta iästä käsitettä "advanced paternal age". Varsinaista suomenkielistä vastinetta ilmaisulle ei ole, mutta termillä viitataan 30-vuotiaisiin tai vanhempiin isiin. (Miller 2011.) Miehen iän kasvun on todettu lisäävän riskiä lapsen pieneen syntymäpainoon (Reichmen & Teitler 2006). Slama ym. (2004) mukaan miehen iän kasvu lisää riskiä spontaaneihin keskenmenoihin. Pre-eklampsia ja sikiökuolemat ovat yleisempiä naisilla, joiden puoliso on yli 35-vuotias, ja keisarileikkaukset ovat puolestaan yleisimpiä niillä naisilla, joiden puoliso on yli 40-vuotias (Sartorius & Nieschlag 2010). (Taulukko 2.)

Miehen iän kasvun myötä epämuodostumien riski kasvaa esimerkiksi 13. ja 18. kromosomin trisomiaan ja Klinefelterin oireyhtymään (de Souza, Morris Eurocat Working Group 2010 Niemen 2011 mukaan). Yhdessä nai-

sen korkean iän kanssa riski Downin syndroomaan kasvaa (Fisch ym. 2003 Niemen 2011 mukaan). Miehen vanhemmalla iällä on todettu olevan vahva yhteys lapsen skitsofreniaan sairastumiseen. Iän kasvulla on huomattu olevan yhteyttä myös lapsikuolleisuuteen niin raskausaikana kuin lapsen ensimmäisinä elinvuosina ja miehen korkea ikä lisää myös lapsen itsemurhariskiä myöhemmällä iällä. (Miller 2011.) Iän kasvu on yhteydessä myös lapsen suurentuneeseen riskiin sairastua autismiin, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, epilepsiaan, diabetekseen ja syöpään (Sartorius & Nieschlag 2010). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Yhteenveto: Miehen ikääntyminen ja riskien lisääntyminen

MIEHEN IÄN KASVU LISÄÄ RISKIÄ		
RASKAUS	SIKIÖ	LAPSI
<ul style="list-style-type: none"> • spontaani keskenmeno • pre-eklampsia • keisarileikkaus 	<ul style="list-style-type: none"> • sikiökuolemat • epämuodostumat • 13. ja 18. kromosomin trisomiat • Klinefelterin oireyhtymä • Downin syndrooma 	<ul style="list-style-type: none"> • pieni syntymäpaino • diabetes • epilepsia • syöpä • autismi • mielenterveyden häiriöt

YHTEENVETO

Lukuiset erilaiset tekijät vaikuttavat niin miehen kuin naisen hedelmällisyyteen, naisen raskaaksi tulemiseen, raskauteen ja synnytykseen. Tässä artikkelissa tarkasteltiin vain iän vaikutusta, sillä ikä on lahjomaton tekijä vaikuttamassa mm. hedelmällisyyteen. Naisen ja miehen ikä vaikuttaa myös raskauteen, sikiöön, synnytykseen ja lapseen lisäten monia riskitekijöitä. Voidaan sanoa, että lapset, tai ainakin se ensimmäinen, kannattaa hankkia naisen ollessa alle 30-vuotias, mieluusti huomattavasti alle 30-vuotiaana. Miehen ikään ei tässä kohden ole kiinnitetty yhtä paljon huomiota kuin

naisen. Tiedetään, että myös miehen iän nouseminen yli 30 vuoden lisää vuosi vuodelta riskejä liittyen mm. sperman laatuun ja sitä kautta naisen hedelmöittymiseen, raskauteen ja sikiöön. Iän tuomiin muutoksiin voidaan mm. terveellisillä elämäntavoilla vaikuttaa, mutta joka tapauksessa jonain päivänä hedelmällisyys vain päättyy.

LÄHTEET

- American Society for Reproductive Medicine. 2012. Age and Fertility – A Guide for Patients. (Ohjekirja)
- Balasz, J. & Gracós, E. 2011. Delayed Childbearing: Effects on Fertility and the Outcome of Pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy* 29 (4), 263–273.
- Eurostat. 2015. Mean age of women at childbirth. Päivitetty 28.9.2015. Luettu 8.6.2016. <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00017&plugin=1>
- Gissler, M. 2017. Loppuvatko lapset Suomesta? *Kätilölehti* 122(3) 16–18.
- Gissler, M., Klemetti, R., Lammi-Taskula, J. & Miettinen, A. 2009. Lastenhankinnan lykkääminen. Teoksessa J. Lammi-Taskula, S. Karvonen & S. Ahlström (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 70–76.
- Johnson, J. & Tough, S. 2012. Delayed Child-Bearing. *SOCG Committee Opinion* (271), 80–93.
- Jokimaa, V. 2006. Koeputkihedelmöityshoitojen välittömät komplikaatiot. *Katsausartikkeli. Duodecim* 122, 434–440.
- Kaukoranta, S. & Suikkari, A-M. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. *Suomen Lääkärilehti* 67 (26-31), 2065–2071.
- Klemetti, R., Gissler, M., Lammi-Taskula, J. & Miettinen, A. 2014. Lastenhankinnan ajoitus. Teoksessa J. Lammi-Taskula & S. Karvonen (toim.). *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 170–181.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.). 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. *THL Opas 33/2014*. Helsinki: THL.
- Miettinen, A. & Rotkirch, A. 2008. Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet, *Perhebarometri 2008*. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. *Katsauksia E* 34.
- Miller, B. 2011. Paternal Age, Psychosis and Mortality. The Northern Finland 1966 Birth Cohort, Helsinki 1951–1960 Schizophrenia Cohort and Finnish Nonaffective Psychosis Cohort. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Moilanen, J. 2016. Miehen iän vaikutus fertiliteettiin ja lapsen terveyteen. Väestöliiton klinikat Oy. <http://gynekologiyhdistys.fi/wp-content/uploads/2016/02/moilanen.pdf> (Luettu 19.9.2016.)

Niemi, K. 2011. Yliopisto-opiskelijoiden suhtautuminen hedelmällisyys-neuvontaan ja lastenhankintaan – Pilottitutkimus. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Reichman, N. & Teitler, J. 2006. Paternal age as a risk factor for low birthweight. *American Journal of Public Health* 95(5), 862–866. https://www.researchgate.net/profile/Julien_Teitler/publication/7207136_Paternal_Age_as_a_Risk_Factor_for_Low_Birthweight/links/54ed99e10cf28f3e6535dbf8/Paternal-Age-as-a-Risk-Factor-for-Low-Birthweight.pdf

Rothman, K., Wise, L., Sørensen, H., Riis, A., Mikkelsen, E. & Hatch, E. 2013. Volitional Determinants and Age-related Decline in Fecundability: A General Population Prospective Cohort Study in Denmark. *Fertility and Sterility* 99 (7), 1–15.

Sainio, S., Klemetti, R., Hemminki, E. & Gissler, M. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. *Suomen Lääkärilehti* 65 (39), 3129–3134.

Sartorius, G.A. & Nieschlag, E. 2010. Paternal Age and Reproduction. *Human Reproduction Update* 16 (1), 65–79.

Sharma, R., Agarwal, A., Rohra, V., Assidi, M., Abu-Elmagd, M., & Turki, R. 2015. Effects of Increased Paternal Age on Sperm Quality, Reproductive Outcome and Associated Epigenetic Risks to Offspring. *Reproductive Biology and Endocrinology* 35 (13). <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12958-015-0028-x>

Slama R., Bouyer J., Windham G., Fenster L., Werwatz A. & Swan S. 2004. Influence of Paternal Age on Spontaneous Abortion. *American Journal of Epidemiology* 161 (9), 816–823.

Suomen virallinen tilasto. 2014. Syntyneiden määrä väheni edelleen. Tilastokeskus. Julkaistu 8.4.2014. Luettu 8.6.2016. http://www.stat.fi/til/synt/2013/synt_2013_2014-04-08_fi.pdf

Söderström-Anttila, V. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen infertiliteetti. *Suomen lääkäri-lehti* 65 (39), 3123–3128.

Suomen tilastollinen vuosikirja 2015. Helsinki: Tilastokeskus.

Unkila-Kallio, L. & Ranta, V. 2012. Raskaus ei ole alkanut – milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin? Katsausartikkeli. *Lääkärilehti* 67 (26–31), 2059–2064.

Virtala, A. 2007. Family Planning among University Students in Finland. University of Tampere. Medical School. Academic Dissertation. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy-Juvenes Print. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67708/978-951-44-6888-9.pdf?sequence=1>

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Helsinki: Väestöliitto.

8 Ylipainon vaikutukset nuorten ja nuorten aikuisten lisääntymisterveyteen

Anna Niskanen, terveydenhoitaja (AMK)
Jouni Tuomi, FT, yliopettaja, terveyden edistäminen, Tampereen
ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tässä artikkelissa tarkastellaan tutkittua tietoa ylipainon ja lihavuuden vaikutuksista nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveydelle. Tietämys ylipainon riskeistä on tutkimusten mukaan heikkoa nuorten keskuudessa. Naisen hedelmällisyyttä heikentää erityisesti ylipaino, mutta ylipaino vaikuttaa myös miehen hedelmällisyyteen.

Ylipainoisen naisen aika raskauden alkamiseen on kaksinkertainen verrattuna normaalipainoiseen. Ylipainoisilla on useammin ovulaatiohäiriöitä kuin muilla naisilla. Anovulaatioon liittyy epäsäännöllisiä kuukautiskiertoja, jopa kuukautisten poisjääntiä. Lihavuuden arvioidaan vaikuttavan myös munasolujen ja alkuiden laatuun sekä kohdun limakalvoon. Miesten ylipainoisuuden on todettu heikentävän sperman laatua. Miehen lihavuuteen liittyy mm. seerumin pienentynyt testosteronipitoisuus, mikä voi selittää siittiöiden tuotannon vähentymistä. Ylipaino vaikuttaa siittiöiden liikkuvuuteen sekä lisää DNA-vaurioita. Pääosin jokaisessa ylipainon vaikutuksia hedelmällisyyteen käsittelevässä tutkimuksessa todettiin nuorten ylipainon olevan riskitekijä lisääntymisterveydelle sekä aikuisena jopa lapsettomuudelle.

ABSTRACT

We will describe research-based knowledge of risks of overweight to young people's reproductive health in this article. The challenge is the knowledge of the risks of overweight among young people is weak. There is evidence that female fertility is decreased by overweight as well as also male fertility might decrease by overweight.

The overweight women's time for getting pregnant is twice as high as the normal weight women. Obesity may increase the risk of irregular menses and anovulation. Anovulation involves irregular menstrual cycles, even omission of

menstruation. Obesity is also expected to affect the quality of eggs and embryos as well as the uterine mucosa. Obese men are more likely to exhibit a reduction in semen quality than the normal weight men. Obesity in men may be associated with changes in testosterone levels. Low sperm counts and low sperm motility and increased DNA damages in sperm have been found more often in overweight and obese men than in the normal weight men. Almost every study found young people's overweight as a risk factor to sexual and reproductive health and even childlessness in adulthood.

JOHDANTO

Suomalaisista aikuisista yli puolet on vähintään ylipainoisia. Suomalaisten nuorten ylipaino on lisääntynyt kolminkertaisesti edellisessä neljässä vuosikymmenessä. (Lihavuuden yleisyys Suomessa 2015.) Lasten ja nuorten liikkuminen on vähentynyt, sekä ruoka-annosten koko on suurentunut ja napostelukulttuuri on yleistynyt. Keho saa enemmän energiaa verrattuna siihen, kuinka paljon se kuluttaa. Tästä johtuu lihominen. Ylipainolla ja lihavuudella on monia erilaisia terveyshaittoja. Yksi niistä on seksuaali- ja lisääntymisterveyden riskit.

Nuorten tyttöjen ja poikien tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ovat heikentyneet jokaisella opiskeluasteella Suomessa (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Selvityksen (Tuomi & Äimälä 2017a) pohjalta vaikuttaa siltä, että yläkoululaisilla painon, ruuan ja ruokailutottumusten merkitys seksuaali- ja lisääntymisterveyteen on epäselvempää kuin nautintoaineiden ja seksiin liittyvän riskikäyttäytymisen merkitys. Myös lukiolaisilla (Tuomi ym. 2017) ja ammattikoululaisilla (Tuomi & Äimälä 2017b) elintapojen, erityisesti painon ja ruokavalion merkitys seksuaali- ja lisääntymisterveyteen, on suhteellisen hataraa.

Tutkimuksista, joissa tutkitaan ylipainon vaikutusta hedelmällisyyteen, nousee esille ylipainon ja lihavuuden aiheuttamia hormonaalisia muutoksia, hedelmöitymisongelmia tai lapsettomuutta tulevaisuudessa sekä muita sairauksia. Terveyteen vaikuttava käytös nuoruudessa vaikuttaa myöhempiin riskeihin sairastua elämäntapoihin liittyviin sairauksiin (Gungor ym. 2013). Ylipainon ja lihavuuden on todettu lisäävän lisääntymisterveyden riskejä sekä naisilla että miehillä (Jokela ym. 2007). Ylipaino voi olla yhtä tärkeä riskitekijä hedelmällisyyden laskulle, niin kuin se on suuremmalle kuolleisuudellekin (Jokela ym. 2008).

Tässä artikkelissa kuvataan tutkittua tietoa ylipainon ja lihavuuden vaikutuksista nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveydelle. Tarkastelu lähtee liikkeelle yleisestä tietämyksestä ylipainon riskeistä seksuaali- ja lisääntymisterveydelle, jonka jälkeen tarkastellaan yksityiskohtaisemmin ylipainon ja lihavuuden merkitystä naisten ja miesten hedelmällisyyteen.

Artikkeli perustuu Niskanen A. 2016 'Ylipainon vaikutukset nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Pidä sukusolusi terveinä'. (opinnäytetyö, terveydenhoitaja (AMK); www.theseus.fi).

YLEINEN TIETÄMYS YLIPAINON AIHEUTTAMISTA RISKEISTÄ SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDELLE

Tietämys ylipainon aiheuttamista riskeistä seksuaali- ja lisääntymisterveydelle on heikkolaatuista monen tutkimuksen mukaan. Gungorin ym. (2013) tutkimuksessa todetaan nuorten olevan tavallisesti tietämättömiä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä riskeistä. Sen takia he osallistuvat helposti riskialttiisiin tapoihin elämässä. Cardozo ym. (2013) kertovat myös heidän tutkimukseen osallistujilla olevan vähän tietämystä ylipainon vaikutuksista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Jotkut tutkimukseen osallistuneista eivät tunnista omaa ylipainoisuuttaan, eivätkä tiedä omaa painoindeksiään (Cardozo ym. 2013).

Ylipainoisten tietämys ylipainon vaikutuksista myös raskauteen on Chuangin ym. (2010) tutkimuksen mukaan rajoittunutta. Monet tutkimukseen osallistujat kieltävät ylipainon olevan merkittävä tekijä raskaudenajan riskeille. Monella osallistujalla ei ole tarpeeksi tietoa siitä, miten ylipainoa tulee hallita oikeilla tavoilla ennen raskautta, välttääkseen raskausajan riskit. Monet näistä ylipainoisista naisista kuitenkin ajattelee laihduttamisen olevan suositeltavaa ennen raskautta. Laihduttamisen tärkeyden syy on kuitenkin monen mielestä se, että ylipainoinen nainen välttäisi ylimääräisten raskauskilojen tuomaa epämukavuutta. Tutkimukseen osallistujilla on myös hormonaalisen ehkäisyn huolena ainoastaan ylimääräinen lihominen. (Chuang 2010.)

NAISTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN VAIKUTUKSET LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN

Heikentynyt hedelmällisyys

Ylipainon ja lihavuuden on todettu olevan yhteydessä heikentyneeseen hedelmällisyyteen (Jokela ym. 2007; Jokela ym. 2008; Anderson ym. 2010; Cardozo ym. 2013; Opray ym. 2015; Stern 2015; Kemilä 2016). Ylipaino, johon liittyy suuri rasvakudospitoisuus keskivartalon alueella, voi aiheuttaa muuttunutta estrogeenin eli naishormonin aineenvaihduntaa, insuliiniresistenssiä, hyperinsulinemiaa, oligomenorreaa eli harventuneita kuukautisia tai anovulaatiota eli munasolun kypsymisen puuttumista sekä kohdun limakalvon alhaista pH-pitoisuutta (Anttila 2008; Jungheim ym. 2012; Koskela-Koivisto ym. 2012; Sharma ym. 2013). Nämä sairaukset vaikuttavat negatiivisesti naisen hedelmällisyyteen. (Wise ym. 2010.) Tosin samaisen tutkimuksen (Wise ym. 2010) mukaan pelkällä vyötärön ympärysmittalla sekä vyötärö-lantiosuhdemittalla on kuitenkin lopulta lähes mitätön yhteys naisen hedelmällisyyteen. Sabouchin ym. (2014) tutkimuksessa kerrotaan ennen mahdollista raskautta kertyvän ylipainon olevan yhteydessä hedelmällisyyden laskuun. Hedelmättömyyden riski siis kasvaa ylipainoisilla naisilla (Cardozo ym. 2013).

Ylipaino on riskitekijä myös munasarjojen monirakkulataudille, joka aiheuttaa hedelmättömyyttä (Jokela ym. 2007; Sabouchi ym. 2014). Munasarjojen monirakkulataudin oireet jaotellaan hedelmällisyyden häiriöihin sekä kliinisiin oireisiin. (Jones ym. 2011.) Hedelmällisyyden häiriöillä tarkoitetaan tässä oligomenorreaa sekä anovulaatiota (Jones ym. 2011; Cardozo ym. 2013). Munasarjojen monirakkulataudilla on yhteys hedelmällisyyden laskuun sekä oligo-ovulaatioon (Sabouchi ym. 2014). Taudin kliinisiin oireisiin sisältyy hyperandrogenismioireet, joita ovat mieshormonien lisääntymisen takia syntyvät hirsutismi, akne sekä kaljuuntuminen, metabolinen oireyhtymä sekä insuliiniresistenssi. Hirsutimien tunnuspiirteitä ovat ylimääräinen karvankasvu poskissa, ylähuulen päällä, leuassa, kaulassa, rinnassa, käsissä, alaselässä, takareisissä, bikinirajassa, jaloissa ja alavatsalla. (Jones ym. 2011.) Munasarjojen monirakkulatauti voi aiheuttaa insuliiniresistenssin puhkeamisen (Sabouchi ym. 2014). Myös testosteronipitoisuus kasvaa munasarjojen monirakkulatautia sairastavalla naisella. Munasarjojen monirakkulataudin oireet alkavat usein kuukautisten alkamisen aikoihin. (Jones ym. 2011.)

Ylipainon vaikutus solutasolla

Lihavilla naisilla on todettu olevan korkeat pitoisuudet rasvasoluja sekä tulehdussoluja munasoluja ympäröivässä nesteessä. Kohonnut painoindeksi vaikuttaa insuliinin, laktaatin, triglyseliridin ja C-reaktiivisen proteiinin pitoisuuden suurentumiseen (Wise ym. 2010). Gungorin ym. (2013) tutkimuksessa kerrotaan androgeenien eli mieshormonien muuttuvan rasvasoluissa estrogeeneiksi eli naishormoneiksi. Tämä ylimääräinen estrogeeni estää follikkelia stimuloivan hormonin eritystä naisilla. (Gungor ym. 2013.) Kohonnut painoindeksi vähentää sukupuolihormoneja sitovan globuliinin määrää. Suuri rasvasolujen määrä ja tulehdussolujen läsnäolo munasolujen lähellä voivat vaikuttaa negatiivisesti munasolun kehittymiseen. (Wise ym. 2010.)

YLIPAINON VAIKUTUS RASKAAXI TULEMISEEN, RASKAUDEN TUNNISTAMISEEN, RASKAUSKOMPLIKAATIOIHIN TAI LASTEN LUKUMÄÄRÄÄN TULEVAISUUDESSA

Naisilla, joilla on korkea painoindeksi, mahdollinen raskaaksi tuleminen kestää pidempään verrattuna normaalipainoisiin (Wise ym. 2010). Anttilan (2008) tutkimuksen mukaan ylipainoisen naisen aika raskauden alkamiseen on kaksinkertainen verrattuna normaalipainoiseen. Wisen ym. (2010) tutkimuksessa todetaan myös vähintään 15 kilogramman painonnousun 17 ikävuodesta lähtien vaikuttavan raskaaksi tulemiseen viivästyttämällä sitä. Mitä suurempi painonnousu on 17 ikävuodesta lähtien, sitä heikompi hedelmällisyys on. Vastaavasti korkeintaan neljän kilon painonnousulla ei todettu olevan merkitystä raskauden alkamisen viivästytykseen. (Wise ym. 2010.) Katsotaan, että painon nousulla ja implantaatiolla on negatiivinen yhteys. Hedelmöittynyt munasolu ei kiinnity kohdun limakalvoon. (Zeinab ym. 2015; Sharma ym. 2015.) Todellista riskiä on vaikea arvioida, koska keskenmeno tapahtuu ennen kuin nainen havaitsee olevansa raskaana (Jungheim ym. 2012).

Ylipaino viivästyttää alkuraskauden tunnistamista. Tämä voi aiheuttaa painonnousun riskin suurentumisen mahdollisen raskauden alussa, sillä alkuraskauden hoito jää huomaamatta pois. (Sabounchi ym. 2014.) Cardozan ym. (2013) mukaan raskauskomplikaatioiden riski kasvaa ylipainon myötä.

Ylipaino aiheuttaa epäsäännöllisiä kuukautisia (Cardoza ym.2013). Jonesin ym. (2011) tutkimukseen osallistuneista kuukautishäiriöistä karsivistä nuorista monet seksuaalisesti aktiiviset olivat huolissaan siitä, että voivat tulla huomaamatta raskaaksi kuukautishäiriöiden vuoksi. Ei-toivotujen raskauksien riski on suurempi ylipainoisilla naisilla normaalipainoisiin naisiin verrattuna. Yksi syy tähän on ehkäisyn käytön vähäisyys ylipainoisten naisten keskuudessa. (Chuang ym. 2010.) Kuitenkin Jokela ym. (2008) toteavat tutkimuksessaan, että lihava nainen saa normaalipainoiseen naiseen verrattuna epätodennäköisemmin lapsia. Korkea painoindeksi on saman tutkimuksen mukaan yhteydessä siihen, että toivottua lapsilukua ei tulevaisuudessa saavuteta. (Jokela ym. 2008, 889.) Myös Jokelan ym. (2007) tutkimuksessa kerrotaan korkean painoindeksin omaavilla ihmisillä olevan 30–40 prosenttia vähemmän lapsia kuin normaalipainoisilla. Ylipainoisten nuorten naisten todetaan saavan noin 5 prosenttia ja lihaviin nuorten naisten 24 prosenttia vähemmän lapsia tulevaisuudessa verrattuna naisiin, jotka ovat olleet normaalipainoisia nuoruudessaan. (Jokela ym. 2007.)

MUITA RISKEJÄ, JOILLA ON MERKITYSTÄ HEDELMÄLLISYYTEEN JA RASKAUTEEN

Korkea painoindeksi kohottaa myös riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, diabetekseen sekä verenpainetautiin (Wise ym. 2010; Cardoza ym 2013; Sabounchi ym. 2014). Cardozon ym. (2013) tutkimuksessa todetaan ylipainoon liittyvän myös suurentunut riski sairastua rintasyöpään ja kohdusyöpään.

MUTTA TOISAALTA...

Nuoruudessa oleva korkea kehon painoindeksi eli BMI on yhteydessä aikaisempaan kuukautisten alkamisikään Jokelan ym. (2007) tutkimuksen mukaan. Tutkimuksessa todetaan kuitenkin näillä naisilla olevan korkeampi hedelmällisyys verrattuna niihin naisiin, joiden kuukautiset eivät ole alkaneet aikaisella iällä. Tutkimus antaa tälle ilmiölle selityksenä sen, että aikaisin sukukypsäksi tulleet tytöt voivat aloittaa seksuaalisen ja aviollisen suhteen aikaisemmin kuin normaalisti kypsyvät tytöt, joten heillä voi olla enemmän lapsia aikuisena, jolloin heidän hedelmällisyyden tulkitaan olevan korkeampi. (Jokela ym. 2007)

MIESTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN VAIKUTUS HEDELMÄLLISYYTEEN

Ylipaino on miesten keskuudessa yleisempää kuin naisten Gungorin ym. (2013) tutkimuksen mukaan. Miehen ylipaino vaikuttaa myös hedelmällisyyteen (Anderson ym. 2010; Gaikwad 2015). Miesten ylipaino aiheuttaa fertiilitietin heikkenemistä alentamalla testosteronipitoisuutta, mikä voi selittää siittiöiden tuotannon vähentymistä (Anttila 2008; Sharma ym. 2013; Zeinab ym. 2015) ja heikentämällä sperman laatua (Wise ym. 2010; Gungor ym. 2013). Koska androgeenit muuttuvat ylimääräisissä rasvasoluissa estrogeeneiksi, tämä ylimääräinen estrogeeni estää testosteronin eritystä miehillä. (Gungor ym. 2013.) Myös Eisenbergin ym. (2013) tutkimuksessa todetaan testosteronin muuttumisen estradioliksi johtavan epänormaaliin testosteroniin. Miehillä, joilla painoindeksi on yli 25 kg/m², on lisääntynyt riski erektiohäiriöille sekä huonontuneeseen sperman laatuun (Jokela ym. 2007, 603). Eisenberg ym. (2013) toteavat ylipainon vaikuttavan siittiöiden tuotantoon. Korkea painoindeksi on yhteydessä alhaiseen ejakulointimäärään, alhaiseen siemennesteen konsentraatioon (oligospermia), eli kuinka monta siittiötä on yhdessä millilitrassa siemennestettä, sekä alhaiseen siittiöiden kokonaismäärään. Sharman ym. (2013) ja Zeinabin ym. (2015) tutkimuksen mukaan ylipaino lisää DNA-vaurioita spermassa. Muiden siemennesteen tekijöiden heikentymisellä ei ole Eisenbergin ym. (2013) mukaan yhteyttä ylipainoon ja rasvakudoksen määrään.

Lihavilla miehillä on 19 kertaa korkeampi riski siemennesteen kokonaissiittömäärän laskulle verrattuna normaalipainoiseen. Myös oligospermia on yleisempää silloin, kun painoindeksi on kohonnut. Vyötärön ympärysmitta on yhteydessä siittiöiden kokonaismäärään lineaarisesti. Mitä suurempi vyötärön ympäryys on, sitä pienempi siittiöiden kokonaismäärä on. Vyötärön ympäryksen ollessa yli 101,6 cm, riski oligospermialle on seitsemänkertainen normaalipainoiseen verrattuna. Ylimääräinen vatsanalueen rasvakudos voi myös eristää kivespussuja ja samalla aiheuttaa kivesten lämpötilan kohoamista. (Eisenberg ym. 2013.) Jokelan ym. (2008) tutkimuksessa todetaan miesten korkean painoindeksin vaikuttavan siihen, että tulevaisuudessa saadaan todennäköisemmin vähemmän lapsia, kuin mitä on toivottu, verrattuna normaalipainoisiin miehiin.

YHTEENVETO

Jokaisessa tässä katsauksessa mukana olleessa tutkimuksessa todettiin ylipainolla olevan heikentäviä vaikutuksia lisääntymisterveyteen tavalla tai toisella. Ylipaino vaikuttaa sekä naisten että miesten hedelmällisyyteen. Kuitenkin yhdessä tutkimuksessa kerrotaan ylipainolla olevan myös positiivinen vaikutus hedelmällisyyteen aikaistamalla kuukautisen alkamisikää ja mahdollistamalla täten useamman lapsen saamisen. Tulosten pohjalta nousee esille ohjauksen ja neuvonnan tärkeys, kun pyritään vaikuttamaan nuoriin ja nuoriin aikuisiin, jotta he pitäisivät lisääntymisterveydestään huolta.

LÄHTEET

- Anderson, K., Norman, R.J. & Middleton, P. 2010. Preconception lifestyle advice for people with subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008189.pub2/full>
- Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. *Duodecim* 24 (21), 2438–2442.
- Cardozo, E., Dune, T., Neff, L., Brocks, M., Ekpo, G., Barnes, R. & Marsh, E. 2013. Knowledge of Obesity and its Impact on Reproductive Health Outcomes among Urban Women. *Community health* 38, 261–267.
- Chuang, C., Velott, D. & Weisma, C. 2010. Exploring Knowledge and Attitudes Related to Pregnancy and Preconception Health in Women with Chronic Medical Conditions. *Maternal Child Health Journal* 14, 713–719.
- Eisenberg, M., Kim, S., Chen, Z., Sundaram, R., Schisterman, E. & Louis, G. 2013. The Relationship between Male BMI and Waist Circumference on Semen Quality: Data from the LIFE Study. *Human Reproduction* 29(2), 193–200.
- Gaikwad, M. 2015. Fertility: Assessment and Treatment. Evidence Summaries. Joanna Briggs Institute (JBI).
- Gungor, I., Rathfisch, G., Beji, N., Yarar, M. & Karamanoglu, F. 2013. Risk-Taking Behaviours and Beliefs about Fertility in University Students. *Journal of Clinical Nursing* 22, 3418–3427.
- Jokela, M., Elovainio, M. & Kivimäki, M. 2008. Lower Fertility Associated with Obesity and Underweight: the US National Longitudinal Survey of Youth. *The American Journal of Clinical Nutrition* 88, 886–893.
- Jones, G., Hall, J., Lashen, H., Balen, A. & Ledger, W. 2011. Health-Related Quality of Life among Adolescents with Polycystic Ovary Syndrome. *JOGNN* 40, 577–588.
- Jokela, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Viikari, J., Raitakari, O. & Keltikangas-Järvinen, L. 2007. Body Mass Index in Adolescence and Number of Children in Adulthood. *Epidemiology* 5 (18).

Jungheim, E.S., Travieso, J.L., Carson, K.R. & Moley, K.H. 2012. Obesity and reproductive function. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 39 (4), 479–93.

Kemilä, T. 2016. Lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien naisten näkemyksiä painonhallinnan, ravitsemuksen ja liikunnan vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. (Pro Gradu).

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2013. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33. Helsinki; Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Koskela-Koivisto, T., Juuti, A. & Tiitinen, A. 2012. Lihavuusleikkaus ja lisääntymisterveys. *Duodecim* 128 (3), 259–265.

Lihavuuden yleisyys Suomessa. 2015. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 1.10.2015 www.thl.fi

Opray, N., Grivell, R.M., Deussen, A.R. & Dodd, J.M. 2015. Directed preconception health programs and interventions for improving pregnancy outcomes for women who are overweight or obese. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010932.pub2/epdf/standard>

Sabounchi, A., Hovmand, P., Osgood, N., Dyck, R. & Jungheim, E. 2014. A Novel System Dynamics Model of Female Obesity and Fertility. *American Journal of Public Health* 104 (7), 1240–1246.

Sharma, R., Biedenharn, K.R., Fedor, J.M. & Agarwal, A. 2013. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology* 11 (66). <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7827-11-66>

Stern, J. 2015. Preconception Health and Care: A Window of Opportunity. Uppsala University, Disciplinary Domain of Medicine and Pharmacy, Faculty of Medicine, Department of Public Health and Caring Sciences, Caring Sciences. (Väitöskirja)

Tuomi, J., Wessman, V. & Äimälä, A-M. 2017. Seksuaali- ja lisääntymisterveys -asennekysely lukiolaisille 2015. (Selvitys). Teoksessa J. Tuomi & A-M. Äimälä (toim.) Viisaat valinnat (julkaistaan syksy 2017 aikana)

Tuomi, J. & Äimälä, A-M. 2017a. Seksuaali- ja lisääntymisterveys -asennekysely yläkoululaisille 2015. (Selvitys). Teoksessa J. Tuomi & A-M. Äimälä (toim.) Viisaat valinnat (julkaistaan syksy 2017 aikana)

Tuomi, J. & Äimälä, A-M. 2017b. Seksuaali- ja lisääntymisterveys -asennekysely ammattikoululaisille 2015. (Selvitys). Teoksessa J. Tuomi & A-M. Äimälä (toim.) Viisaat valinnat (julkaistaan syksy 2017 aikana)

Wise, L., Rothman, K., Mikkelsen, E., Sørensen, H., Riis, A. & Hatch, E. 2010. An Internet-Based Prospective Study of Body Size and Time-to-Pregnancy. *Human Reproduction* 30, 253–264.

Zeinab, H., Zohreh, S. & Samadaee Gelekolae, K. 2015. Lifestyle and Outcomes of Assisted Reproductive Techniques: A Narrative Review. *Global Journal of Health Science* 7 (5), 11–22.

9 Äidin raskaudenaikainen vajaaravitsemus

Karoliina Kallio, terveydenhoitaja (AMK)

Jouni Tuomi, FT, yliopettaja, terveyden edistäminen, Tampereen
ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Äidin raskauden aikainen aliravitsemus ei ole vain kehitysmaiden ongelma, vaan myös kehittyneiden maiden. Sillä on kansanterveydellisesti merkittäviä seurauksia, koska sillä on moninaisia vaikutuksia syntyvän lapsen terveyteen. Äidin raskaudenaikainen vajaaravitsemus voi aiheuttaa lapselle sekä välittömiä että myöhemmin ilmeneviä terveysriskejä. Välittömiä vaikutuksia ovat sikiön kasvun heikkeneminen sekä rakenteelliset muutokset, kuten huuli- ja kitalakihalkiot sekä munuaisten häiriintynyt kehitys. Myöhemmin ilmeneviä vaikutuksia ovat lisääntynyt riski aineenvaihdunnan häiriöihin, sydän- ja verisuonisairauksiin sekä diabetekseen. Lisäksi äidin raskauden aikainen vajaaravitsemus lisää mm. jälkikasvun oman raskauden komplikaatioiden riskiä.

ABSTRACT

Maternal malnutrition during pregnancy is not only the problem in developing countries, but also in developed ones. It has remarkable consequences for public health, because it has many affects to child's health in many different ways. Maternal malnutrition during pregnancy can affect immediate and later emerging risks to child's health. Maternal malnutrition during pregnancy causes intrauterine growth restriction and low birth weight as well as structural abnormalities. It increases the risk of metabolic and cardiovascular diseases and diabetes later in life. Maternal malnutrition during pregnancy will increase among other things also the risk of complications of pregnancy among own offspring.

JOHDANTO

Sikiön kasvu on geeneissä ohjelmoitua, mutta myös ulkoisilla tekijöillä, kuten raskausajan ravitsemuksella on pitkäaikaisia vaikutuksia syntyvän lapsen terveyteen ja hyvinvointiin (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013; WHO 2016). Ravitsemuksen voidaan ajatella olevan kohdun merkittävien ympäristötekijä (Erkkola & Virtanen 2013).

Naisen ravitsemustila vaikuttaa jälkikasvun terveyteen jo ennen raskautta fertiili-iässä. Ravitsemukseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota hyvissä ajoin ennen suunnitellun raskauden alkua, sillä sikiön ravitsemus ja kasvu määräytyvät ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana pääosin naisen raskautta edeltäneen ravitsemustilan pohjalta. Esimerkiksi naisen rasvahappo- ja folaattivarastot vaikuttavat jo ensimmäisinä raskausviikoina tapahtuvaan alkionkehitykseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Sadat tutkimukset eri puolilta maailmaa ovat todistaneet yhteyden pienen syntymäpainon ja suurentuneen kroonisten sairauksien riskin välillä (Barker ym. 2002; Eriksson 2013; WHO 2016). Pieni syntymäpaino ei kuitenkaan aina ole seurausta äidin heikosta ravitsemuksesta, sillä myös esimerkiksi äidin tupakointi ja istukan toiminnan häiriöt voivat heikentää sikiön kasvua (Keski-Kohtamäki 2015; Stefanovic 2015). Lisäksi sikiön kasvun hidastumaa ja pientä syntymäpainoa voidaan pitää heikkoina vajaan ravitsemuksen indikaattoreina. Lieväkin raskaudenaikainen vajaan ravitsemus voi nimittäin muodostaa uhan syntyvän lapsen terveydelle ilman, että se näkyy pienenä syntymäpainona. (WHO 2016.)

Vaikka länsimaissa ravitsemustilanne on hyvä, voivat ravintoaineet äidin ruokavaliossa jakautua epätasaisesti ja sikiön kannalta epäsuotuisasti (Barker ym. 2002). Euroopassa kasvavan huolenaiheen muodostaakin fertiili-ikäisten naisten yli- ja aliravitsemuksen päällekkäinen esiintyminen (WHO 2016).

Tässä artikkelissa kuvataan äidin raskaudenaikaisen vajaan ravitsemuksen aiheuttamia seurauksia jälkikasvun terveydelle. Vajaan ravitsemuksen määritelmä ei ole yksiselitteinen, mutta sen katsotaan aina olevan seurausta riittämättömästä tai virheellisestä ravinnonsaannista (Orell-Kotikangas ym. 2014). Vajaan ravitsemuksella tarkoitetaan tässä artikkelissa yhden tai useamman energia- tai suojaravintoaineen vajetta tai ruuasta saadun kokonaisenergiämäärän puutteellisuutta kehon tarpeisiin nähden. Artikkelin perustuu Kallio K. 2017. 'Äidin raskaudenaikainen vajaan ravitsemus -Kauskantonen uhka lapsen terveydelle. (Opinnäytetyö, terveydenhoitaja (AMK); www.theseus.fi)

VAJAARAVITSEMUS ON MYÖS KEHITTYNEIDEN MAIDEN HAASTE

On arvioitu, että kehittyneiden maiden väestöstä jopa 20–60 prosenttia kärsii vajaaravitsemuksesta (Orell-Kotikangas ym. 2014). Lisäksi vajaaravitsemuksen aiheuttaminen terveydenhuollon kustannusten on arvioitu olevan kaksinkertaiset lihavuuden aiheuttamiin kustannuksiin nähden (Torpström 2015).

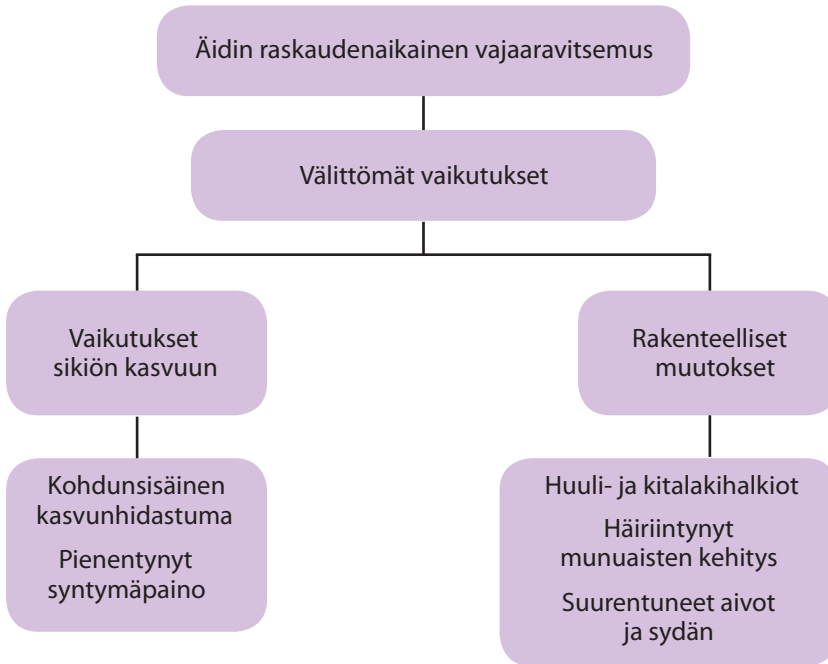
Vajaaravitsemus jää usein piiloon ylipainon alle (Orell-Kotikangas ym. 2014). Lihavat ja ylivavitut raskaana olevat naiset voivat olla samanaikaisesti aliravittuja ja kärsiä useiden ravintoaineiden puutteesta. Tämä samanaikainen yli- ja aliravitsemustila on seurausta energiarikkaasta ja ravintoköyhästä ruokavaliosta. On jopa todennäköistä, että ylipaino tai lihavuus ja suojaravinteiden puute esiintyvät päällekkäin. Kyseinen yhdistelmä saattaa johtaa vakaviin yhteiskunnallisiin seuraksiin sen ylisukupolvisuuden vuoksi. On havaittu, että painoindeksin kohotessa suojaravinteiden, kuten raudan, folaaatin, jodin sekä C- ja D-vitamiinin puutosten todennäköisyys kasvaa. Syy suojaravinteiden puutokseen on usein yhtenevä raskaana olevalla ja lihavalla: Vähäinen suojaravinteiden saanti tai imeytyminen yhdessä ravintoaineiden tarpeen kasvun kanssa. Rasvakudoksen ylimäärä lisää vitamiinien tarvetta, sillä rasvakudos ”takavarikoi” rasvaliukoisia vitamiineja. Tällöin keho ei pysty hyödyntämään niitä tarpeeksi. Erityisesti lihaviin raskaana olevien naisten D-vitamiinipuutoksen riski on suurentunut. (WHO Regional Office for Europe 2016.)

VAJAARAVITSEMUKSEN VÄLITTÖMÄT VAIKUTUKSET

Äidin raskaudenaikaisen vajaaravitsemuksen välittömiä vaikutuksia on tutkittu sekä ihmisillä mm. nälänhätään liittyen että eläinkokein. Välittömät vaikutukset voidaan eritellä sikiön kasvua heikentäviin vaikutuksiin ja rakenteellisiin muutoksiin liittyviin riskitekijöihin.

Äidin raskaudenaikainen vajaaravitsemus lisää sikiön kasvun hidastumista eli IUGR:n sekä pienentyneen syntymäpainon riskiä (Painter ym. 2006; Landgraf ym. 2008; Long ym. 2009). Rakenteelliset muutokset, kuten munuaisten häiriintynyt kehitys ja heikentynyt toiminta (Long ym. 2009; Huang ym. 2014; Wood-Bradley ym. 2015), huuli- ja kitalakihalkiot (Jia ym.

2011; Kalaskar ym. 2012) sekä suurentuneet aivot ja sydän (Long ym. 2009) voivat olla seurausta äidin raskaudenaikaisesta vajaaravitsemuksesta. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Äidin raskauden aikaisen vajaaravitsemuksen välittömät vaikutukset lapsen terveyteen

Kuten äidin raskauden aikaisia välittömiä vaikutuksia myös myöhemmin ilmeneviä vaikutuksia jälkikasvun terveyteen on tutkittu liittyen nälänhätään ja eläinkokein. Myöhemmin ilmenevät vaikutukset voidaan karkeasti jakaa aineenvaihduntahäiriöiden -, sydän- ja verisuonitautien -, diabeteksen riskitekijöihin ja muihin terveysterveisiin.

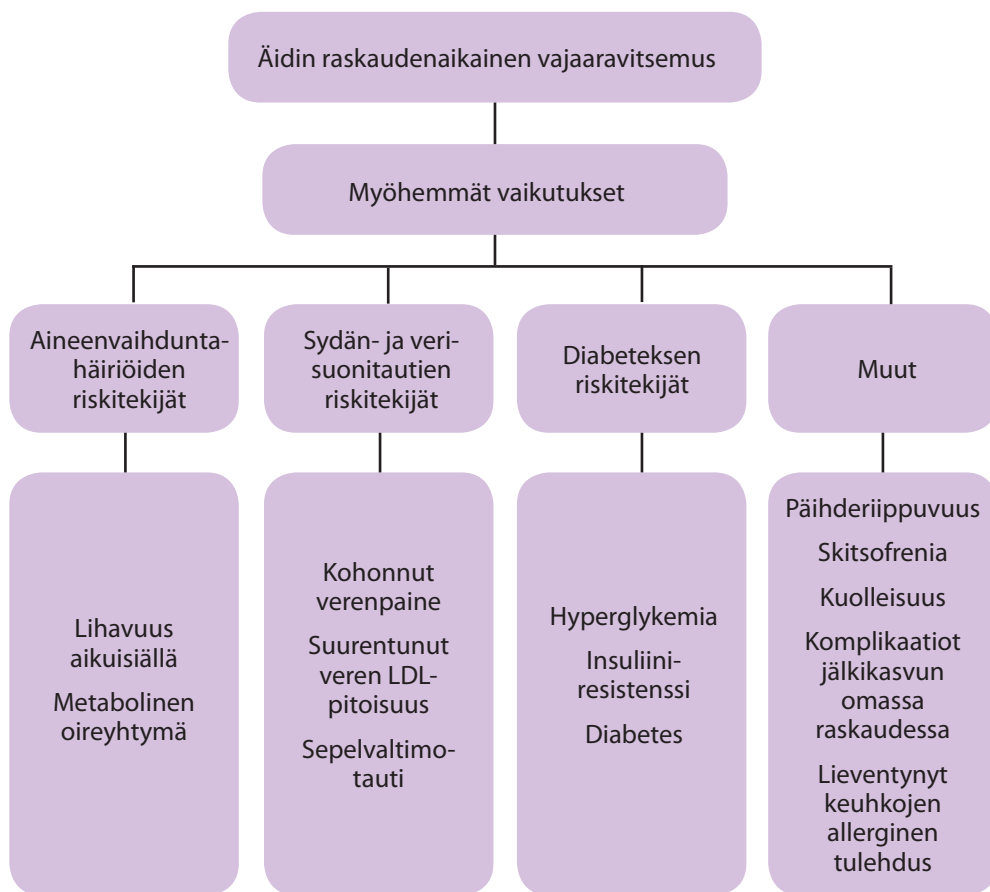
Äidin raskaudenaikainen vajaaravitsemus lisää jälkikasvun riskiä sairastua metaboliseen oireyhtymään (El Hajj ym. 2014; Wood-Bradley ym. 2015). Lihavuuden riski on suurentunut jo lapsuudessa, jos äidin vajaaravitsemus on ajoittunut alkua- tai keskiraskauteen. Loppuraskaudessa äidin vajaaravitsemukselle altistuminen näyttää pienentävän lapsuusajan lihavuuden riskiä (Huang ym. 2007). Eläinkokeissa on havaittu ristiriitaisia tuloksia painon ja rasvaprosentin suhteen (van Straten ym. 2012; Sellayah ym. 2014).

Äidin raskaudenaikainen vajaaravitsemus lisää jälkikasvun sydän- ja verisuonitauteihin sairastumisen riskiä ja aikaistaa sepelvaltimotaudin puhkeamista (Painter ym. 2006; El Hajj ym. 2014). Lisäksi se on yhteydessä kohonneeseen veranpaineeseen sekä suurentuneeseen veren LDL-kolesterolipitoisuuteen (Painter ym. 2006; van Straten ym. 2012; Sellayah ym. 2014; Wood-Bradley ym. 2015).

Sikiöaikana äidin vajaaravitsemukselle altistuminen suurentaa diabeteksen, insuliiniresistenssin sekä hyperglykemian riskiä etenkin, jos se yhdistyy aikuisuudessa runsasrasvaiseen ja runsassokeriseen ruokavalioon (Painter ym. 2006; Li ym. 2010; van Straten ym. 2012; El Hajj ym. 2014; Sellayah ym. 2014; Wood-bradley ym. 2015). Runsa-rasvainen ruokavalio aikuisiässä lisää myös systolisen veranpaineen nousua entisestään (Sellayah ym. 2014).

Muita myöhemmin ilmeneviä vaikutuksia ovat mm. päihderiippuvuuden ja skitsofrenian suuremmat riskit (Franzek ym. 2008; El Hajj ym. 2014). Luonnollisiin ja ulkoisiin syihin liittyvä kuolleisuus on sikiöaikana äidin vajaaravitsemukselle altistuneilla suurempaa (Ekmper ym. 2015). Äidin raskauden aikaisella vajaaravitsemuksella on sukupolven yli ulottuva vaikutus, sillä se voi lisätä komplikaatioiden riskiä jälkikasvun omassa raskaudessa (Musha ym. 2011).

Landgrafin ym. (2008) tutkimuksesta selviää, että raskaudenaikainen vajaaravitsemus voi vaikuttaa jälkikasvun terveyteen myös myönteisesti. Tutkijat havaitsivat, että raskaudenaikainen vajaaravitsemus lieventää jälkeläisten keuhkojen allergista tulehdusta. Huang ym. (2007) havaitsivat, että äidin vajaaravitsemuksen ajoittuminen kolmanteen trimesteriin vähensi lapsuusajan lihavuuden riskiä. Kuvioon 2 on koottu äidin raskaudenaikaisen vajaaravitsemuksen aiheuttavat myöhemmin ilmenevät vaikutukset.



Kuvio 2. Äidin raskaudenaikaisen vajaaravitsemuksen myöhemmin ilmenevät vaikutukset jälkikasvun terveyteen.

ÄIDIN RASKAUDEN AIKAISEN VAJAARAVITSEMUKSEN AJOITTUMISEN MERKITYS RASKAUDEN ERI VAIHEISSA

Äidin raskauden aikaisen vajaaravitsemuksen ajoittuminen raskauden eri vaiheissa (ensimmäinen, toinen tai kolmas trimester) vaikuttaa lapsen terveyteen eri tavoin. Alkuraskaus on merkityksellisin vaihe sikiön kehityksessä äidin vajaaravitsemuksen näkökulmasta, mutta myös kahden muun vaiheen aikana äidin vajaaravitsemuksella on merkittäviä seuraamuksia. Taulukkoon 1 on koottu eri altistumisajankohtien seuraukset jälkikasvun terveydelle. Taulukkoon on koottu vain ne terveysriskit, joiden ajoittumiselle raskauden eri vaiheissa on havaittu merkitys.

Taulukko 1. Äidin raskauden aikaisen vajaaravitsemuksen ajoittumisen merkitys raskauden eri vaiheissa

	alkuraskaus	keski-raskaus	loppu-raskaus
Sydän- ja verisuonitaudit (El Hajj ym. 2014)	X		
Sepelvaltimotauti (Painter y. 2006)	X		
Suurentunut veren LDL-pitoisuus (Painter ym. 2006)	X	X	X
Hyperglykemia (Painter ym. 2006)	X	X	X
Lihavuus lapsuudessa (Huang ym. 2007)	X	X	
Lisääntynyt kuolleisuus luonnollisiin ja ulkoisiin syihin (Ekamper ym. 2015)	X		
Alkoholi- ja huumeriippuvuus; miehet (Franzek ym. 2008)	X		
Pienentynyt syntymäpaino (Painter ym. 2006;)		X	X

LOPUKSI

Kohdunsisäisen ja syntymänjälkeisen ravitsemuksellisen ympäristön erilaisuus ja epäsopivuus saattavat vaikuttaa tarttumattomien sairauksien riskin luonteeseen ja vakavuuteen. Sikiöaikainen vajaaravitsemus yhdistettynä syntymänjälkeisen ravitsemuksen yltäkylläisyyteen voi vaikuttaa pysyvästi endokriiniseen järjestelmään sekä metaboliseen tasapainoon (WHO Regional Office for Europe 2016). Sikiön ohjelmoinnin seuraukset ovat erityisen haitallisia silloin, kun laiha vastasyntyneestä kasvaa vauraisa oloissa ylipainoinen aikuinen (Eriksson 2013).

Tässä artikkelissa esitetyt tulokset vahvistavat käsitystä, jonka mukaan vajaaravitsemuksella on merkittäviä kansanterveydellisiä seuraamuksia. Liiallisesta energiansaannista ja samanaikaisesta riittämättömästä ravintoaineiden saannista johtuva vajaaravitsemus muodostaa uudenaikaisen huolenaiheen Euroopassa. Sille alttiina ovat etenkin lihavat fertiili-ikäiset naiset alhaisista sosioekonomisista ryhmistä. Asetelma lisää terveyden eriarvoista jakautumista väestössä, millä on taipumus siirtyä sukupolvelta

toiselle. (WHO Regional Office for Europe 2016.) Lisäksi vaikuttaa siltä, että äidin vajaravitsemukselle altistuminen sikiöaikana yhdistettynä länsimaiseen, runsaasti tyydyttyynyttä rasvaa ja sokeria sisältävään ruokavalioon aikuisiällä vaikeuttaa jo lisääntyneiden terveysriskien ilmenemistä.

LÄHTEET

- Barker, D., Eriksson, J., Forsén, T. & Osmond, C. 2002. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *International Journal of Epidemiology* 31 (6), 1235–1239.
- El Hajj, N., Schneider, E., Lehnen, H. & Haaf, T. 2014. Epigenetics and life-long consequences of an adverse nutritional and diabetic intrauterine environment. *Reproduction* 148 (6), 111–120.
- Ekamper, P., van Poppe, F., Stein, A., Bijwaard, G. & Lumey, L. 2015. Prenatal Famine Exposure and Adult Mortality from Cancer, Cardiovascular Disease, and Other Causes Through Age 63 Years. *American Journal of Epidemiology* 181 (4), 271–279.
- Eriksson, J. 2013. Raskausajan ravinto – avain hyvään terveyteen. *Suomen Lääkärilehti* 68 (6), 379.
- Erkkola, M. & Virtanen, S. 2013. Suositeltavat ruokavalinnat raskauden aikana. *Suomen Lääkärilehti* 68 (10), 739–745.
- Franzek, E., Sprangers, N., Janssens, A., Van Duijn, C. & Van De Wetering, B. 2008. Prenatal exposure to the 1944–45 Dutch ‘hunger winter’ and addiction later in life. *Addiction* 103 (3), 433–438.
- Huang, J., Lee, T. & Lu, M. 2007. Prenatal Programming of Childhood Overweight and Obesity. *Maternal & Child Health Journal* 11 (5), 461–473.
- Jia, Z-L., Shi, B., Chen, C-H., Shi, J-Y., Wu, J. & Xu, X. 2011. Maternal malnutrition, environmental exposure during pregnancy and the risk of non-syndromic orofacial clefts. *Oral Diseases* 17 (6), 584–589.
- Kalaskar, R., Kalaskar, A., Naqvi, F., Tawani, G. & Walke, D. 2012. Prevalence and Evaluation of Environmental Risk Factors Associated With Cleft Lip and Palate in a Central Indian Population. *Pediatric Dentistry* 35 (3), 279–283.
- Keski-Kohtamäki, R. 2015. Päähteet ja raskaus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) *Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos*. Helsinki: Edita, 439–450.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 29*. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino.
- Landgraf, M., Landgraf, R., Jancar, S. & Fortes, Z. 2008. Influence of age on the development of immunological lung response in intrauterine undernourishment. *Nutrition* 24 (3), 262–269.

- Li, Y., He, Y., Qi, L., Jaddoe, V., Feskens, E., Yang, X., Ma, G. & Hu, F. 2010. Exposure to the chinese famine in early life and the risk of hyperglycemia and type 2 diabetes in adulthood. *Diabetes* 59 (10), 2400–2406.
- Long, N., Vonnahme, K., Hess, B., Nathanielsz, P. & Ford, S. 2009. Effects of early gestational undernutrition on fetal growth, organ development, and placentomal composition in the bovine. *Journal of Animal Science* 87 (6), 1950–1959.
- Musha, Y., Itoh, S., Miyakawa, M., Ohtsuji, M., Hanson, M., Kinoshita, K. & Takeda, S. 2011. Vascular, renal and placental effects on pregnant offspring of protein-restricted rat dams. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research* 37 (4), 343–351.
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. 2014. Sairaalapotilaan vajaanavitsemuksen havaitseminen ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 130 (21), 2231–2238.
- Painter, R., de Rooij, S., Bossuyt, P., Simmers, T., Osmond, C., Barker, D., Bleker, O. & Roseboom, T. 2006. Early onset of coronary artery disease after prenatal exposure to the Dutch famine. *The American Journal of Clinical Nutrition* 84 (2), 322–327.
- Sellayah, D., Dib, L., Anthony, F., Watkins, A., Fleming, T., Hanson, M. & Cagampang, F. 2014. Effect of maternal protein restriction during pregnancy and postweaning high-fat feeding on diet-induced thermogenesis in adult mouse offspring. *European Journal of Nutrition* 53 (7), 1523–1531.
- Stefanovic, V. 2015. Pre-eklampsia ja korkea verenpaine. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) *Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6., uudistettu painos.* Helsinki: Edita. 422–430.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2016. *Syödään yhdessä -ruokasuositukset lapsiperheille.* Tampere: Juvenes Print.
- Torpström, J. (haastattelu) 2015. Haastattelija Korhonen, M. Valtaosa vajaanavituista potilaista jää tunnistamatta. *Terveys ja talous* 78 (5), 10–12.
- Van Straten, E., Bloks, V., van Dijk, T., Baller, J., Huijkman, N., Kuipers, I., Verkade, H. & Plösch, T. 2012. Sex-dependent programming of glucose and fatty acid metabolism in mouse offspring by maternal protein restriction. *Gender Medicine* 9 (3), 166–179.
- Wood-Bradley, R., Barrant, S., Giot, A. & Armitage, J. 2015. Understanding the role of maternal diet on kidneys development: an opportunity to improve cardiovascular and renal health for future generations. *Nutrients* 7 (3), 1881–1905.
- World Health Organization. 2013. *Essential Nutrition Actions. Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition.* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 2016. *Good Maternal Nutrition. The best start in life.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

10 Viisaat valinnat - terveenä raskaaksi

Elina Botha, TtM, kättilötyön lehtori, Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Viivästettyyn vanhemmuuteen, eli lasten hankinnan lykkäämiseen liittyy terveystorjuntariskejä, mutta myös riski tahattomaan lapsettomuuteen. Viivästetyn vanhemmuuden ollessa tietoinen valinta, tulee valinnan tehneillä olla tietoa siitä, kuinka pitää yllä hyvää terveyttä. Raskauteen valmistautuminen kannattaa aloittaa riittävän aikaisin. Tähän valmistautumiseen kuuluu elämäntapakorjaukset niin, että syöminen, aktiivisuus, lepo ja stressi ovat tasapainossa. On olemassa erilaisia syitä, miksi terveyttä edistävien valintojen tekeminen on vaikeaa ja niistä on terveysalan ammattilaisen oltava tietoisia. Ammattilaisten tehtävä on antaa oikea-aikaista ohjausta ja tietoa nuorille, jotka viivästävät tai suunnittelevat raskautta.

ABSTRACT

Delayed parenthood, intentionally postponing having children, proposes health risks but also a risk for involuntary infertility. When delayed parenthood is a conscious decision, should the individual have knowledge, how to maintain good health during the delaying period. Preparations for pregnancy should be given sufficient time. Preparations include lifestyle adjustments in order that eating, activity, rest and stress levels are in good balance. There are different reasons why the lifestyle adjustments are experienced as challenging, which the health care professional should be aware of. The duty of the health care professional is to give timely guidance and facts to the young adults who delay or plan for pregnancy.

VIIVÄSTETTY VANHEMMUUS – UHKA HEDELMÄLLISYYDELLE?

Viivästetyn vanhemmuuden (eng. delayed parenthood) trendi on kasvava niin Suomessa, kuin muissakin kehittyneissä maissa (Mill ym. 2016). Yhteiskunnalliset tekijät, kuten koulutuksen hankkiminen, uralla eteneminen ja taloudellinen varmuus ovat tavallisimpia syitä lykätä perheen perustamista. Laadukkaat ja luotettavat ehkäisymenetelmät ovat myös lisänneet perhesuunnittelun hallintaa. Oli syy mikä tahansa, on sillä kansantervey-

dellisiä ja -taloudellisia seurauksia. Vanhemmuutta lykkäävien pitää olla tietoisia lykkäämisen vaikutuksista hedelmällisyyteensä ja kauaskantoisesti myös tulevien lastensa terveyteen. Tilanteissa, jossa lasten hankintaa lykätään, korostuu hyvän terveyden ylläpitäminen. Ikä itsessään heikentää hedelmällisyyttä, puhumattakaan ikä yhdistettynä ylipainoon tai johonkin perussairauteen. Terveysammattilaisten vastuulla on välittää tietoa hedelmällisyydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä ja auttaa lieventämään lykkäämiseen liittyviä riskejä.

Viivästetty vanhemmuus tulisi ottaa osaksi muiden terveyserojen kaventamista ja erityisesti kun pohditaan perhepolitiikan kehittämistä varhaiselle vanhemmuudelle suotuisammaksi. Vanhemmuuttaan viivästävien tulisi saada tehdä tietoisia valintoja. Tarvitaan kokonaisvaltaista lisääntymisterveyden edistämisen strategiaa, joka mahdollistaa yksilölliset, yhteisölliset ja väestölliset lähestymistavat viivästetyn vanhemmuuden ehkäisyyn.

Jos pariskunta tietää jo, että he toivovat useamman kuin yhden lapsen, on heidän tärkeä aloittaa ajoissa. Naisen hedelmällisyys laskee jo 30-vuotiaana ja jopa huomattavasti 35-vuotiaana. Miehenkin iällä on merkitystä hedelmällisyydelle. Jos toiveena on 3 lasta, ensimmäinen olisi hyvä saada alulle jo nuorena! Tästäkin asiasta pariskunnan pitää olla tietoisia ja puhua keskenään, ettei tule yllätyksiä.

PESÄNRAKENNUS JO ENNEN RASKAUTTA

“Preconception nesting” eli pesänrakennus ennen raskautta tarkoittaa tietoisia elämäntapa- ja ravitsemusvalintoja, joita tehdään 3–4 kuukautta ennen raskaaksi tuloa. Usein naisen ja hänen kohtunsa terveys tulee ajan-kohtaiseksi vasta raskauden saatua alkunsa. Äidin ja lapsen terveys ovat synonyymisia. Pesänrakennus ennen raskautta tulisi olla kaksiosainen: Yhtenä optimaalisen ravitsemusympäristön takaaminen tulevalle lapselle ja toisena perheen terveet elämäntavat.

Ennen raskautta on hyvä pohtia terveyttä kokonaisvaltaisesti ja tehdä suunnitelma terveyden edistämiseksi. Terveys vaatii sitoutumista ja tunnollisuutta, mutta voi palkita helpompana raskausaikana, sujuvana synnytyksenä ja terveenä lapsena. Pesänrakennus valmistaa äidin kehoa raskauteen ja tekee kohdusta lapselle terveellisen alkuympäristön elämälle. (Satter-Maloy 2016.)

Tulevaan raskauteen kannattaa muutenkin valmentautua etukäteen. Tulevien vanhempien yhdessä olemisen ja puhumisen taito ovat tärkeitä, mutta sen lisäksi tarvitaan käytännön tekoja. Oma terveys kannattaa optimoida, ennen raskauden yrittämistä. Säännölliset ateriat, ulkoilu, liikkuminen ja uni ovat terveyden perusta. Raskaaksi haluavan on vältettävä säteilyä, kemikaaleja, pölyä ja ympäristön estrogeenejä (esim. muovit). Alkoholi ja liiallinen kofeiinin saanti kuuluvat jo ennen raskautta vältettävien listalle. Terveys kannattaa kunnostaa ennen ovulaatiotestien ostamista.

TIEDON SAANTI ENNEN RASKAUTTA

Yhdysvalloissa on tutkittu jo vuosia sitten, että ennen raskautta annettava terveysneuvonta (eng. preconception counseling) on oleellisen tärkeää (Williams ym. 2011). Oikein ajoitettu terveysneuvonta jo ennen raskautta edistää naisten ja vastasyntyneiden terveyttä. Laadukas neuvonta edesauttaa terveyden säilymistä hyvänä koko raskausajan. Silti harvat naiset saavat terveysneuvontaa ennen raskaaksi tuloaan. Terveenä raskaaksi -teema tulisikin integroida osaksi nuorten terveystalviteita, rutiineiksi.

TUNTEET ENNEN RASKAUTTA

Ambivalentit tunteet lapsen hankinnan suhteen ovat normaaleja. Tosin voi olla, että harvemmillä on vanhemmuuden suhteen todella epävarmoja tunteita, kuin mitä yleisesti luullaan.

Pinquartin ym. (2010) mukaan epävarmuus vanhemmuutta kohtaan korostuu niillä nuorilla, jotka eivät pidä vanhemmuutta tärkeänä ja jotka arvostavat hyvää toimeentuloa. Epävarmuutta vanhemmuutta kohtaan lisää se, että toinen osapuoli ei suhtaudu vanhemmuuteen positiivisesti. Osa nuorista kokee, että yhteiskunnan tuki vanhemmuudelle on puutteellista.

Epävarmuus korostuu, jos elämän muut tavoitteet ovat ristiriidassa lasten hankkimisen suunnitelmien suhteen, jos vanhemmat ovat tietoisia vanhemmuuden hinnasta ja jos toinen osapuoli ei osaa päättää hankitaanko lapsia vai ei. Näistä epävarmuuksista on mahdollista päästä yli mm. keskustelemalla.

Yhteiskunnan tuki vanhemmuudelle vähentää epävarmoja tunteita vanhemmuuden suhteen. Huolestuttavinta on, jos pariskunta lykkää päätöstään lasten hankkimisesta epävarmojen tunteidensa takia. Usein pää-

töksenteko selkeytyy ajan kanssa, mutta riskinä on tällöin hedelmällisten vuosien hupeneminen. Päätöksentekoa odottaessa hedelmällisyys katoaa ja lapsiluku jää vähäiseksi, ellei olemattomaksi.

Matka vanhemmaksi muuttaa sekä tulevaa äitiä, että isää. Naisen keho käy läpi suuria muutoksia raskauden aikana samalla kun hän valmistautuu uuteen rooliinsa henkisesti. Pariskunnan täytyy samalla tavalla käydä läpi muutosta siirtyessään pariskunnasta vanhemmiksi. Kuka tekee mitä vauvan synnyttyä? Kuinka voidaan säilyttää hyvä ja tasapainoinen suhde vanhempien välillä? Kuinka muutos nuoresta parista saadaan sujuvasti lapsen vanhemmiksi? Uusi status korostuu myös muiden ympärillä olevien ihmisten silmissä. Pariskunnalle voi olla stressaavaa tasapainoilla uuden vastuun ja entisten elämäнкуvioiden välillä. Puhumattakaan tasapainoilua muutoksessa suhteessa muihin ihmisiin. (Brotherson, 2007.)

RAVITSEMUS ENNEN RASKAUTTA

Tavallinen arkiruoka on hedelmällisen terveyden perusta. Ravitsemus kannattaakin muuttaa raskaudelle optimaaliseksi 3–4 kk ennen raskauden alkamista, kenties jopa 6kk aiemmin. Sikiön varhainen ravitsemusympäristö luodaan jo ennen raskautta. Monissa tutkimuksissa on todettu, että monipuolinen ruokavalio on hyväksi, sekä hedelmöittymisen optimoimiseksi, että kohtuympäristönä sikiölle. Tavoitteena on, että sikiö oleskelee kohdussa, joka on hyvin ravittu. Painonhallinta korostuu raskauden suunnitteluvaiheessa, sillä normaali paino auttaa välttämään erilaisia raskauden aikaisia sairauksia, kuten pre-eklampsiaa ja raskausdiabetesta.

Tämän lisäksi raskautta yrittäville suositellaan foolihapon ja d-vitaamiinin käyttöä lisäravinteena. Foolihappo, ravinnossa nimellä folaatti, on mukana solujen rakentamisessa ja ehkäisee mm. sikiön kehityshäiriöitä. Foolihappo on hyödyllistä myös miehelle, koska sillä on vaikutuksia siemennesteen laatuun. Täysjyväviljat, kasvikset ja hedelmät sisältävät folaattia. Foolihappolisän ottaminen päivittäin kuuluu raskauteen valmistautumiseen. Foolihappolisä aloitetaan raskautta suunniteltaessa noin kaksi kuukautta ennen ehkäisyn poisjättämistä ja jatketaan 12. raskausviikon loppuun. Sopiva foolihappomäärä on 400 mikrogrammaa vuorokaudessa. Lisäksi runsaasti folaattia sisältävä ruoka on tärkeä jo raskautta suunniteltaessa ja koko raskauden ajan. (THL 2017.)

On paljon äitejä, jotka eivät käytä foolihappolisää ohjeiden mukaan. Syiksi on kerrottu, ettei sille koeta tarvetta tai raskaus oli yllätys. Hyvä terveysterveysneuvonta lisäsi foolihappolisän käyttöä, kun naiset ymmärsivät sen käytön tarpeellisuuden (Bixestine ym. 2015). Tietoutta foolihapon hyödyistä tarvitaan lisää.

D3-vitamiinilisän käyttäminen säännöllisesti on raskautta yrittäville hyödyllistä. D-vitamiinilisää suositellaan kaikille raskaana oleville ympäri vuoden 10 mikrogrammaa vuorokaudessa. D-vitamiinia tarvitaan mm. kalsiumin imeytymiseen ja sikiön luuston kehittymiseen. D-vitamiinin kokonaissaannin turvallinen yläraja on 50 mikrogrammaa/vrk. Luontaistuotteiden omatoimista käyttöä kannattaa varoa, sillä niiden haitoista ja hyödyistä raskautta yrittäville on vain vähän luotettavaa tietoa. (THL 2017.)

Terveellinen ravitsemushan on yksinkertainen asia, vai onko? Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että terveellinen syöminen koetaan usein liian hankalana, sillä se vaatii vaivannäköä. Työtä pidetään myös esteenä terveelliselle syömiselle, samoin perheen miellyttämistarpeita. Syömistottumuksia ei haluta muuttaa. Ravitsemusta pidetään ylipäätään sekavana, eikä terveellistä ruokaa nähty maukkaana vaihtoehtona epäterveelliselle. (Bonnesen ym. 2013.)

Naisilla, joilla on äärimmäisen korkea BMI ennen raskautta, on enemmän raskauskomplikaatioita ja heidän vastasyntyneet vauvansa kärsivät makrosomiasta, synnytyskomplikaatioista ja joutuvat usein synnyttyään tehohoitoon. (Bonnesen ym. 2013.) Normaaliin painoon kannustaminen, jo ennen raskautta on avainasemassa. On helpompaa tasapainoilla kuin pudottaa painoa.

FYYSINEN AKTIIVISUUS ENNEN RASKAUTTA

Fyysiseen aktiivisuuteen kannustaminen ja auttaminen tukevat raskauden ajan normaalia painonnousua. Normaaliin painonnousuun kannattaa kannustaa ja tukea kaikkia raskaana olevia BMI:n lähtötasosta huolimatta. Liikkumattomuus eli fyysisen aktiivisuuden puute oli ainoa tekijä, joka oli yhteydessä painonnousuun yli suositusten (Merckxi ym. 2015). Sopiva, kohutuullinen liikunta ja aktiivisuus itselle iloa tuottavalla tavalla jo raskauden suunnitteluvaiheessa edistää tulevan raskauden terveyttä. Liiallinen raskas

ja intensiivinen harjoittelu heikentää hedelmällisyyttä, eikä ole suositeltavaa raskauden aikanakaan. (Satter-Maloy 2016.)

Fyysisen aktiivisuuden esteinä on pidetty väsymystä, ajanpuutetta, perheen tarpeiden priorisointia, säätä, työtä, syntymättömän lapsen vahingoittumista, hintaa, saatavuutta, omaa loukkaantumista ja esim. pyöräteiden puuttumista (Da Costa ym. 2015). Ammattilaisten on hyvä tiedostaa nämä esteet, jotta ne voidaan ottaa puheeksi jo raskauden suunnitteluvaiheessa.

MUOVEILLE ALTISTUMINEN ENNEN RASKAUTTA

BPA (Bisphenol A) ja ftalaattit ovat muovissa esiintyviä kemikaaleja jotka mm. häiritsevät ihmisen hormonitoimintaa ja heikentävät hedelmällisyyttä. BPA:ta käytetään polykarbonaatti- ja epoksihartsimuovien rakennusaineena ja sitä löytyy muovisista tuotteista. Ftalaatteja käytetään muovin pehmentämiseen ja samoin kuin BPA:ta, niitä saadaan lähinnä ravinnosta.

Ennen raskautta tutkittiin, onko miesten ja naisten virtsan sisältämän BPA:n ja 14 eri ftalaatin yhteyttä lapsen syntymäkokoan. Todettiin, että vanhemmilla, joilla oli virtsassa BPA:ta ja tiettyjä ftalaatteja, oli yhteys lyhyempiin raskausaikoihin ja pienipainoisiin vastasyntyneisiin. Tulokset olivat kuitenkin yksilöllisiä. (Smarr ym. 2015.) Tietoisuus muovien vaikutuksista terveyteen on lisääntymässä ja jatkotutkimuksia tarvitaan.

STRESSI ENNEN RASKAUTTA

Stressin hallinta ja sen opettelu ennen raskautta edistää raskaaksi tuloa ja raskauden ajan terveyttä. Erilaiset rentoutusmenetelmät rauhoittavat elimistön fyysistä- tai psyykkistä reaktiota stressiin. Rentoutusmenetelmien avulla saadaan verenpaine laskemaan, syke rauhoittuu, lihasjännitys laukeaa ja stressihormonitasot laskevat. Stressinhallintaa varten on hyödyllistä myös opetella ja hakea erilaisia selviytymiskeinoja, kuten tunteiden ilmaisu, päiväkirjan pitäminen ja sosiaalinen tuki.

Stressin vaikutuksista naisen kokonaisterveyteen on tehtävä lisää tutkimuksia. Ennen hedelmöitymistä olevalla stressillä (eng. preconception stress) näyttäisi olevan yhteys synnytysongelmiin. Stressinhallinta jo ennen hedelmöitymistä on tärkeää ja voi jopa vähentää synnytyskomplikaatioita. (Witt ym. 2014.)

Mihin ihmisellä on kiire? Suorittamaan suorittamistako? Kumpikin omissa projekteissa? Onko terveyttä ylläpitävä liikuntakin muuttunut ilotomaksi suorittamiseksi? Lepo on tärkeää ja uni palauttaa voimat. Levossa voi tapahtua enemmän kuin kiireessä. Läheisyyteen on vaikea hypätä kiireestä suoraan. Hedelmällisimmät vuodet voivat kiireessä hävitä ja mennä ohi.

AJANKÄYTTÖ JA RIIPPUVUUDET ENNEN RASKAUTTA

Mihin pariskunta käyttää aikaansa? Onko päivissä tilaa joutilaisuudelle, olemiselle vaan? Käytetäänkö paljon aikaa sosiaalisen median syvyyksiin tuijottelemiseen sen sijaan, että katsottaisiin toiseen ihmiseen? Sosiaalisessa mediassa tapahtuu koko ajan jotain ja on tärkeää pysyä ajassa ja tapahtumissa mukana. Mitä tapahtuu, ellei ole kaikessa mukana? Älylaitteet ovat tulleet jäädäkseen, eikä niiden käytöstä tarvitse tuntea huonoa omatuntoa. Tärkeämpää on tulla tietoiseksi omasta laitteiden käyttötavastaan ja sen vaikutuksista ympäröiviin ihmisiin. Omaa älylaiteriippuvuuttaan kannattaa pohtia ennen raskautta. Vauvalle varhaisen vuorovaikutuksen perustana on katsekontakti vanhempaan ja hänen kanssaan seurustelu kauan ennen puhumisen opettelua. Vastasyntynyt on riippuvainen aikuisen kokonaisvaltaisesta huomiosta. (Angelov & Hannula 2016.) Luova joutilaisuus puhuu tulevan lapsen puolesta. Rauhoittumisessa on tilaa uudelle elämälle. Yhdessä olemista voi harjoitella, käydä kävelyillä ja puhua. Kun lapsi on syntynyt, on elämässä hänelle jo tehty tilaa.

Riippuvuuksien toteaminen ja niiden hallinta tekevät niin ikään tilaa tulevalle lapselle. Päihteiden käyttö kannattaa järkeistää. Alkoholit ja raskaus, puhumattakaan alkoholi ja vanhemmuus, ovat huonoja yhdistelmiä. Tupakointi on haitallista raskaudelle ja sikiölle. Tupakointi myös tuhoaa hedelmällisyyttä. Munasarjat ja niissä koko naisen elämän ajan mukana kulkevat munasolut vanhenevat jopa kymmenen vuotta tupakoitsijalla. Penis vanhenee myös tupakoinnin vaikutuksesta. Tupakointi heikentää ääreisverenkiertoa. Tupakointi heikentää sukusolujen laatua. (Kovac ym. 2015.) Ainoastaan laadukkailla soluilla saadaan aikaan terve raskaus ja terveitä lapsia.

TERVE RASKAUS VOI OLLA VALINTA

Miksi pariskunta on yhdessä? Tätä kannattaa heitä kannustaa yhdessä pohtimaan pitkin matkaa. Lapsettomuus on nykypäivänä monilla tietoinen valinta, kaikki eivät halua lapsia. Huonojen elämäntapavalintojen ei kannata kuitenkaan antaa päättää heidän puolestaan. Lapsen toivomisen, yrittämisen ja ilman olemisen tulisi aina olla pariskunnan oma valinta. Terve raskaus on mahdollisuus ja siihen edellytykset kasvavat, jos jo valmistautumis- ja suunnitteluvaiheessa on tasapainoisen terveyden edellyttämät korjausliikkeet tehty. Raskauteen valmistautuminen on myös pariskunnalle hyvän motivaation aikaa, mikä on hyvä mahdollisuus ottaa vastaan terveyden edistämisen sanoma ja tehdä asioille jotain.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 2016. LT, naistentautien ja synnytysten sekä lisääntymislääketieteen erikoislääkäri & Paavilainen, M. psykologi, psykoterapeutti ja seksuaalineuvoja. Haastattelu 11.10.2016. Haastattelija Botha, E. Hedelmöityshoitoklinikka Ovumia. Tampere.
- Angelov, A. & Hannula, L. 2016. Uhkaako älypuhelin varhaista vuorovaikutusta? Kättilölehti (5), 22–23.
- Bixenstine, P.J., Cheng, T.L., Cheng, D., Connor, K.A. & Mistry, K.B. 2015. Association Between Preconception Counseling and Folic Acid Supplementation Before Pregnancy and Reasons for Non-Use. *Maternal and Child Health Journal* 19, 1974–1984.
- Bonnesen, B., Secher, N.J., Moller, L.K., Rasmussen, S., Andreasen, K.R. & Renault, K. 2013. Pregnancy Outcomes in a Cohort of Women with a Preconception Body Mass Index > 50kg/m². *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 92, 1111–1114.
- Brotherson, S.E. 2007. From Partners to Parents: Couples and the Transition to Parenthood. *International Journal of Childbirth Education* 22(2), 7–12.
- Da Costa, D., Zelkowitz, P., Bailey, K., Cruz, R., Bernard, J-C., Dasgupta, K., Lowensteyn, I. & Khalifé, S. 2015. Results of a Needs Assessment to Guide the Development of a Website to Enhance Emotional Wellness and Health Behaviors During Pregnancy. *The Journal of Perinatal Education* 24(4), 213–224.
- Evira. Elintarviketurvallisuusvirasto. 2017. Ravitsemussuosituksia koko väestölle. Luettu 20.3.2017. <https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemussuositukset/>
- Kovac, J.R., Khanna, A. & Lipshultz, L.I. 2015. The Effects of Cigarette Smoking on Male Fertility. *Journal of Postgraduate medicine* 127(3), 338–341.

Merkx, A., Ausems, M., Budé, L. & Nieuwenhuijze, M.J. 2015. Weight Gain in Healthy Pregnant Women in Relation to Pre-pregnancy BMI, Diet and Physical Activity. *Midwifery* 31, 693–701.

Mill, C., Enders, J., Montanaro, C. & Moore, K.M. 2016. Delayed Parenthood on the Rise: A Call for Upstream Preconception Health Promotion in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 107(3), 333–335.

Pinquart, M., Stotzka, C. & Silbereisen, R.K. 2010. Ambivalence in Decisions about Childbearing. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 28(2), 212–220.

Satter-Maloy, K.L. 2016. Preconception Nesting: Optimizing Maternal Health Before and During your Baby's Gestational Period. *Nutritional Perspectives: Journal of the Council on Nutrition and the American Chiropractic Association* 39(3), 37–40.

Smarr, M.M., Grantz, K.L., Sundaram, R., Maisog, J.M., Kannan, K. & Buck Louis, G.M. 2015. Parental Urinary Biomarkers of Preconception Exposure to Bisphenol A and Phthalates in Relation to Birth Outcomes. *Environmental Health* 14(73), 1–11.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. THL. Ympäristömyrkyt. Luettu 17.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ymparistoterveys/ymparistomyrkyt>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. THL. Ravintoainevalmisteiden käyttö raskausaikana. Luettu 3.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/suomalaisten-ravitsemus-ja-ruokailu/raskausaika/ravintoainevalmisteiden-kaytto-raskausaikana>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. THL. Syödään yhdessä –ruokasuosituksen lapsiperheille. Luettu 17.3.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129744/KIDE26_FINAL_WEB.pdf?sequence=1

Williams, L., Zapata, L.B., D'Angelo, D.V., Harrison, L. & Morrow, B. 2011. Associations Between Preconception Counseling and Maternal Behaviors Before and During Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal* 16, 1854–1861.

Witt, W.P., Litzelman, K., Cheng, E., Wakeel, F. & Barker, E.S. 2014. Measuring Stress before and During Pregnancy: A Review of Population-Based Studies of Obstetric Outcomes. *Maternal & Child Health Journal* 18, 52–63.

11 Raskausdiabeteksen ehkäisy

Elina Botha, TtM, kättilötyön lehtori, Tampereen ammattikorkeakoulu
Paula Mäkelä, kättilö, asiantuntijahoitaja, PSHP, TAYS

TIIVISTELMÄ

D iabetesta sairastavaa raskaana olevaa seurataan tiiviisti äitiyspoliklinikalla, kunnes hän synnyttää. Raskausdiabeetikoille ei ole tarjolla jatkohoittoa tai yksilöityä ohjausta synnytyksen jälkeen. Raskausdiabeetikot ovat suuressa vaarassa sairastua tyypin 2 diabetekseen, elleivät ehkäise sitä aktiivisesti hyvillä elämäntapavalinnoilla. Raskausdiabeteksen sairastanut tarvitsee ohjausta saadakseen oikeaa tietoa ja tukea valintojensa tueksi. Avun, tuen ja ohjauksen huomio siirtyy raskauden jälkeen helposti äidistä vauvaan, jolloin äiti unohtaa ja unohdetaan.

ABSTRACT

Gestational diabetes, diabetes that develops during pregnancy, is closely monitored at the maternity outpatient clinic until birth. There are no services or individual guidance available for the woman after gestational diabetes. Women who have had gestational diabetes has an elevated risk for type 2 diabetes later on in life unless they prevent it with good lifestyle choices. The woman who have had gestational diabetes is in need of guidance to achieve proper knowledge and support in order to make wise lifestyle choices. The attention of help, support and guidance transfers from mother to baby after birth, the mother is easily forgetting and forgotten.

RASKAUSDIABETES

Raskausdiabetes on ensimmäisen kerran raskauden aikana todettu sokeriainneenvaihdunnan häiriö. Diagnoosi tehdään ainoastaan sokerirasisutuskokeen perusteella. Sokerirasisutuskoe tehdään nykyisin lähes kaikille raskaana oleville. Sokerirasisutuskoe tehdään laboratoriossa neuvolan läheteellä tavallisesti 24.–28. raskausviikolla. Jos riski raskausdiabetekseen on suuri, tehdään koe jo aiemmin. Sokerirasisutuskoe ei tehdä, jos raskaana oleva on alle 25-vuotias ja normaalipainoinen, eikä hänellä ole sukurasitetta. Uudelleensynnyttäjistä sokerirasisutuskoe ei tehdä, jos raskaana oleva on alle 40-vuotias, hänellä on normaali paino, eikä sukurasitetta tai muista altistuksia raskausdiabetekselle.

Raskausdiabetes todetaan, jos verensokerin paastoarvo on 5,3 mmol/l tai sen yli, tunnin kuluttua sokerirasituskokeen alusta 10,0 mmol/l tai sen yli tai jos verensokeri on kaksi tuntia kokeen alusta 8,6 mmol/l tai enemmän.

Raskausdiabetes aiheuttaa sikiön vartalo-makrosomiaa eli suurikoisuutta, vastasyntyneen hypoglykemiaa ja lapsuusiän lihavuutta, jolloin lapsen oma riski sairastua diabetekseen kasvaa. Lisäksi parhaillaan pohditaan muita kauaskantoisia raskausdiabeteksen sikiövaikutuksia. Sairastettu raskausdiabetes jättää raskaana olevalle suurentuneen riskin sairastua tyyppin 2 diabetekseen ja muihin sairauksiin myöhemmin elämässään. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013.)

TILASTOA

Vuonna 2015 synnyttiin maassamme 55007 kertaa. Joka kolmas synnyttäjä oli liikapainoinen. Lihavia (BMI \geq 30) oli synnyttäjistä 13 %. Synnyttäjistä 16 % oli patologinen sokerirasituskoe. Kaikista yli 35-vuotta täyttäneistä raskaana olevista oli 23 % patologinen sokerirasituskoe. Vastasyntyneet pojat painoivat 3541 g ja tytöt 3425 g. Tasan 4000 g tai yli painoi 16 % kaikista vastasyntyneistä ja 4500 g tai enemmän 2,3 % kaikista vastasyntyneistä. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa oli 5269 synnytystä, joista lihavia synnyttäjiä oli 14 %. Patologinen sokerirasituskoe oli 19 % synnyttäjistä. Raskausdiabeetikoista 4 % aloitettiin insuliinihoito. Tablettihoidon aloituksista ei ole tilastotietoa. Vastasyntyneistä 2 % painoi 4500 g tai enemmän. (Tilastokeskus 2015.)

RASKAUSDIABEETIKON OHJAUS

Sairaus, joka on lähestulkoon täysin kytköksissä elämäntapoihin ja niihin liittyviin arkivalintoihin, vaatii ohjaukselta paljon. Ohjauksen tavoitteena on auttaa raskausdiabeteksen saanutta raskaana olevaa motivoitumaan huolehtimaan itsestään hyvin raskauden ajan, mutta myös sen jälkeen. Raskausdiabeetikon ohjauksen pitää tapahtua positiivisen ajattelun kautta. Ohjauksessa etsitään ohjattavan kanssa yhdessä ne asiat, jotka jo ovat hyvin ja mietitään, mitä voidaan tehdä niille asioille, joissa korjattavaa on. Raskaana olevalle pitää antaa riittävästi asiallista tietoa, puhdasta faktaa siitä kuinka asiat ovat.

Tulevalle äidille on hyödyllistä kuvata tulevaisuus realistisesti, raskaus on kuin ikkuna tulevaisuuden terveyteen! Se, mitä tapahtuu raskausaikana, kuvaa mahdollisia tulevaisuuden skenaarioita naisen terveydentilasta, jopa vanhuuteen saakka. Raskausdiabetes voi olla ensimmäinen varoitusmerkki tulevaisuuden terveyttä uhkaavista tekijöistä, mutta samalla ensimmäinen mahdollisuus toimia asian suhteen ja muuttaa tämä tulevaisuuden uhka. Korjausliike tässä vaiheessa voi mahdollistaa terveemmän loppuelämän. On tärkeää pohtia asiaa myös lapsen kannalta. Millaisen elämän raskaana oleva haluaa lapselleen? Lapsi kasvaa raskausdiabeteksen mahdollistaneen elämäntavan ja perheen ympäröimänä, millainen elämäntapaympäristö hänelle luodaan raskauden aikana? Sikiö viettää alkuelämänsä äidin terveyden sisällä (sokeriympäristö, stressiympäristö jne.). Raskausdiabeetikoiden lapsilla on myöhemmin elämässään suurentunut ylipainon ja sokeriaineenvaihdunnan häiriön riski (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2013).

MIKÄ NOSTAA VERENSOKERIA?

Ensisijaisesti verensokeria nostaa kaikki hiilihydraatit. Hiilihydraatin sisältämät kuidut hidastavat verensokerin nousua, jolloin terveyden kannalta on olemassa ns. hyviä ja huonoja hiilihydraatteja. Hormonaaliset tekijät vaikuttavat myös verensokerin nousuun. Hormoneista mm. kortisoli, glukagoni (insuliinin vastavaikuttaja) ja adrenaliini vaikuttavat verensokeritasoon. Verensokeritasapainon edellytyksenä on hormonitasapaino. Terveet elämäntavat edistävät hormonitasapainon kautta myös verensokeritasapainoa.

RASKAUSDIABEETIKON STRESSI

Pitkäkestoinen stressi ei ole kenenkään terveydelle hyväksi. Raskausdiabeetikko hyötyy siitä, että hän saa stressin hallintaan. Fyysisiä stressin oireita ovat mm. päänsärky, huimaus, sydämentykytykset, pahoinvointi, vatsavaivat, tihentynyt virtsaamisen tarve, hikoilu, flunssakierre ja selkävaivat. Stressiin liittyviä psyykkisiä oireita ovat jännittyneisyys, ärtymys, aggressiivisuus, levottomuus, ahdistuneisuus, masentuneisuus, muistiongelmien, vaikeus tehdä päätöksiä ja unen häiriöt. Ohjauksessa ruokavalio korostuu, mutta raskaana olevaa ohjataan kiinnittämään huomiota myös stressin hallintaan.

Stressiä vähentää huolien jakaminen, murehtimisen vähentäminen, akkujen lataaminen itselle sopivalla tavalla, liikunta, laadukas ravinto, ihmis-suhteet ja nauraminen.

MIKÄ PITÄÄ VERENSOKERIN TASAPAINOSSA?

Tasapainoinen ruokavalio on avainasemassa raskausdiabeetikon terveyden edistämisessä. Makroravinteiden on oltava sopivassa suhteessa toisiinsa. Kaikkia ravinteita tarvitaan sopivasti. Ruokavalion jälkeen ohjauksessa tarkastellaan jokapäiväistä arkiaktiivisuutta ja liikkumista monipuolisesti. Raskaana olevaa kehoitetaan etsimään keinoja, joilla lisätä askelia ja liikettä kehoon. Tärkeää ei ole pohtia isoja muutoksia, kuten uuden urheiluharrastuksen aloittamista. Sen voi jättää raskauden jälkeiseen aikaan. Ohjauksessa keskitytään raskaana olevan realistisiin mahdollisuuksiin toteuttaa päivittäistä aktiivisuutta.

Hyvä perusterveys ja vastustuskyky suojaa kehoa raskausdiabeteksen haitoilta ja taas terveelliset elämäntavat ylläpitävät hyvää terveyttä ja elimistön vastustuskykyä taudinaiheuttajilta. Riittävä ja oikea-aikainen lepo pitää yllä verensokeritasapainoa. Iltayön valvominen ja aamujen nukkuminen heikentävät sokerinsietoa stressihormonien kautta. On tutkittu, että mm. vuorotyö lisää riskiä sokeriaineenvaihdunnan häiriöille, koska elämä on epäsäännöllistä. Säännöllinen päivärytmi, jossa toistuvat ruokailut, aktiivisuus ja lepo kannattelevat raskausdiabeetikon ja raskausdiabeteksen sairastaneen hyvää terveyttä. Keho toimii luontaisessa rytmissä valon ja pimeyden syklien mukaan ja tätä rytmiä pitää tukea. Tästä poikkeavat rytmit ovat opittuja ja niin ikään poisopittavissa. Luontainen uni- ja ruokarytmi parantavat kehon edellytyksiä pysyä terveenä, se on mahdollista oppia uudelleen, jos se on kadoksissa.

Terveyttä edistävä ruokarytmi noudattelee tuttua kaavaa: Aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala ja tarvittaessa myöhäisiltapala, ruokailut noin 4 h välein. Ateriakoko pysyy näin myös kohtuullisena. Nääläntunne ohjaa luontaisesti silloin kun rytmi on kunnossa. Nääläntunne on hyödyllinen elimistön viesti. Elimistö toimii optimaalisesti ja luottaa siihen, ettei tarvitse säästellä. Samalla tavalla väsymys ohjaa menemään nukkumaan, silloin kun rytmi on kunnossa.

RASKAUSDIABETEKSEN EHKÄISY

Raskausdiabetes uusiutuu herkästi, siksi on tärkeää, että jo ennen seuraavaa raskautta puututaan elämäntapatekijöihin, erityisesti ylipainoon ja vähäiseen liikuntaan. Naisilla, joilla on ollut raskausdiabetes, on riski sairastua myöhemmin elämässään tyyppin 2 diabetekseen. He voivat olennaisesti pienentää riskiä pyrkimällä normaalipainoon, liikkumalla ja syömällä terveellisesti. (Raskausdiabetes: Käypä Hoito -suositus 2013.)

LÄHTEET

Diabetesliitto. Raskausdiabetes. Luettu 17.3.2017. <https://www.diabetes.fi/diabetestietoa/raskausdiabetes>

Tiitinen, A. 2016. Raskausdiabetes. Luettu 20.3.2017. http://www.tyoterveyskirjasto.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00168&p_haku=raskausdiabetes

Raskausdiabetes. 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Luettu 20.3.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50068>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. THL. 2017. Suomen Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. 2015. Luettu 20.3.2017. <http://www.julkari.fi/handle/10024/131259>

12 Tunteiden vuoristoradalla

Tarja Aaltonen, YTT, sosiaalipsykologi, psykoterapeutti

TIIVISTELMÄ

Raskaus ja lapsen syntymä ovat tunteikkaita tapahtumia niin odottavalle äidille kuin lapsen isälle. Hormonaaliset seikat ja elämänmuutos herättävät tunteita, jotka ovat sekä kehollisia reaktioita että tietoisuudessa merkityksen saavia kokemuksia. Artikkelissa kuvataan mitä tunteet ovat, mihin niitä tarvitaan. Synnytysmasennuksen varhainen tunnistaminen ja hoitaminen on ensiarvoisen tärkeää kuten myös raskausaikaan ja lapsen syntymään liittyvien epämiellyttävien tunteiden kuten syyllisyyden ja pelkojen käsitteleminen. Tunteet ovat vahva säätelyjärjestelmä, jonka viimekätinen tehtävä on palvella hyvinvointiamme ja sen ne tekevätkin, kun otamme tunteet tosissamme.

ABSTRACT

Pregnancy and child birth are emotional life events both to the mother and the father. Emotions are bodily reactions as well as experiences which get their meaning through conscious and cognitive processes. In this article I will define emotions and describe their functions to us. The main function of emotions and the regulation system of emotions is to serve wellbeing. Baby blues and depression may occur as a reaction to big changes child birth will bring to one's life. It would be very important to recognize and take care of postpartum depression when it occurs. Negative emotions like guilt and fear may be connected to the whole period of pregnancy as well as the child birth and professional help might to be needed to deal with those unwanted feelings.

JOHDANTO

Artikkelissani tarkastelen raskautta ja lapsen syntymää tunteiden näkökulmasta. Aivan aluksi on syytä tarkentaa sitä, mitä tunteet ovat ja mihin niitä tarvitaan. Tunteet ovat universaaleja ja ne muodostavat ihmisten toiminnan taustalla kaiken aikaa vaikuttavan ”kaleidoskoopin”, joka automaattisesti tiedostamattammekin ohjaa toimintaa. Tunteet tapahtuvat kehossa ja mielessä. Tunteet antavat tietoa siitä mitä tarvitsemme, miten voimme, olemmeko vaarassa ja mihin suuntaan meidän tulisi mennä. Tunteet vaikuttavat havaintoihimme, sosiaalisiin kohtaamisiin ja arvioihimme omasta

tilastamme. Osa tunteista on myötäsentyisiä ja osa opitaan kehityksen ku-
luessa. Opittuja tunteita ovat esimerkiksi häpeä ja syyllisyys.

Tunnereaktiot määräytyvät biologisesti ja ovat automaattisia. Tunne-
kokemukset puolestaan ilmentävät tietoisia havaintojamme siitä, että ke-
homme ja mieleemme tila suhteessa ympäristöön on muuttunut merkittä-
väällä tavalla. Esimerkiksi, kun näemme käärmeen, on se monelle havainto
uhkaavasta vaarasta. Muutos ympäristössä (vaarallinen käärme) saa adre-
naliinin virtaamaan, herättää pelon ja saa pakenemaan. Tunnereaktion ja
tunnekokemuksen lisäksi on erotettava myös tunneilmaisu, jolla tarkoi-
tetaan tunteen ilmenemistä esimerkiksi ilmein, elein ja teoin. Tunteilla on
elinkaari, ne syttyvät jonkin vaikutteen aikaansaamana, ne kestävät aika-
sa ja sammuvat. Kun tunne jää ikään kuin päälle, on kyse mielialasta, josta
masennus on eräs esimerkki. (Nummenmaa 2012.)

Tunteet ilmentävät asioiden henkilökohtaista merkityksellisyyttä. Ne
liittyvät siihen, mikä saa meidät toimimaan eli motivaatioihimme. Tuntei-
den syntymiseen vaikuttaa sekä yksilö että ympäristö. (Myllyviita 2016,
19.) Tunteet muodostavat hyvinvointimme kannalta keskeisen säätelyjär-
jestelmän, joka varmistaa selviytymistämme arjessa ja ohjaa meitä kohtaa-
misissa toisten ihmisten kanssa (Nummenmaa 2012, 17). Kykyä säädellä
tunteita on nimitetty ihmisen merkittävimäksi kehitystehtäväksi. Tuntei-
den säätely tähtää kuormittavien tunteiden hillitsemiseen. Olivatpa tunteet
miellyttäviä tai epämiellyttäviä, liian voimakkaina tai pitkään kestäessään,
ne muuttuvat kuormittaviksi (Kokkonen 2010, 20).

RASKAUS, SYNNYTYS JA KUORMITTAVAT TUNTEET

Tunteet heijastavat elämäntilanteitamme ja heijastuvat niissä. Tunteet ovat
hermoimpulsseja ja kemialla, mikä tulee hyvin esiin muun muassa profes-
sori Lauri Nummenmaan ja hänen tutkimusryhmänsä tutkimuksissa (ks.
<http://becs.aalto.fi/~lnummen/publications.htm>). Raskaus jo itsessään
on hormonaalista muutosta ja sen myötä myös tunnereaktiot voivat voi-
mistua ja niistä tehdyt tietoiset havainnot eli tunnekokemukset saada mitä
moninaisimpia tulkintoja. Tunteet ovat monitahoisia ilmiöitä ja siksi erheet
ja väärät tulkinnat ovat hyvin mahdollisia, kun niitä ilmaistaan, tulkitaan
ja niistä keskustellaan. Tunteet tuntuvat kehossa ja niistä muodostetaan kä-

sitys kognitiivisena prosessina. Tunnekokemukset eivät ole kuitenkaan selvärajaisia, vaan ne voivat prosessinomaisesti seurata toisiaan. (Aro 2015.)

Mielialat vaihtelevat ja iso elämänmuutos, joka lapsen saaminen aina on, herättää ristiriitaisiakin tunteita. Yhtäältä tuleva äiti ja isä ovat hyvin onnellisia raskauden alkamisesta, mutta samalla ahkera mieli jo puntaroi tulevaisuuden äärellä ja epävarmuus siitä, mitä on odotettavissa, voi ilmetä pelkoina ja ahdistavina ajatuksina. Mieli tuntuu oikuttelevan ja tätä voidaan odottavan äidin kohdalla selittää yhtäältä esimerkiksi kohonneella estrogeenitasolla, mutta usein taustalla on muutakin kuin hormonit. Esimerkiksi aikaisemmat kokemukset ja omat persoonalliset piirteet vaikuttavat siihen, miten elämänmuutoksiin ylipäätään reagoidaan. Tunnesäätelytaidot ovat tarpeen, mutta uudessa tilanteessa ne eivät ehkä olekaan aina toimivia.

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen ja alakuloisuus ovat yleisiä tunteiden muutoksia. Tämä ilmiö on saanut jopa oman nimityksensäkin, sitä kutsutaan baby bluesiksi. Tätä pidetään normaalina reaktiona suureen muutokseen, jos se väistyy muutaman päivän sisällä. Jos tilanne tuntuu jäävän päälle, voi olla kysymys jostain vakavammasta, joka pitäisi tunnistaa ja johon pitäisi saada apua. On arvioitu, että vuosittain Suomessa vain 20–40 prosenttia synnytyksmasennuksista tunnistetaan ja hoidetaan, vaikka siihen arvioidaan sairastuvan noin 10–15 prosenttia äideistä. Myös vajaa 10 prosenttia isistä kertoo kokevansa oireita, heistä noin neljä prosenttia saa masennusdiagnoosin. (Karhu 2015.)

Masennus on kyvyttömyyttä nauttia ja iloita asioista ja tuntea mielihyvää. Masentunut ihminen on usein uupunut, pelokas ja ahdistunut. Keskitymiskyky heikkenee ja syyllisyyden sekä alemmuuden tunteet lisääntyvät. Masennus voi vaikuttaa ruokahaluun ja uneen. Kliinisesti määritellen on kyse oireyhtymästä, johon liittyy mielialan laskun lisäksi kiinnostuksen ja mielihyvän menettämistä sekä voimavarojen vähentymistä tai poikkeavaa väsymystä vähintään kahden viikon ajan (Valkonen 2007).

Masennus voi lamaannuttaa ja heikentää varhaista vuorovaikutusta lapseen. Pahimmillaan myös vauva voi masentua, koska hänen tarpeensa jäävät tyydyttymättä. Tällä puolestaan voi olla hyvinkin kauaskantoisia seurauksia lapsen kehitykselle, koska se vaarantaa turvallisen kiintymyssuhteen syntymisen. Laadullisesti ja määrällisesti puutteellinen vuorovai-

kutus vanhemman ja vauvan välillä voi johtaa vauvan oirehdintaan. Ensimmäinen elinvuosi on aika, jolloin vauva on hyvin riippuvainen häntä hoitavien aikuisten kyvystä ymmärtää, jakaa ja säädellä vauvan kokemuksia ja tunnetiloja. Tunneilmaisut, kuten ilmeet, itku ja jokeltelu, kertovat vauvan tarpeista ja tunnetilasta ja niiden tulisi ohjata hoitajan käyttäytymistä. Vauvan kehitys riippuu siitä tulevatko hänen tarpeensa ymmärretyiksi ja vastataanko niihin. Tärkeää on myös, ettei vauva joudu kokemaan liikaa kielteisiä tunteita. (Puura 2001.) Masentunut lapsi ei ole kiinnostunut ympäristöstään, hänen on vaikea kokea iloa ja hän on olemukseltaan hyvin onneton. Hän kokee tulleeensa hyljättyksi ja ajattelee, ettei kukaan välitä hänestä. Kokemuksellisesti lapsi lamaantuu alakuloisuuden tunnetilasta, jota masennus hänelle on. (Puura 2016.)

Joskus äidin mieliala voi laskea siksi, ettei hän heti tunne vauvaa kohtaan sellaista rakkautta kuin oli ehkä odottanut tuntevansa. Reaktiot suhteessa vauvaan ovat nekin hyvin yksilöllisiä. Sandbrook ja Adamson-Macedo (2004) havaitsivat tutkimuksessaan, että raskausaikana voimakkain tunne sikiötä kohtaan on halu suojella sitä, ei rakkaus. Kyseiseen tutkimukseen osallistuneista naisista useimmat totesivat rakastuneensa vauvaan vasta, kun saivat hänet syliinsä, saattoivat koskettaa ja puhua hänelle. Äidin ja lapsen suhde rakentuu vähitellen ja sen myötä kehittyä myös rakkaus.

SYLLISYYDET JA PELON TUNTEET

Syylisyyden määrittelin edellä opituksi tunteeksi. Joskus puhutaan myös sosiaalisista tunteista, jolla viitataan siihen, että nämä tunteet heijastavat suhdetta itseän, suhdetta muihin ja viitekehyksenä ovat usein yhteisön normit ja säännöt. Syylisyys herää jos koetaan, että on toimittu väärin jotain toista tai itseä kohtaan. Syylisyyden tärkeä tehtävä on johtaa tietoisuuteen oikeasta ja väärästä, sekä luoda tarvetta korjata tilannetta. Syylisyyteen rinnastuvia tunteita ovat häpeä, tunnontuskat ja katumus. Joskus syylisyys on jatkuvaa ja se tuntuu viriävän ilman, että olisi selkeää syytä kokea syylisyyttä, mikä kuormittaa kokijaa enemmän, se vie voimavaroja ja aiheuttaa stressiä. Tunne voi liittyä toimintaan ja tekoihin, mutta yhtä lailla syylisyyttä voi tuntea ajatuksista ja tunteista. Yhteisön pelisääntöjen poikkeamisesta on rangaistu kautta aikain ja rangaistuksen uhka on sisäistetty osaksi mieltä syylisyyden ja häpeän tunteina. (Malinen 2003.)

On tavallista kantaa syyllisyyttä raskauden aikana asioista, joiden kuvittelee vaikuttavan kielteisesti lapsen kehitykseen, vaikka todellista näyttöä vahingon aiheuttamisesta ei olekaan. Tähän syyllistymiseen vaikuttaa myös kulttuurisesti vahva käsitys hyvästä vanhemmasta ja hyvästä äidistä, joka tekee kaikkensa lapsen hyvinvoinnin eteen (ks. Homanen 2013). Syyllisyys voi ilmetä piinaavina ajatuksina ja muistoina kosteista juhlista, kun ei vielä tiennyt olevansa raskaana. Erityisesti syyllisyyden tunteet tulevat esille, jos alkanut raskaus päättyy keskenmenoon. Tilastojen mukaan noin 10–15 % raskauksista päättyy keskenmenoon ja tämä tapahtuu yleensä ennen 12. raskausviikon täyttymistä (Tiitinen, 2016).

Pelko on toinen piinaava tunne, jota lasta odottava pariskunta voi joutua käsittelemään. Kehittyvän lapsen terveyteen liittyvät pelot ovat tavallisia koko raskauden ajan. Monet haluavatkin hyödyntää sikiödiagnostiikkaa varmistaakseen, että kaikki on hyvin. Pelko voi saada siivet, jos on taipuvainen kehittämään ns. katastrofiajatuksia. Katastrofiajatukset muodostuvat ketjuksi, joka saattaa saada alkunsa jostain varsin pienestäkin seikasta. Näiden katastrofiketjujen tunnistaminen itse tai ammattilaisten avulla on taito, jolla esimerkiksi pelontunteille on mahdollista saada siedettävä mittakaava. Synnytyspelot ovat raskausaikaan tyypillisesti liittyvä ilmiö. Kun synnytys alkaa lähestyä, monen äidin mieleen hiipivät siihen liittyvät pelot. Usein voi olla kuitenkin vaikea konkretisoida, mitä se on mitä pelätään. Pelko voi kohdistua kipuun, siihen, että lapsi ei ole terve tai se voi olla yhteydessä kuolemanpelkoon.

Pelkojen kohtaaminen voi olla helpompaa, kun niistä voi keskustella ja kun käydään etukäteen läpi, mitä synnytyksessä tapahtuu. Kivun pelko on tavallisimpia synnytykseen liittyviä pelkoja. Kipujen lievitykseen on nykyään monia keinoja ja kun mahdollistetaan synnytykseen valmistuvalle äidille asianmukainen tiedon saaminen, voi tilanne helpottua merkittävästi. Oman tukiverkoston avulla pelkoja voi myös lievittää ja on todettu että isien mukaantulo synnytyksiin on osaltaan lievittänytkin synnytyspelkoja. Nainen tuntee olonsa turvallisiksi, kun läheinen ihminen on mukana tukemassa häntä. (Saisto, Lindbohm, Stenbäck & Toivanen 2014.)

TUNTEIDEN VAHVUUDESTA

Kun raskaus etenee, tilanteeseen alkaa tottua ja myös hormonaalinen puoli tasoittuu, mikä tasoittaa myös kiivaimmat tunnekuohut. Epävarmuuden ja hämmennyksen sijaan astuu energisyys ja hyvinvointi. Vaikka vatsa kasvaa, se ei heti estä normaalitoimintoja. Kasvavan vatsan voi kokea myönteisenä, sillä se symboloi vankasti ja näkyvästi uutta tilannetta, uuden elämän syntymistä. Herkkyys ja vahvuus yhdistyvät. Tätä ilmentää hyvin kauniisti myös Maija Buttersin (2007) kirjan nimi Väkevä hauras – kuvia ja tekstejä äitiyden mysteeristä. Päätän artikkelin tunteikkaaseen otteeseen kyseisestä kirjasta. Tässä otteessa kuvataan synnytystä ja sen aikaansaamaa tunne-myrskyä tavalla, joka herättää myös lukijan tunteet. Kielen ja kulttuurien tunnesanastot ovat rikkaita, mikä omalla tavallaan sekin kertoo tunteiden merkityksestä (Aro 2015, 100). Ote Buttersin kirjasta silloittaa yksilöllisen kokemuksen tunteiden universaaliuteen, yli sukupolvien ja eri kulttuurien välillä jaetuksi kokemukseksi.

”Taikan syntymän jälkeen itken kymmenen päivää.

Itken, koska synnytys oli niin väkevä ja eläimellinen. Niin pitelemätön, armoton. Ja samalla hurmiollinen ja kaunis. Maaginen kuin vastasyntynyt tyttöni.

Itken, koska olen niin järkyttynyt siitä voimasta, joka vyöryi lävitseni synnytyksessä. Olen järkyttynyt siitä kivun määrästä, jonka kanssa naisen pitää päästä sovintoon saadakseen kannatella pientä lastaan käsivarsillaan.

Itken, koska nyt vasta ymmärrän kuinka paljon rakkautta äitini, isoäitini – kaikki äidit – ovat tunteneet heidän pidellössään vastasyntyntä rintaansa vasten. Naiset ovat jakaneet tämän kokemuksensa toistensa kanssa vuosituhansien ajan. Itken tajutessani, että minusta on tullut yksi heistä.

Itken ajatellessani sitä, että myös minun tyttäreni saisi todennäköisesti jonakin päivänä kokea tämän vihkimyksen.

Olen ääriäni myöten täynnä. Rauhoittavat kyyneleet tulevat minuun joka suunnalta ja kylven kyneleiden kirkastavassa virrassa.

Olen saanut tyttären ja kaikista maailman lapsista on tullut omiani. Kaikesta tulee yhtä ja rakkaudesta on tullut ilma, jota hengitän. Syvä ilo ja kiitollisuus sulkevat minut sisäänsä. Tämä vapauttava kokemus tuo minut kotiin.”
(Butters 2007, 31)

LÄHTEET

- Aro, J. 2015. Häpeä Rannalla -teoksessa. Teoksessa Hyvärinen, M., Oinonen, E. & Saari, T. (toim.) Hajoava perhe. Romaani monitieteisen tutkimuksen välineenä. Tampere: Vastapaino, 100–125.
- Butters, M. 2007. Väkevä hauras – kuvia ja tekstejä äitiyden mysteeristä. Helsinki: Like.
- Homanen, R. 2013. Doing pregnancy, the unborn, and the maternity health care institution. Tampere: Tampere University Press.
- Karhu, O. 2015. Synnytyksen jälkeinen masennus on yleistä – Näin ehkäiset, tunnistat ja hoidat sen. <https://www.kaksplus.fi/vanhemmuus/aidin-terveys/synnytyksen-jalkeinen-masennus-on-yleista-nain-ehkaiset-tunnistat-ja-hoidat-sen/> luettu 26.2.2017.
- Kokkonen, M. 2010. Ihastuttavat, vihasuttavat tunteet. Opi tunteiden säätelyn taito. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Malinen, B. 2012. Häpeän monet kasvot. Helsinki: Kirjapaja.
- Myllyviita, K. 2016. Tunne tunteesi. Helsinki: Duodecim.
- Nummenmaa, L. 2012. Tunteiden psykologia. Helsinki: Tammi.
- Puura, K. 2001. Vauvan depressio. Duodecim 117, 1115–21.
- Puura, K. 2016. Lapsen masennus. Teoksessa Lääkärin käsikirja. Artikkelijulk. 30.5.2016 <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti>. Luettu 26.2.2017.
- Saisto, T., Lindbohm, P., Stenbäck, P. & Toivanen, T. 2014. Synnytyspelon hoito. Potilaan lääkärilehti. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/synnytyspelon-hoito/>. Luettu 26.2.2017.
- Sandbrook, S.P. & Adamson-Macedo, E.N. 2004. Maternal-fetal attachment: searching for a new definition. Neuroendocrinology, Letters 25 (Suppl.1), 169–182.
- Tiitinen, A. 2016. Keskenmeno. Lääkärikirja Duodecim http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00138. Luettu 26.2.2017.
- Valkonen, J. 2007. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

13 Mitä kaikkea on normaali synnytys?

Paula Stenfors, TtT, yliopettaja, TAMK

Sanna-Kaisa Kukko, kättilö, terveydenhoitaja (YAMK), osastonhoitaja,
Tampereen yliopistollinen sairaala

TIIVISTELMÄ

WHO on määrittänyt synnytyksen normaaliksi, kun se tapahtuu raskausviikoilla 37–41+6 päivää. Raskauden tulee olla yksisikiöinen ja sikiön pään takaraivotarjonnassa. Synnytyksen tulee käynnistyä spontaanisti ja päättyä alatiesynnykseen. Matalan riskin synnytyksäsite perustuu läheisesti WHO:n määritelmään. Käsite säännöllinen synnytys viittaa ennen kaikkea normaaliin alatiesynnykseen, eikä ota kantaa raskauden kulkuun. Fysiologinen synnytys käsite tarkastelee synnytyksen hormonaalista prosessia ja sen vaikutusta äitiin ja sikiöön. Puhutaan myös luonnomukaisesta synnytyksestä, jolla tarkoitetaan synnytystä, jossa synnykseen ei millään tavalla puututa. Käsite hyvä synnytys viittaa synnytyskokemukseen. Synnytys voi olla synnyttäjälle hyvä riippumatta siitä, onko synnytys normaali vai ei. Keskeistä on, että synnyttävä kokee olonsa turvalliseksi ja kokee, että häntä kuullaan.

ABSTRACT

The WHO describes the normal and natural birth as a spontaneous vaginal labour. The duration of pregnancy must be 37–41(+6 days) weeks. The pregnancy must be single fetus and the head of the fetus must be in the occipitotransverse position. The concept of normal labour can also refer only to a normal vaginal delivery without taking account of the course of a pregnancy. The concept of a low risk labour is based on the definition of the WHO. The concept of a physiologic labour refers to the hormonal progression of labour and its effect on the mother and fetus. The concept of natural birth means delivery without any intervention. The concept of good labour refer to the mother's experience of labour. The positive experience of labour is not dependent on the normality of the labour. The main things are mother's experience of sense of security and mother's opportunity to express her needs.

JOHDANTO

Synnytys on maailman luonnollisin tapahtuma. Luonnollisuudella voidaan ajatella sellaista tilannetta, johon ei puututa, toisin sanoen kaikki menee itsestään, luonnostaan. Suuri osa maailman lapsista syntyy nykyään sairaaloissa. Synnytysten siirtyminen sairaaloihin on tuonut mukanaan synnytykseen erilaisia lääketieteellisiä interventioita, jolloin on tullut tarpeelliseksi tarkastella, mitä erilaisia määritelmiä ja näkemyksiä synnytykseen liittyy. Artikkelissa on tarkasteltu seuraavia termejä: normaali synnytys, fysiologinen synnytys, luonnonmukainen synnytys, säännöllinen synnytys ja matalan riskin synnytys. Lopuksi on tarkasteltu käsitettä hyvä syntymä.

NORMAALI SYNNYTYYS

Maailman terveysjärjestön normaalin synnytyksen määritelmä on seuraava. Synnyttäjä on perusterve. Hän synnyttää raskausviikoilla 37–41+6 päivää. Lisäksi raskauden tulee olla yksisikiöinen ja takaraivotarjonnassa. Synnytyksen tulee käynnistyä spontaanisti ja päättyä alatiesynnytykseen. Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin. Samoin normaali synnytys määritellään tunnetuimmissa kansainvälisissä synnytyksen hoitosuosituksissa, kuten brittiläisissä, kanadalaisissa ja ruotsalaisissa suosituksissa.

Normaali synnytys on tuttu käsite. Sen määrittäminen sen sijaan ei ole niinkään yksinkertaista. Miten normaali määritellään, kenen näkökulmasta ja missä kulttuurissa? Ulla Waldenström (2007) pohti artikkelissaan, ymmärretäänkö normaali samaksi kuin luonnollinen, vai onko se enemmänkin sitä, mikä on tavanomaista. Eri henkilöiltä kysyttäessä normaalia on toisen mielestä puuttumaton synnytys, kun taas toisten normaalin synnytyksen määritelmään mahtuu myös lääkkeelliset kivunlievitykset. Waldenström jatkaa kirjoitustaan pohtimalla sitä, miten normaalin synnytyksen määritelmä vaihtelee kulttuurista toiseen. Riittääkö normaaliuden määreeksi se, mitä käytetään usein, mitä on käytetty pitkän aikaa tai se, mitä yleisesti arvostetaan? Näin normaaliksi voitaisiin nimittää Suomessa alatiesynnytystä tai Brasiliassa sektiosynnytystä. Voidaan pohtia, onko tarkoituksenmukaista puhua normaalista synnytyksestä, koska normaalin käsite synnytyksen yhteydessä on vaikeaa.

Tampereen yliopistollissa sairaalassa vuonna 2013 synnytystä hoitavalta henkilökunnalta (n=110) kysyttiin heidän käsitystään normaalisynnytyksestä. Vastanneista valtaosa, 69 prosenttia, kuvasi omaksi normaalisynnytyksen määritelmäkseen tilanteen, jossa synnytys käynnistyy spontaanisti, etenee omilla supistuksilla tai edistetysti kalvojenpuhkaisulla tai oksitosiinilla. Synnytyksessä voi olla käytössä myös lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät. Kätilöistä 12 prosenttia ajatteli normaalisynnytyksen sellaiseksi, jossa synnytyksen kulkuun ei puututa, eikä synnytyksessä käytetä lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Lääkäreistä kukaan ei valinnut tätä vaihtoehtoa. Hieman useammin lääkärit hyväksyivät normaalisynnytykseksi myös käynnistetyn synnytyksen kuin kätilöt. Normaali synnytys voidaan siis ymmärtää sateenvarjokäsitteenä, jonka alle mahtuu useita, toisista hieman poikkeavia määritelmiä.

FYSIOLOGINEN SYNNYTYS

Synnytys voidaan määrittää myös fysiologisena prosessina, jossa synnytys nähdään jatkumona alkaen raskauden loppuvaiheen hormonaalisista muutoksista päättyen synnytykseen ja imetyksen aloittamiseen. Synnytys nähtynä fysiologisena prosessina sen hormonaalinen säätely korostuu sekä niiden vaikutus synnyttäjän kehoon ja sikiöön. Tärkeimmät synnytystä säätelevät hormonit ovat kohdun supistustoimintaa säätelevä oksitosiini ja sen rinnalla fysiologisena kipulääkkeenä toimiva endorfiini. Syntyvän lapsen hengityksen käynnistymisen kannalta tärkeää on jo muutamaa päivää ennen synnytyksen käynnistymistä alkava katekolamiinin erityksen lisääntyminen. Maidon erityksen käynnistymiselle tärkeimmän hormonin, prolaktiinin, erityis voimistuu myös jo muutamia päiviä ennen synnytyksen käynnistymistä. Synnytys fysiologisena prosessina on naisen elimistön tarkasti säätelemä vuorokausia kestävä hienovarainen prosessi.

LUONNONMUKAINEN SYNNYTYS

Luonnonmukaisella synnytyksellä ymmärretään fysiologisesti tapahtuvaa synnytystä, jolloin synnytykseen ei puututa lääketieteellisin menetelmin. Luonnonmukaisessa synnytyksessä myös kivunlievitys on lääkkeetöntä. Suomessa synnytys on harvoin kokonaan luonnollinen, koska synnyttäjää useimmiten autetaan kätilötyön keinoin sekä fyysisesti että psyykkisesti.

MATALAN RISKIN SYNNYTYYS

Suomessa ei ole kansallisella tasolla määritetty matalan riskin synnytystä. Käytössä olevat määritelmät pohjautuvat WHO:n (1996) ja Ruotsin Socialstyrelsenin (2001) määritelmiin. Puhuttaessa matalan riskin synnytyksestä keskeistä on riskien puuttuminen. Synnytys luokitellaan matalan riskin synnytykseksi, kun se tapahtuu raskausviikoilla 37–42. Synnyttäjällä ei ole aiempia obstetrisia komplikaatioita eikä sairauksia, joilla on merkitystä synnytyksen hoitoon. Avautumisvaiheen alkaessa riski on matala ja se pysyy matalana avautumisvaiheen ja ponnistusvaiheen aikana. Lapsi syntyy spontaanisti ja tarjoutuvana osana on pää. Tässä synnytyksen määrittelyssä keskeistä ovat toistuvat synnyttäjistä ja syntyvästä lapsesta tehdyt riskianalyysit.

SÄÄNNÖLLINEN SYNNYTYYS

Synnytysoopissa puhutaan säännöllisestä ja epäsäännöllisestä synnytyksestä. Määritelmät kuvastavat sitä, miten synnytys päättyy. Näiden määritelmien mukaan säännöllinen synnytys on spontaani alatiesynnytys, jossa verenvuotoa on alle 500 millilitraa. Synnytyksen käynnistäminen, verenvuoto tai päästävät synnytystoimenpiteet tekevät synnytyksestä epäsäännöllisen. Tämä määritelmä ei ota kantaa raskauden kulkuun tai raskausviikkoihin syntymähetkellä. Toisin sanoen 28 raskausviikolla alateitse syntynyt lapsi voi olla säännöllisesti syntynyt.

HYVÄ SYNTYMÄ

Nykyään laadukkaan synnytyksen hoidon yhtenä periaatteena on, että synnytyksen tulisi olla synnyttäjälle myönteinen kokemus. Siksi on tärkeää pohtia, mitä on hyvä syntymä. Hyvän määritelmää voidaan tarkastella monesta näkökulmasta.

Syntyvälle lapselle hyvä syntymä on ennen kaikkea turvallinen. Syntyvän lapsen on hyvä syntyä kehittyneissä länsimaissa, joissa on korkeatasoista vastasyntyneen hoitoa saatavilla ja myös pienillä keskosilla on hyvät mahdollisuudet jäädä henkiin ja kasvaa terveiksi aikuisiksi. Synnyttäjän näkökulmasta hyvä syntymä voi olla parhaimmillaan voimaannuttava kokemus. Keskeistä on, että synnyttäjä tuntee olonsa turvalliseksi ja kokee, että hän on tullut kuuluksi itseään koskevissa päätöksissä.

Kättilön näkökulmasta hyvä synnytys voi olla esimerkiksi sellainen, missä lapsi on syntynyt hyväkuntoisena ja synnyttäjä on saanut tarvitsemansa avun. Kättilön näkökulmasta hyvään synnytykseen voidaan pyrkiä tarjoamalla näyttöön perustuvia ja vaikuttavuudeltaan todennettuja hoitomenetelmiä. Eräs tärkeimmistä on jatkuvan tuen tarjoaminen synnyttäjälle sekä aito läsnäolo. Tutkimusten mukaan synnyttäjät odottavat kättilöltä yksilöllistä ja ymmärtävää sekä aitoa kiinnostusta osoittavaa vuorovaikutusta. Synnyttäjät odottavat kättilöltä myös asiantuntevuutta ja tunnetta, että he ovat turvallisissa käsissä. He odottavat myös tarpeenmukaista kivunlievitystä.

LÄHTEET

- Amis, D. 2014. Healthy Birth Practice #1: Let Labour Begin on Its Own. The Journal of Perinatal Education, 23 (4), 178–186.
- Kukko, S-K. 2013. Nykytilan kartoitus normaalisynnytyksen hoitamisesta. (Opinnäytetyö, ylempi ammattikorkeakoulutus) Tampereen ammattikorkeakoulu. http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/55492/Kukko_Sanna_Kaisa%20%20Nykytilan%20kartoitus%20normaalisynnytyksessa.pdf?sequence=1
- NICE. 2014. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 190. www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations
- Raussi-Lehto, E. 2015. Syntymän aikainen kättilötyö. Kirjassa U. Paananen, A-K. Pietilä, E. Raussi-Lehto, A-M. Äimälä, A-M.(toim.) Kättilötyö. Helsinki; Edita, 217–220.
- Raussi-Lehto, E. 2015. Matalan riskin synnytyksen määritelmä. Kirjassa U. Paananen, A-K. Pietilä, E. Raussi-Lehto, A-M. Äimälä (toim.) Kättilötyö. Helsinki; Edita, 216.
- SOGC 2008. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Association of Women's health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada, the Canadian Association of Midwives, the Collage of Family Physicians of Canada, the Society of Rural Physicians of Canada. Joint Policy Statement of Normal Childbirth. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 221, 1163–1165.
- Waldenström, U. 2007. Normal Childbirth and Evidence Based Practice. Midwifery 20, 175–180.
- Werkmeister, G., Jokinen, M., Mahnmood, T. ja Vewburn, M. 2008. Making normal labour and birth a reality – developing a multi disciplinary concensus. Midwifery 24, 256–259.
- Wiklund, I., Wallin, J., Vikström, M. ja Ransjö-Arvidson, A-B. 2011. Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions: a web-based survey. Midwifery 28, 456–460.
- WHO World Health Organization 1996. Care in Normal Birth. A practical guide: Geneva: Department of Reproductive Health & Research. Report of Technical Working Group.

14 Latenssivaiheen tunnistaminen ja sen hyvä hoito

Marika Mettälä, TtM, hoito- ja kättilötyön lehtori, Tampereen ammattikorkeakoulu

Pauliina Korpi, kättilö

Henna Nieminen, kättilö

TIIVISTELMÄ

Latenssivaiheen tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeätä latenssivaiheen hyvän ja oikean hoidon kannalta. Se on tärkeätä sekä hoitohenkilökunnalle että raskaana olevalle naiselle ja hänen puolisolleen.

Latenssivaiheesta tehdyt tutkimukset osoittavat, että latenssivaiheen suotuisimman hoitopaikan uskotaan olevan kodinomainen ympäristö, paikka jossa synnyttävä kokee olevansa turvassa ja rauhassa. Latenssivaiheessa sairaalaan saapuminen altistaa interventioille, joiden on havaittu olevan riski synnytyksen komplisoitumiselle. Latenssivaiheessa oleva synnyttävä kaipaa sekä puolisonsa että ammattihenkilön tukea ja tietoa synnytyksen kulusta. Latenssivaiheen hyvästä hoidosta puhuttaessa täytyy muistaa myös latenssivaiheen turvallinen hoito.

ABSTRACT

In order to be able to treat in the right way the latent phase of the labour, the recognition of the latent phase is crucially important. It is important for the midwives but also to the preagnant women and to her spouse.

Studies have shown that the favourable environment in the latent phase of labour should be a place where women feels safe and comfortable. That kind of place is usually home or other cozy environment. Hospital care in the latent phase increases the risk of interventions and complications during labour. Woman in the latent phase of labour needs support provided by her spouse and professionals. She also needs adequate information of the passage of her labour. When discussing the good care of the latency phase, it is also important to remember the safe treatment of the latency phase.

SYNNYTYKSEN LATENSSIVAIHE

Synnytyksen latenssivaiheen määritelmä ei ole kirjallisuudessa täysin yksiselitteinen. Latenssivaihe on ajanjakso ennen aktiivista avautumisvaihetta. Kohtu supistelee säännöllisesti tai epäsäännöllisesti, kohdunsuu pehmenee ja alkaa hiljalleen lyhentyä ja avautua. Latenssivaiheessa synnyttäjät kokee supistukset joko kipeinä tai vain kohdun kovettumina. Supistukset saattavat haitata normaalia unirytmää, mutta toisaalta supistukset voivat myös tauota siten, että pystyy nukkumaan tai ainakin lepäämään kunnolla ja keräämään voimia tulevaa varten. (Raussi-Lehto 2015.) Osa synnyttäjistä kokee epävarmuutta latenssivaiheessa, he miettivät omaa pärjäämistään, sitä missä vaiheessa synnytys on ja kivun lievityksen tarvetta.

Latenssivaiheen hoitoa tulisi kehittää ja päivittää siten, että annettu hoito tukisi normaalia synnytyksen kulkua ja neuvot tukisivat perheiden päätöksentekoa ja tavoitetta fysiologiseen synnytykseen. Oikea ja kannatteleva informaatio latenssivaiheessa lisäisi naisen luottamusta omiin taitoihin ja voimiin synnyttää ja kestää synnytyskipua. Lisäksi informaation tulisi olla oikea-aikaisesti helposti ja luotettavasti saatavilla. (Carlsson ym. 2012; Barnett ym. 2008; Cheyne ym. 2007.) Latenssivaihe ja sen hoidon ongelmat ja mahdollisuudet tulisi huomioida sairaaloiden rakenteissa. Uusia tiloja suunnitellessa tulisi muistaa perhekeskeisyys ja puolison tuen merkitys mahdollistamalla synnyttäjän ja hänen puolisonsa yhdessä olo koko synnytyksen ajan; latenssivaiheesta lapsivuodeosastolle asti.

LATENSSIVAIHEEN HOITO SYNNYTTÄJÄN JA HÄNEN PUOLISONSA NÄKÖKULMASTA

Tutkimusten mukaan keskimäärin joka kolmannella synnyttäjällä synnytys ei ole aktiivisessa avautumisvaiheessa sairaalaan tulohetkellä (Bailit ym. 2005). Sairaalaan hakeudutaan varmuuden vuoksi, halutaan olla lähellä apua ja hoitoa. Sairaalaan tulossyiksi synnyttäjät mainitsevat muun muassa epätietoisuuden. Epätietoisuutta koetaan yleisesti siitä, että missä synnytyksen vaiheessa ollaan ja siitä mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Synnyttäjät ovat epätietoisia myös siitä, että eteneekö synnytys normaalisti ja ovatko kokemukset ja tuntemukset normaaleita. Kivun kokeminen ja epätietoisuus omista rajoista ja kyvyistä sietää kipua olivat myös syitä min-

kä takia hakeuduttiin sairaalahoitoon. Vaikka synnyttäjät kertoivat pärjäävänsä hyvin kivun kanssa sairaalaan tulohetkellä, hän halusi kirjautua sairaalan asiakkaaksi, jotta olisi lähempänä apua sitten, kun ei enää koe pärjäävänsä synnytyskipujensa kanssa. Epätietoisuutta voidaan kokea myös sikiön voinnista. Halutaan varmistusta siitä, että sikiö voi hyvin, ja että synnytyksen käynnistyminen ei ole vaikuttanut sikiön terveyteen tai turvalliseen syntymään. Synnyttäjät kertoivat myös, että puoliso halusi siirtyä sairaalaan. Vaikka synnyttäjät itse kertoivat pärjäävänsä kipujen kanssa, puoliso ei pärjännyt synnyttäjän kipujen kanssa. Hän ei ollut valmistautunut tai varautunut siihen, että synnyttäjän kokema kipu olisi niin voimakasta. (Carlsson ym. 2012; Eri ym. 2011; Barnett ym. 2008; Cheyne ym. 2007.)

Synnyttäjän näkökulmasta katsottuna latenssivaihe on hankala. Milloin on oikea aika lähteä sairaalaan? Milloin synnytys on jo niin edistynyt, että on sallittua olla niin kipeä, että haluaa sairaalan asiakkaaksi ja kipulääkettä?

LATENSSIVAIHEEN HOITO KÄTILÖN NÄKÖKULMASTA

Kättilön näkökulmasta katsottuna latenssivaiheen hoito on hankalaa. Kivun kokeminen on yksilöllistä, joten kuka päättää, onko synnyttäjällä riittävän kipeä? Kuinka kertoa synnyttäjälle, että vieläkin kipeämpiä supistuksia on tulossa, joten nämä supistuskivut kannattaisi mieluummin liikkua pois kuin lievittää pois? Kuinka kertoa tieto ilman, että synnyttäjällä kokee, että hänen kipuaan ja tuntemuksiaan väheksytään tai jätetään huomiotta? Ja miten perustella pettyneelle synnyttäjälle kotiuttaminen eikä synnytys saliin siirtäminen?

Useat tutkimukset osoittavat, että latenssivaiheessa sairaalahoitoon otetun synnyttäjän synnytykseen puututaan herkästi. Synnytyksen ei anneta edistyä omaa luonnollista tahtia; pitää taukoja ja taas jatkaa edistymistä. Puuttuminen eli ensimmäinen toimenpide, johtaa toiseen toimenpiteeseen ja niin edelleen. Puututaan tarpeettomasti normaaliin synnytyksen etene miseen, puututaan synnyttäjän henkilökohtaiseen synnytysaikatauluun; puututaan fysiologiseen synnytykseen. Sairaalaan saapuminen vasta aktiivisessa avautumisvaiheessa on selkeästi yhteydessä vähempiin toimenpiteisiin synnytyksen aikana ja siten se tukee fysiologista synnytystä. Se vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta, lisää omaa luonnollisen oksitosiinin tuotantoa, lisää alatiesynnytyksen todennäköisyyttä ja ennen kaikkea, tukee myönteistä synnytyskokemusta. (Bailit ym. 2005; Klein ym.

2004, Holmes ym. 2001.) Hyvä latenssivaiheen hoito ja etukäteen annettu tieto latenssivaiheen kulusta ja kestosta tukevat synnyttäjän päätöstä olla kotona mahdollisimman pitkään latenssivaiheessa. Hyvä latenssivaiheen hoito ja riittävä tieto latenssivaiheen merkityksestä lisäävät myös fysiologisen synnytyksen todennäköisyyttä. (Maimburg ym. 2010; Gross ym. 2009.)

OHJAUKSEN MERKITYS LATENSSIVAIHEEN HOIDOSSA

Synnytys on sekä fyysinen että psykologinen prosessi. Synnyttäjän tulisi olla myös mieleltään avoin supistuksille, niiden luonteen muuttumiselle ja itse synnytykselle, jotta epävarmuus ja stressi eivät estäisi tai vähentäisi luonnollisen oksitosiinin eritystä. Mikäli synnyttäjällä on riittävästi etukäteen tietoa, hän pystyy rentoutumaan ja sopeutumaan latenssivaiheen tuntemuksiin.

Sekä neuvoloiden perhevalmennuksen että sairaaloiden rakenteiden ja hoitomallien tulisi tukea latenssivaiheen tunnistamista ja hyvää hoitoa. Perhevalmennuksessa tulisi pystyä tukemaan perheitä löytämään omia voimavaroja ja hyödyntämään niitä, jotta saavutettaisiin myönteinen synnytykskokemus realististen toiveiden myötä. Valmennuksessa tulisi kertoa paikallisen synnytyssairaalan hoitokäytännöistä sekä kertoa ajankohtaista ja näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksestä ja sen normaalista edistymisestä. Tietoisuus latenssivaiheesta, sen kestosta ja merkityksestä synnytyksessä lisäisi latenssivaiheen sietämistä. Epätietoisuus ja siitä johtuva turhautuminen lisäävät ahdistusta ja ns. turhia sairaalakäyntejä. Synnyttäjälle ja hänen tukihenkilölleen tulisi kertoa miten synnyttäjä voi itse omalla toiminnallaan kotiloissa helpottaa oloaan ja miten puoliso voi häntä tukea. Koti on tuttu ja rauhallinen ympäristö, jossa synnyttäjä voi kokea olevansa turvassa, seuranaan luotettava läheinen ihminen. Puolison rooli on merkittävä siinä, miten synnyttäjä kokee latenssivaiheen. Puolison oikea ja tukeva asenne vaikuttavat myönteisesti synnyttäjän kokemaan hyvinvointiin, rentouteen ja kipuun. Puolisolle tulisi perhevalmennuksessa kertoa yksinkertaisia tapoja, joilla hän voisi auttaa ja helpottaa synnyttäjää latenssivaiheessa. Synnyttäjälle ja hänen puolisolleen tulisi myös kertoa, että on tilanteita jolloin kotiin ei voi jäädä odottelemaan synnytyksen vauhdittumista. Latenssivaiheessakin voi tulla tilanteita, jolloin siirtyminen sairaalaan on ehdottoman tärkeitä sekä äidin että syntymättömän vauvan terveyden ja henkiin jäämisen takia. (Carlsson ym. 2012; Eri ym. 2011; McNiven ym. 1998.)

VOIMAVAROJA VAHVISTAMALLA KOHTI PAREMPAA LATENSIVAIHETTA

Synnytyksen ajattelu, myönteisen asenteen rakentaminen ja voimavarojen kerääminen alkavat paljon ennen synnytyksen käynnistymistä. Siksi synnyttäjän luottamusta omiin voimavaroihinsa ja kykyihinsä synnyttää tuleekin lähteä rakentamaan jo raskausaikana. Avoin ja tasa-arvoinen keskustelu synnyttäjän kanssa hänen omasta hoidostaan sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa huomioon ottaminen päätöksenteossa lisäävät synnyttäjän hallinnan tunnetta.

Luottamus siihen, että pystyy ja osaa synnyttää rakentuu kättilön antamaan luotettavaan informaatioon. Lisäksi se, että synnyttäjän ja kättilön suhde on tasa-arvoinen, ja että synnyttäjä kokee pystyvänsä osallistumaan päätöksentekoon omissa asioissaan, lisäävät luottamusta synnyttämiseen. Raskauden aikaisessa kontaktissa hoitohenkilöstön kanssa korostuu usein pyrkimys havaita ongelmat ja samalla myös niiden ennaltaehkäisy. Neuvolakäynneillä tulisi kuitenkin lisäksi kiinnittää huomiota siihen, millä keinoilla voitaisiin lisätä raskaana olevan positiivista suhtautumista ja voimavaroja raskauteen ja synnyttämiseen. Neuvolan henkilökunnan ja perhevalmennuksen pitäjän ajankohtainen ja aito tieto synnyttämisestä ja siihen liittyvistä asioista olisi ensisijaisen tärkeä synnyttävän perheen luottamuksen ja asenteen rakentumisen suhteen. (Carlsson ym. 2012; Cheyne ym. 2007.)

Keskustelu ja sen myötä toiminnan muuttaminen ja kehittäminen synnyttävän naisen ja hänen perheensä hyväksi latenssivaiheen hoidossa on tärkeitä. Olisi tärkeitä luoda synnyttäjälle mielikuva myönteisestä ilmapiiristä, jotta synnyttäjän ei tarvitsisi miettiä, onko hän riittävän kipeä hakeakseen tai saadakseen apua synnytyssairaalalta. Synnyttäjän ei pitäisi ikinä tuntea syyllisyyttä ottaessaan yhteyttä sairaalaan synnytyksen alkuvaiheessa. Osa synnyttäjistä ei tarvitse tukea päätöksentekoon siitä, milloin hakeutuvat hoitoon, mutta iso osa synnyttäjistä kaipaa ammattilaisen mielipidettä ja varmistusta tilanteesta ja sen normaaliudesta. Osa synnyttäjistä tulee myös aina hakeutumaan hoitoon latenssivaiheessa, koska oleilu kotona koetaan liian ahdistavana tai epävarmana. (Carlsson ym. 2012; Nolan ym. 2009; Cheyne ym. 2007.)

YHTEISTYÖLLÄ KOHTI TURVALLISTA LATENSSIVAIHETTA

Synnytyssairaalan kättilön rooli hyvän ja turvallisen synnytyskokemuksen saavuttamisessa alkaa jo synnytyksen latenssivaiheessa. Synnyttäjillä tulisi olla mahdollisuus ottaa puhelimitse yhteyttä asiantuntijaan, kättilöön, jotta hän voisi keskustella tuntemuksistaan ja saisi tukea päätökselleen joko lähteä sairaalaan tai jäädä vielä kotiin. Tärkeätä puhelinohjauksessa on se, että synnyttäjä kokee tulevansa kuulluksi ja että häntä ohjataan yksilöllisesti, hänen huolet ja tuntemukset huomioidaan ja että puhelu olisi kiireetön. Kiireetön puhelu, jonka aikana kättilö keskittyy kuulemaan synnyttäjän tuntemukset ja huolet, eikä tyydy tarjoamaan vain yleispäteviä vastauksia, lisää synnyttäjän kokemusta yksilöllisestä hoidosta. Synnyttäjän kokemus yksilöllisestä kuulemisesta auttaa synnyttäjää ymmärtämään ja sietämään synnytyksensä alkuvaihetta ja tukee päätöstä jäädä kotiin latenssivaiheessa. Huolellinen puhelinohjaus vähentää ns. turhia tarkastuskäyntejä ja vapauttaa kättilöiden resurssia ja vähentää kiirettä synnytysosastoilla. Huono kokemus puhelinohjauksesta ei lisää synnyttäjän luottamusta omiin voimavaroihinsa tai siihen että pärjää kipujensa kanssa, eikä se lisää luottamusta yhteistyöhön kättilön kanssa. Huono kokemus ohjauksesta latenssivaiheessa saattaa vaikuttaa heikentävästi koko synnytyskokemukseen. (Eri ym. 2011; Spiby ym. 2007; McNiven ym. 1998.)

YHTEENVETO

Latenssivaihe ja varsinkin pitkittynyt latenssivaihe on synnyttäjälle väsyttävä ja henkisiä voimavaroja kuluttava ajanjakso. Synnyttäjä tarvitsee hyvää henkistä tukea ja kannattelua jaksakseen jatkaa synnytyksen aktiiviseen avautumisvaiheeseen menettämättä toivoaan. Kättilön positiivinen suhtautuminen ja kannustava ilmapiiri lisäävät synnyttäjän positiivisuutta, rentoutta ja luottamusta tilanteen normaaliuteen ja omiin taitoihin synnyttää. Tärkeätä on tunnistaa ja hoitaa oikein latenssivaihetta. Malti olla puuttumatta synnytyksen kulkuun silloin kun puuttuminen on turhaa, mutta järkeä ja näkemystä puuttua silloin, kun se edistää synnyttäjän hyvää.

Hyvä latenssivaiheen hoito on kirjattuna THL:n ”Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020 -oppaaseen. Kirjallisuuden ja em. oppaan avulla olisi selkeätä luoda yhtenäiset

hoito- ja toimintaohjeet käyttöön kansalliselle tasolle sekä avoterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon.

LÄHTEET

- Bailit, J.L., Dierker, L., Blanchard, M. & Mercer, B. 2005. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105(1), 77–79.
- Barnett, C., Hundley, V., Cheyne, H. & Kane, F. 2008. “Not in Labour”: impact of sending women home in the latent phase. *British Journal of Midwifery* 16(3), 144–148.
- Carlsson, I-M., Ziegert, K., Sahlberg-Blom, E. & Nissen, E. 2012. Maintaining power: Womes’s experiences from labour onset before admittance to maternity ward. *Midwifery* 28 (1), 86–92.
- Cheyne, H., Terry, R., Niven, C., Dowding, D., Hundley, V. & McNamee, P. 2007. “Should I come now?”: a study of wome’s early labour experiences. *British Journal of Midwifery* 15 (10), 604–609.
- Eri, T.S., Blystad, A., Gjengedal, E. & Blaaka, G. 2011. “Stay home as long as possible”: Midwives’ priorities and strategies in communicating with first time mothers on early labour. *Midwifery* 27(6), 286–292.
- Gross, M.M., Burian, R.A., Frömke, C., Hecker, H., Schippert, C. & Hillemanns, P. 2009. Onset of albour: women’s experiences and miwives’ assessments in relation to first stage duration. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 280(6) 899–905.
- Holmes, P., Oppenheimer, L. & Wen, S. 2001. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108 (11) 1120–1124.
- Klein, M., Kelly, A., Koczorowski, J. & Grzybowski, S. 2004. The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 26(7) 641–645.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. THL.
- Maimburg, R.D., Vaeth, M., Dürr, J. & Olsen, J. 2010. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 117(8) 921–928.
- McNiven, P., Williams, J., Hodnett, E., Kaufman, K. & Hannah, M.E. 1998. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth* 25 (1) 5–10.
- Nolan, M., Smith, J. & Catling, J. 2009. Experiences of early labour (3): Any further comments? What women told us. *The practicing midwife* 12(9) 35–37.
- Raussi-Lehto, E. 2015. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) *Kättilötyö*. Keuruu: Otava Oy.
- Spiby, H., Green, J.M., Hucknall, C., Richardson Foster, H. & Andrews, A. 2007. Labouring to better effect: studies of services for women in early labour. Final report to the NIHR Service delivery and Organisation Programme.

15 Synnytyksen fysiologinen kulku

Sanna-Kaisa Kukko, kättilö, terveydenhoitaja (YAMK), osastonhoitaja,
Tampereen yliopistollinen sairaala

TIIVISTELMÄ

Synnytyksen eteneminen on yksilöllistä. Vuosien aikana on kuitenkin pyritty etsimään synnytyksen etenemistä kuvaavaa mallia tutkimalla isoja synnytysmääriä. Tunnetuin synnytyksen etenemisen malleista on Friedmanin käyrä, jonka perusteella on luotu synnytyksen hoito-ohjeita. Tämän mallin rinnalle on viime aikoina noussut Zhangin tutkimusryhmien tuottama malli, joka todentaa, että tämän päivän synnyttäjät ovat erilaisia, hoitomenetelmät ovat muuttuneet ja synnytykset etenevät hitaammin kuin ennen.

Synnytyksen etenemistä seurataan ulko- tai sisätutkimuksella, supistusten tiheyttä ja voimakkuutta käsin tunnistelemalla tai ktg-käyrää tulkitsemalla. Partogrammia voidaan käyttää kohdunsuun aukeamisen ja sikiön pään laskeutumisen ja niiden suhteen arviointiin. Kokenut kättilö kykenee seuraamaan synnytyksen etenemistä pelkästään havainnoimalla synnyttäjää.

Tässä artikkelissa kuvataan erilaisia käsityksiä synnytyksen etenemisestä sekä kättilön tapoja seurata synnyttäjää ja synnytyksen edistymistä. Tässä artikkelissa kuvataan 70-luvulta nykypäivään synnytyksen etenemisen malleja ja niiden merkitystä synnyttäjän hoidossa. Nykyisen käsityksen mukaan synnytys etenee huomattavasti hitaammin kuin aiemmin on ajateltu ja tämä tulisi ottaa huomioon synnyttäjän hoito-ohjeita laadittaessa. Tutkimusten perusteella synnytyksen etenemistä ei voida tarkkaan määrittellä. Olisi kuitenkin tärkeää pystyä ohjeistamaan, milloin synnytyksen kulkuun pitäisi puuttua, jotta se ei tapahdu liian varhain tai liian myöhään.

ABSTRACT

Every labour has its unique progress. During the years professionals has tried to come up with a model that describes the general progress of birth, by observing births in large numbers. The most known model is the Friedman's curve, which has formed a base for guidelines in birth assisting. Friedman's curve, has been challenged by another model that the Zhang research group developed. This model proves that today's mothers are unique individuals. In addition the ways of caring have changed and the labour progresses slower than before.

The progress of labour is monitored by abdominal and vaginal examinations. The contraction intervals are evaluated by manual palpation or by reading

the CTG. A partograph can be used to evaluate the relation between cervix dilatation and descend of the fetal head. An experienced midwife is able to monitor the progress of the birth plainly by observing the mother.

This article presents different perceptions of the labour progress. In addition it demonstrates midwife working methods when observing a mother and her progress in labour. This article illustrates labour progress models and their significance from the 70's until present day. Today the belief is that labour progresses slower than was believed before, which should be considered when creating guidelines for labour. According to research birth progress cannot be estimated specifically. However it is important to be able to instruct when there is a justifiable need to interfere in the labour progress, in order for it to happen timely, not too early or too late.

JOHDANTO

”Synnytys on kompleksinen prosessi, jossa sekä psykologiset että fysiologiset tapahtumat kietoutuvat yhteen ja ovat erottamattomissa”, toteaa Vicky Chapman 2013.

Kätilöt tietävät, että synnytys etenee omaa tahtiaan ja eteneminen vaihtelee synnyttäjistä toiseen paljon. Toiset äidit synnyttävät nopeammin kuin toiset, uudelleensynnyttäjät monesti nopeammin kuin ensisynnyttäjät. Miksi sitten synnytyksen etenemisestä pitää pohtia, kun yksilöllisiä vaihteluita on niin paljon? Tärkein syy tämän artikkelin kirjoittamiseen on esitellä 2000-luvulla julkaistua tutkimustietoa siitä, että sekä synnyttäjät että synnytyksen hoitomenetelmät ovat erilaisia kuin aiemmin. Tämä tieto tulee huomioida, koska se vaikuttaa merkittävästi kätilön päätöksentekoon ja siihen, kuinka synnyttäjiä hoidetaan.

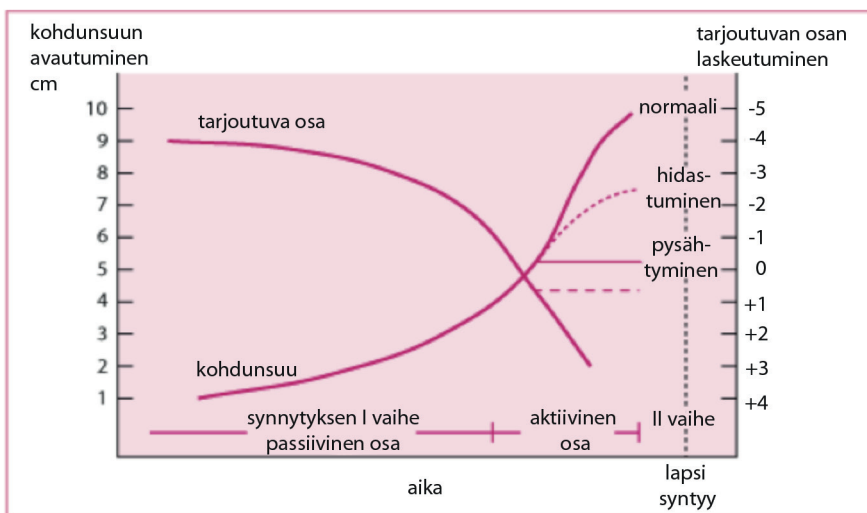
Artikkelin tarkoitus on kuvata tutkimustietoa synnytyksen kulusta ja antaa kätilötyötä tekeville työvälineitä oman työn kehittämiseen. Tutkimustiedon jalkautuminen käytännön työvälineeksi sanotaan kestävän 10–15 vuotta. Tieto ei ole koskaan sovellettavissa suoraan käytännön hoitotyöhön, koska käytännön työssä potilaan arvot, toimintakulttuuri, toimintaympäristö ja työntekijöiden asenteet ovat erilaisia. Parhaimmillaan tutkimustieto jalkautuu työvälineeksi silloin, kun työtä tekevät näkevät hoidossa ongelman, johon tutkimustieto voi tuoda ratkaisun. Tällöin kyseisestä aiheesta tulisi olla saatavilla valmiita tiivistettyjä katsauksia, hoitosuosituksia tai hoito-ohjeita. (Melnik & Fineout-Overholt 2015.)

Tässä tarkastellaan eri käsityksiä synnytyksen kulusta, 70-luvulla synnyttää synnytyksen aktiivisen hoidon menetelmää ja nykytiedon mukaista ymmärrystä synnytyksen etenemisestä. Tähän valitut 2000-lukua käsittelevät julkaisut ovat valikoituneet CINAHL-tietokannasta vapaasanahauilla ”labor progress”, ”labour progress”, ”labor curve” ja ”labour curve”. Mukana on sekä alkuperäistutkimuksia että vertaisarvioituja kommenttiartikkeleita.

MITÄ TIEDETÄÄN SYNNYTYKSEN EDISTYMISESTÄ

Suomalainen määritelmä

Synnytyksen normaalia kulkua ei ole Suomessa toistaiseksi määritelty muutoin kuin pitkittyneen synnytyksen näkökulmasta. Soivan (1977) Synnytysoopin oppikirja kättilöille -kirjan mukaan synnytyksen kesto vaihtelee. Keskimääräinen synnytyksen kesto ensisynnyttäjällä on 12–18 tunnin ja uudelleensynnyttäjällä 8–12 tunnin välillä. Uotilan ja Tuimalan (2011) mukaan kohdunsuun tulisi avautua ensisynnyttäjällä enemmän kuin 1,2 cm ja uudelleensynnyttäjällä enemmän kuin 1.5 cm tunnissa. Heidän mukaan pään tulisi laskeutua yli 1 cm tunnissa ensisynnyttäjällä ja enemmän kuin 2 cm tunnissa uudelleensynnyttäjällä. Tämän määritelmän mukaan synnytys todetaan pitkittyneeksi silloin, kun ensimmäinen ajanvaihe on ensisynnyttäjällä kestänyt yli 20 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä yli 14 tuntia. (Uotila & Tuimala 2011.) Mikäli pitkittyneen synnytyksen kriteerit eivät täyty, katsotaan synnytyksen kulku normaaliksi.



Kuva 1. Synnytyksen kulku partogrammina esitettyinä. (Uotila & Tuimala 2011)

Active management of labour –protokolla

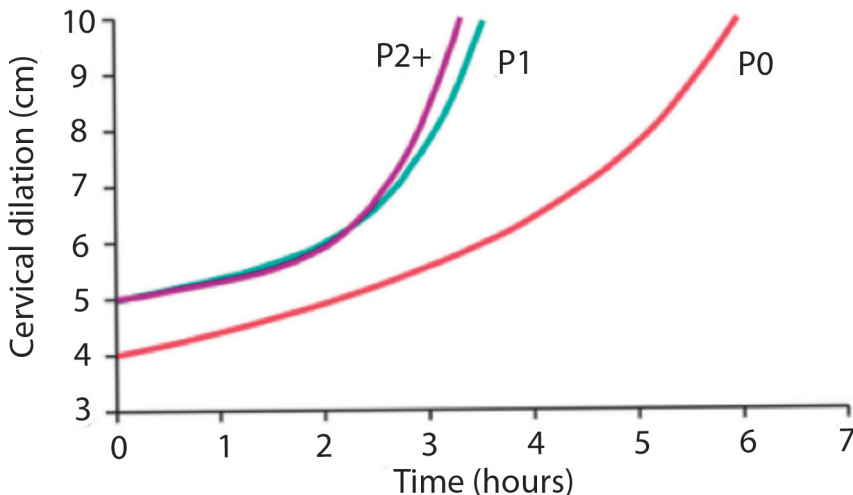
Edellä kuvattu määritelmä synnytyksen sopivasta tahdistusta mukailee The active management of labour -protokollaa, joka perustuu Friedmanin 50-luvulla tekemään synnytyskaavioon. Alkuperäisessä versiossa hän kokosi 500 synnyttäjän synnytyksen kulun graafiseksi kuvaajaksi ja nimitti kuvan alun hitaamman vaiheen kohdunsuun etenemistä noin neljään senttimetriin latenssivaiheeksi ja sen jälkeistä aikaa aktiiviseksi vaiheeksi. (Peisner & Rosen 1986.) Friedmanin malli on vaikuttanut synnytysten hoitoon näihin päiviin asti. Friedmanin käyrä ja 70-luvulla käyttöön otettu partogrammi hälytyslinjoineen olivat lähtökohtana irlantilaisten esittelemälle ja laajalti levinneelle protokollalle "active management of labour" (O'Driscoll ym. 1973; Walsh D 2012). Tämän synnytyksen aktiivinen hoito -protokollan tarkoituksena oli lyhentää ensisynnyttäjien synnytyksen kestoa eli menetelmän mukaisesti synnytyksen kesto pyrittiin pitämään alle 12 tunnissa. Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että kalvot puhkaistiin heti synnytyksen alussa ja oksitosiini-infuusio aloitettiin, mikäli synnytys ei edennyt eli kohdun suu ei ollut auennut yhtä senttimetriä tunnissa. (O'Driscoll ym. 1973.) Lisäksi kättilöoppilaan tai kättilön tuli istua katsekontaktissa synnyttäjään koko synnytyksen ajan jatkuvan tuen takaamiseksi (D'Alton & Dudley 1986).

Menetelmällä on edelleen kannatusta varsinkin Dublinissa, josta se on lähtöisin. O'Driscoll ja kumppanit (1973) raportoivat tutkimuksessaan hyvin alhaisesta sektiomäärästä (5,2 % aineiston ensisynnyttäjistä). Muiden tutkijoiden yritykset saada samankaltaisia tuloksia menetelmää käyttämällä ovat kuitenkin olleet ristiriitaisia (López-Zeno ym. 1992; Frigoletto ym. 1995; Rogers ym. 1997). Vuonna 2013 tehdyn Cochrane-katsauksen mukaan varhainen kalvojen puhkaisu ja oksitosiinin aloitus näyttivät olevan yhteydessä kohtuulliseen sektoriskin alenemiseen (Wei ym. 2013).

Jatkuvan tuen merkitys on kiistaton synnytyksen hoidossa. Todennäköisyys spontaaniin alatiesynnytykseen on suurempi, lääkkeelliseen kivunlievitykseen pienempi ja raportointia tyytymättömyydestä vähemmän. Lisäksi synnytykset näyttävät olevan lyhyempiä, todennäköisyys siihen, että synnytys päättyy sektioon tai imukuppiin on pienempi, ja huonokuntoisten vauvojen määrä on vähäisempi. (Hodnett ym. 2013.)

Uutta tietoa 2000-luvun synnyttäjistä

Synnyttäjät ja heille tarjottava hoito ovat muuttuneet vuosikymmenien aikana. Tämän päivän synnytyksen hoidossa on yleisesti käytössä synteettinen oksitosiini ja epiduraalipuudutus. Lisäksi synnyttäjät ovat huomattavasti ylipainoisempia verrattuna Friedmanin aikana tehtyyn tutkimukseen. (Peisner & Rosen 1986.) Kun Zhang ym. (2002; 2010a) lähti tarkastelemaan 90-luvulla synnyttäjiä ja heidän synnytystensä kulkua, he huomasivat, että kohdunsuu aukeaa huomattavasti hitaammin, kuin aiemmin oli ajateltu. Friedmanin aineiston mukaan kohdunsuun ollessa 4 cm auki synnytys oli aktiivisessa vaiheessa ja synnytys eteni sen jälkeen nopeasti. Zhangin (2010a) mukaan kohdunsuun tilanne neljästä viiteen senttimetriin saattaa kestää jopa kuusi tuntia ja viidestä kuuteen senttimetriin kolme tuntia. Vasta tämän jälkeen synnytykset edistyivät nopeammin. Eli latenssivaihe näyttääkin kestävän kuuteen senttimetriin asti, kun sitä arvioidaan kohdunsuun tilanteen perusteella. Friedmanin aineistossa nähtyä siirtymävaihetta, jolloin kohdunsuun aukeaminen hidastuu ennen ponnistusvaiheen alkua, ei esiintynyt lainkaan. (Zhang ym. 2002; 2010a; Kuvio 2.) Nealin ym. (2010) tekemän katsauksen mukaan hitain hyväksyttävä kohdunsuun eteneminen on 0,6 cm tunnissa synnytyksen aktiivisen vaiheen aikana.



Kuvio 2. Kohdunsuun keskimääräinen avautuminen synnyttäneisyyden perusteella (Zhang ym. 2010a, 1288).

Tätä 2010-luvun tutkimustietoa on peilattu useissa tutkimuksissa. Laughon ym. (2012) vertailivat sekä 1960-luvulla että 2000-luvulla kerättyä synnytysdataa todeten, että nykyajan synnyttäjät ovat painavampia, heidän synnytyksissä käytetään enemmän epiduraalipuudutuksia ja oksitosiinia ja synnytykset päätyvät useammin sektioon. Hamiltonin ym. (2016) mukaan synnytyksen aktiivivaiheen hidas eteneminen (kun kohdunsuu oli yli 6 cm) ei näyttänyt lisäävän keisarileikkauksia tai verenvuotoa. He epäilevät, voidaanko antaa tarkkoja kriteereitä epänormaaliin etenemiseen, koska spontaanin synnytyksen etenemistä ei voida tutkia. (Hamilton ym. 2016.) Japanissa vertailtiin sekä Friedmanin että Zhangin käyriä omaan ensisynnyttäjien aineistoon ja todettiin, että japanilaisten naisten synnytykset mukailivat Zhangin aineistoa enemmän kuin Friedmanin (Suzuki ym. 2010). Shin ym. (2016) vertailun mukaan kiinalaisten naisten synnytykset etenivät hitaammin kuin Zhangin ym. (2010a) tutkimuksessa, mutta nopeammin kuin Suzukin ym. (2010).

Nykyaikaisen synnytyksen etenemisen mallille löytyy useita sitä vahvistavia tutkimuksia. Tätä artikkelia varten kerätyssä katsauksessa löytyi myös Friedmanin kirjoittamia vasta-argumentteja. Hän kritisoi uusia synnytyksen etenemisen käyriä testaamattomina ja toteaa uudet hoito-ohjeet (Spong ym. 2012) validoimattomiksi ja mahdollista haittaa aiheuttaviksi (Cohen & Friedman 2015a ja 2015b).

Synnytyksen fysiologinen eteneminen

Edellä mainitut synnytyksen kulkua käsittelevät tutkimukset on tehty sairaalassa. Synnyttäjät ovat saaneet tavanomaista hoitoa, johon on liittynyt oksitosiinia synnytyksen edistämiseksi ja epiduraalipuudutus kivunlievityksen hoitoon (Zhang ym. 2010a). Fysiologisen synnytyksen etenemisen tutkimus on ollut vähäistä. On kuitenkin olemassa Albersin (1999) tutkimus, jossa todetaan synnytyksen aktiivisen vaiheen kesto perusterveillä synnyttäjillä 7,7–17,5 tunnin (ensisynnyttäjät) ja 5,6–13,8 tunnin (uudelleensynnyttäjät) välillä. Kotisynnytyksiä tarkasteltaessa on huomattu, että synnytyksen aktiivisen vaiheen aikana supistukset heikentyivät ajoittain ja kohdunsuu ei tällöin avautunut. Tätä normaaliin synnytyksen kulkuun kuuluvaa tasankovaihetta kutsutaan englanninkielisellä termillä ”plateau”. Tauko synnytyksen aikana ei lisännyt keisarileikkausten määrää eikä äitien tyytyväisyys vähentynyt, vaikka synnytys kesti pitkään. (Walsh 2012.)

SYNNYTYKSEN ETENEMISEN SEURAAMINEN

Ulkotutkimus on perinteinen kättilön menetelmä havainnoida synnytykseen liittyviä seikkoja. Se on ensiarvoisen tärkeä ja nopea tapa selvittää sikiön tila, tarjonta ja painoarvio. Lisäksi ulkotutkimuksen avulla kokenut kättilö kykenee arvioimaan synnytyksen etenemistä seuraamalla sikiön laskeutumista, tunnistamaan virheasentoja sekä lantion ja sikiön epäsuhtaa. Paras tapa oppia käyttämään ulkotutkimuksen tuomia tietoja on tehdä ulkotutkimuksia jatkuvasti. (Soiva 1977.)

Sisätutkimuksen avulla seurataan synnytyksen käynnistymistä ja etenemistä sekä sikiön tilaa ja tarjontaa kuten ulkotutkimuksellakin. Rutiniinomaisista tiheästi tehtävistä sisätutkimuksista ei tiedetä olevan hyötyä synnytyksen lopputuloksen kannalta. Osa äideistä kokee sisätutkimuksen epämiellyttäväksi. (Downe ym. 2013.)

Supistusten tunnustelu kohdun korkeimmalta kohdalta antaa informaatiota supistusten tiheydestä ja voimakkuudesta. Tunnustelemalla havaitaan myös laukeamaton supistus. Yleisesti synnytyksen aikana seurataan supistuksia ulkoisella tai sisäisellä seurannalla. Sisäistä seurantaa on käytetty tavallisesti silloin, kun synnytys etenee hitaasti tai halutaan tarkempaa tietoa supistusten laadusta varsinkin, kun käytetään synnytyksessä synteettistä oksitosiinia. Cochrane-katsauksen mukaan näiden kahden menetelmän välillä ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevää eroa. (Bakker ym. 2013.)

Kättilön menetelmiä synnytyksen etenemiseksi tukemiseksi on useita. Näitä ovat esimerkiksi liikkumaan kannustaminen, syömisen tarjoaminen, kosketus ja siihen liittyvät kivunlievitysmenetelmät sekä veden käyttö synnytyksen aikana. (Chapman & Charles 2013.)

Partogrammi on paperinen tai sähköisessä muodossa oleva dokumentti, johon merkitään kohdunsuun aukeaminen, sikiön tarjoutuvan osan laskeutuminen, supistusten tiheys ja voimakkuus sekä usein synnyttäjän verenpaine, pulssi ja lämpö. Mittaukset muodostavat kuvaajan, jonka avulla on arvioitu synnytyksen edistymistä. Toisinaan partogrammeissa käytetään alert ja action-linjaa, jotka toimivat huomion kiinnittäjinä hitaasti etenevissä synnytyksissä. Alert-linja piirretään kohdunsuun lähtötilantees-

ta aikajanalla eteenpäin niin, että etenemisen oletetaan tapahtuvan 1 cm/ tunti -tahtia ja action-linja oli samansuuntainen ensimmäisen linjan kanssa, mutta sijaitsee neljä tuntia edempänä. Mikäli synnytys näyttää etenevän hitaasti ja kohdunsuun etenemisen viiva ylittää action-linjan, voidaan synnytystä edistää kalvojenpuhkaisulla tai oksitosiinilla. Partogrammin tehoa arvioivan Cochrane-katsauksen mukaan pelkästään partogrammin käytöllä ei ollut vaikutusta keisarileikkausten määrään tai muuhun synnytyksen hoitoon liittyvään näkökulmaan. Katsauksen tulosten perusteella todetaan-kin, että partogrammin rutiininomaista käyttöä ei suositella synnytyksen hoidossa. (Lavender ym. 2013.)

Synnyttäjää havainnoimalla saadaan myös arvokasta informaatiota. Eri-tyisiä tunnusmerkkejä on vaikeaa luetella, vaan yleensä pitkään kättilötyötä tehneet tunnistavat intuitiivisesti kokemuksen perusteella synnytyksen vaiheet. Latenssivaiheen synnyttäjän rauhallisuus supistusten aikana muuttuu synnytyksen käynnistyessä syväksi keskittymiseksi tai vaipumiseksi omaan maailmaan, kun supistukset vievät kaiken energian. (Walsh 2012.)

Sekä Friedman että Zhang kumppaneineen keskittyivät malleissaan kohdunsuun aukeamiseen. Synnytyksen etenemisessä tulisi kuitenkin ottaa huomioon myös sikiön pään laskeutuminen. Aikana, jolloin sisätutkimuksia tehtiin vähemmän, ulkotutkimus kertoi sikiön pään laskeutumisesta ja samalla synnytyksen etenemisestä. Graseckin tutkimuksen mukaan sikiön laskeutuminen näyttää olevan nopeinta niillä, joiden synnytys eteni spontaanisti ilman edistämistä (Graseck ym. 2014).

POHDINTA

Synnytykset etenevät hitaammin kuin on aiemmin luultu. Tähän vaikuttavat esimerkiksi synnyttäjien painonnousu ja synnytykseen liittyvät interventiot. Nykyajan synnyttäjillä tehdyt tutkimukset ja aikaisemman tutkimustiedon uudelleenarviointi ovat lisänneet ymmärrystä synnytyksen kulusta. Sekä tieto latenssivaiheesta että synnytysten hitaammasta etenemisestä on tärkeää. Friedmanin käyrää tarkasti tulkitsemalla on tehty useita keisarileikkauksia, koska on kuviteltu synnytyksen pysähtyneen, vaikka se ei ole vielä käynnistynytäkään. Mikä Friedmanin mukaan oli hitain hyväksyttävä kohdunsuun eteneminen (1.2 cm/ tunti), onkin 2000-luvun synnyttäjien aineistossa hyvin keskimääräinen, sillä ihmiset ja toimintatavat ovat nykyisin erilaisia.

Tämän päivän tutkimusten valossa latenssivaihe näyttää loppuvan keskimäärin vasta, kun kohdunsuu on 6 cm auki, eikä voida sanoa, miten kohdunsuun pitäisi avautua sen jälkeen. (Zhang ym. 2010b; Dekker 2014.) Synnytys etenee aalloissa, välillä nopeammin ja välillä hitaammin, eikä hitaan synnytyksen yhteydessä ole voitu todeta eroja lasten kuolleisuudessa. Näin oletukset kohdunsuun avautumisesta 1 cm kahden tunnin aikana saattavat olla keinotekoisia. Amerikan obstetriikoista ja gynekologeista koostuva työryhmä (Spong ym. 2012) ehdottivat mallia, jonka mukaan synnyttäjälle tulisi tarjota vain synnyttäjää tukevaa ja kannustavaa hoitoa, eikä synnytykseen tulisi puuttua ennen kuin kohdunsuu on avautunut kuuteen senttimetriin. Mikäli kohdunsuun eteneminen pysähtyy spontaanisti alkaneessa synnytyksessä tämän jälkeen neljäksi tunniksi, vaikka supistukset ovat riittäviä, puhutaan pysähtyneestä synnytyksestä (Spong ym. 2012).

Zhangin ym. (2002; 2010a; 2010b) ja Nealin ym. (2010) tutkimusten tulokset olisi hyvä ottaa tarkasteluun myös kansallisesti, koska ”the active labour management”-protokollan jäänteitä nähdään edelleenkin suomalaisissa synnytyssairaaloissa. Saatetaan esimerkiksi olettaa synnytyksen edistyvän partogrammilla lineaarisesti nousevan käyrän mukaisesti, ja jos niin ei käy, puututaan herkästi synnytyksen kulkuun. Tätä toimintamallia perusteltiin 1970-luvulla ensisynnyttäjien synnytyskeston lyhentymisellä. Useat tutkimukset osoittivatkin (López-Zeno ym. 1992; Frigoletto ym. 1995; Rogers ym. 1997; Wei ym. 2013), että kalvojen puhkaisulla tai synteettisellä oksitosiinilla saatiin ensisynnyttäjien synnytykset lyhenemään. Voidaan kuitenkin pohtia, onko synnytyksen lyhyempi kesto merkittävä tekijä synnytyksen hoidossa ja onko oksitosiinin laaja käyttö synnyttäjien hoidossa jäänyt tästä perinnöksi. Vaikuttaa siltä, että kättilö ei osaa enää luottaa naisen omaan kykyyn synnyttää, koska erilaiset synnytyksen puuttumisen menetelmät, kuten kalvojen puhkaisu ja synteettinen oksitosiini, ovat olleet rutiininomaisessa käytössä jo vuosikymmenien ajan.

Näyttää siltä, että ei voida antaa tarkkoja määritelmiä, miten synnytyksen tulisi edetä. Olisi kuitenkin tärkeää pystyä ohjeistamaan, milloin synnytyksen kulkuun pitäisi puuttua, jotta se ei tapahdu liian varhain tai liian myöhään. Tulee muistaa, että synnytyksen kulku on aina yksilöllinen ja aina tulee olemaan nopeita ensisynnyttäjiä yhtä lailla kuin hitaita uudelleensynnyttäjiäkin.

LÄHTEET

- Albers, LL. 1999. The duration of labor in healthy women. *Journal of Perinatology* (19)2, 114–119.
- Bakker, J., Janssen, P., Halem, K., Goes, B., Papatsonis, G., Post, J. & Mol, B. 2013. Internal versus external tocodynamometry during induced or augmented labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD006947. doi: 10.1002/14651858.CD006947.pub3.
- Chapman, V. & Charles, C. 2013. *The midwife's labour and birth handbook*. West Sussex; Wiley-Blackwell.
- Cohen, W.R. & Friedman, E.A. 2015a. Perils of the new labor management guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.008>
- Cohen, W.R. & Friedman E.A. 2015b. Misguided guidelines for managing labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.04.012>.
- D'Alton, M.E. & Dudley, D.K. 1986. The active management of labour in the primiparous patient. *Canadian Family Physician* 32, 2129–2133.
- Dekker, R. 2014. Friedman's Curve and Failure to Progress: A Leading Cause of Unplanned C-sections-. <https://evidencebasedbirth.com/friedmans-curve-and-failure-to-progress-a-leading-cause-of-unplanned-c-sections/>.
- Downe, S., Gyte, G., Dahlen, H. & Singata, M. 2013. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.
- Frigoletto, F.D., Lieberman, E., Lang, J.M., Cohen, A., Barss, V., Ringer, S. & Datta, S. 1995. A clinical trial of active management of labor. *The New England Journal of Medicine* 333(12), 745-750.
- Graseck, A., Tuuli, M., Roehl, K., Odibo, A., Macones, G. & Cahill, A. 2014. Fetal descent in labor. *Obstetrics and gynecology* 123(3), 521–526.
- Hamilton, E.F., Warrick, P.A., Collins, K., Smith, S. & Garite, T.J. 2016. Assessing first-stage labor progression and its relationship to complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 204, 381.e1-8.
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmayer, G.J. & Sakala, C. 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Laughon, K.S., Branch, D.W., Beaver, J. & Zhang, J. 2012. Changes in labor pattern over 50 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.003.
- Lavender, T., Hart, A. & Smyth, R.M.D. 2013. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD005461. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.
- López-Zeno, J.A., Peaceman, A.M., Adashek, J.A. & Socol, M.L. 1992. A controlled trial of a program for the active management of labor. *The New England Journal of Medicine* 326(7), 450–454.

- Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. 2015. Evidence-based practice in nursing & healthcare. Philadelphia; Wolters Kluwer.
- Neal, J., Lowe, N.K., Ahijevych, K.L., Patrick, T.E., Cabbage, L.A. & Corwin, E.J. 2010. Active labor' duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. *Journal of Midwifery and Womens Health* 55(4), 308–318.
- O'Driscoll, K., Stronge, J.M. & Minogue, M. 1973. Active management of labour. *British Medical Journal* 3, 135–137.
- Peisner, D. & Rosen, M. 1986. Transition from latent to active labor. *Obstetrics & Gynecology* 68 (4) 448–451.
- Rogers, R., Gilson, G.J., Miller, A.C., Izquierdo, L.E., Curet, L.B. & Qualls, C.R. 1997. Active management of labor: does it make a difference? *American Journal of Obstetric and Gynecology* 177(3), 599–605.
- Shi, Q., Tan, X-Q., Liu, X-R., Tian, X-B. & Qi, H-B. 2016. Labour patterns in Chinese women in Chongqing. *British Journal of Obstetric and Gynecology*. doi: 10.1111/1471-0528.14019.
- Soiva, K. 1977. Synnytysoopin oppikirja kättilöille. Toinen painos. Porvoo; WSOY.
- Spong, C., Berghella, V., Wenstrom, K., Mercer, B. & Saade, G. 2012. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National institute of child health and human development, society for maternal-fetal medicine and American college of obstetricians and gynecologists workshop. *Obstetrics & Gynecologist* 120(5), 1181–1193.
- Suzuki, R., Horiuchi, S. & Ohtsu, H. 2010. Evaluation of the labor curve in nulliparous Japanese women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. doi: 10.1016/j.ajog.2010.04.014.
- Uotila, J. & Tuimala, R. 2011. Pitkittynyt synnytys. Teoksessa Naistentaudit ja synnytys. <http://www.oppiporrti.fi/op/njs04401/do#T1>. 10.11.2016.
- Walsh, D. 2012. Evidence and skills for normal labour and birth. A guide for midwives. Toinen painos. Routledge; Oxon.
- Wei, S., Wo, B.L., Qi, H.P., Xu, H., Luo, Z.C., Roy, C. & Fraser, W. 2013. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD006794. DOI: 10.1002/14651858.CD006794.pub4.
- Zhang, J., Troendle, J.F. & Yancey, M.K. 2002. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 187(4), 824–828.
- Zhang, J., Landy, H.J., Branch, W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K.D., Hatjis, C.G., Ramirez, M.M., Bailit, J.L., Gonzales-Quintero, V.H., Hibbard, J.U., Hoffman, M.K., Kominiarek, M., Learman, L.A., Von Veldhuisen, P., Troendle, J. & Reddy U.M. 2010a. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology* 116(6), 1281–1287.
- Zhang, J., Troendle, J., Mikolajczyk, R., Sundaram, R., Beaver, J. & Fraser, W. 2010b. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstetrics & Gynecology* 115(4), 705–710.

16 Näkökulmia fysiologisen syntymän hoitoon

Sanna-Kaisa Kukko, kättilö, terveydenhoitaja (YAMK), osastonhoitaja,
Tampereen yliopistollinen sairaala

TIIVISTELMÄ

Synnytyksenaikaisella liikkumisella on todettu paljon positiivisia vaikutuksia. Pystyasennossa supistukset voimistuvat, kivunlievityksen tarve vähenee, sikiö hakeutuu optimaaliseen asentoon, avautumis- ja ponnistusvaiheen kesto lyhenee ja äidit ovat tyytyväisempiä. Pystyasento saattaa lisätä synnytyksen jälkeisen verenvuodon määrää.

Toisessa ajanvaiheessa aktiivisen ponnistamisen aloittaminen vasta, kun äidillä on ponnistamisen tarve ja ponnistaminen äidin omien tunteusten mukaan näyttäisi lyhentävän hieman ponnistusvaiheen kestoä. Vällilihan tukeminen on hyödyllistä repeämisen ehkäisemiseksi. Rutiinimaista episiotomiaa ei suositella, mutta episiotomiaa suositellaan harkittavaksi silloin, kun on odotettavissa isokokoinen lapsi, ponnistusvaihe pitkittyy tai ensisynnyttäjän synnytys päätetään imukupilla.

Kolmatta ajanvaihetta voidaan hoitaa joko aktiivisesti tai fysiologisesti. WHO suosittelee aktiivista menetelmää massiiviverenvuotojen ehkäisemiseksi. Ihokontaktilla ja varhaisimetyksellä on todettu olevan synnytyksen jälkeiseltä verenvuodolta suojaava vaikutus.

ABSTRACT

Evidence suggests that a mother's active mobility during labour has many positive effects. The upright position intensifies labour contractions, decreases the need for pain relief, promotes the optimal position of the fetus, shortens the first and second stages of labour and are experienced as satisfying by the mothers. However, the upright position might increase the amount of postpartum hemorrhage.

Delaying active pushing in the second stage of labour, until the woman feels an urge to push, seems to shorten the pushing stage altogether. Supporting the perineal area during birth seems useful in preventing vaginal tearing. A routinely performed episiotomy is not recommended. Episiotomy is considered when the baby is large, the pushing stage is prolonged, or during vacuum extraction.

The third stage of labour can be managed actively or physiologically. The WHO recommends an active approach in order to prevent massive hemorrhage. Skin to skin contact and early breastfeeding are proven to protect from postpartum hemorrhage.

JOHDANTO

Tämä artikkeli koostuu syntymän hoitoon liittyvistä teemoista. Tarkoituksena on tarkastella liikkumisen ja pystyasennon merkitystä synnytykseen kulkuun sekä ponnistusvaiheen ja kolmannen ajanvaiheen hoitoon liittyviä näkökulmia. Teemat on koottu ajanvaiheittain ja tavoitteena on, että aiheet herättäisivät keskustelua asiantuntijoiden parissa syntymän nykyisistä hoitokäytännöistä. Normaalisynnytystä tukevia näyttöön perustuvia menetelmiä kannattaa tarkastella, ja pohtia niiden soveltuvuutta omaan kättilötyöhön.

Suomessa äitiyshuolto on maailman huippuluokkaa. Perinataalikuolleisuus on laskenut 1980–2010-lukujen välillä puoleen ja keisarileikkausten määrä on edelleen maltillinen Pohjoismaissa. Toisaalta kuitenkin imukuppi-synnytysten, käynnistysten tai peräaukon sulkijalihasten repeämien määrä on kasvussa. Lisäksi Suomessa käytetään synteettistä oksitosiinia yli puolella ensisynnyttäjistä ja joka kolmannella uudelleensynnyttäjistä. (THL 2016.)

Normaalisynnytyksen tukeminen on ollut kättilön perustyötä. Synnytysten siirtyminen sairaalaan ja medikalisaation vaikutus on etäännyttänyt kättilöt monista hyvistä käytännön taidoista. Tämän huomion ovat jakaneet esimerkiksi englantilainen ja yhdysvaltalainen kättilöliitto. Royal College of Midwives julkaisi 2000-luvulla kampanjan ”Campaign for normal birth”, jonka missio oli jakaa tietoa sekä synnyttäjille että kättilöille. Ohjelma koostuu hyvin arkipäiväisistä huomioista: maltillisesta odottamisesta, synnyttäjän kuulemisesta, turvallisen tilan tarjoamisesta synnyttäjälle, liikkumaan kannustamisesta, toimenpiteiden perusteluista, positiivisen kannustuksen antamisesta ja ihokontaktista vauvan ja vanhemman välillä. (RCM 2016.) Vastaavasti American College of Nurse-Midwives esitti vuonna 2014 julkaistussa artikkelissa erilaisia tapoja tukea normaalisynnytystä. Aiheesta kirjoitetussa artikkelissa kannustetaan tukemaan muun muassa syömistä ja liikkumista synnytyksen aikana sekä käyttämään suihkua tai ammetta kivunlievityksenä. (King & Pinger 2014.)

Kättilöiden tulisikin pohtia, miten voisivat toimia, jotta synnytykset etenisivät fysiologisemmin ja vähemmällä puuttumisella. Tämän artikkelin näkökulmat kuvaavat tutkimuksiin ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia tapoja, hyödyntää liikkumista, eri asentoja ja hoitaa ponnistusvaihetta sekä kolmatta ajanvaihetta. Artikkeleihin käytetyt lähteet on poimittu alan oppikirjoista, ulkomaisista luotettavista lähteistä tai vertaisarvioituista julkaisuista.

LIKKUMINEN JA PYSTYASENTO AVAUTUMISVAIHEEN AIKANA

Ihminen on luotu liikkumaan, liike on luonnollinen tapa ilmaista itseään. Varsinkin länsimaissa naiset ovat pidättyväisempiä synnytyksenaikaiseen spontaaniin liikkumiseen, joka luonnonkansojen parissa on edelleen tavallista. Synnyttäjällä on lupa hakea itselleen parasta asentoa ja liikehtiä supistuksen aikana esimerkiksi itseään heijaamalla. Tuttu ja turvallinen tila mahdollistaa liikkumisen ja synnyttäjä voi kuunnella itseään ja keskittyä synnytykseen.

Kun synnytys lähtee käyntiin ja etenee, sairaalaympäristöön saapuminen saattaa heikentää synnyttäjän supistuksia. Itselle vieraat tilat ja hoitotoimet voivat pelottaa ja stressihormonien lisääntyminen elimistössä lamaa oksitosiinin eritystä (Walsh 2012). Omatoiminen liikkuminen ja rentoutuneen tilan löytäminen vaatii halua ja uskallusta toimia omien tuntemusten mukaan. Siksi kättilöllä on tärkeä rooli turvallisuuden tunteen ja luottamuksen luomisessa ja liikkeelle kannustamisessa.

Tullessaan synnytyssaliin synnyttäjät ottavat potilaan roolin ja hakeutuvat huoneessa olevaan sänkyyn. Hyvin usein synnyttäjät myös jäävät makuulle synnytyksen ajaksi (Martin & Martin 2013). Valtaosa synnyttää sängyssä ja useasti puoli-istuvassa asennossa (Walsh 2012). Onko sänky synnyttäjälle paras paikka, vai ohjautuuko hän siihen tehtävien toimenpiteiden tai synnytystä hoitavan henkilökunnan vaikutuksesta?

Liikettä ja asentojen vaikutusta on tutkittu laajalti. Pystyasento (kävely, istuminen, seisominen ja polvillaan olo) synnytyksen aikana lyhensi synnytyksen kestoa keskimäärin reilun tunnin, keisarileikkauksiin päädyttiin harvemmin ja epiduraalipuudutusta käytettiin vähemmän (Lawrence ym. 2013). Lisäksi äidit olivat myös tyytyväisempiä synnytyksen kulkuun

(Priddis ym. 2012). Pystyasennon hyödyiksi voidaan todeta tarjoutuvan osan painamisen aiheuttama supistusten voimistuminen, sikiön tarjonnan hakeutuminen optimaaliseen asentoon ja syntymävaiheessa pienempi riski imukupisynnytykseen (Gupta & Nikodem 2000). Selällään oleminen synnytyksen aikana voi aiheuttaa supiinisyndrooman, jolloin kohdun painaessa alaonttolaskimoa veren virtaus sydämeen heikkenee, aiheuttaa äidille huonon olon ja saattaa vaikuttaa myös sikiön sykkeeseen. (Zwelling 2010.) Ponnistusvaiheen pystyasennon haittana saattaa olla lisääntynyt synnytyksen jälkeinen verenvuoto (Priddis ym. 2012). Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee kuitenkin liikkumista synnytyksen aikana. Perusteluna suositukselle on näyttö liikkumisen positiivista vaikutuksista sekä toteamus, että siitä ei ole osoitettu olevan haittaa synnyttäjälle tai syntyvälle lapselle. (Makuch 2010.)

TOISEN AJANVAIHEEN HOITO

Keijo Soivan Synnytysopin oppikirjan mukaan toinen ajanvaihe alkaa, kun kohdunsuu on avautunut täysin, jolloin kohdunsuun reunoja enää tunnu sisätutkimuksessa. Sikiön pää laskeutuu synnytyskanavassa ja aiheuttaa synnyttäjälle ponnistuspakon. (Soiva 1977.) Tarjoutuvan osan laskeutumista tulisikin odottaa rauhassa ennen aktiivisen ponnistamisen aloittamista. Passiivinen laskeutuminen ilmeisesti edistää spontaania synnytystä ja vähentää riskiä imukuppi- tai pihtisynnytykseen ja sitä kautta vähentää peräaukon sulkijalihaksen repeämistä (Osborne 2010; Walsh 2012).

Kohdun supistukset usein harvenevat, kun kohdun suu on jo auennut, mutta sikiön tarjoutuva osa ei vielä paina riittävästi välilihaa. Elimistön oma estrogeeni erittyy pulsseina, joten tauot kuuluvat asiaan antaen äidille ja sikiölle lepotauon supistusten aiheuttamasta ahdingosta. (Dixon ym. 2013.)

Selkäpuudutuksen saanut synnyttäjä ei välttämättä tunne supistuksia selkeästi. Todennäköisesti hänen ponnistamisen tarpeensa tulee myöhemmin kuin ilman puudutusta. Siksi siirtyminen aktiiviseen ponnistusvaiheeseen voi hänellä olla hitaampaa. Riittävä odottaminen ja rentoutuminen ennen ponnistusvaiheeseen siirtymistä voi vähentää oksitosiinilääkityksen ja instrumentaalisen synnytyksen tarvetta.

Ponnistusvaiheen asentojen vaikutusta synnytyksen kulkuun on tutkittu paljon. Selällään ponnistaminen, poikkipöytä ja puoli-istuva asentoakin on todettu sykelaskujen ja välilihan suojelun kannalta huonoiksi asennoiksi. Pystyasennon hyötyjä sen sijaan ovat supistusten suurempi voimakkuus, parempi sikiöverenkierto, kun kohtu ei paina synnyttäjän aorttaa, lantion suurempi sisämitta ja lyhentynyt aktiivinen ponnistusvaihe myös silloin, kun synnyttäjällä on epiduraalipuudutus (Walsh 2012; Dekker 2012). Lisäksi todennäköisyys imukuppsynnytykseen ja episiotomiaan on pienempi. Välilihan suojelun kannalta kylkiasennossa ponnistaminen näyttäisi suojaavan pahoilta repeämiltä (Kättilöliitto 2011). Perinteinen puoli-istuva ponnistusasento on edelleen hyvin vakiintunut synnytysasento ja se kuvataan jo vuonna Mauriceaun kirjoittamassa oppikirjassa vuodelta 1678 seuraavasti:

”Sänky tulee laittaa niin, että synnyttäjä voi maata selällään, pää ja rintakehä hiukan kohotettuna niin että hän ei istu eikä makaa ja että hän kykenee hyvin hengittämään. Tässä asennossa hänen tulee levittää jalkansa auki, asettaa jalat kohti pakaroita ja laittaa jalkaterät jonnekin tukevasti niin, että hän pysyy paremmin paikoillaan, kun supistus tulee...” (Walsh 2012.)

Kun synnyttäjä on puoli-istuvassa asennossa, kättilö voi seurata sikiön pään etenemistä ja välilihan joustavuutta ja synnyttäjä voi tukea kantapänsä hoitavan kättilön kylkeen. Tässä asennossa tehdään episiotomioita enemmän (Shorten ym. 2002) ja synnyttäjät kokivat enemmän kipua (de Jonge ym. 2004).

Ponnistusvaiheen aloittamisen ajankohdan vaikutuksia tutkittiin Cochrane-katsauksessa (Lemos 2015), jossa vertailtavina oli viivästetty ponnistaminen (odotetaan tarjoutuvan osan laskeutumista rauhassa) ja välitön ponnistaminen (kun kohdunsuu oli todettu täysin auenneeksi). Viivästetty ponnistaminen pidensi toisen ajanvaiheen kestoa keskimäärin 54 minuuttia, mutta lyhensi varsinaisen ponnistusvaiheen kestoa 20 minuuttia. Repeämässä, episiotomioissa tai muissa synnytystuloksissa ei näyttänyt olevan eroa ryhmien välillä. (Lemos ym. 2015.)

Kuinka sitten ohjataan synnyttäjää ponnistamaan? Kysymyksen voi myös kääntää niin, että tarvitaanko ohjattua ponnistusvaihetta? Kun äiti

ponnistaa omien tuntemusten mukaisesti, hän on aktiivinen toimija toimien oman kehon antamien viestien mukaisesti. Usein työntämistä tapahtuu myös supistusten välillä, se on lyhyempikestoista, ei tapahdu säännöllisen mallin mukaan ja synnyttäjän kurkun kansi on avoin, kun ilmaa ei pidätetä keuhkoissa. Kättilö ei ohjaa tapahtumaa vaan korkeintaan rohkaisee ja kannustaa. Äidin ponnistaessa spontaanisti ponnistusvaiheen kesto todettiin hieman lyhyemmäksi kuin ohjatussa ponnistusvaiheessa (Lemos ym. 2015).

Ohjatussa ponnistamisessa sen sijaan kättilön rooli on aktiivinen. Hän ohjaa ponnistusasennon, kertoo, milloin otetaan ilmaa keuhkoihin, milloin ponnistetaan ja kuinka kauan sekä saattaa näyttää suuntaa vaginan pohjaa painamalla. Hengityksen pidättäminen supistuksen ja ponnistamisen aikana vaikuttaa negatiivisesti äidin verenkiertoon ja sikiön hapetukseen. Joissakin tutkimuksissa tällä menetelmällä on todettu jonkin verran ponnistusvaihetta lyhentävä vaikutus, mutta synnytyksen jälkeen on naisilla todettu olevan enemmän virtsaamisvaikeuksia. (Prins ym. 2011.)

Episiotomian tarpeellisuus tulee arvioida jokaisen synnyttäjän kohdalla erikseen. Ensisijaisesti tulisi välttää leikkaamista, koska episiotomia saattaa lisätä peräaukon sulkijalihaksen repeämäriskiä. Sulkijalihaksen repeämän riskitekijöitä ovat lapsen suuri syntymäpaino ja synnytyksen ponnistusvaiheen pitkittyminen. Episiotomian tekoa suositellaan harkittavaksi näissä tapauksissa, ensisynnyttäjän imukuppisynnytyksissä sekä silloin, kun on epäily sikiön hyvinvoinnin vaarantumisesta. Jos leikkaus katsotaan tarpeelliseksi, oikea paikka on kello seitsemän-kahdeksan kohdalla synnyttäjän oikealla puolella. (Kättilöliitto 2011; Räisänen ym. 2012; NICE 2016.)

Välilihan tukeminen on Suomessa yleisesti käytössä. Tukemistekniikoissa on eri variaatioita. Kahden käden tekniikassa toinen käsi hallitsee pään syntymistä ja toinen tukee välilihaa aktiivisesti. Osa kättilöistä käyttää tekniikkaa, jossa ensisijaisesti toisella kädellä hillitään pään nopea syntyminen ja toinen käsi on vain varalla, mikäli välilihaa täytyy tukea. Kontrolloiduissa kokeissa mitään menetelmää ei ole todettu tehokkaaksi menetelmäksi suojata synnyttäjän välilihaa, mutta laajojen interventiotutkimusten perusteella tukemisen käyttämistä voidaan edelleen suositella. (Kättilöliitto 2011.)

KOLMAS AJANVAIHE

Synnytyksen kolmas ajanvaihe alkaa lapsen syntymästä ja päättyy istukan ja kalvojen syntymään (Soiva 1977). Tässä luvussa esitellään kaksi menetelmää, istukan aktiivinen auttaminen sekä fysiologinen menetelmä. Kolmannen ajanvaiheen hoito on merkityksellistä, koska synnytyksen runsaat verenvuodot liittyvät usein istukan irtoamisongelmiin. Massiivinen verenvuoto voi romahduttaa synnyttäjän voinnin minuuteissa.

Istukan auttamisessa käytetään Suomessa yleisesti aktiivista hoitoa. Tämä tarkoittaa supistavien lääkkeiden käyttämistä rutiininomaisesti lapsen syntymän jälkeen sekä kontrolloitua istukan auttamista napanuorasta kiinni pitäen, supistuksen aikana kohdunpohjasta painaen. Aktiivisen istukan auttamisen tarkoituksena on vähentää runsasta synnytyksenjälkeistä verenvuotoa, koska tämä saattaa alkaa nopeasti. WHO suosittelee kaikille synnyttäjille profylaktista oksitosiinin antoa lapsen syntymän jälkeen (WHO 2012).

Odottava (fysiologinen) menetelmä istukan auttamisessa tarkoittaa sitä, että supistavia lääkkeitä ei anneta ja istukan annetaan syntyä painovoiman, supistusten tai joskus nännistimulaation avulla. Mikäli istukka ei synny tunnin kuluessa tai äiti alkaa vuotaa, tulee ryhtyä aktiivisiin toimiin. (JBI 2013.)

Näiden kahden menetelmän vaikuttavuudesta on tehty useita tutkimuksia. Uusiseelantilaisessa tutkimuksessa verrattiin aktiivista ja fysiologista menetelmän käyttöä synnytyksen jälkeen ja todettiin, että yli 1000 ml verenvuotoa ilmeni enemmän aktiivisen menetelmän ryhmässä. Kotona tai pienessä synnytysyksikössä käytettiin fysiologista menetelmää, kun taas pitkä synnytys ja monisyntyjäisyys johtivat aktiivisen menetelmän käyttämiseen. (Dixon ym. 2013.)

Cochrane-katsauksen (2015) mukaan aktiivinen istukan irrottaminen näytti vähentävän yli 1000 ml:n verenvuotoja (Begley ym. 2015). Afrikassa ja Aasiassa tehdyn tutkimuksen mukaan käytettäessä istukan aktiivista tai odottavaa menetelmää, näiden välillä ei ollut merkittävää eroa verenvuodon tai istukan käsinirrotuksen määrissä. Istukan syntyminen oli aktiivisessa menetelmässä nopeampaa. Molemmat ryhmät saivat profylaktisesti oksitosiinia syntymän jälkeen (Gülmezoglu ym. 2012.)

Ihokontaktin, imetyksen ja synnytyksen jälkeisen verenvuodon yhteyttä tutkittiin australialaisessa tutkimuksessa. Tämän mukaan niillä äideillä, joilla lapsi ei ollut varhaisessa ihokontaktissa, oli kaksinkertainen riski yli puolen litran verenvuotoon synnytyksen jälkeen. Ihokontaktin ja imetyksen suojaava vaikutus liittyi sekä matalan että korkeamman riskin synnyttäjiin. Tässä tutkimuksessa profylaktista oksitosiinia annettiin 95 % synnyttäneistä. Tutkijat pohtivat kuitenkin, johtuuko vähäisempi verenvuoto endogeenisen oksitosiinin lisääntymisestä ihokontaktin ja imetyksen aikana. (Saxton ym. 2015.)

POHDINTA

Kun tiedetään, että liikkumisella ja asentojen vaihdolla on positiivinen vaikutus synnytykseen, miksi suurin osa synnyttäjistä on edelleen synnytyksen aikana sängyssä? Sairaalaan tuleminen on jännittävää, synnyttäjä ottaa helposti potilaan roolin ja henkilökunnan ehdotukset koetaan pikemminkin noudatettavina ohjeina kuin ehdotuksina, joista voidaan keskustella. Kätilön tulisi kannustaa synnyttäjää kävelemään, liikkumaan ja vaihtamaan asentoa omien tuntemusten mukaan. Synnytyshuoneen vieras ympäristö rajoittaa luontaista liikkumista, etenkin, jos vatsaa ympäröi ktg-koneeseen liitetty sikiöseuranta tai kädessä on nestetiputus. Esimerkiksi epiduraalipuudutus ei ole este liikkumiselle. Kun verenpainetta on seurattu sovittu aika, synnyttäjän jalat kantavat ja vointi on hyvä, liikkuminen edistää synnytystä ja parhaassa tapauksessa voidaan välttyä kokonaan synteettiseltä oksitosiini-infuusiolta. Nestetiputuksen voi korkata erillisellä korkilla, jolloin liikkuminen helpottuu, samoin langattomat sykkeenseurantalaitteet antavat tilaa liikkua enemmän kuin langalliset laitteet. Kuinka paljon synnyttäjän tarvitsee olla jatkuvassa seurannassa vai riittäisikö jaksottainen sykkeseuranta? Liikkumisen hyödyistä huolimatta synnyttäjän tulee myös levätä pitkän synnytyksen aikana. Liikkumisesta ja asentojen vaikutuksesta ja erilaisista harjoituksista kannattaisi puhua jo synnytysvalmennuksessa. Erilaiset venyttely- ja rentoutusharjoitukset opitaan vain useiden toistojen kautta.

Tutkittaessa viivästetyn ja välittömän ponnistamisen eroja sekä spontaanin ja ohjatun ponnistamisen vaikutuksia ei ole vielä riittävästi näyttöä, jotta voitaisiin antaa selkeä suositus ponnistusvaiheen hoidosta

(Lemos ym. 2015). Olisi hyvä odottaa synnyttäjän ponnistamisen tarvetta tai pakkoa ja koettaa yhdessä synnyttäjän kanssa etsiä sellainen asento, jossa hän pystyy ponnistamaan mahdollisimman hyvin. Synnyttäjän kannattaisi aina kokeilla ensin ponnistamista omien tuntemusten mukaan, vaikka joskus tarvitaan kättilön ohjausta. Hoitavan kättilön kannattaa keskustella vaihtoehtoista synnyttäjän kanssa jo synnytyksen avautumisvaiheen aikana ja kannustaa kokeilemaan erilaisia ponnistusvaiheen asentoja. Esimerkiksi seisaallaan tai jalkkaralla ponnistettaessa sikiön hapetus on parempaa ja lantion tilavuus on suurempi kuin istuessa tai poikkipöydässä.

Raskauden loppuvaiheessa välilihan säännöllinen hierominen liukasteilla tai öljyillä saattaa olla hyödyllistä repeämien ehkäisemiseksi ensisynnyttäjillä. Sen sijaan välilihan venyttämällä tai suunnan näyttämällä ei tiedetä olevan vaikutusta repeämien ehkäisyyn. Rutiininomaista episiotomia ei ole syytä tehdä vaan arvioidaan kriittisesti, mitä tulee tehdä välilihan suojelemiseksi. (Kättilöliitto 2011.)

On tavoiteltavaa, että synnytysvuoto on normaalia. Synnytystä hoitavat kättilöt tietävät, että pitkään ja hitaasti edenneeseen synnytykseen liittyy usein supistusheikkous ja lisääntynyt vuotoriski syntymän jälkeen. Tällöin istukan aktiivinen auttaminen on varmasti järkevin vaihtoehto. Tämä on yleisesti käytössä suomalaisissa sairaaloissa. Mutta tarvitseeko esimerkiksi synnyttäjä, jonka oma oksitosiini on riittänyt koko synnytyksen ajan, aina rutiininomaisen oksitosiiniprofylaksian? Sairaalassa synnytyksen jälkeinen seuranta on systemaattista ja poikkeavaan vuotoon puututaan nopeasti.

LÄHTEET

Begley, C., Gyte, G.M.L., Devane, D., McGuire, W. & Weeks A. 2015. Delivering the placenta with active, expectant or mixed management in the third stage of labour. Cochrane collaboration. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub4.

de Jonge, A., Teunissen, T.A.M. & Lagro-Janssen, A.L.M. 2004. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 25, 35–45.

Dekker, R. 2012. What is the evidence for pushing positions. <http://evidencebasedbirth.com/what-is-the-evidence-for-pushing-positions/> Luettu 21.4.2016.

- Dixon, D., Tracy, S., Guilliland, K., Fletcher, L., Hendry, C. & Pairman, S. 2013. Outcomes of physiological and active third stage labour care amongst women in New Zealand. *Midwifery* 29 (7) 67–74.
- Gülmezoglu, M., Lumbiganon, P., Landoulsi, S., Widmer, M., Abdel-Aleem, H., Festin, M., Carroli, G., Qureshi, Z., Souza, J.P., Bergel, E., Piaggio, G., Goudar, S.S., Yeh, Armbruster, D., Singata, M., Pelaez-Crisologo, C., Althabe, F., Sekweyama, P., Hofmeyr, J., Stanton, M-E., Derman, R. & Elbourne, D. 2012. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 379 (9827) 1721–1727
- Gupta, J. & Nikodem, C. 2000. Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 92, 273–277.
- JBI. 2013. Third Stage of Labor. Recommend practice. Joanna Briggs Institute.
- Kättilöliitto. 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa -hoitotyön suositus välilihan repeämän ehkäisemiseksi. https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkättilöliitto.kotisivukone.com/tiedostot/synnyttajan_hoito_ponnistusvaiheessa_suositus_2011_versio3.pdf.
- King, L. & Pinger, W. 2014. Evidence-based practice for intrapartum care: the pearls of midwifery. *Journal of Midwifery and Women's health* 59(6), 572–585.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.L. & Styles, C. 2013. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Lemos, A., Amorim, M., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A., Eulálio Cabral Filho, J. & Correia, J. 2015. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2
- Makuch, M.Y. 2010. Maternal positions and mobility during first stage of labour: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.
- Martin, C.J. & Martin, C. 2013. A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary Therapies in Clinical Practise* 19, 44-49.
- NICE. 2016. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#care-of-the-newborn-baby>.
- Osborne, K. 2010. "Pushing Techniques Used by Midwives When Providing Second Stage Labor Care" (2010). *Dissertations* (2009 -). http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=dissertations_mu

Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. 2012. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth* 25 100–106. doi:10.1016/j.wombi.2011.05.001

Prins, M., Boxem, J., Lucas, C. & Huttona, E. 2011. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomized trials. *British Journal of Obstetrics and Gynecology. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x

Räisänen, S., Laine, K., Jouhki, M.R. Vehviläinen-Julkunen, K., Gissler, M. & Heinonen, S. 2012. Alatiesynnytyksiin liittyvän repeämäriskin vähentäminen on mahdollista. *Duodecim* 218(19), 1981–1987.

RCM. 2016. Royal College of Midwifery. <http://betterbirths.rcm.org.uk/>.

Saxton, A., Fahy, K., Rolfe, M., Skinner, V. & Hastie, C. 2015. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum hemorrhage: Results of a cohort study. *Midwifery* 31(11), 1110–1117.

Shorten, A., Donsante, J. & Shorten, B. 2002. Birth Position, Accoucheur, and Perineal Outcomes: Informing Women about Choices for Vaginal Birth. *Birth* 29(1), 18-27.

Soiva, K. 1977. Synnytyksopin oppikirja kättilöille. Toinen painos. Porvoo; WSOY.

THL. 2016. Tietokantaraportit. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastotietokannat/tietokantaraportit#Seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys>. 29.12.2016.

Walsh, D. 2012. Evidence and skills for normal labour and birth. A guide for midwives. Routledge; Oxon.

WHO 2012. Active versus expectant management in the third stage of labour. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119831/1/WHO_RHR_14.18_eng.pdf?ua=1. 19.1.2017.

Zwelling, E. 2010. Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *American Journal of Maternal/ Child Nursing* 35(2) 72–8. doi: 10.1097/NMC.0b013e3181caeab3.

17 Oksitosiini - syntymän ja äitiyden hormoni

Paula Stenfors, TtT, kättilötyön yliopettaja, Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oksitosiini on keskeinen synnytyksen käynnistymiselle ja edistymiselle. Se saa myös maidon erittymään rinnoista ja vaikuttaa äiti-lapsisuhteen kehitykseen. Artikkelin tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksena tarkastella oksitosiinin merkitystä synnytyksessä ja äitiydessä. Artikkelissa tarkastellaan myös synteettisen oksitosiinin käyttöä synnytyksen edistämässä.

Synteettistä oksitosiinia käytetään laajasti synnytyksen käynnistämisessä ja hitaasti edistyvän synnytyksen nopeuttamiseen. Oksitosiinin käytöllä voi kuitenkin olla haittavaikutuksia. Oksitosiini voi aiheuttaa liian tiheitä tai pitkiä supistuksia, jotka vaikeuttavat istukan verenkiertoa ja sikiön hapensaantia. Päätös oksitosiinin käytöstä synnytyksen edistämiseksi tulisi perustua aina todettuun supistusheikkouteen ja synnytyksen pysähtymiseen. Synnytys katsotaan pysähtyneeksi, kun edistymistä kohdun suun avautumisessa ei ole havaittu yli neljään tuntiin. Pysähtymisen syy on oltava heikot supistukset. Oksitosiinin annostelun tulisi olla yksilöllistä ja varovaista. Kun synteettistä oksitosiinia käytetään synnytyksessä, sikiön sydämen sykettä ja supistuksia tulee seurata jatkuvalla KTG-seurannalla. On tärkeää tiedostaa, että KTG antaa tietoa supistusten voimasta vain viitteellisesti. Kättilön tulee tunnustella kohtua myös käsin.

Synnytyksen turvallisessa hoidossa tulisi keksittyä tukemaan synnytyksen luonnollista kulkua. Tällaisia keinoja ovat mm. synnyttäjän levosta huolehtiminen latenssivaiheessa, kättilön antama jatkuva tuki ja synnyttäjän nesteytyksestä huolehtiminen.

ABSTRACT

Oxytocin is the most important hormone in a labour initiation and progress. Oxytocin brings about the secretion of breast milk and it affects mother-child relationship and mother's spirit.

The use of synthetic oxytocin for labour induction and augmentation has become very common. However the use of oxytocin in labour involves maternal and fetal risks. The uterine hyperstimulation hinders the placental circulation

causing foetal distress. The decision to begin oxytocin augmentation should be based on a definite diagnosis of insufficient contractions and dystocia. The dystocia means over 4hrs of nonprogress phase in labour. The dosage of oxytocin should be individualistic and cautious. When using oxytocin augmentation it's necessary to have continuous CTG-monitoring. It's important to be conscious of the inaccuracy of tocograph. A midwife must also explore uterus by hand.

In the safe management of a labour one should focus on supporting natural progress of birth. The tools for this are amongst other things midwife's continuous support, taking care of therapeutic rest during the latent phase of labour and the colliquation of a parturient during labour.

JOHDANTO

Hypotalamuksessa syntetisoituvalla oksitosiinilla on keskeinen tehtävä synnytyksen käynnistymisessä ja sen edistymisessä. Oksitosiini saa aikaan kohdun supistustoiminnan. Oksitosiinilla on myös monia muita tärkeitä tehtäviä. Oksitosiini saa maidon erittymään rinnoista imetyksessä. Kohtulihas ja rintarauhasen lisäksi oksitosiinireseptoreita on runsaasti monissa eri aivojen osissa. (Dixon ym. 2013; Bell ym. 2014.) Oksitosiinilla on keskeinen merkitys inhimillisessä vuorovaikutuksessa, hoivakäyttäytymisessä ja kiintymyssuhteen luomisessa. Oksitosiinin erityis lisäntyy sekä naisilla että miehillä erityisesti ihokosketuksessa. Oksitosiini saa kahden kosketuksessa olevan ihmisen tuntemaan hellyyttä, suojelunhalua ja kiintymystä toisiinsa. Tämä pätee sekä aikuisten että aikuisen ja lapsen välisessä kosketuksessa. (Kortesmaa & Karlsson 2011; Bell ym. 2014.)

Oksitosiini tuo mielihyvää ja poistaa pelkoja ja stressiä. On arveltu, että oksitosiinilla onkin suuri merkitys ihmissuhteiden luomisessa ja ylläpidossa. Nenäsumutteena annetun oksitosiinin on todettu parantavan koehenkilöiden kykyä arvioida toisen henkilön mielialoja. Oksitosiinin on todettu myös kohottavan mielialaa. Oksitosiinilla on myös arveltu olevan keskeinen merkitys lapsen sosiaalisuuden kehityksessä. Varhaislapsuudessa hoivaa vaille jääneillä lapsilla aivojen herkkyys oksitosiinille voi jäädä kehittymättömäksi. Tämä voi heijastua myöhemmällä iällä kykenemättömyytenä solmia pysyviä ihmissuhteita sekä sosiaalisina pelkoina ja estyneisyytenä. (Kortesluoma & Karlsson 2011; Bick 2013.)

OKSITOSIININ MERKITYS SYNNYTYKSESSÄ

Ei tiedetä tarkasti, mikä käynnistää synnytyksen, mutta oksitosiini voimistaa kohdun rytmistä supistustoimintaa. Loppuraskaudessa kohtu herkistyy oksitosiinille oksitosiinireseptorien lisääntymisen myötä ja sen supistumisherkkyys kasvaa. Synnytyksen käynnistyminen on hidas prosessi varsinkin ensisynnyttäjällä. Synnytyksen latenssivaihe saattaa kestää ensisynnyttäjällä jopa 24 tuntia ja uudelleen synnyttäjälläkin se voi kestää kymmen tuntia. Supistukset ovat latenssivaiheessa vielä heikkoja ja lyhytkestoisia ja ne voivat tulla epäsäännöllisesti. Synnytyksen edetessä kohtulihaksen herkkyys lisääntyy edelleen oksitosiinin vaikutukselle. Joidenkin määritelmien mukaan latenssivaihe jatkuu, kunnes kohdun suu on avautunut kuusi senttimetriä. (Zhang ym. 2010; Diven ym. 2012.)

Synnytystä ei tulisi latenssivaiheessa pyrkiä edistämään esimerkiksi kalvojen puhkaisulla tai lääkkeellisesti, koska se usein saattaa vain johtaa synnytysprosessin häiriintymiseen ja toimenpidesynnytykseen. Luonnollisen synnytyksen kulkua voidaan kuitenkin tukea monin keinoin. Saattaa olla, että pelko, stressi ja väsymys estävät oksitosiinin eritystä, joten hyvä latenssivaiheen hoito on tärkeää. Kätilön jatkuva läsnäolo ja turvallisuuden tunteen luominen poistavat synnyttäjän stressiä, joka saattaa edistää oksitosiinin eritystä. (Baxter 2007) Parasta latenssivaiheen hoitoa on, jos synnyttäjä voi olla rentoutuneena kotonaan ja saa sinne kätilön ohjeita kivunhallinnan keinoista ja toisaalta tiedon, että hän voi milloin tahansa tulla myös sairaalaan tilanteen tarkistukseen. Hyvä puhelinkontakti kätilöön voi olla tärkeä turvallisuuden tunteen luoja kotona olevalle latenssivaiheessa olevalle synnyttäjälle. Synnyttäjän on myös tärkeää tietää, että latenssivaihe kuuluu synnytykseen ja ettei pitkä latenssivaihe merkitse välttämättä alatiesynnytyksen epäonnistumista. Tämä tosiasia tulisi kertoa synnyttäjille synnytysvalmennuksessa selkeästi.

Pitkässä latenssivaiheessa on tärkeää, että synnyttäjä pystyy myös nukkumaan. Siksi riittävä kivunlievitys on tärkeää. Uupumus lisää stressihormonien, kortisonin ja adrenaliinin eritystä, joiden liiallisella nousulla tiedetään olevan synnytystä komplisoiva vaikutus. (Baxter 2007; Amis 2014.)

Oksitosiinilla on monia muitakin vaikutuksia kuin supistustoiminnan ylläpito synnytyksessä. Oksitosiini suojaa sikiötä synnytyksen aikana ja sen jälkeen. Myös äidin maidossa on oksitosiinia. Rintamaidosta saatu oksitosiini rauhoittaa lasta ja aktivoi ruunansulatuskanavaa. Synnyttäjään oksitosiinilla on monia hyviä vaikutuksia. Oksitosiini alentaa veranpainetta, vähentää stressiä ja ahdistuneisuutta sekä edistää kiintymyksen tunnetta syntyvään lapseen. (Moberg & Prime 2013; Bell ym. 2014.)

SYNNYTYKSEN EDISTÄMINEN SYNTEETTISELLÄ OKSITOSIINILLA

Synnteettisien oksitosiinin käyttö synnytysten edistämässä on tullut hyvin yleiseksi hoitokäytännöksi monissa maissa. Suomessa viime vuosina synnteettistä oksitosiinia on käytetty noin 56 prosentilla kaikista synnyttäjistä ja ensisynnyttäjillä noin 76 prosentilla. Määrä vaihtelee jonkin verran eri sairaaloissa. Kehitys on ollut hyvin samansuuntaista kaikissa länsimaissa. Oksitosiini-infusion yleinen annostus Suomessa on, että synnyttäjän saa 0,3–0,9 kansainvälistä yksikköä tunnissa. Tämä vastaa 5–15 milliyksikköä minuutissa. Tämä annos vastaa kansainvälisiä yleisiä suosituksia. Joissain kansainvälisissä suosituksissa suositellaan vieläkin alemmää määrää eli aloitusta 1 milliyksikkö minuutissa. (Simpson 2011.)

Oksitosiinin annostelussa tulisi ottaa huomioon synnyttäjien yksilöllinen vaste. Toisinaan riittää hyvin pieni annos ja lisäyksiä ei tarvita lainkaan. Toisaalta vaikutus tulee näkyviin viiveellä. Vasta 40 minuutin kuluttua infuusion aloittamisesta tulee näkyviin annoksen kokonaisvaikutus (Clark 2009). Tämä tulisi ottaa huomioon lisäysten väliajoissa. Sopiva lisäysten aikaväli tulisi olla jopa tunti. Näin nähdään, mikä vaikutus saadaan aloitusannoksella. Ponnistusvaiheen loppuvaiheeseen lisäyksiä ei saisi tehdä kuin korkeintaan 30 minuutin välein. Yhdysvaltain lääketurvallisuuden instituutti on lisännyt oksitosiinin erityistarkkuutta vaativien lääkkeiden listalle. Listalla on lääkkeitä, jotka voivat aiheuttaa suurta riskiä potilaalle, jos niitä käytetään väärin ja siksi ne vaativat erityiset turvakriteerit. Samalla listalla ovat esim. insuliini ja metotreksaatti. (Rooks 2009.)

SYNNYTYKSEN EDISTÄMISEN INDIKAATIOISTA

Synnytyksen edistäminen oksitosiinilla pitäisi perustua aina diagnosoituun synnytyksen pysähtymiseen edellyttäen, että synnytys on ollut todella käynnissä. On esitetty, että kohdunsuun pitäisi olla jopa kuusi senttimetriä auki ennen kuin voidaan puhua pysähtyneestä synnytyksestä. Sitä ennen pitäisi puhua ennemmin pitkästä latenssivaiheesta. (Zhang ym. 2010.) Synnytyksen on käynnissä, kun kohdunsuu on avautunut kuusi senttimetriä ja supistukset ovat säännöllisiä. Synnytys edistyy hyvin yksilöllisesti ja aaltomaisesti, mutta keskimäärin se edistyy niin, että kohdun suu avautuu puolesta senttimetristä senttimetriin tunnissa. Synnytys katsotaan pysähtyneeksi, jos neljän tunnin aikana ei havaita mitään edistymistä kohdun suun avautumisessa. Synnytyksen edistymisen arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon, että synnytys edistyy harvoin tasaisesti. Se edistyy useimmiten aaltomaisesti. (Zhang ym. 2010; Kruit ym. 2016.)

Kun on tutkittu oksitosiini-infuusion aloituksen indikaatioita, niin on tullut esiin, että läheskään aina ei aloitus ole perustunut selkeään diagnosoituun synnytyksen pysähtymiseen. Usein se on aloitettu muusta syystä, esimerkiksi synnyttäjän pyynnöstä tai epiduraalipuudutuksen aloittamisen jälkeen vahvistamaan supistuksia ja nopeuttamaan synnytystä. Tutkimusten mukaan oksitosiini-infuusio lyhentää synnytystä puolestatoista tunnista kahteen tuntiin, joka on synnyttäjälle tietysti merkityksellistä. (Thies-Lagergren ym. 2013; Ekelin ym. 2015.)

SYNTEETTISEN OKSITOSIININ KÄYTÖN HAITAT

Oksitosiini-infuusion käyttöön liittyy monia potentiaalisia haittoja sekä synnyttäjälle että sikiölle. Oksitosiini-infuusion annostelun tulee olla varovaista, vaikka sen puoliintumisaika on lyhyt (3–17 minuuttia). Jokaisen synnyttäjän vaste on myös yksilöllinen, joten mitään ehdotonta kaavaa ei oksitosiinin annostuksessa voida antaa. Liian suuri annos oksitosiinia aiheuttaa helposti kohdun hyperstimulaation, jolloin supistuksia tulee yli viisi supistusta kymmenessä minuutissa tai tulee pitkäkestoisia yli 90 sekuntia kestäviä supistuksia. Ideaalia on, että kohtu supistelee kolme tai neljä kertaa kymmenessä minuutissa ja yksi supistus kestää 60–80 sekuntia (Nuutila 2006). Jos supistuksia on enemmän kuin viisi kymmenessä minuutissa, siki-

ön vakava hapenpuutteen riski nousee merkittävästi. Hyperstimulaatiossa sikiön hapetus heikkenee nopeasti, koska istukan verenkierto vaikeutuu. (Clark ym. 2009; Kunz 2013; Bernitz ym. 2014.)

Oksitosiinin yliannostuksella on myös muita haittoja. Jos kohtua synnytyksen nopeuttamiseksi piiskataan keinotekoisesti synteettisellä oksitosiinilla supistelemaan, synnytyksen loppuvaiheessa tai synnytyksen jälkeen voi kehittyä kohtulihaksen väsyminen. Kohtulihaksen väsyminen ponnistusvaiheessa vaikeuttaa ponnistamista ja aiheuttaa toimenpidesynnytyksen. Synnytyksen jälkeen huonosti supistuva kohtu altistaa synnyttäjän synnytyksen jälkeiselle liialliselle verenvuodolle. Tulee tiedostaa, että kohtulihas tarvitsee lepoaikansa supistusten välillä ja synnytyksen spontaani eteneminen on luonnostaan vaihtelevaa ilman, että kyseessä olisi synnytyksen pysähtyminen. Synnytys lähdettyään käyntiin on etenevä prosessi. Oksitosiinin yliannostuksen arviointiin kohtulihaksen lapsiveden laktaatin määritys antaa uutta ja täsmällisempää tietoa kohdun yllirasittumisesta. Jos laktaattiarvo on 10 millimoolia litrassa tai yli, niin se kertoo kohtulihaksen hapenpuutteesta ja yllirasituksesta. Tämän uuden seuranta-menettelyn käyttöönotto oksitosiini-infuusion yhteydessä lisääkin hoidon turvallisuutta. (Wibeg-Itzel ym. 2014.)

Synteettisen oksitosiinin vaikutusta luonnollisen oksitosiinin eritykseen ei tarkkaan tunneta, mutta ilmeisesti vaikutus ei ole kovin suuri, koska viimeaikaisissa tutkimuksissa on tullut esille, että oksitosiini-infuusio voidaan lopettaa turvallisesti käynnistyksissä synnytyksen käynnistymisen jälkeen. Ainoana erona on tullut esille, että oksitosiinia jatkuvasti saaneilla synnytys oli keksimäärin kaksi tuntia lyhempi. Eroa ei ollut vastasyntyneiden voinnissa eikä toimenpidesynnytyksissä. (Diven ym. 2012.)

Epiduraalipuudutukseen jälkeen usein aloitetaan oksitosiini-infuusio, koska puudutus voi heikentää supistuksia. Yleisesti on ajateltu, että oksitosiini-infuusio ennalta ehkäisee toimenpidesynnytyksiä epiduraalipuudutussynnytyksissä. Uusimmat tutkimukset eivät kuitenkaan enää tue tätä väitettä. Kun epiduraalipuudutuksen saaneet synnyttäjät jaettiin kahteen ryhmään ja toiselle ryhmälle aloitettiin oksitosiini-infuusio ja toisille placebo-infuusio, ryhmien välillä ei ollut eroa ponnistusvaiheen kulussa tai vastasyntyneiden hyvinvoinnissa. Tutkijat toteavat, että asia vaatii vielä lisätutkimusta. Ilmeistä on, että oksitosiini-infuusion aloittaminen epidu-

raalipuudutuksen yhteydessä on usein turhaa ja eikä perustu todelliseen diagnosoituun synnytyksen pysähtymiseen vaan se aloitetaan vanhan käytännön perusteella ”varmuuden vuoksi”. (Costley ja East 2013.)

POHDINTA

Oksitosiini on synnytyksessä ja äitiydessä keskeinen hormoni. Se luo pohjan äiti-lapsi-suhteelle ja hoivakäyttäytymiselle. Oksitosiini saa aikaan kohdun supistukset ja ylläpitää synnytystä. Synteettisen oksitosiinin käyttö on tullut osaksi synnytyksen hoitoa viime vuosikymmeninä. Oksitosiini-infuusiolla on haluttu lyhentää synnytysten kestoja ja näin vähentää synnyttäjän kärsimystä. Synteettisen oksitosiinin synnytystä lyhentävä vaikutus on kuitenkin vain korkeintaan kaksi tuntia ja synteettisen oksitosiinin käytöllä on todettu olevan runsaasti haittoja. Kohdun hyperstimulaatio on vaarallinen komplikaatio sikiölle ja myös synnyttäjälle. Aina kun käytetään oksitosiini-infuusiota synnyttäjällä tulisi olla jatkuva KTG-seuranta, jotta alkava oksitosiinin yliannostus tai sikiön alkavat hypoksian merkit huomattaisiin ajoissa. Tärkeää on myös tiedostaa, että supistuksia mittaava anturi KTG:ssä ei koskaan mittaa supistusten voimaa eksaktisti. Supistusten kestoakin se mittaa vain viitteellisesti. Supistusten seurannassa kätilön käden taidot ovat tärkeitä. Herkkä ja ”oppinut” käsi tuntee heikon, mutta merkityksellisen supistuksen alun ja lopun konetta luotettavammin. Hyperstimulaatio lisää myös kohdun repeämisen riskiä varsinkin synnyttäjillä, joilla kohdussa on ennestään arpi sektion tai muun toimenpiteen takia.

Synteettisen oksitosiinin käyttö tulisi rajata vain tapauksiin, joissa todetaan synnytyksen todellinen pysähtyminen ja että pysähtyminen johtuu supistusten heikkoudesta. Pysähtynyttä tai hitaasti etenevää synnytystä voidaan edistää monilla muilla keinoilla, kuten synnyttäjän liikkumisella tai päinvastoin unella ja levolla. Hyvä kipulääkitys mahdollistaa synnyttäjän levon synnytyksen aikana.

Myös synteettisen oksitosiinin käyttöä voitaisiin kehittää enemmän synnytyksen fysiologiaa tukevaksi. Esimerkiksi käynnistyksissä voitaisiin useammin lopettaa oksitosiini-infuusio, kun synnytys käynnistyy. On myös esitetty kokeiltavaksi synteettisen oksitosiinin antoa pulsoivasti, jolloin synnyttäjän saama oksitosiinin kokonaismäärä jää vähäisemmäksi ja yliannostuksen vaara vähenee. (Kendrick & Neilson 2015.)

Synnytyksen hoidossa tulisi yhä enemmän tiedostaa synnytyksen herkkä fysiologia ja pyrkiä tukemaan sitä eikä puuttua liian herkästi synnytyksen kulkuun toimenpiteillä, joilla usein vain häiritään synnytyksen fysiologista prosessia. Synnytyksen hoidossa ei pitäisi olla kiirettä. Synnyttäjän voimavaroja ja kärsimystä synnytyksessä voidaan nykyään tehokkaasti lievittää erilaisilla kivunlievitysmenetelmillä, jolloin synteettisen oksitosiinin tuoma korkeintaan kahden tunnin lyhentyminen synnytyksessä ei ole kovin merkityksellinen verrattuna sen tuomiin haittoihin.

LÄHTEET

- Amis, D. 2014. Healthy Birth Practice #1: Let Labour Begin on Its Own. *The Journal of Perinatal Education* 23(4), 178–187.
- Baxter, J. 2007. Care during the latent phase of labour: supporting normal birth. *British Journal of Midwifery* 15(12), 765–767.
- Bick, J., Dozier M., Grasso D. & Simons, R., 2013. Foster Mother-Infant Bonding: Associations between Foster Mothers' Oxytocin Production, Electrophysiological Brain Activity, Feelings of Commitment, and Caregiving Quality. *Child Development* 84(3), 826–840.
- Bell, A., Erickson E. & Carter, S. 2014. Beyond Labour: The Role of Natural and Synthetic Oxytocin in the Transition to Motherhood. *Journal of Midwifery & Women's Health* 59, 35-42.
- Bernitz, S., Rolland R. & Blix, E. 2014. Oxytocin and dystocia as a risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery* 30, 364–370.
- Clark, S., Simpson, K., Knox, E. & Garite, T. 2009. Oxytocin: new perspectives on an old drug. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 35e1-6.
- Costley, P. & East C., 2013. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database*. DOI: 10.1002/14651858.CD009241.pub 3.
- Diven, L., Rochon, M., Gogle, J., Eid S., Smulian, J. & Quinonnes J., 2012. Oxytocin discontinuation during active labour in women who undergo labour induction. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 471.e1-8.
- Dixon, L., Skinner, J. & Foureur, M., 2013. The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behavior. *New Zealand Collage of Midwives Journal* 48, 15–23.
- Ekelin, M., Evehammar S. & Kvist, L. 2015. Sense and sensibility: Swedish midwives' ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labour augmentation. *Midwifery* 31, 36–42.

- Kendrick, A. & Neilson, J., 2015. Continuous versus pulsatile oxytocin administration for the augmentation of labour. *Cochrane Database*, DOI: 10.1002/14651858.CD011633. pub.
- Kortesluoma, S. & Karlsson H., 2011. Oksitosiini, kiintymyksen ja sosiaalisuuden neuropeptidi. *Duodecim* 127, 911–91.
- Kruit, H., Nuutila, M. & Rahkonen, L., 2016. Synnytyksen käynnistäminen, kun raskaus on täysiaikainen. *Suomen lääkirilehti* 71(25–26), 1845–1851.
- Kunz, M., Loftus, R. & Nichols A., 2013. Incidence of Uterine Tachysystole in Women Induced with Oxytocin. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 42, 12–18.
- Moberg, K. & Prime, D., 2013. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 9(6), 201–205.
- Nuutila, M., 2006. Synnytyksen käynnistäminen. *Suomen lääkirilehti* 61 (10), 1097–1101.
- Rooks, J., 2009. Oxytocin as a “High Alert Medication”: A Multilayered Challenge to the Status Quo. *Birth* 36 (4), 345–348.
- Svärdby, K., Nordström, L. & Sellström, E., 2007. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 16, 179–184.
- Simpson, K. 2011. Clinicians Guide to the Use of Oxytocin for Labour Induction and Augmentation. *Journal of Midwifery & Women’s Health* 56(3), 214–221.
- Thies-Lagergren L., Kvist, L., Sandin-Böjöö, A-K., Christensen, K. & Hildingsson I., 2013. Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth position: A secondary analysis of RTC evaluation birth seat births. *Midwifery* 29, 344–350.
- Wiberg-Itzel, E., Pembe, A., Wray, S., Wihlbäck A-C., Darj, E., Hoesli, I. & Åkerud H., 2014. Level of lactate in amniotic fluid and its relation to the use of oxytocin and adverse neonatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93, 80–85.
- Zhang, J., Landy, H., Branch, D., Burkman, R., Haberman, S., Hatjis, C., Gregory, K., Ramirez, M., Bailit, J., Conzalez-Quintero, V., Hibbard, J., Hoffman, M., Kominiarek, M., Learman, L., Van Veldhuisen, P., Troende, J. & Reddy, U., 2010. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor with Normal Neonatal Outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 116(6), 1281–1287.

18 Synnytyskipu ja siihen vaikuttavat tekijät

Katri Leinonen, FM, jatko-opiskelija (TaY), kättilöopiskelija (TAMK)

TIIVISTELMÄ

Synnytyskipun kokemus on monimutkainen, yksilöllinen ja moniulotteinen vaste aistiärsytykselle synnytyksen aikana. Se koostuu naisen aivojen, kehon ja synnytyksympäristön välisestä vuorovaikutuksesta. Synnytyskipu viestii synnytyksen alkamisesta, antaa tietoa synnytyksen eri vaiheista ja kertoo synnytyksen edistymisestä.

Merkittäviä naisen synnytyskipun kokemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. ahdistuneisuus, itseluottamus ja kivun katastrofaalistaminen. Synnyttäjän ahdistuksen ja ahdistustaipumuksen on havaittu olevan yhteydessä kovempaan synnytyskipuun. Kielteiset ajatukset kivusta ja kivun katastrofaalistaminen ennustavat kovempaa synnytyskipua ja lisääntyntä ahdistuneisuutta synnytyksen aikana. Naisen ahdistusherkyys saattaa olla riskitekijä synnytyksen kehittymiselle. Naisten vahvempi itseluottamus omiin kykyihin synnytyksestä selviytymisessä on yhteydessä vähäisempään synnytyskipun kokemiseen, sekä parempaan synnytystyytyväisyyteen. Itseluottamusta vahvistaa naisten parempi tietämys synnytyksestä. Lisäksi naisten tulkinta sosiaalisesta ympäristöstä, heidän kulttuuritautansa, mielentilansa, sekä lapsuudessa muodostunut kiintymyssuhdemalli vaikuttavat synnytyskipun kokemiseen. Tulevaisuudessa mielenkiintoista olisikin selvittää minkälaisilla toimilla kyettäisiin parhaiten ehkäisemään naisten ahdistuneisuutta ja kivun katastrofaalistamista, sekä vahvistamaan heidän itseluottamustaan ja mielentilan pysymistä kyseisessä hetkessä.

ABSTRACT

Experiencing labour pain is a complicated, personal and multidimensional response to stimulation during childbirth. It consists of the interactions between women's brain, body and environment. Labour pain signs the start of childbirth, provides information of the different stages and progress of birth.

Significant factors affecting to women's labour pain experience include anxiety, self-confidence and pain catastrophizing. Parturient anxiety has been associated with increased labour pain. The negative thoughts of pain and pain catastrophizing predicts increased labour pain and anxiety during childbirth.

The women's anxiety sensitivity may be a risk factor for the development of fear of childbirth. Women's stronger self-confidence in their own abilities in coping with labour is linked to decreased labour pain and better childbirth satisfaction. Women's better knowledge of labour strengthens their self-confidence. In addition, women's interpretation of social environment, their cultural background, state of mind, as well as attachment formed in childhood affect to the labour pain experience. In the future, it would be interesting to find out which kind of actions would be best to prevent women's anxiety and pain catastrophizing, as well as to strengthen their self-confidence.

JOHDANTO

Synnytyskipu on suurimmalle osalle naisista voimakkainta kipua, jota he elämänsä aikana kokevat (Sarvela 2009; Whitburn 2013; Labor & Maguire 2008). Se on myös synnyttäjän ja hänen perheensä yksi suurimmista huolenaiheista (Karlsdottir, Halldorsdottir, Lundgren 2014). Voimakkuudestaan huolimatta, synnytyskipulle on ominaista, että muistikuva siitä säilyy vain lyhyen aikaa (Labor & Maguire 2008; Sarvela 2009). Synnyttäjien väliset yksilölliset erot kivun kokemisen välillä ovat merkittäviä (Melzack, Kinch, Dobkin, Lebrun, Taenzer 1984; Sarvela 2009; Chestnut 2004). Synnytyskipua voidaankin pitää subjektiivisena ja moniulotteisena tuntemuksena (Lowe 2002). Synnytyskipuun tiedetään vaikuttavan synnyttäjän fysiologiset, anatomiset ja psykologiset tekijät, sekä vallitseva kulttuuri (Lowe 2002; Sarvela 2009). Se koostuu naisen aivojen, kehon ja synnytysympäristön välisestä vuorovaikutuksesta (Whitburn ym. 2014). Synnytyskipu eroaa normaalista kivusta siinä, että se ei ole merkki kehon traumasta tai sairaudesta, vaan se kertoo synnytyksen olevan käynnissä ja etenevän kohti haluttua lopputulosta (Flink, Mroczek, Sullivan, Linton 2009; Whitburn 2013). Synnytyskipu viestii synnytyksen alkamisesta, antaa tietoa synnytyksen eri vaiheista ja kertoo synnytyksen edistymisestä (Sarvela 2009; Liukkonen ym. 1998; Whitburn 2013). Synnytyskipun parempi ymmärrys edellyttää mielen, aivojen, kehon, ja ympäristön välisen vuorovaikutusten ymmärtämistä ja hahmottamista (Whitburn 2013).

KIPU

Kipu määritellään epämiellyttäväksi aisti ja tunne kokemukseksi, joka liittyy mahdolliseen tai todelliseen kudოსvaurioon, tai jota voidaan kuvailla sen kaltaisilla kudოსvaurion termeillä. Määritelmä välttää kiputuntemuksen liittämistä yhteen kivun aistimisen kanssa. Yksilö voi tuntea kipua ilman kudოსvauriota tai mahdollista patofysiologista syytä, johtuen yleensä psykologisista tekijöistä. (IASP Taxonomy 2012.)

Kipu on aina epämiellyttävä subjektiivinen tunnekokemus ja sen ajatellaan olevan varoitus sekä yksilön keholle, että mielelle (IASP Taxonomy 2012; Whitburn 2013). Kivulle on ominaista, että se koetaan aivoissa ja tunnetaan tietoisessa mielessä (Whitburn 2013).

Kohde-elimeen kohdistuva ärsytys saa aikaan impulssin, joka etenee lopulta keskushermostoon (Liukkonen, Heiskanen, Lahti & Saarikoski 1998; Shnol ym. 2014; Kalso 2009). Kipuärsyke vastaanotetaan kudoksen nosiseptoreissa, jotka ovat primaarisia afferentteja eli tuovia hermoja. Näissä tapahtuu transduktio ja transmissio eli ärsykkeen muuttuminen sähkökemialliseksi viestiksi ja viestin kulkeutuminen keskushermoston osiin (Kalso 2009). Nosiseptorit reagoivat kipua tuottaviin ärsykkeisiin, kuten lämpöön, mekaaniseen ja kemialliseen ärsytykseen, mutta aktivoituvat myös tietyille välittäjäaineille, joita vapautuu kudოსvaurion aikana (Kalso 2009; Liukkonen ym. 1998; Shnol ym. 2014). Hermopäätteistä tulevien impulssien taajuus vaikuttaa kudოსvauriosta aiheutuvan ärsykkeen voimakkuuteen (Kalso 2009). Nosiseptinen viesti kulkeutuu tuovia hermoja pitkin selkäytimen takasarveen, josta viesti etenee edelleen selkäydintä pitkin aivorunkoon ja talamuksen kautta aivokuorelle (Kalso 2009; Liukkonen ym. 1998; Rowlands & Permezel 1998; Shnol ym. 2014; Lowe 2002). Aivokuoren osat osallistuvat kivun aistimiseen (Shnol ym. 2014). Aivokuoressa kivun tuntemukseen liittyvät yksilön aikaisemmat kokemukset ja tunteet (Rowlands & Permezel 1998). Impulssi muokkautuu siten, että jokainen yksilö kokee kivun erilaisena riippumatta ärsytyksestä tai kudოსvauriosta (Liukkonen ym. 1998).

Kipua voidaan muokata muuttamalla tai estämällä kipuimpulssin kulkua selkäytimessä (Shnol ym. 2014). Ärsykkeen etenemistä säätelevät keskushermoston kipuradat (Liukkonen ym. 1998). Nämä kipuradat osittain selittävät kivun ja psyykkeen monimutkaista vuorovaikutusta (Kalso

2009). Porttiteorialla tarkoitetaan keskushermoston kykyä vähentää tai lisätä aivoihin tulevien kipusignaalien määrää ja voimakkuutta (Liukkonen ym. 1998; Chestnut 2004; Kalso 2009). Tämä teoria selittää osittain miksi samanlainen ärsyke aiheuttaa eri ihmisissä eriasteisen kiputunteuksen (Liukkonen ym. 1998). Paikalliset prosessit selkäytimessä määrittävät eteneekö signaali kohti aivoja vai pysähtyykö se (Chestnut 2004). Esimerkiksi psyykkiset tekijät (mm. stressi, voimakas keskittyminen ja kilpailutilanne), kipulääkkeet (opioidit) ja sähköinen stimulaatio voivat aktivoida inhibitorisia ratoja, jotka erilaisten välittäjäaineiden vaikutuksesta vähentävät kivun voimakkuutta (porttiteoria) (Kalso 2009; Liukkonen ym. 1998). Porttiteoriaa on uudistettu ja nykyään sen korvaa kipumatriisi teoria (Chestnut 2004). Kipumatriisilla tarkoitetaan aivoissa olevaa kipuinformaatiota käsittelevää aluetta (Kalso 2009; Chestnut 2004). Tämän alueen avulla muodostuu yksilöllinen kipukokemus, johon vaikuttaa niin yksilön geneettinen alttius, stressi, aikaisemmat kipukokemukset, mieliala, sekä odotukset ja käsitykset kivun merkityksestä (Kalso 2009; Liukkonen ym. 1998).

Kipu varoittaa elimistöä mahdollisesta tai toteutuneesta kudosvauriosta (Kalso 2009; Whitburn 2013; Liukkonen ym. 1998). Samalla se johtaa toimiin, joilla yritetään estää kudosvaurion syntyminen tai vähentää jo syntyneen kudosvaurion laajuutta (esim. suojaheijasteiden aktivoituminen). Toisinkuin akuutille kivulle, krooniselle kivulle ei ole löydetty järkevää fysiologista tehtävää. Krooninen kipu näyttäytyy ennemminkin elimistön kyvyttömyytenä korjata vaurioita. (Kalso 2009). Kivun seurauksena pulssi nousee, verenpaine kohoaa, hengitys nopeutuu, lihakset jännittyvät ja ihon muuttuu kalpeaksi ja hikiseksi (Liukkonen ym. 1998; Kalso 2009).

SYNNYTYSKIPU

Synnytyskipu eroaa normaalista akuutista tai kroonisesta kivusta siinä, että siihen ei liity sairautta tai kudostraumaa, vaan se on osa normaalia elämää ja kertoo äidille, että synnytys on käynnissä ja etenee kohti haluttua lopputulosta (Flink, Mroczek, Sullivan, Linton 2009; Lowe 2002; Whitburn 2013). Synnytyskipun syyt ja merkitystä synnytyksessä on tutkittu monelta eri näkökannalta, niin biologisesti, filosofisesti kuin uskonnollisestikin (Lowe 2002). Biologisesti kivun on ajateltu olevan merkki raskaana olevalle naiselle mennä suojaiseen ja turvalliseen paikkaan, jossa hän voisi

synnyttää (Lowe 2002; Whitburn 2013). Synnytyskipu saa kanssaihmissä myötätunnon ja avuliaisuuden heräämään, jolloin nainen saa helpommin synnytykseensä apua (Lowe 2002). Toisaalta synnytyskipu ajaa synnyttäjän itsekkin etsimään apua (Whitburn 2013). Synnytyskipu viestii synnytyksen alkamisesta, antaa tietoa synnytyksen eri vaiheista ja kertoo synnytyksen edistymisestä (Sarvela 2009; Liukkonen ym. 1998; Whitburn 2013). Synnytyskipu saa synnyttäjän hakeutumaan oikeisiin asentoihin ja ohjaa oikeaan hengitykseen. Synnytys ja erityisesti synnytyskipu on keholle stressitilanne, joka käynnistää elimistön omien kipua lievittävien endorfiinien tuotannon. (Liukkonen ym. 1998.)

Synnytyskipun hermostollinen mekanismi on sama kuin akuutissa kivussa, mutta lisäksi on monia eri tekijöitä, jotka ovat vain synnytyskipulle ominaisia (Rowlands & Permezel 1998). Nosiseptiset hermopäätteet kohdun runko-osasta taantuvat raskauden edetessä. Synnytyskipu välittyykin pääosin kohdun alasegmentin ja kohdunkaulan hermopäätteistä. (Sarvela 2009.) Synnytyskipu koostuu sekä viskeraalisesta, että somaattisesta kivusta. Sekä viskeraaliset, että somaattiset kipuimpulssit kulkevat selkäytimen takasarven kautta selkäydin-talamusrataa pitkin aivoihin. Synnytyskipu välittyy keskushermostoon eri reittiä riippuen synnytyksen vaiheesta. Avautumisvaiheessa kipu välittyy T10-L1 selkäydinsegmentin kautta, kun taas ponnistusvaiheessa S2-S4 selkäydinsegmentin kautta. (Labor & Maguire 2008). Synnytyskipun voimakkuuteen vaikuttaa niin fysiologiset kuin psykologisetkin tekijät (Rowlands & Permezel 1998; Sarvela 2009; Labor & Maguire 2008). Yleisesti synnytyskipu lisääntyy synnytyksen edistyesessä (kohdunkaulan laajentuessa), sekä on yhteydessä kohdun supistusten voimakkuuteen, keston ja tiheyteen (Lowe 2002; Shnol ym. 2014; Melzack ym. 1984; Rowlands & Permezel 1998).

Avautumisvaiheessa kipu tuntuu yleensä kohdun ja sen sivuelinten alueella, vatsanpeitteissä, lanne-ristiluu alueella, suoliluun harjussa, sekä pakaroiden ja reisien alueella (Shnol ym. 2014; Lowe 2002). Supistuskipu etenee hitaasti ja sitä kuvaillaan tylpäksi sekä vaikeasti paikannettavaksi (Rowlands & Permezel 1998; Sarvela 2009; Labor & Maguire 2008). Synnytyksen edetessä kipu muuttuu voimakkaammaksi ja paikallistuu enemmän vatsaan, ala lantioon ja ristiluun yläosaan (Rowlands & Permezel 1998). Avautumisvaiheen kipu on viskeraalista ja pääosin lähtöisin kohdunkau-

lan ja kohdun alaosan perifeerisistä afferenteista hermosyistä (Chestnut 2004; Sarvela 2009). Viskeraalinen synnytyskipu välittyy paraservikaalisen alueen kautta lopulta T10-L1 alueen selkäydinsegmenttiin (Labor & Maguire 2008; Chestnut 2004; Shnol ym. 2014; Rowlands & Permezel 1998; Sarvela 2009; Lowe 2002). Tässä vaiheessa pääosa kivusta on peräisin kohdun alaosan ja kohdunkaulan laajentumisesta (Chestnut 2004; Lowe 2002; Shnol ym. 2014; Rowlands & Permezel 1998). Kipua aiheuttaa myös kohdun siivuelinten, vatsakalvon, virtsarakon, virtsajohtimen, peräsuolen ja muiden lantiossa olevien kipuherkkien elimien venyminen ja puristuminen, lanneristipunos hermojuuren puristuminen ja luustolihasien refleksimäiset kouristukset (Shnol ym. 2014).

Avautumisvaiheen lopussa ja ponnistusvaiheessa viskeraalisen kivun lisäksi esiintyy somaattista kipua (Labor & Maguire 2008; Shnol ym. 2014; Chestnut 2004; Rowlands & Permezel 1998). Tämä kipu on terävää ja hyvin paikallistettavissa emättimen, peräsuolen, välilihan ja reisien alueelle (Labor & Maguire 2008; Chestnut 2004; Shnol ym. 2014; Sarvela 2009). Somaattinen kipu on pääosin lähtöisin emättimen, välilihan ja kohdunkaulan emättimen puoleisen alueen afferenteilta hermosyiltä ja välittyy pudendaa-lihermoa pitkin anteriorisiin S2-S4 selkäydinhaaroihin (Shnol ym. 2014; Labor & Maguire 2008; Lowe 2002; Sarvela 2009; Rowlands & Permezel 1998; Chestnut 2004). Somaattinen kipu johtuu kohdunsuun, välilihan ja emättimen venymisestä, avautumisesta ja hapen puutteesta, sekä lantionpohjan, välilihan ja emättimen mahdollisista kudosaivaurioista (Labor & Maguire 2008; Chestnut 2004; Shnol ym. 2014; Rowlands & Permezel 1998; Lowe 2002).

Synnytyskipulla ei ole suoria vaikutuksia sikiöön, koska äidin ja sikiön hermostot ovat erilliset kokonaisuudet. Synnytyskipu vaikuttaa kuitenkin monella tavalla kohdun ja istukan väliseen perfuusioon, jolloin kivulla on epäsuoria vaikutuksia myös sikiön hyvinvointiin. (Chestnut 2004.) Synnytys ja siihen liittyvä synnytyskipu on naisen elimistölle stressitilanne, jolloin stressihormonien (adrenaliini, noradrenaliini, kortisoli) pitoisuudet verenkierrossa lisääntyvät (Raussi-Lehto 2015; Alehagen, Wijma, Lundberg, Wijma 2005; Rowlands & Permezel 1998). Kipu ja stressi saavat aikaan sympaattisen hermoston aktivaation (Chestnut 2004). Sympaattisen hermoston

aktivoituminen johtaa plasman katekolamiini pitoisuuksien (adrenaliini ja noradrenaliini) nousemiseen, jolloin verenkierto- ja hengityselimistön työmäärät lisääntyvät, sekä kohdun ja istukan välinen perfuusio vähenee (Sarvela 2009; Chestnut 2004; Liukkonen ym. 1998; Rowlands & Permezel 1998).

Kipu saa aikaan katekolamiinien lisäksi oksitosiinin vapautumista. Nämä yhdessä vaikuttavat kohdun supistumistiheyteen ja -voimakkuuteen, sekä kohdun valtimoiden supistumiseen. (Chestnut 2004; Rowlands & Permezel 1998.) Oksitosiini lisää kohdun aktiivisuutta ja kohdunkaulan laajentumista, kun taas adrenaliini heikentää supistustoimintaa (Chestnut 2004; Liukkonen ym. 1998; Sarvela 2009; Alehagen ym. 2005). Noradrenaliinin taas on havaittu olevan yhteydessä synnytyksen aikana lisääntyneeseen kohdun epäsäännölliseen aktiivisuuteen (Alehagen ym. 2005). Synnytyksen aikana myös plasman kortisolitasot nousevat (Rowlands & Permezel 1998). Kortisolin uskotaan indusoivan oksitosiinihormonin eritystä, vaikuttaen näin synnytyksen edistymiseen (Alehagen ym. 2005). Beeta-endorfiini erityksen tiedetään lisääntyvän voimakkaassa kivussa ja fyysisessä rasituksessa, lievittäen kipua tehokkaasti (Rowlands & Permezel 1998; Liukkonen ym. 1998; Raussi-Lehto 2015). Raskauden loppuvaiheessa ja synnytyksen edistyessä beeta-endorfiini pitoisuus kasvaa ja on suurimmillaan lapsen syntyessä (Raussi-Lehto 2015; Liukkonen ym. 1998).

Kohdun vasokonstruktio yhdessä äidin verenkierto- ja hengitysmuutosten kanssa saattavat aiheuttaa sikiölle happivajetta ja metabolista asidoosia (Labor & Maguire 2008; Liukkonen ym. 1998; Sarvela 2009). Äidin hyperventilaatio saattaa johtaa supistelujen välillä tilannetta kompensoivaan hypoventilaatioon, aiheuttaen äidille sekä lapselle hypoksemiaa (Chestnut 2004). Muutokset palautuvat, kun kipu helpottaa ja hengitys normalisoituu (Rowlands & Permezel 1998). Äärimmäisissä tapauksissa muutokset voivat aiheuttaa äidille metabolisen asidoosin, sikiölle asidoosin sekä johtaa epänormaaliin synnytykseen. Synnytyskivun negatiiviset vaikutukset aiheutuvatkin pääosin muutoksista äidin hengitystavassa ja katekolamiini välitteisessä stressireaktiossa. (Lowe 2002.) Synnytyksen aiheuttamat muutokset ovat matalanriskin raskauksissa ja synnytyksissä hyvin siedettyjä, eivätkä aiheuta vaaraa sikiölle. Poikkeuksena ovat riskiraskaudet ja -synnytykset, erityisesti tilanteissa, joissa kohdun ja istukan välinen toiminta on heikkoa. Näissä tilanteissa toimiva kipulääkitys on tärkeää sikiön hyvinvoinnin kannalta, kos-

ka se laskee huomattavasti äidin veren katekolamiini pitoisuuksia ja parantaa siten sekä äidin että sikiön hapensaantia. (Chestnut 2004; Sarvela 2009.)

SYNNYTYSKIVUN KOKEMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Nykyaikana synnytyksenhoitoon on käytössä tehokkaita kivunlievitysmenetelmiä (esim. epiduraali). Haittapuolena näissä menetelmissä on se, että ne ovat lisänneet synnytyksen aikaisia toimenpiteitä. Toisaalta tehokkaasta synnytyskivunhoidosta huolimatta naisten synnytystyytyväisyys ei ole lisääntynyt. (Whitburn ym. 2014.) Mielenkiintoista onkin, että tutkimusten mukaan yksi päätekijä naisten synnytystyytyväisyydessä näyttäisi olevan heidän henkilökohtainen kontrolli synnytystapahtumassa, eikä niinkään kivuttomuus (Christiaens, Verhaeghe, Bracke 2010). Merkittäviä naisen synnytyskivun kokemista ennustavia tekijöitä ovat mm. itseluottamus, sekä taipumus kivun katastrofaalistamiseen ja ahdistuneisuuteen. Lisäksi naisten tulkinta sosiaalisesta ympäristöstä vaikuttaa heidän kivun kokemukseensa. Kulttuuritaustan tiedetään vaikuttavan kipua käyttäytymiseen ja siten myös kivun kokemiseen. (Whitburn ym. 2014.) Näyttäisi siltä, että kivun ainutlaatuinen merkitys naiselle määrittäisi lopulta hänen kokemuksensa, ja tähän arviointi prosessiin vaikuttaisi hänen aikaisemmat kokemukset, odotukset, sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö sekä muita vielä tunnistamattomia tekijöitä (Whitburn ym. 2014; Chestnut 2004).

Teollisuusmaissa jopa 6–11 % naisista kärsii synnytyspelosta (Saisto & Halmesmäki 2003; Waldenström, Hildingsson, Ryding 2006; Flink ym. 2009). Synnytyspelko vaikuttaa negatiivisesti synnytyskokemukseen, sekä synnytyskivun kokemiseen (Karlsdottir ym. 2014; Flink ym. 2009; Christiaens ym. 2010; Curzik & Jokic-Begic 2011). Yleisin syy synnytyspelolle on synnyttäjän pelko synnytyskipua kohtaan (Eriksson, Jansson, Hamberg 2006.; Geissbuehler & Eberhard 2002; Flink ym. 2009). Pelko ja negatiiviset ajatukset kivusta ennustavat kovempaa synnytyskipua ja ahdistuneisuutta synnytyksen aikana (Christiaens ym. 2010). Synnyttäjän ennen synnytystä esiintyvän ahdistuneisuuden ja ahdistustaipumuksen on havaittu olevan yhteydessä kovempaan synnytyskipuun (Curzik & Jokic-Begic 2011; Floris & Irion 2015; Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman, Humphreys 2007; Leap, Sandall, Buckland, Huber 2010). Ahdistus määrittellään taipumuksena reagoida mahdollisiin uhkaaviin tilanteisiin ahdistuneisuutena/pelkona, kun

taas ahdistustaipumus määritellään herkkyytenä pelätä ahdistukseen liittyviä oireita. (Curzik & Jokic-Begic 2011). Tutkimustulosten perusteella naisen ahdistusherkyys saattaa olla riskitekijä synnytyspelon kehittymiselle (Curzik & Jokic-Begic 2011). Ahdistuneisuuden on myös havaittu vähentävän naisten luottamusta omiin kykyihin rentoutumistekniikoiden käytössä synnytyksen aikana (Beebe ym. 2007). Tutkimuksissa on havaittu, että naisilla joilla parempi kontrolli synnytysprosessissa ovat vähemmän ahdistuneempia (Floris & Irion 2015). Ahdistuneisuuden tiedetään myös lisäävän katekoliiniamiinien erityistä, joka saattaa kasvattaa lantiosta peräisin olevaa nosiseptiivistä ärsytystä vahvistaen ärsykkeen tuntemusta (Lowe 2002).

Osalla naisista on taipumusta tulkita synnytyskipu uhkaavana, jonka vuoksi he kehittävät sitä kohtaan katastrofaalisia ajatuksia mm. pelkoa kipua kohtaan, ovat jännittyneempiä ja tarkkaavaisempia, sekä yrittävät välttää kipua (Flink ym. 2009; Curzik & Jokic-Begic 2011). Katastrofaalistamisessa yksilö keskittyy kipuun, liioittelee kivun uhkaavaa ominaisuutta, sekä negatiivisesti arvioi omaa kykyään selviytyä kivusta (Whitburn ym. 2014; Flink ym. 2009). Katastrofaalistajien on havaittu odottavan ja kokevan merkittävästi kovempaa synnytyskipua, sekä heidän fyysinen palautuminen on heikompaa (Flink ym. 2009; Whitburn ym. 2014). Kipuun suhtautumiseen vaikuttaa synnyttäjän etninen, kulttuurinen ja sosioekonominen tausta (Rowlands & Permezel 1998). Yksilön mieli vaikuttaa kivun kokemiseen muokkaamalla kipukokemusta ja vaikuttamalla koetun kivun voimakkuuteen. Naiset, jotka ajattelevat synnytyskipun vain negatiivisena asiana kokevat kovempaa synnytyskipua ja palautuvat synnytyksestä hitaammin. (Whitburn 2013.) Synnyttäjien keskittyminen sen hetkiseen tilanteeseen auttaa heitä ymmärtämään kehossa tapahtuvia muutoksia ja hyväksymään kivun osaksi synnytystä. Tällöin synnyttäjä on ikään kuin sopusoinnussa oman kehonsa kanssa. Synnyttäjän fyysikaalinen ja sosiaalinen ympäristö edesauttaa tämän mielentilan ylläpitämisessä. Naisten mielentila ei kuitenkaan ole pysyvä vaan saattaa muuttua häiriötekijöiden vuoksi. Häiriöt altistavat naisen reagoimaan fyysikaalisille tuntemuksille, saaden naisen huolestumaan mahdollisista synnytyksenaikaisista tapahtumista ja synnytyskipusta. (Whitburn ym. 2014.)

Naisten odotukset synnytyksestä vaikuttavat synnytyskipun kokemiseen (Karlsdottir ym. 2014). Synnytysvalmennuksella näyttäisi olevan po-

sitiivinen vaikutus synnyttäjien kokemaan synnytystyytyväisyyteen sekä koettuun synnytyskipuun (lievittäen sitä) (Labor & Maguire 2008; Melzack ym. 1984; Sarvela 2009; Costa-Martins ym. 2014). Hyvä tietämys synnytyksestä ja siihen liittyvistä tekijöistä vähentää naisten jännittyneisyyttään, huolestuneisuuttaan ja pelkoa (Meštrović ym. 2015). Kun taas tiedon puute ja synnytyspelko vaikuttavat negatiivisesti naisten itsetuntoon ja kykyyn selviytyä synnytyskivusta (Karlsdottir ym. 2014). Synnytykseen valmistautumisen tehtävänä on vahvistaa raskaana olevan naisen itseluottamusta omiin kykyihin. Synnyttäjän uskominen itseensä ja omiin kykyihinsä selviytyä synnytyksestä alentavat merkittävästi synnytyskipua, vähentävät lääkkeellisen kivunlievityksen käyttöä, sekä ovat yhteydessä positiivisempaan synnytyskokemukseen (Lowe 2002; Whitburn 2013; Berentson-Shaw ym. 2009; Rowlands & Permezel 1998; Christiaens ym. 2010). Myös tukihenkilön tuki raskausaikana ja synnytyksessä auttaa naista selviytymään synnytyskivusta sekä vähentää naisen kokemaa synnytyskipua (Whitburn ym. 2014; Whitburn 2013; Rowlands & Permezel 1998).

Kiintymyssuhdemallien tiedetään muodostuvan jo varhaislapsuudessa ja aikuisuudessa niillä on taipumus ohjata käyttäytymistä ja toimintaa (Costa-Martins ym. 2014; Quinn ym. 2015). Kiintymyssuhteet voidaan karkeasti jaotella turvalliseen ja turvattomiin (välttelevä ja ristiriitainen) kiintymyssuhteisiin (Sinkkonen 2004). Turvattomien kiintymyssuhdemallien on havaittu olevan yhteydessä kovempaan synnytyskipuun ja runsaampaan kipulääkityksen käyttöön synnytyksen aikana (Costa-Martins ym. 2014; Quinn ym. 2015).

Kättilöillä on suuri rooli auttaessaan synnyttäjää valmistautumaan ja selviytymään synnytyskivusta. Tutkimusten mukaan kättilön jatkuva huolenpito synnyttäjistä raskauden ja erityisesti synnytyksen aikana auttaa synnyttäjää selviytymään paremmin synnytyskivun haasteista. (Karlsdottir ym. 2014.) Kättilöiden tulisi huomioida synnyttäjien erilaiset toiveet ja tarpeet, sekä kyetä vastaamaan niihin parhaalla mahdollisella tavalla. Haasteellista tässä on synnyttäjien erilaisuus, mikä vaatii kättilöltä tarkkaavaisuutta ja omien työskentelytapojen joustavuutta synnyttäjän mukaan. Naisten tukeminen jo raskausaikana sekä itse synnytyksessä vaikuttaa merkittävästi positiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen (Leap ym. 2010).

POHDINTA

Tutkimukset ovat pääasiassa keskittyneet tutkimaan tekijöitä, jotka vaikuttavat naisten kokemaan synnytyskipuun. Tulevaisuudessa mielenkiintoista olisikin selvittää minkälaisilla toimilla kyettäisiin parhaiten vaikuttamaan naisten ahdistuneisuuteen, itseluottamukseen, kivun katastrofaalistamiseen ja mielentilan hallintaan. Tulevaisuudessa tärkeää olisi jo varhaisessa vaiheessa löytää ne naiset, jotka tarvitsevat lisätukea synnytyksestä selviytymisessä.

Kätilöt vaikuttavat merkittävästi naisten synnytyskokemuksen muodostumiseen ja kykyyn selviytyä synnytyskipusta. Kätilön huolenpito synnyttäjistä raskauden ja erityisesti synnytyksen aikana auttaa synnyttäjää selviytymään paremmin synnytyskipun haasteista. Panostamalla naisten itseluottamuksen vahvistamiseen, edesautetaan positiivisemmän synnytyskokemuksen muodostumista. Synnyttäjien parempi itseluottamus ehkäisee ahdistuneisuutta ja siten myös koettua synnytyskipua, sekä vähentää lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä. Nykyaikana synnyttäjät ovat määrätietoisia ja tietävät mitä haluavat, mikä asettaa kätilöiden roolin haasteelliseksi. Jokainen synnyttäjä on erilainen persoona omine taustoineen, jolloin kätilöltä vaaditaan hyviä sosiaalisia taitoja mukauttaakseen omaa toimintaansa synnyttäjälle sopivaksi. Kätilön tulisi olla empaattinen, tukea synnyttäjää, olla läsnä, sekä tarvittaessa myös riittävän tiukka. Kätilön tulisi olla synnyttäjän tukihenkilö, mutta myös se rajojen asettaja tilanteissa joissa sikiön tai synnyttäjän vointi sen vaatii.

LÄHTEET

Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U. & Wijma, K. 2005. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26(3), 153–65.

Beebe, K.R., Lee, K.A., Carrieri-Kohlman, V. & Humphreys, J. 2007. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 36(5), 410–8.

Berentson-Shaw, J., Scott, K.M. & Jose, P.E. 2009. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 27(4), 357–373.

Chestnut, D.H. 2004. (3. ed.) *Obstetric Anesthesia. Principles and Practice. The Pain of Childbirth and Its Effect on the Mother and the Fetus.* Elsevier Mosby.

- Christiaens, W., Verhaeghe, M. & Bracke, P. 2010. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research* 10(10), 268.
- Costa-Martins, J.M., Pereira, M., Martins, H., Moura-Ramos, M., Coelho, R. & Tavares, J. 2014. The role of maternal attachment in the experience of labor pain: a prospective study. *Psychosomatic Medicine* 76(3), 221–8.
- Curzik, D. & Jokic-Begic, N. 2011. Anxiety sensitivity and anxiety as correlates of expected, experienced and recalled labor pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 32(4), 198–203.
- Eriksson, C., Jansson, L. & Hamberg, K. 2006. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery* 22(3), 240–8.
- Flink, I.K., Mroczek, M.Z., Sullivan, M.J.L. & Linton, S.J. 2009. Pain in childbirth and postpartum recovery – the role of catastrophizing. *European Journal of Pain* 13, 312–16.
- Floris, L. & Irion, O. 2015. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study. *Journal of Health Psychology* 20(4), 446–455.
- Geissbuehler, V. & Eberhard, J. 2002. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 23(4), 229–35.
- IASP Taxonomy. Pain. 2012. IASP, International Association for the Study of Pain. Luettu 10.6.2016. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>.
- Kalso, E. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit, Akuutti ja krooninen kipu. Kivun biologinen merkitys. Teoksesta E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu.(3. painos) Helsinki; Kustannus Oy Duodecim.
- Karlsdottir, S.I., Halldorsdottir, S. & Lundgren, I. 2014. The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(2), 315–27.
- Labor, S. & Maguire, S. 2008. The Pain of Labour. *Reviews in Pain* 2(2), 15–9.
- Lally, J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. & Thomson, R. 2008. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine* 14(6), 7.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S. & Huber, U. 2010. Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55(3), 234–42.
- Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti, A. & Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Lowe, N.K. 2002. The nature of labour pain. *American Journal of Obstetric & Gynecology* 186, S16–24.

- Melzack, R., Kinch, R., Dobkin, P., Lebrun, M. & Taenzer, P. 1984. Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. *Canadian Medical Association Journal* 130(5), 579–584.
- Mestrovic, A.H., Bilić, M., Loncar, L.B., Micković, V. & Loncar, Z. 2015. Psychological Factors in Experience of Pain During Childbirth. *Collegium Antropologicum* 39(3), 557–65.
- Quinn, K., Spiby, H. & Slade, P. 2015. A longitudinal study exploring the role of adult attachment in relation to perceptions of pain in labour, childbirth memory and acute traumatic stress responses. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 33(3), 256–267.
- Raussi-Lehto, E. 2015. Syntymän hoidon toteutus. Teoksesta Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Äimälä (toim.). *Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. (6. painos) Keuruu: Edita Publishing Oy.*
- Rowlands, S. & Permezel, M. 1998. Physiology of pain in labour. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 12(3), 347–62.
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82(3), 201–8.
- Sarvela, J. 2009. Synnytyskipu. Teoksesta E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu. (3. painos) Kustannus Oy Duodecim.*
- Shnol, H., Paul, N. & Belfer, I. 2014. Labor pain mechanisms. *International Anesthesiology Clinics* 52(3), 1–17.
- Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria – tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Katsaus, *Duodecim* 120:1866-73. Luettu 13.9.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94437.pdf>.
- Waldenström, U., Hildingsson, I. & Ryding, E.L. 2006. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113(6), 638–46.
- Whitburn, L.Y. 2013. Labour pain: from the physical brain to the conscious mind. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 34(3), 139–43.
- Whitburn, L.Y., Jones, L.E., Davey, M.A. & Small, R. 2014. Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study. *Midwifery* 30(9), 1029–35.

19 Kättilön antama synnytyksen aikainen tuki

Anne Kalvas, kättilö, TtM, ylihoitaja, Tampereen Yliopistollinen sairaala

TIIVISTELMÄ

Kättilön jatkuvan tuen on todettu parantavan synnytyskokemusta, vähentävän kivunlievityksen tarvetta, oksitosiinin käyttöä ja operatiivisia synnytyksiä sekä parantavan äidin ja lapsen vuorovaikutuksen laatua sekä imetyksmyönteisyyttä. Teknistynyt synnytyksen hoito on vähentänyt huomiota kättilön ja synnyttäjän välisestä vuorovaikutuksesta. Synnyttäjä tarvitsee empaattista, fyysistä, tiedollista ja arvostavaa tukea. Kättilöllä tulee olla vaikuttava hoitoasenne, mikä tarkoittaa aitoa läsnäoloa, kykyä ymmärtää ja jakaa synnyttäjän tuntemukset ja odotukset, kannustaa ja kunnioittaa häntä ja hänen kumppaniaan. Näin kättilö rakentaa synnyttäjään luottamuksellisen suhteen, joka mahdollistaa hyvän synnytyskokemuksen muodostumisen. Synnyttäjä tarvitsee konkreettista apua, neuvontaa ja ohjantaa sekä välillä puolestapuhujaa. Vaikka kaikille synnyttäjille ei pystytä tarjoamaan jatkuvaa tukea henkilöstön riittämättömän määrän vuoksi, pitää kättilöiden olla synnyttäjän tukena niin paljon kuin mahdollista. Työyhteisön arvot ja kulttuuri vaikuttavat siihen kuinka paljon kättilöt viettävät aikaa synnyttäjän luona.

ABSTRACT

The continuous support of the midwife to the woman in labour improves the experience, decreases the need for pain relief, use of oxytocin and complications during labour. The midwife support improves early interaction between mother and child and contributes to a good attitude towards breastfeeding. The increasingly medicalised care during childbirth has reduced the attention for the interaction between mother and midwife. The mother needs empathic, physical, cognitive and appreciative support. The midwife needs to have influential attitude towards caring. This means genuine presence, ability to understand and share the experience and expectations of the mother and in addition encourage and respect her and her partner. By doing this, the midwife builds a trusting relationship that enables a good overall labour experience. The mother needs concrete help, advice and guidance and a spokesperson at times. Even if the resources to provide continuous support are limited, should the midwife be available to the mother as much as possible. The values and culture of the work environment affect the amount of time the midwife spends at the mother's side.

JOHDANTO

”Olin yksin ja kytkettynä kaikkiin mahdollisiin laitteisiin”, ote on tutkimuksessa mukana olleen synnyttäjän kuvaus tämän päivän toivottavasti harvinaisesta synnytystapahtumasta. Synnytys merkitsi hänelle teknistä, rationaalista ja toimenpidekeskeistä tapahtumaa. Keskeinen tunne synnytyksessä oli yksinäisyys. Ei ollut toimivaa vuorovaikutusta henkilökunnan kanssa. Läsnaolo oli korvattu teknisellä valvonnalla: koneilla ja monitoreilla. Synnyttäjä oli joutunut olemaan pitkiä aikoja yksin ja hoitajat kävivät harvoin hänen luonaan. (Piensoho 2001.)

Ennen kansliaan näkyvää keskusvalvomoa kättilöiden kuului käydä synnyttäjän luona vähintään 15 minuutin välein kuuntelemassa sydänääniä torvella ja tunnustelemassa supistusten laatua ja laskemassa määrää tai ottamassa 15–20 minuutin ajan sydänäänikäyrää. Kivunlievityskäyttöä oli nykyistä vähemmän ja synnyttäjät olivat aktiivivaiheessa usein niin kivuliaita, että tarvitsivat jatkuvaa läsnäoloa ja kättilön tukea. Miehitys oli vähäisempää ja kättilöt kokivat tilanteen ristiriitaisena kun synnyttäjälle ei ollut riittävästi aikaa. Kättilöt hoitivat välillä useita synnyttäjiä samaan aikaan ja äidit toivoivat saavansa synnytykseen kättilöopiskelijan, joka hoiti vain yhtä synnyttäjää kerralla ja seurasi synnytystä synnytyshuoneessa, poistuen vain kahvi- ja ruokailutauoille.

Nykyisin synnyttäjät ovat usein koko ajan kardiotokografiaseurannassa ja kättilö näkee keskusvalvomosta sikiön voinnin ja supistusten määrän. Suuri osa synnyttäjistä saa hyvän kivunlievityksen ja lähes kaikilla synnyttäjillä on mukana tukihenkilö tai kaksi. Vaikka jatkuvaa seurantaa ei tulisi käyttää kättilön läsnäolon korvikkeena, tutkimuksissa on todettu jatkuvan ktg-rekisteröinnin ja keskusvalvomon vähentävän kättilön läsnäoloa synnytyshuoneessa. Kuitenkin jokainen synnyttäjä tarvitsee kättilön tukea (Adams & Bianchi 2008).

SYNNYTYKSEN AIKAINEN TUKI

Vaikka kättilön ammatillista tukea on tutkittu paljon, ei ole olemassa määritelmää, joka kuvaisi tarkasti sen sisällön ja ominaisuudet (Adams & Bianchi 2008). Hoidollinen tai sosiaalinen tuki on kuvattu tekoina ja supportiivisena viestintänä, joka on sanallista ja sanatonta viestintää. Sen tarkoitus on tar-

jota apua ja tukea henkilölle, joka näyttää sitä tarvitsevan. Sanatonta viestintää ovat ilmeet, eleet, käyttäytyminen ja kosketus. (Kuuluvainen 2016.)

Kättilön tuki voi olla jatkuvaa, jolloin tarvitaan yksi kätilö jokaista synnyttäjää kohti tai intermittoivaa, jolloin yhdellä kätilöllä voi olla 1–2 synnyttäjää hoidettavana. Jatkuva tuki tarkoittaa kätilön hetkittäistä, pikaista poistumista synnytyshuoneesta tai poissaoloa synnyttäjän toiveesta ja 80–100% läsnäoloa synnytyksen aktiivisessa vaiheessa sekä 1–2 tuntia synnytyksen jälkeen. Kun on seurattu, kuinka paljon kätilöt todellisuudessa ovat läsnä synnytyshuoneessa, on se noin 21,4 % ajasta, jonka synnyttäjä vietti synnytyssalissa. Tästä ajasta synnyttäjän tukemista oli noin 6 %. (Sosa ym. 2012.)

JATKUVAN TUEN ERI MUODOT

Erilaisiksi tuen muodoiksi on tutkimuksissa määritelty muun muassa emotionaalinen (emotional), informoiva tai tiedollinen (informational), konkreettinen (tangible), arvostava (esteem) ja sosiaalinen (social) tuki. Emotionaalista tukea on kätilön tai hoitajan jatkuva läsnäolo tukijana sekä synnyttäjän rauhoittelu ja kannustus. Emotionaalisen tuen avulla tuodaan synnyttäjälle tunne, että hän on rakastettu ja hänestä välitetään. Tiedollisella tuella tarkoitetaan muun muassa tiedon, ohjeiden ja neuvojen tai uusien näkökulmien tarjoamista ja konkreettisella tuella nimensä mukaisesti esimerkiksi palveluiden ja hyödykkeiden tarjoamista. Sosiaaliseen tukeen voi katsoa kuuluvaksi myös verkoston tarjoaman tuen, kuten erilaiset vertaistukiryhmät tai kumppanin läsnäolo. (Goldsmith 2004; Adams & Bianchi 2008.)

Brittiläinen The Royal College of Midwives (2012) Evidence Based Guidelines -ohjeisto on jakanut kätilön tuen neljään osa-alueeseen: emotionaaliseen tukeen, fyysiseen tukeen, neuvontaan ja ohjaukseen sekä puolesta puhumiseen. Tässä artikkelissa tarkastellaan kätilön tukea näiden osa-alueiden mukaisesti, mutta puolesta puhuminen on liitetty arvostavan tuen osaksi.

Emotionaalinen tuki

Hyvä emotionaalinen tuki vaatii kätilöltä kognitiivista sosiaalista kyvykkyyttä. Emotionaalinen tuki sisältää positiivisen rauhallisen sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen, lohduttamisen, huolenpidon sekä empatian ilmaisemisen. Hyvät vuorovaikutustaidot ja oikea asenne synnyttäjän en-

simmäisessä kohtaamisessa ovat tärkeitä. Kätilön tulee käyttää riittävästi aikaa kohdatessaan synnyttäjän ja tämän kumppanin. Tällä luodaan luottamuksellinen suhde, jossa emotionaaliset ja fyysiset tarpeet tulevat huomioituiksi. Luottamuksellinen suhde varmistaa, että synnyttäjän ei tarvitse pelätä, vaan kätilö osaa tarvittaessa rauhoittaa ja normalisoi tilanteen. Kätilöllä on kyky ymmärtää ja jakaa synnyttäjän tuntemukset ja odotukset sekä auttaa synnyttäjää kokemaan itsensä arvokkaaksi ja tärkeäksi. Myös synnyttäjän kumppaniin täytyy luoda hyvä vuorovaikutussuhde, jotta hän voi rentoutua ja uskoo että perhe saa kätilöltä tukea ja apua tarvittaessa. (Aune ym. 2014, Adams & Bianchi 2008; Goldsmith 2004; Hodnett 2002; Sosa ym. 2011.)

Kätilön pelkkä läsnäolo ei riitä, vaan hänen on oltava aidosti henkisesti läsnä ja hänen on kyettävä osoittamaan hoitomyönteistä asennetta. Tällainen asenne on lämmin, rauhallinen, avoin, rohkaiseva ja kannustava, kunnioittava ja pätevä osoittaen jatkuvaa kiinnostusta synnyttäjän kokemuksista. Rehelliseen, tuomitsemattomaan suhteeseen kuuluu intensiivinen kuuntelu ja asiakkaan merkityksenannon ymmärtäminen. Tällöin kätilö voi kohdistaa synnyttäjän huomion välillä muualle, tai käyttää huumoria, jos osaa tulkita synnyttäjää. Kätilö rohkaisee synnyttäjää käyttämään omia vahvuuksiaan niin, että synnyttäjälle tulee kokemus selviytymisestä ja itsemääräämisestä. (Aune ym. 2014; Adams & Bianchi 2008; RCM 2012.)

Piensohon (2001) tutkimuksessa ilmenee, että kätilön toiminnalla ja etenkin kätilön persoonalla on suuri merkitys synnyttäjän mielikuvaan synnytyksestä. Hyvän kokemuksen ydin löytyy onnistuneesta vuorovaikutuksesta, joka vaatii kätilön hyviä kognitiivisia sosiaalisia taitoja. Yhteisöllisyys synnyttäjän, tukihenkilön ja kätilön välillä on koettu merkityksellisenä ja emotionaalinen tuki on onnistunut. Synnytys muodostuu erääksi elämän tärkeimmäksi tapahtumaksi. Kivut eivät suuremmalti häiritse synnyttäjää. Lapsi tuntuu omalta heti synnytyksen jälkeen ja ollaan tyytyväisiä itseen ja omaan toimintaan synnytyksessä. (Piensoho 2001.)

Fyysinen tuki

Fyysinen tuki on mukavan olon mahdollistamista. Kätilö huolehtii fyysisestä ympäristöstä, esimerkiksi sopivasta huoneen lämpötilasta, musiikista jne. Kodinomaisen ja kiireetön ympäristö auttaa synnyttäjää hallinnan tun-

teen ylläpitämisessä. Kodikkaassa ja rauhallisessa ympäristössä naisen on vaivattomampaa keskittyä synnytykseensä. (Ryttyläinen 2005; HRM 2012.)

Fyysiseen tukeen kuuluu myös ravitsemuksesta ja muista perustarpeista huolehtiminen. Kätilö neuvoo synnyttäjää kokeilemaan erilaisia asentoja, rentoutumista ja hengitystekniikoita tai tarjoaa välineitä esimerkiksi jumppapalloa, kylmä- tai lämpöpakkausta jne. Kätilö voi myös hieroa, tai neuvoo tukihenkilöä hieromaan. Kätilö tarjoaa lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, esimerkiksi akupunktiota tai vyöhyketerapiaa, ohjaa suihkuun tai ammeeseen tai neuvottelee lääkkeellisestä kivunlievityksestä. Huomion poiskääntäminen supistuskivuista tarjoamalla synnyttäjälle aktiivista tekemistä, mentaalista harjoittelua ja mielikuvia saattaa olla oikea tuki. Kätilö ohjaa synnyttäjää kuuntelemaan kehoaan. Se tarkoittaa, että nainen saa etsiä ja löytää oman tapansa synnyttää. Häntä ei kiirehditä, vaan nainen saa kuunnella rauhassa oman kehonsa viestejä ja tuntemuksia sekä edetä rauhassa niiden mukaisesti. Kehon huomiointi ja sen viestien kuunteleminen vahvistavat naisen hallintakykyä. (Adams & Bianchi 2008; RCM 2012; Ryttyläinen 2005.)

Tiedollinen tuki

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jotta synnyttäjä voi osallistua päätöksentekoon ja tehdä valintoja, hän tarvitsee neuvontaa ja ohjausta. Puheen pitää olla kulttuurisensitiivistä ja varmistaa, että nainen on ymmärtänyt ohjauksen. Jos tarvitaan tulkkia, kätilö puhuu synnyttäjälle, ei tulkille. (Adams & Bianchi 2008; Ryttyläinen 2005.)

Tiedollinen tuki tarkoittaa sitä, että synnyttäjälle on kerrottava koko ajan synnytyksen etenemisestä, kohdunsuun tilanteesta ja sikiön voinnista. Kätilön on varmistettava, että synnyttäjä on ymmärtänyt annetun ohjauksen. Hän keskustelee synnyttäjän toiveista ja ajatuksista synnytyksen edistyessä. Tukihenkilölle on myös kerrottava synnytyksen kulusta ja mitä hän voi tehdä auttaakseen synnyttäjää. (Adams & Bianchi 2008; RCM 2012; Sosa ym. 2012.)

Kätilöllä on oltava myös tietoa vaihtoehtoisista kivunlievitysmenetelmistä, jotta hän voi tarjota synnyttäjälle tietoa erilaisista menetelmistä.

Vaihtoehtoisen kivunlievitysmenetelmän valitsevat synnyttäjät ovat usein valmistautuneet synnytykseen. He tahtovat synnyttää luonnollisesti ja välttää lääkkeiden vaikutuksia sikiöön ja itseensä. Nämä synnyttäjät omaavat yleensä positiivisen asenteen ja hyvän itsetuntemuksen. Kätilön tulee selvittää kaikille synnyttäjille synnytyskivun tarkoitus, jotta he ymmärtävät sen merkityksen ja pystyvät kääntämään kivun voimavaraksi synnytyksessä ja kivun hallinnassa. (Ruotsalainen & Pitkäkoski 2014.)

Pystyäkseen osallistumaan synnytyksen hoitoa koskevaan päätöksentekoon tulee kätilön esittää eri vaihtoehtoja ja antaa mahdollisuus valita. Hallinnan kokemus synnytyksessä vahvistuu, kun synnyttäjälle tarjotaan tilaisuus valita mm. synnytysasento, kivunlievitysmenetelmä ja käytetäänkö supistuksia vauhdittavaa lääkitystä. Valintaa saattaa edeltää yhteinen keskustelu ja pohdinta asiantuntijan kanssa eri valinnan mahdollisuuksista. Synnyttäjän hallinnan kokemuksen kannalta oli keskeistä, että synnyttäjän toiveita ja tuntemuksia kuunneltiin ja että ne todella vaikuttivat synnytyksen hoidossa tehtäviin ratkaisuihin. Tutkimuksessa toiveen toteutumista merkityksellisemmäksi osoittautui, että nainen sai aidon mahdollisuuden valitsemiseen. (Ryttyläinen 2005.)

Arvostava tuki

Arvostava tuki sisältää synnyttäjän oikeuksien valvonnan, puolesta puhumisen, synnyttäjän suojelemisen, tarpeiden kuuntelemisen ja valinnan tukemisen hoitoon liittyvissä asioissa. Se vaatii hoitajalta hoidollista vuorovaikutussuhdetta potilaaseen. Kätilö asettaa itsensä syrjään suhteessa synnyttäjään, kuulee asiakkaan äänen, ei tuomitse ja perustelee hoitoratkaisut. Kätilö voi joutua olemaan synnyttäjän äänenä, jos synnyttäjä ei siihen kykene. Arvostava tuki ilmaisee synnyttäjän kunnioitusta, joka näkyy yksityisyyden suojeluna, intimitetin säilyttämisenä, joka ilmenee esimerkiksi niin, että kätilö huolehtii synnyttäjän peittelemisenä. (Adams & Bianchi 2008; RCM 2012.)

Joskus kätilö joutuu puolustamaan synnyttäjän näkemystä terveydenhuoltohenkilöstöä tai synnyttäjän kumppania vastaan. On hyvä pysähtyä kuulemaan synnyttäjän intuitiivista sisäistä ääntä. Potilaan synnytyssuunnitelma voi olla vastoin totuttuja käytänteitä. Kätilön on kuitenkin oltava

tarkkana, onko suunnitelma vastoin näyttöön perustuvaa toimintaa vai vastoin kättilön omaa näkemystään asiasta. On oltava herkkänä omille uskomuksilleen ja asenteilleen synnytyksen suhteen, sillä ne eivät voi ohjata hoitoa. (Adams & Bianchi 2008.)

Synnytyshuoneessa saattaa tulla eteen eturistiriitoja. Jos sikiön vointi tai synnytyksen eteneminen on vaarassa, pitää toimia nopeasti ja joskus vastoin synnyttäjän toiveita. Häntä pitää kuitenkin informoida kaiken aikaa ja myös jälkikäteen uudelleen selittää tilanne. Myös synnyttäjän tukihenkilölle on kerrottava tilanteesta. Kättilö voi joutua ristiriitojen ratkaisutilanteeseen myös silloin, jos synnyttäjän kumppani tai tukihenkilö on synnyttäjän kanssa eri mieltä. (Adams & Bianchi 2008; Aune 2014; RCM 2014.)

TUEN MERKITYS SYNNYTTÄJÄN HOIDOSSA

Jatkuvalla tuella verrattuna jaksoittaiseen kättilön läsnäoloon näyttää randomisoitujen tutkimusten meta-analyysin perusteella olevan monia positiivisia vaikutuksia synnytyksen kulkuun. Synnyttäjät tarvitsevat vähemmän lääkkeellistä kivunlievitystä, synnyttävät nopeammin, tarvitsevat harvemmin ja vähemmän oksitosiinia, synnyttävät harvemmin keisarileikkauksella, imukuppiavusteisesti tai pihtiaavusteisesti sekä ovat tyytyväisempiä synnytyksen kulkuun ja kiinnostuneempia imetyksestä. (Aune ym. 2014; Hodnett ym. 2013; AWHONN 2011.)

Kättilön läsnäolo synnytyshuoneessa lujittaa naisen hallinnan tunnetta. Yksin jääminen synnytyksen aikana pitkäksi aikaa pelottaa ja aiheuttaa turvatomuutta. Kättilöltä ei aina odotettu kovin aktiivista toimintaa tai roolia, vaan riittää että hän oli paikalla ja käytettävissä. (Aune ym. 2014; Ryttyläinen 2005.)

Vaikka jatkuva tuki on tutkimuksissa todettu vaikuttavaksi, on myös osoitettu, että tuen laatu on määrää tärkeämpi. Kuitenkin kättilön on osattava tulkita synnyttäjää, kuinka paljon hän tarvitsee läsnäoloa; jotkut synnyttäjät haluavat olla yhdessä kumppaninsa kanssa, jotkut ahdistuvat jos kättilö ei ole huoneessa läsnä. Jatkuvan tuen antoa estävät kiireen lisäksi kättilön arvot ja asenteet, tiedon ja läsnäolon tärkeyden ymmärtämisen puute sekä synnytysyksikön kulttuuri. (Aune ym. 2014; RCM 2012; Sleutel ym. 2007.)

Synnytyskokemus

Synnyttäjän synnytyskokemus ei ole vain yhden päivän tapahtuma, vaan se vaikuttaa laajasti ja pitkäaikaisesti naisen elämään ja perheeseen. Naiset muistavat synnytyksensä läpi elämän. Synnytys nähdään psykoanalyttisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta osana äidiksi kasvamisen prosessia. Parhaimmillaan synnytyksellä on voimakas myönteinen merkitys. Se muodostuu naisen itsetuntoa kasvattavaksi kokemukseksi. Huono synnytyskokemus aiheuttaa naisen itsetunnolle kolahduksen, vaikuttaa mielen-terveyteen, aiheuttaen post-traumaattista stressiä ja synnytyksen jälkeistä masennusta. Synnytyskokemus vaikuttaa naisen kokemukseen itsestään äitinä ja naisena. Traumaattinen synnytyskokemus saattaa vakavasti häiritä lapsen ja äidin ensikontaktin luonnetta, huonontaa vuorovaikutusta vastasyntyneeseen. Huono synnytyskokemus saattaa huonontaa myös naisen seksuaaliterveyttä ja saattaa jopa estää synnyttäjää tulemasta uudelleen raskaaksi. (Piensoho 2001; RCM 2012.)

Kättilön tuen eri osatekijät ja kohtaamisen laatu ovat tärkein synnytyskokemukseen vaikuttava tekijä. Ne vaikuttavat positiiviseen synnytyskokemukseen enemmän kuin kivunlievitys tai synnytystapa. Hodnett (2002) löysi 137 tutkimuksen katsauksessa neljä seikkaa, jotka vaikuttivat synnyttäjien synnytyskokemukseen enemmän kuin synnyttäjien ikä, etninen tausta, sosio-ekonominen tausta, synnytyspaikka, hoitotoimet, synnytysvalmennus, kipukokemus, hoidon jatkuvuus tai liikkuminen. Nämä olivat synnyttäjän odotukset, hoitajan tuen määrä, hoitajan vuorovaikutuksen laatu ja synnyttäjien mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. (Aune 2014; Hodnett ym. 2002).

Synnyttäjän synnytyskokemuksesta ja kättilön synnytyksenaikaisesta tuesta on tehty systemaattisia katsauksia. Tutkimuksista käy ilmi, etteivät kättilöt aina pidä synnyttäjän tukemista tärkeänä, vaan tekniset seikat, kuten ktg:n ja synnyttäjän vitaalien seuranta, infuusiot, epiduraalipuudutuksen järjestäminen jne. ovat tärkeämpiä. Synnyttäjän hoidon laatu sisältää synnytystavan ja hyvän synnytystuloksen lisäksi synnyttäjän synnytyskokemuksen, johon vaikuttaa kättilön toiminta. Jatkuva tuki synnyttäjän vieressä vaatii kättilöltä hyviä vuorovaikutustaitoja ja aktiivista osallistuvaa kuunte-
lua ja kuulemistä. (Adams & Bianchi 2008; Aune ym. 2014; RCM 2012.)

Synnyttäjän tukihenkilöt

Nykyään Suomessa lähes jokaisella synnyttäjällä on tukena puoliso tai muu läheinen, esimerkiksi äiti, sisar tai ystävä. Kumppani ei kuitenkaan korvaa kättilöä, vaan hänkin tarvitsee kättilön tukea, sillä hän on syntyvän lapsen läheinen ja siten osallinen asiakkuuteen. Puolison neuvominen, ohjaus, auttaminen, rohkaisu, kehuminen ja rauhoittaminen kuuluvat hyvään synnytyksen hoitoon. Kättilö auttaa ja neuvoo tukihenkilöä tukemaan synnyttäjää oikealla tavalla. Tukihenkilön päästäminen pois synnytyshuoneesta syömään, WC:een, lepäämään on tärkeää, sillä usein synnyttäjä toivoo kättilön läsnäoloa, silloin kun tukihenkilö poistuu huoneesta. (Aune ym. 2014; Adams & Bianchi 2008; Hodnett ym. 2013.)

Doulat ovat tulleet synnyttäjien avuksi ja turvaksi tarjoamaan lisätukea. Doulien aloittaessa toimintansa Suomessa, kättilöt eivät olleet kovinkaan huolissaan siitä, että doulat vievät heidän asemansa synnyttäjän tukijoina, vaan siitä että doulat osallistuvat päätöksentekoon. Nykyisten koulutettujen doulien ja synnytyssairaalan yhteistyö on suunnitelmallista. Doulalla on paikkansa, sillä jatkuva tuki on tutkimuksissa todettu tehokkaammaksi, jos tuen antaja ei ole sairaalan henkilökuntaa tai synnyttäjän lähiverkostoon kuuluva henkilö (Hodnett ym. 2013). Toisaalta tutkimuksista käy ilmi, että synnyttäjät toivovat doulalta tukea ja rohkaisua synnytykseen, erityisesti lääkkeettömissä synnytyksissä ja doulan toivotaan toimivat yhteyshenkilönä äidin ja sairaalan henkilökunnan välillä. Doulan tehtävänä synnytyksessä on olla läsnä koko ajan, silloinkin kun muu henkilökunta ei ole paikalla, eikä ehdi vastata äidin tarpeisiin. (Papagni & Buckner 2006; Hunter 2012.)

Doulalla on tärkeä tehtävä esimerkiksi silloin, jos synnyttäjällä ei ole kumppania tai muuta läheistä tukihenkilöä synnytyksessä. Jokainen synnyttäjä tarvitsee myös kättilön tukea, millä on erilainen merkitys kuin eiammattilaisen tuella. Esimerkiksi opiskelija voi antaa paljon, jopa riittävästi tukea, mutta opiskelijan huomion keksipisteenä ovat usein kädentaitojen oppiminen vuorovaikutustaitojen ohella (Sosa ym. 2011).

POHDINTA

Kättilön tarjoaman tuen esteet

Synnytysyksikön hoitorutiinit määrittelevät kättilön antaman tuen määrää ja laatua. Synnytyksissä on paljon tekniikkaa ja lääketieteellisiä toimenpiteitä. Jatkuva ktg, runsas oksitosiinin käyttö tai aggressiivinen kivunlievitys vievät kättilön ajan ja synnyttäjää voi jäädä ilman emotionaalista tukea. Synnyttäjien ääntä ei kuunnella ja he kokevat olevansa alistettuna ja objektitina. Synnytys nähdään vaarallisena ja uhkana, vaikka synnyttäjää ei koe niin. (Helmond ym.2015; Piensoho 2001; Sleutel ym. 2007.)

Synnytyssairaaloiden resurssit ja välineistö vaihtelevat suuresti. Synnytyssalin välineistö voi olla puutteellinen, ei ole jumppapalloja, jakkaroita tai ammeita. Jatkuva tuki vaatii myös riittävän synnytyksenhoitohenkilöstön. Jos kaikilla kättilöillä on usein kaksi synnyttäjää, ei kaikille synnyttäjille pystytä takaamaan riittävää tukea. (Aune ym. 2014; Sleutel ym. 2007.)

Sairaaloiden kulttuurit vaihtelevat suuresti. Kättilöiden synnytyshuoneessa potilaan kanssa viettämä aika vaihtelee kättilöiden kesken ja eri yksiköiden välillä. Joissakin sairaaloissa synnyttäjän vierellä oloa ei arvosteta tai synnyttäjän toiveisiin suhtaudutaan kielteisesti. Kuitenkin synnyttäjän toivelista on yksi merkki siitä, että synnyttäjää on valmistautunut synnytykseen. Tutkimuksissa on osoitettu, että synnyttäjät, jotka ovat ennen synnytystä ajatelleet ja valmistautuneet synnytykseen selviävät siitä paremmin. (Aune ym. 2014; Sleutel ym. 2007.)

Toisissa synnytyssairaaloissa jatkuva näyttöön perustuva kehittäminen ja kättilöiden henkilökohtainen kehittyminen vuorovaikutuksessa synnyttäjän kanssa on keskiössä ja itsestään selvyys. Toisaalta monissa synnytysosastoissa harjoitellaan jatkuvasti ktg:n tulkintaa, vastasyntyneen elvytystä, ulosautto- ja ompelutekniikoita, mutta synnyttäjän tukemista ei harjoitella lainkaan. (Adams & Bianchi 2008; Aune ym. 2014; Sleutel ym. 2007.)

Olemmeko kättilöinä valmiit antamaan osan omasta ydinosaamisestamme muiden tehtäväksi? Hunter (2012) on tutkimuksessaan todennut, että doulan kolme tärkeintä roolia ovat äidin fyysinen ja emotionaalinen tukeminen, tiedon antaminen sekä äidin asian ajaminen synnytykseen liittyvissä asioissa, eli kättilön tukitehtävät. Tehtävät, jotka tuovat työn iloa, merkityksellisyyttä ja onnistumisen kokemusta synnytyksen hoitoon.

Kättilön tukea edistävät tekijät

Työyhteisön arvot ja asenteet ovat avainasemassa mahdollistamassa synnyttäjän hyvän tuen synnytyksen aikana. Kättilön halu ja taito luoda luotamuksellinen, avoin, aitoa läsnäoloa heijastava suhde synnyttäjään muodostuu ja mahdollistuu hyvässä moniammatillisessa työyhteisössä, jossa synnyttävän perheen paras on keskiössä. Työyhteisön suhtautuminen syntymään luonnollisena asiana, jossa on tilaa odottaa synnytystä ja tukea varhaista ihokontaktia synnytyksen jälkeen, tukee synnyttäjän mahdollisuutta saada jatkuvaa tukea. Työyhteisön ilmapiiri, johtaminen, henkilökuntamäärä ja muut resurssit voivat estää tai edistää synnyttäjän hoitotapoja ja tukemista. (Aune ym. 2014; Helmond ym. 2015; Sleutel ym. 2007.)

Työyhteisössä, jossa tuetaan kättilön ammatillista kehittymistä, seurataan enemmän hoitotyön kirjallisuutta. Tutkimuksen mukaan kättilöt, jotka seuraavat alan kirjallisuutta, haluavat kehittää vuorovaikutustaan synnyttäjän kanssa. Tutkimuksia lukevat tunnistavat arvojaan ja asenteitaan ja tämä vaikuttaa oman työskentelyn tarkkailemiseen ja parantamiseen. (Adams & Bianchi 2008.)

Mahdollisuus itsenäiseen potilaskeskeiseen hoitotyöhön, salliva, kehitysmuuntoinen ilmapiiri yksikössä ja taito kognitiiviseen hyvään sosiaaliseen vuorovaikutukseen voimaannuttavat kättilöä ja mahdollistavat positiivisen kierteen hoitoasenteessa ja -taidoissa. Lupa viettää aikaa synnyttäjän vierellä, kartuttaa ja jakaa kokemustaan synnyttäjän tuesta tuo kättilön työhön onnistumisen kokemuksia ja työtyytyväisyyttä. (Aune ym. 2014.)

Mentorointi on hyvä keino harjoitella synnyttäjän kohtaamista erilaisissa tilanteissa. Myös koko henkilöstölle voisi järjestää kerran kuussa mentorointiosastotunnin, jossa pohdittaisi synnyttäjän tukemiskeinoja. Kuka on hyvä mentori? Mitä ovat ne luonteenpiirteet, jotka kuvastavat kykyä olla aidosti läsnä ja kuulla ja aistia asiakkaan toiveet? Yli 5 vuotta synnytysalialta tehneillä on usein hiljaista tietoa erilaisissa tilanteissa toimimisesta asiakkaan ehdoilla. (Adams & Bianchi 2008.)

Suomen synnytyssairaaloissa on turvallista synnyttää, mutta pitäisi kiinnittää enemmän huomiota synnyttävän perheen kohtaamiseen. Se vaatii tietoisuutta, asian esillä pitämistä, koulutautumista ja johtamista. Hyvä yhteistyö ja vuorovaikutus henkilökunnan ja synnyttäjän välillä syntyy

oikeasta asenteesta, luottamuksesta ja ymmärrettävästä rehellisestä kommunikoinnista (Helmond ym. 2015). Jatkuvaa tukea ei aina voida taata henkilökuntamäärien vuoksi, mutta kätilön läsnäoloa synnytysvuoneessa voidaan lisätä ja laatua parantaa. Kätilön jatkuvaa tukea pitäisi yrittää mahdollistaa erityisesti ensisynnyttäjille, synnytyspelkoisille ja niille, joilla on ollut traumaattinen edellinen synnytys (Aune ym. 2014). Kätilön jatkuva tuki pitäisi mahdollistaa kaikissa synnytysyksiköissä, jos halutaan taata hyvät synnytystulokset ja synnyttäjien hyvä synnytyskokemus (Hodnett ym. 2012).

LÄHTEET

- Adams, E. & Bianchi, A. 2008. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 37, 106–115.
- Aune, I., Amundsen, H. & Skaget, L. 2014. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery* 30, 89–95.
- AWHONN. 2011. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 40, 665–666.
- Goldsmith, D. J. 2004. *Communicating social support*. Cambridge University Press.
- Helmond, I., Korstjens, I., Mesman, J., Nieuwenhuijze, M., Horstman, K., Scheepers, H., Spaanderman, M., Keulen, J. & Vries, R. 2015. What makes for good collaboration and communication in maternity care? A scoping study. *International Journal of Childbirth* 5, 210–223.
- Hodnett, E.D. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5), 160–172.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmayer, G.J. & Sakala, C. 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2013, Issue 7. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Hunter, C. 2012. Intimate space within institutionalized birth: women's experiences birthing with doulas. *Anthropology & Medicine*. 19 (3), 315–326. <http://dx.doi.org/10.1080/13648470.2012.692358>
- Kuuluvainen, V. 2016. Supportive Communication in Al-Anon Mutual-aid Groups (Väitöskirja) Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0128-6>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Melender, H-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth – Experiences reported before and after childbirth. Turku; Turun yliopiston julkaisuja.

Papagni, K. & Buckner, E. 2006. Doula support and attitudes of intrapartum nurses: A qualitative study from the patient's perspective. *The Journal of Perinatal Education* 15 (1), 11–18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595283>.

Piensoho, T. 2001. Äitiyden alkumetrit. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kas/kasva/vk/piensoho/aitiyden.pdf>.

RCM. 2012. Royal College of Midwifery. Evidence Based Guidelines. https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Supporting%20Women%20in%20Labour_1.pdf

Ruotsalainen, H. & Pitkääkoski, P. 2014. Voimaannuttava synnytys. Kätilötyön menetelmät normaalin synnytyksen tukemiseen. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/handle/10024/72738>.

Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. – Naisspesifinen näkökulma. (Väitöskirja) Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0079-4>

Sleutel, M., Schultz, S. & Wyble, K. 2007. Nurses' views of factors that help and hinder their intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 36, 203–211.

Sosa, G., Crozier, K. & Robinson, J. 2012. What is meant by one-to-one support in labour: Analysing the concept. *Midwifery* 28, 451–457.

20 Lääkkeetön kivunlievitys synnytyksessä

Anna-Mari Äimälä, THM, kättilötyön lehtori, Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Lääkkeetön kivunlievitys liittyy luonnonmukaisen fysiologista etene- mistä suosivaan synnytyksen hoitokulttuuriin. Myös synnytyksen alku- vaiheen kivunlievitykseen, mistä siirrytään tarvittaessa lääkkeellisiin vaih- toehtoihin lääkkeettömät menetelmät sopivat erinomaisesti. Artikkelissa kuvataan lääkkeettömän kivunlievityksen moninaista kenttää ja luokitel- laan niitä esitetyn vaikutusmekanismin mukaisesti. Osa menetelmistä on tuhansia tai satoja vuosia vanhoja, ja niitä käytetään monissa Euroopan maissa lääketieteellisten menetelmien kanssa rinnan. Vaikutustavan tarkas- telu johtaa pohtimaan, voiko niistä saada oivalluksia ja ohjauksen periaat- teita tukea synnyttäjää fysiologisesti etenevissä synnytyksissä.

ABSTRACT

Non-medical pain relief methods are related to the culture of natural or physi- ological child birth. Pain relief methods without medication are suitable also in early stages of labour before the need of heavier pain relief. This article describes the diversity of non-medical pain relief methods and classifies them by their un- derlying principles. Some of the methods are hundreds and thousands of years old and are still in use in many European countries side by side with the medical methods. Reflections on the effect mechanism of the methods lead to the princi- ples of midwifery care and support of woman in physiological labour process.

JOHDANTO

Tässä artikkelissa kuvataan lääkkeettömän kivunlievityksen moninaista kenttää. Terminologia, jota aiheesta käytetään, on käsitteellisesti hankala. Osin puhutaan samoista asioista eri painoituksin, osin ollaan hyvinkin kau- kana toisistaan. Ainoa selkeä jako on lääkkeellinen – lääkkeetön. Tällöin lääkkeellinen tarkoittaa länsimaisen lääketieteen tutkimia ja hyväksymiä kivunlievitysmenetelmiä, jotka ovat riittävän turvallisia synnytyksessä käytettäväksi. Lääkkeetön sen sijaan voi perustua kiinalaiseen lääketietee- seen, synnytyksen fysiologiaan ja sen tukemiseen, aivotutkimukseen ja

suggestiivisiin keinoihin, perinteeseen, jopa uskomuksiin. Mielenkiintoista on, että lääkkeettömistä keinoista käytetään usein termiä vaihtoehtoinen kivunlievitys, jolloin lääkkeellinen asetetaan ikään kuin normiksi, jolle muut menetelmät ovat vaihtoehto.

Kättilön osaaminen synnytyskivun lievittäjänä perustuu synnytysprosessin ja synnytysmekanismin tuntemiseen ja synnytystapahtuman fysiologian sekä naisen anatomian syvälliseen ymmärtämiseen. Kättilön tehtävänä on fysiologisen syntymän tukeminen, sekä synnyttäjän auttaminen kivun hallinnassa ja sen lievittämisessä. Tämä vaikeutuu, jos synnyttäjä ei hyväksy sitä, että synnytys on kivulias tapahtuma. Jos synnyttäjän tavoitteena on kokea synnytys mahdollisimman kivuttomana, on tarjolla mahdollisuus monenlaiseen lääkkeelliseen kivunlievitykseen. Lääkkeettömien vaihtoehtojen kokeilua edistää synnyttäjän tahto katsoa avoimin mielin, miten hänen voimavaransa riittävät. Tällöin kättilön rooli voi olla hyvin aktiivinen vaihtoehtojen tarjoaja ja osaava kättilö ohjaa synnyttäjää myös vahvempaan kivunlievitykseen, kun voimavarat selvästi alkavat hiipua.

Vaikka kättilön ei tarvitse osata toteuttaa erilaisia, erityisesti laajempaa kouluttautumista vaativia, lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, hänen on hyvä tuntea niiden taustoja ja ymmärtää, miten eri tavoilla pyritään vaikuttamaan synnytyksen kulkuun. Ennen kaikkea myös synnyttäjät asettavat toiveita ja haluavat tietoa kivunlievitysmahdollisuuksista, jotka eivät ole lääketieteen piirissä. Tässä artikkelissa pohditaan aihetta kättilön näkökulmasta ja luokitellaan sekä kuvataan eri menetelmiä suppeasti. Laajempia kirjallisuuskatsauksia aiheesta on koottu viva.tamk.fi sivuston ammatillisille tarkoitettuun PRO osioon.

Suomessa eri sairaaloissa on käytössä varsin erilaisia luonnonmukaisia kivunlievitystapoja. Myös avoimuus niistä vaihtelee. Osassa sairaaloista hankituista taidoista ollaan varsin hiljaa. Eri maissa lääkkeettömien menetelmien käytännöt vaihtelevat. Esimerkiksi Keski-Euroopassa traditionaalinen yrttien käyttö on hyvin yleistä synnytyksissä lääkkeellisten keinojen rinnalla. Homeopatia on käytössä mm. Itävallassa. Ruotsissa jo 20 vuotta sitten kaikissa synnytys­sairaaloissa oli akupunktio käytössä. Nyt myös Norjassa on akupunktio-osaamista kaikissa synnytys­sairaaloissa.

TAUSTAA

Kipulääkkeiden käyttö tuli mukaan varsin myöhään synnytyksen hoitoon. Pelättiin lääkkeiden haittavaikutuksia, joita ei kyetty kontrolloimaan. Eri-tyisesti lääkityksen vaikutus vastasyntyneen ensi hetkiin esti synnyttäjää saamasta kunnon kivunlievitystä. Kun 1970–80 luvulla lääkitystä alettiin antaa yhä useammille, synnytykset alkoivat muuttua hyvin lääketieteelliseksi tapahtumiksi, joissa anestesiologin merkitys korostui. Suomessa oltiin lääkkeiden käytössä varsin varovaisia vielä 1980-luvullakin.

Lempeä syntymä

Ranskalainen Frederic Leboyer nosti äänensä 1970-luvulla lääketieteellistyneestä synnytyksestä vastaan. Hän kirjoitti vastasyntyneen hyvää korostavasta hellästä tavasta hoitaa synnytystä. Lapsen piti syntyä hiljaiseen hämärään ja olla lähellä äitiään, että syntymästressi vähenisi. Kymmeniä vuosia kesti, että Suomessakin alettiin toteuttaa pidennettyä ihokontaktia. Michel Odent otti lempeän ja luonnonmukaisen syntymän opit klinikallaan käyttöön. Hän suosi myös veden käyttöä ja veteen synnyttämistä.

Aktiivinen synnytys

Vasta 1980-luvulla Euroopassa alettiin nostaa esiin äidin itsemääräämisoikeutta ja osallistumista aktiivisesti omaan synnytykseensä. Janet Balaskas ja Sheila Kitzinger olivat aktiivisyntymäliikkeen guruja. Luonnonmukaisuus, synnyttäjän itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus, liikkumisvapaus, sekä vauvan pitäminen äidin lähellä olivat liikkeen vaatimuksia. Kitzingerin mielestä synnytys on seksuaalinen, jopa orgastinen kokemus.

Synnyttäjän rooli synnytyksessä voi olla harkitun aktiivinen, jolloin puhutaan aktiivista synnyttämisestä, jossa synnyttävä nainen on valmistautunut synnytykseen ja sen kivuliaisuuteen. Hänen asenteensa on omaa kehoa kuunteleva ja kehon viisauteen luottava. Hän voi kokea kovankin kivun kannusteena tehdä aktiivisesti tilaa syntyvälle lapselle. Tähän hän pyrkii aktiivisesti esim. liikkumalla, asentoja vaihtamalla, tanssimalla, laulamalla ja hengitystekniikoiden avulla. Pystyasento ja liikkuminen voimaannuttavat synnyttäjää ja edistävät synnytystä.

SYNNYTYS ON LUONNOLLINEN, FYSIOLOGINEN TAPAHTUMA

Nainen on luotu synnyttämään. Koko prosessi hedelmöityksestä lapsen syntymään on huippumeکانismi, jota emme ole kyenneet pilaamaan. Synnyttäminen on ollut vuosituhansien ajan luonnonmukaista ja synnytyksen kulku on edennyt fysiologisena prosessina. Kipu on aina kuulunut synnytykseen ja kivun lievitykseen on haettu erilaisia keinoja.

Synnyttäjän itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja hänen valintojensa tukeminen synnytyksessä on kättilön tehtävä. Tällä hetkellä suurin osa naisista haluaa tehokasta kivunlievitystä. Silloinkin, kun synnytys etenee tehokkaasti, ja hetken päästä päästäisiin jo ponnistamaan, vaaditaan toiveena ollutta puudutusta. Kuitenkin tiedetään, että kivuton synnytys ei ole tae hyvälle synnytykskokemukselle.

Toinen ääripää on naiset, joiden suurin tavoite on synnyttää luonnonmukaisesti, jopa silloin, kun ammatti-ihmiset eivät ole enää samaa mieltä sen mahdollisuudesta. Näiden ääripäiden väliin jäävät ne naiset, jotka haluavat katsoa, miten pärjäävät, ja tarpeen mukaan pyytävät tehokkaampaa kivunlievitystä ja luottavat, että sitä myös tarjotaan, elleivät he itse osaa sitä toivoa.

Oli synnyttäjän valinta synnytyksen alussa mikä hyvänsä, kättilö on aina vastuussa tilanteen mahdollisimman turvallisesta etenemisestä. Vaikka käsitykset olisivat kaukana toisistaan, hyvässä vuorovaikutussuhteessa voidaan tukea synnyttäjää tekemään uusia valintoja.

Fysiologinen synnytys

Kun puhutaan fysiologisesta synnytyksestä, korostetaan sitä, että naisen anatomia ja fysiologia sekä monenlaiset endokrinologiset mekanismit, jotka vaikuttavat toisiinsa, tuottavat monimutkaisen ja loistavasti säädellyyn prosessin, joka osaa toteuttaa synnytyksen ja varmistaa myös vastasyntyneen hyvinvoinnin. Tämä on lähtökohta, jota painotetaan, kun vastustetaan puuttumista synnytyksen kulkuun. Ei haluta häiritä prosessia. Ruotsalainen kättilötyön asiantuntija Gudrun Abascal on sanonut, että synnytyksessä on kyse fyysisen, sisäänrakennetun taidon esilletuomisesta.

Suuri osa synnytyksistä ei toteudu fysiologisen prosessin mukaisesti ja synnytyksen kulkuun joudutaan puuttumaan erilaisista syistä johtuen. Interventioille on syytä olla perustelut, jotka lähtevät syntymän turvallisuudesta ei sairaalan rutiineista.

Luonnonmukainen synnytys

Luonnonmukainen synnytys käynnistyy itsestään ja etenee omaa luonnollista kulkuaan, mikä on jokaiselle synnyttäjälle erilainen. Kun synnytyksen kulkuun ei puututa, saa suhteellisen tehokaskin supistustoiminta välillä laantua. Usein synnyttäjä on hieman nälkäinen ja saattaa syötyään nukahata hetkeksi. Levon jälkeen tehokas supistustoiminta käynnistyy uudelleen.

Synnyttäjä kuuntelee kehonsa viestejä ja toimii niiden mukaisesti. Hän hyväksyy voimistuvat kiputuntemukset, kun keho ilmoittaa, että synnytys on alkamassa. Lisääntyvä kipu kertoo, että kannattaa hakeutua suojaan, turvaan, ja varmistaa, että apua on lähellä. Kipu kertoo, että lapsi on tekemässä itselleen tilaa syntyä. Synnyttäjän tehtävänä on antaa sen tapahtua.

Luonnonmukaisen synnytyksen aikana synnyttäjän oma hormonituotanto auttaa synnytystä edistymään. Synnytystyö tuottaa elimistössä positiivisia reaktioita, kuten endorfiinituotannon lisääntymistä, joka puolestaan lievittää kipuaistimusta jonkin verran. Kipu loppuu heti, kun synnytys on ohi. Helpotus tuottaa euforisen olotilan. Kivun loppuminen ja samanaikainen runsas oksitosiinin erityys on luonnon keino tehostaa kiintymystä vastasyntyneeseen, käynnistää imetyksen, irrottaa istukan, supistaa kohdun ja vauhdittaa palautumista.

Parhaimmillaan synnytysprosessi kulkee näin, mutta ei aina. Liian suuri kipu, johon liittyy useimmiten pitkä synnytyskesto ja väsyminen, tuottaa negatiivisen kehän. Stressihormonien taso kohoaa, kipukokemus muuttuu sietämättömäksi, rentoutuminen supistusten välilläkään ei onnistu, mikä taas estää ja vaikeuttaa synnytyksen etenemistä ja saattaa huonontaa sikiön vointia.

Kun synnyttäjän valinta on mahdollisimman luonnonmukainen synnytys, kättilön ja tukihenkilön tehtävänä on tukea ja kannustaa synnyttäjää sekä antaa hänelle ”lupa” hakea omaa tapaa synnyttää. Kättilö seuraa si-

vusta, että tilanne pysyy turvallisenä myös syntyvälle lapselle. Kätilö antaa asiantuntemuksensa synnyttäjän käyttöön ja on valmiina suosittelemaan suunnan muutosta, ellei tilanne kehity toivottuun suuntaan.

Synnytyksen prosessia tukeva kivunlievitys.

Luonnollisen synnytyksen etuna nähdään turvallisuus, kun ylimääräisiä lääkkeitä ei käytetä. Vältetään myös puuttumisten kehä ja ehkä osa toimenpidesynnytyksistä. Lääkkeellinen kivunlievitys passivoi synnyttäjää ja väitetään, että, jos synnytyskipu poistetaan, poistetaan myös synnyttämisen kokeminen.

Missä on luonnollisen raja kivunlievityksessä? Ainakin synnyttäjän luontainen liikkuminen, eri asennot, kylpy, suihku, sekä kylmän ja lämmön avulla helpottaminen voidaan määritellä luonnonmukaiseksi kivunlievitykseksi. Myös hieronta, läheisyys ja kosketus voidaan ajatella luonnollisiksi inhimillisiksi reaktioiksi, joilla kipua on pyritty helpottamaan aina. Kätilön antama tuki ja läsnäolo vaikuttavat voimakkaasti synnyttäjän jakamiseen.

Luonnollisesti etenevän synnytyksen yhteydessä osa synnyttäjistä saattaa vaipua synnytysregressioon. Silloin hän ikään kuin vajoaa omaan maailmaansa, sekä välttää keskustelua ja katsekontaktia. Synnyttäjä toimii vaistojensa ohjaamana. Myös äänenkäyttö voihkimisesta ja hyräilystä karmumiseen voi kuulua tähän vaiheeseen ja se helpottaa synnyttäjän kipua.

Turvallisuuden tunteen ja yksityisyyden lisääminen auttaa synnyttäjää. Avautumisvaiheen lopussa synnyttäjällä voi kokea valtavaa uupumusta ja väsymystä, jopa supistukset harvenevat hetkeksi. Synnyttäjä saa pienen lepo hetken. Tämä vaihe menee ohi, ja synnyttäjä energisoituu ponnistamaan tehokkaasti.

Luonnonmukaisten keinojen ohjaaminen synnyttäjälle jo etukäteen, ja niiden harjoittelu on hyödyksi erityisesti synnytyksen alkuvaiheen itsehoitoon kotona. Kotona voi rauhassa odotella synnytyksen alkaessa käynnistymään ja helpottaa em. turvallisilla keinoilla mukautumista supistuksiin.

Vesi vanhin voitehista

Veden käyttö synnytyksessä kivunlievittäjänä on laajasti käytössä ympäri maailmaa. Myös vesisynnytykset ovat yleistyneet kaikkialla. Tutkimuksissa on osoitettu vesisynnytyksen vähentävän operatiivisia synnytyksiä, lyhentävän synnytysten kestoa ja lisäävän äitien synnytystyytyväisyyttä. Vesisynnytys on kiistanalainen aihe. Sen mahdollisuudesta on sairaalakohdattaiset säännöt ja hoitokäytännöt, mikäli se sallitaan.

Veden vaikutusmekanismi on sekä fysiologinen että psykologinen. Lämpimällä vedellä on rentouttava, energiaa ja hallinnantunnetta lisäävä vaikutus. Vesi lievittää kipua, vähentää stressihormonien eritystä, mahdollistaa endorfiinien tuotannon sekä lisää oksitosiinin tuotantoa. Vesi voi edistää synnytystä ja pehmentää välilihan seutua. Äidin verenkierron lisääntyminen parantaa sikiön hapetusta.

Suihkua voi käyttää kaikissa synnytyksen vaiheissa. Ammeeseen meno suositellaan vasta, kun synnytys on kunnolla käynnissä, muuten supistukset saattavat heikentyä. Tosin latenssivaiheessa veteen meno saattaa lopettaa kivuliaat supistukset, jotka eivät saa mitään aikaiseksi ja synnyttäjää saa levätä. Ammeessa vesi mahdollistaa vapaan liikkuminen ja asentojen hakemisen, sillä se kannattelee suurta kohtua.

Ponnistusvaiheessa välilihan lämmittäminen lämpimään veteen kastetulla pyyhkeellä vähentää välilihan venymisestä aiheutuvaa kipua.

RENTOUTUSMENETELMÄT

Synnyttäjän rentoutumisen lisääminen on tärkeä osa sekä kivunlievitystä että myös synnytyksen edistämistä. On hyvä, jos synnyttäjä kykenee rentoutumaan täysin supistusten välillä. Rentoon olotilaan päästään erilaisin keinoin, joita on syytä harjoitella etukäteen. 1970-luvun synnytysvalmennuksien rentoutusharjoituksista, hyy-hengityksistä ja perhosen lepatuksista, joita piti harjoitella ennen synnytystä, on tultu pitkä matka eteenpäin.

Rentoutumisella tarkoitetaan tietoista ja aktiivista koko vartalon lihasten vapauttamista jännitystilasta ja ajatuksien keskittämistä. Pelko ja jännitys lisäävät synnyttäjän stressihormonien eritystä, mikä hidastaa synnytyksen etenemistä. Rentoutusta edistetään esimerkiksi musiikin, hengi-

tystekniikoiden, mielikuvien, voimasanojen avulla. Myös ympäristöllä on suuri merkitys. Joskus riittää tukihenkilön tai kättilön kehoitus hengittää su-pistuksen aikana ”lasta ulos”.

Hypnoosilla ja itsehypnoosilla voidaan vähentää synnyttäjän pelkoa ja lisätä hänen itseluottamustaan tulevaan synnytykseen. Valmistautuminen asiantuntijan avulla aloitetaan jo ennen synnytystä

VAIHTOEHTOISET MENETELMÄT

Termi vaihtoehtoiset kivunlievitysmenetelmät johtaa kysymään, mille ne ovat vaihtoehto. Vastaus lienee lääketieteellisille menetelmille. Vaihtoehtoiset kivunlievitysmenetelmät voi keskusteluissa merkitä mitä vaan. Ehkä vaihtoehtoisen täsmällisempi merkitys olisi, että ne edustavat vaihtoehtoa länsimaisen lääketieteellisen tutkimuksen tuottamiin keinoihin, ja perustuvat erilaiseen selitysjärjestelmään ihmiskehon toiminnasta. Tähän kategoriaan kuuluvat esimerkiksi akupunktio ja akupainanta, joilla pyritään vaikuttamaan kehon meridiaaneihin ja energiavirtoihin. Tähän voi liittää myös vyöhyketerapian, jonka taustalla on ajatus ihmiskehosta magneettikenttänä, joka jakautuu kymmeneen pitkittäiseen linjaan eli vyöhykkeeseen.

Akupunktio ja akupainanta

Perinteisessä kiinalaisessa lääketieteessä ihmisen elimistöä ja elintoimintoja ylläpitää virtaava elämänenergia qi. Se virtaa elimistössä kanavissa, meridiaaneissa. Akupunktiopisteet sijaitsevat näillä meridiaaneilla. Akupunktio on tuhansia vuosia vanha kiinalainen hoitomenetelmä, jossa potilasta pistetään neuloilla tarkoin määriteltyihin akupisteisiin ja pyritään tasapainottamaan qin virtausta. Akupunktio on Suomessa hyväksytty hoitomuodoksi ja siitä on saatu hyviä tuloksia erityisesti kivun hoidossa. Akupunktiota saa antaa vain siihen koulutetut ammattihenkilöt.

Länsimaisin termein selitetään, että vaikutusmekanismi akupunktiossa perustuisi siihen, että hermoston synapseissa vapautuu johtumiseen vaikuttavia aineita mm. endorfineja. Myös ns. porttiteorian on ajateltu selittävän vaikutusta, jolloin oletetaan, että akupunktion lähettämä ärsyke estää kipuviestin kulkeutumista aivoihin.

Akupainanta on periaatteiltaan sama kuin akupunktio, mutta siinä käytetään sormia, rystysiä tai kyynärpäätä trigger-pisteiden painamiseen. Kun oikea kohta on löytynyt, voidaan käyttää tylppää puutikkua. Akupainanta laukaisee lihasjännitystä ja vähentää kipua. Akupainantaa voi antaa myös synnyttäjän tukihenkilö.

Vyöhyketerapia

Nykyisen vyöhyketerapian taustat menevät esihistorialliseen aikaan. Suomessa sitä on käytetty yli 30 vuotta. Kehon ajatellaan olevan sähkömagneettinen kenttä, jossa kulkee virtauksia. Kymmenen pääkenttää kulkee kehon läpi sormista varpasiin. Kehon paikallisissa osissa, korvat, kädet ja jalkaterät, on heijastuneena koko ihmiskeho.

Vyöhyketerapiassa aktivoidaan tai rauhoitetaan kehon eri alueita käsittelemällä niiden heijastusalueita. Vyöhyketerapian vaikutusmekanismin arvellaan perustuvan verenkiertoon, aineenvaihduntaan tai hermoviestintään. Sitä ei kyetä osoittamaan nykytieteen mukaisilla menetelmillä.

PORTTITEORIAAN PERUSTUVAT MENETELMÄT

Aivokuori pystyy vastaanottamaan vain rajallisen määrän impulsseja. Porttiteorian mukaan paksujen hermojen sisällä kulkevat impulssit syrjäyttävät ohuita hermoratoja kulkevat impulssit. Iholla aikaansaatu kipu estää kohdusta tulevan kipusignaalin kulkeutumisen aivoihin. Näitä portin sulkevia kipuaistimuksia voidaan saada aikaiseksi esimerkiksi akupunktiolla, akupainannalla, hieromalla, Guasha-kammalla, puutikulla, sähköisesti tai injektiolla.

Porttiteoria on kehittynyt ja siitä enempi tämän kirjan luvussa 18, Synnytyskipu ja siihen vaikuttavat tekijät.

Aqua-rakkulat

Aqua-rakkuloita käytettiin 1980–90-luvulla Ruotsissa paljon luonnonmukaisissa synnytyksissä. Sieltä menetelmä rantautui Suomeen kätilöiden käyttöön. Kipeälle synnyttäjälle injisoidaan pieni määrä steriiliä vettä pahimman kivun alueelle selän tai vatsan puolelle ihon sisään useimmiten neljään kohtaan. Vaikutus perustuu todennäköisesti siihen, että pistoksen

aiheuttama paikallinen hetkellinen kova kipu-impulssi estää kohdusta tulevan kivun johtumisen. Lisäksi kipu aktivoi kehon omat mekanismit kipua vastaan.

Aqua-rakkuloita voidaan käyttää kaikissa synnytyksen vaiheissa ja helpotus tulee välittömästi. Monilla selän kipu siirtyy vatsan puolelle, mutta rakkulat voi laittaa myös häpyluun seutuun, mikä vie vatsan puoleisen kivun pois. Kivun poistumisen lisäksi pistosalueelle kehittyvä lämpö rentouttaa ja synnytys saattaa edistyä nopeasti.

TENS eli Transkutaaninen hermostimulaatio

TENS-laitetta on käytetty alun perin mm. fysioterapiassa kroonisten kipujen hoidossa. Myös synnytyskipuun sitä on käytetty jo pitkään. Patterikäyttöisellä laitteella annetaan sähköimpulsseja selän tai esimerkiksi reisien kipualueelle. Laitteen voi hankkia kotiin ja synnyttävä säätelee itse sen käyttöä. TENS on hyvä latenssivaiheen kivunlievitysmenetelmä, jonka vaikutus tehostuu liikkussa. Kivun johtumisen eston lisäksi TENS lisää endorfiinien tuotantoa.

Taulukkoon 1. on koottu tavallisimpia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmä niiden ensisijaisen vaikutustavan mukaan ryhmiteltynä. Myös menetelmien etuja on esitetty taulukossa.

Taulukko 1. Kooste tavallisimmista lääkkeettömistä synnytyskivun lievitysmenetelmistä

MENETELMÄN VAIKUTUSTAPA	KEINO, MENETELMÄ	EDUT
Anatomian hyväksikäyttö	pystyasento etunoja-asennot kyykky, konttausasento liikkuminen tanssi, lantion pyöritys jumppapallo roikkuminen keinuttelu venyttely	painovoiman hyväksikäyttö lantion liike edistää laskeutumista tilaa luiseen lantioon rotaatiot mahdollistuvat kivun lieveneminen supistukset tehostuvat

MENETELMÄN VAIKUTUSTAPA	KEINO, MENETELMÄ	EDUT
Fysiologiaan vaikuttaminen	lämpö kylmä vesi, suihku kylpy rentoutus hengitystekniikat laulu äänen käyttö	rentouttava lisää endorfiinituotantoa lihasjännitys vähenee kohdun työ etenee kipu lievittyy
Oksitosiini-erityksen lisääminen	hieronta, helliminen Gua Sha kosketus, silitys nännien stimulaatio suukottelu yksityisyys	supistukset vahvistuvat synnytys etenee hyvä olo
Endorfiinien lisääminen	kivun ottaminen vastaan	kipu lievittyy
Hallinnan tunteen vahvistaminen	pystyasento	ei alistettu olo itsekunnioituksen ja hallinnan tunne
Luvan antaminen ja turvallisuuden tuottaminen synnyttäjälle, kannustus antautua kohdun työlle	kättilön kannattelu ja tuki tukihenkilö doula kannustava kosketus	lupa kuunnella omaa kehoa ja toimia sen mukaan turvallisuus
Tietoisuuden lisääminen	realistinen oikea tieto videot kirjallinen tieto kättilö kuvaa synnytyksen etenemistä	vähentää pelkoa

MENETELMÄN VAIKUTUSTAPA	KEINO, MENETELMÄ	EDUT
Fyysinen jaksaminen	yleiskunto kevyttä ravintoa sallitaan lepo kesken synnytyksen	voimat palautuvat
Henkinen jaksaminen	traumat käsitelty etukäteen esim. Pelkopoliklinikka vuorovaikutuksellinen tuki	vähentää pelkoa
Rentoutus	itsesuggestiot jooga meditaatio psykoprofylaksia voimalauseet musiikki syvärentoutus hypnoosi	rentoutuminen voimavarojen lisääntyminen pelon hallinta
Meridiaanit chakrat, qi-energian virtaus	akupunktio akupainanta	kipu vähenee
Sähkömagneettikentät	vyöhyketerapia	kipu vähenee
Kivun johtumisen esto Porttiteoria	aquarakkulat Transkutaaninen hermostimulaatio (TENS) akupunktio, akupainanta, hieronta, Gua Sha	kipuärsytys ei etene aivoihin
Synnytyssympäristö	koti kodinomaisuus pesämaisyys liikkumisen mahdollistaja	rentoutuminen yksityisyys
Hajureseptoreiden kautta vaikuttaminen	aromaterapia	vaimentaa kipua
Ihmisen omaa kehoa autetaan parantamaan itseä	homeopatia	vähentää kipua

MIHIN PYRITÄÄN VAIKUTTAMAAN LÄÄKKEETTÖMILLÄ MENETELMILLÄ?

Voisiko lääkkeettömistä menetelmistä, ja erityisesti siitä, mihin niillä pyritään, saada oivalluksia käytännölliseen vuorovaikutukseen ja synnyttäjän ohjaamiseen. Fysiologista synnytystä voidaan edistää ja synnyttäjän omia voimia ja elimistön omia kivunlievitysmekanismeja tukea pyrkimällä seuraaviin tavoitteisiin:

- Synnyttäjän liiasta hallinnan tarpeesta luopuminen. Hallinnan tunteen menettäminen on pelottavaa. Kätilö antaa luvan synnyttäjälle myös ”ei-hallintaan” ja primitiivisyyteen. Synnyttäjä tarvitsee paljon tukea ja rohkaisua, että hän uskaltaa ”antaa mennä”, antautua synnytykselle. Kipua ei voi kontrolloida, mutta sitä voi käsitellä.
- Pelon ja stressin poistaminen. Pelko lisää stressihormoni adrenaliinia, millä on negatiivinen vaikutus synnytyksen etenemiseen. Pelon tunteet liittyvät synnytykseen. Synnyttäjän pelko voi liittyä esimerkiksi siihen, ettei hän osaa, kontrollin menetykseen, tai huoleen, ettei hänen kivuistaan välitetä. Syvemmät pelko- ja ahdistustilat pitäisi päästä purkamaan jo ennen synnytystä. Mielenkiintoista on, että pelko ei vähene useamman synnytyksen myötä, vaan saattaa jopa pahentua erityisesti monisyntyttäjillä.
- Synnyttäjän fyysinen jaksaminen. Synnytys on voimia vievä ja energiansaannista on huolehdittava. Mikäli supistukset harvenevat, lepo saattaa olla paikallaan.
- Synnyttäjän aktivoiminen pystyasentoon ja liikkumaan – sikiön optimaalisen kulun edistäminen synnytyiskanavassa. Lantion tilan maksimoiminen rentoutuksen, pystyasennon ja liikkeen avulla vaikuttaa sikiön laskeutumiseen, pehmytosavastuksen vähenemiseen ja siihen, että rotaatiot pääsevät tapahtumaan luonnollisesti.
- Synnyttäjän tiedon tarve. On hyvä kertoa synnyttäjälle, missä mennään, miten synnytys edistyy ja erityisesti ovatko hänen tuntemuksensa normaaliin synnytykseen kuuluvia.
- Jännityksen vähentäminen, rentouden lisääminen, kannustus antautumiseen kehon työlle.

- Kivun lieventäminen. Aluksi fysiologisin keinoin, että edistetään elimistön kivunlievitys-hormonien eli endorfiinien vapautumista.
- Kipuimpulssiin ja sen johtumiseen vaikuttaminen eri keinoin.
- Turvallisuuden kokemuksen ja yksityisyyden lisääminen

LOPUKSI

Hyvä kätilö on paras kivunlievitys, sanotaan. Kun synnyttäjä tuntee, että häntä kuunnellaan ja hänen toiveensa otetaan huomioon, hän pystyy rentoutumaan ja keskittymään itse synnytykseen.

Suurin osa edellä mainituista menetelmistä ei vaadi lisäkoulutusta, mutta vaatii kyllä kätilöltä aktiivista osallistumista, kannattelua ja läsnäoloa. Erityisesti synnytyksen alkuvaiheessa on mahdollista tukea synnyttäjää erilaisien lääkkeettömien keinojen avulla ja edistää synnytyksen etenemistä sekä tukea synnyttäjän aktiivisuutta ja liikkumista. Näin voidaan estää turhat puuttumiset synnytyksen fysiologiseen kulkuun, joiden tiedetään lisäävän synnytystoimenpiteitä

LÄHTEET/KIRJALLISUUTTA

- Abascal, G. 2002. Att föda. Stockholm; Albert Bonniers Förlag AB.
- Abascal, G. 2015. Att möta förlossningssmärtan. Stockholm; Bonnier Fakta.
- Balaskas, J. 1988. Aktiivisynnytys. Helsinki; WSOY.
- Odent, M. 1986. Luonnonmukainen synnytys. Jyväskylä; Gummerus Oy.

21 Epiduraalipuudutus synnytyksen hoidossa

Paula Stenfors, TtT, kättilötyön yliopettaja, Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Synnyttäjällä on oikeus saada halutessaan tehokasta kivunlievitystä synnytyksessä. Synnyttäjällä on oikeus saada puolueetonta tietoa synnytyksen kivunlievityksestä ja osallistua häntä koskevaan päätöksen tekoon. Epiduraali- ja spinaalipuudutus ovat tehokkaimpia kivunlievitysmenetelmiä. Puudutuksilla on myös haittavaikutuksia, kuten synnyttäjän lämmön nousu ja alaraajojen lihasheikkous. Synteettistä oksitosiinia käytetään yleisesti epiduraalipuudutuksen yhteydessä. Synnytyksen edistämisellä synteettisellä oksitosiinilla on kuitenkin todettu olevan paljon haittavaikutuksia. Vähäinenkin yliannostus voi aiheuttaa sikiölle ahdinkoa. Uusimman tiedon mukaan oksitosiinin käyttö ei ole läheskään aina välttämätöntä, vaikka synnyttäjällä on epiduraalipuudutus. Synnytykset fysiologista etenemistä voidaan tukea puudutuksen oikealla ajoituksella ja ponnistusvaiheessa synnyttäjän ponnistustarvetta kuuntelemalla.

ABSTRACT

Every woman in labour has right to have effective pain relief. She has right to get unbiased information of labour pain relief and to have a possibility to participate in decision making. An epidural and spinal analgesia are the most efficient pain relief methods. Both epidural and spinal analgesia have also injurious effects, like increased risk of intrapartum fever and muscular weakness of lower limbs. Oxytocin augmentation is often used with epidural analgesia. However, the synthetic oxytocin augmentation of labour has been found to cause many injurious effects. Even a small overdose might cause foetal distress. According to the newest knowledge the use of oxytocin augmentation is not required in most deliveries with epidural analgesia. The natural progress of labour can be supported with analgesia in right time. In the second stage of labour the parturient should be allowed to push spontaneously and follow her own instincts.

JOHDANTO

Synnyttäjällä on oikeus tehokkaaseen kivunlievitykseen synnytyksessä. Tutkitusti tehokkaimpia menetelmiä ovat epiduraali- ja spinaalipuudutus tai niiden yhdistelmä. Nykyään 80 prosenttia suomalaisista synnyttäjistä käyttää jotain em. kivunlievitysmenetelmää synnytyksessään. Vyöhykepuudutuksista on tullut siis osa normaalin synnytyksen hoitoa. (Jones ym. 2012; Simmons ym. 2012.) Tässä artikkelissa tarkastellaan erityisesti epiduraalipuudutuksen vaikutusta synnytyksen hoitoon.

Synnyttäjällä on oikeus osallistua synnytystään koskevaan päätöksen tekoon. Tämä koskee erityisesti kivunlievitystä. Hänellä on oikeus saada riippumattonta tutkittua tietoa erilaisista kivunlievitysmenetelmistä ja niiden hyödyistä ja haitoista. (Nikkola ym. 2006; Sarvela & Nuutila 2009.) Synnytyskivusta annettavan tiedon luonnetta ei ole paljon tutkittu, mutta Goldbergin ja Shorten 2014 tutkimuksessa tuli esille, että oikeus saada puolueetonta tietoa ei aina toteudu. Synnyttäjän kysyessä kivunlievityksestä, vastauksissa heijastui vahvasti vastaajan oma mielipide ja näkemys. Tämä koskee erityisesti epiduraalipuudutuksen käyttöä. Hoitohenkilöstö esitti asiat sen mukaan, pitävätkö he epiduraalipuudutusta hyvänä vai ei. Myös varsinaista synnyttäjän manipulointia ja painostusta ilmeni. Tämä ei tietystikään ole korkeatasoista kättilötyötä eikä lääkärin työtä, kun tavoitteena on myönteinen synnytyskokemus. On tärkeää, että synnyttäjä saa itse valita kivunlievitysmenetelmän asiallisen tiedon pohjalta. Erityisesti synnyttäjää lähinnä olevalla kättilöllä on suuri vastuu riippumattoman tiedon antamisesta synnyttäjälle.

EPIDURAALI- JA SPINAALIPUUDUTUKSEN YLEINEN HYÖTY SYNNYTYKSESSÄ

Epiduraali- ja spinaalipuudutus ovat kiistatta tehokkaimpia synnytyskivun lievittäjiä. Niissä puudutetaan hermot, jotka välittävät kipua kohdusta ja synnytyskanavasta. Epiduraali- ja spinaalipuudutus ovat yhtä tehokkaita kivun lievittäjiä. Merkittävänä erona on se, että spinaalipuudutuksessa kivunlievitys tulee noin viiden minuutin kuluessa kuin taas epiduraalipuudutuksessa se tulee 15 minuutin kuluessa. Lisäksi spinaalipuudutus aiheuttaa laaja-asteisemmän puutuneisuuden ja ns. motorisen salpauksen, eli

synnyttäjä ei pysty puudutettuna liikkumaan. (Simmons ym. 2012.) Epiduraali- ja spinaalipuudutus voidaan myös yhdistää. Onnistunut puudutus voi viedä synnyttäjän kivut joksikin aikaa pois niin täydellisesti, että väsynyt synnyttäjä nukahtaa. Puudutuksen suomalla hengähdystauolla on luonnollisesti suuri merkitys synnyttäjälle. Lepo antaa voimia ponnistusvaiheeseen ja luo pohjaa myönteiselle synnytyskokemukselle. Epiduraalipuudutus ei yleensä estä synnyttäjän asennon vaihtamista tai liikkumista synnytyksen aikana. (Wilson ym. 2009; Simmons ym. 2012.) Spinaalipuudutuksessa synnyttäjä voi vaihtaa asentoa, mutta ei voi nousta pystyasentoon. Epiduraalipuudutus on paljon yleisemmin käytetty, koska siinä puudutusta voidaan jatkaa useita tunteja lisäännoksilla epiduraaliltaan jätetyn katetrin kautta. Spinaalipuudutuksen vaikutus menee melko nopeasti ohi, joten se soveltuu parhaiten uudelleen synnyttäjälle, jonka synnytys on edennyt pitkälle ja tarvitaan suhteellisen lyhyttä kivun lievitystä.

MISSÄ SYNNYTYKSEN VAIHEESSA EPIDURAALIPUUDUTUS OLISI PARASTA ALOITTA?

Siitä, missä vaiheessa synnytystä epiduraalipuudutus olisi parasta aloittaa, on keskusteltu paljon. Tutkimustulokset siitä, miten aikaisin epiduraalipuudutus voidaan synnytyksessä aloittaa, ovat osin ristiriitaisia. Uusimpien tutkimusten mukaan jo latenssvaiheessa aloitettu epiduraalipuudutus ei häiritse synnytyksen käynnistymistä tai etenemistä. (Sng ym. 2014.) Tutkimusten mukaan kohdun suun avautumisvaiheella ei ole merkitystä epiduraalipuudutuksen aloittamisajankohtaan. Sillä, aloitetaanko epiduraalipuudutus kohdun suu ollessa alle neljä senttimetriä auki vai myöhemmin, ei ole todettu vaikutusta synnytyksen edistymiseen tai kestoon. Aikaisen puudutuksen aloituksen ei myöskään todettu lisäävän instrumentaalisten synnytysten eikä sektioiden määrää. Epiduraalipuudutuksen aloittamisen ajankohta synnytyksessä tulisi olla siis synnyttäjän päätettävissä. (Kuczowski 2008; Sgn ym. 2014.) Epiduraalipuudutus voidaan myös aloittaa tai sitä voidaan jatkaa vielä ponnistusvaiheeseen siirryttäessä. Puudutuksen ei ole todettu vaikeuttavan ponnistusvaihetta. Puudutuksen lisäännoksesta pidättäytymisestä ponnistusvaiheessa ei ole hyötyä. Se aiheuttaa vain turhaa kipua synnyttäjälle. (Torvaldsen ym. 2007.)

EPIDURAALIPUUDUTUKSEN HAITAT SYNNYTYKSESSÄ

Vaikutukset synnyttäjään

Epiduraalipuudutuksesta tiedetään olevan myös haittavaikutuksia. Nykyisin käytettävällä laimealla opioidi-puudute sekoituksella toteutettu puudutus aiheuttaa vain vähäisiä haittoja. Esim. synnyttäjän jalkojen toiminta pysyy yleensä normaalina, joten liikkuminen synnytyksen aikana on mahdollista. Joillekin alaraajojen lihasheikkous vaikeuttaa seisomaan nousua. Muita haittavaikutuksia ovat synnyttäjän lämmön nousu, kutina sekä verenpaineen lasku. Myös osalla ilmenee päänsärkyä ja virtsaamisen vaikeutumista. (Okojie & Cook 1999; Sarvela & Nuutila 2009; Hurst & Schub 2015.) Epiduraalipuudutuksen on myös toisinaan arveltu heikentävän kohdun supistustoimintaa. Lääkkeellisen oksitosiinin käyttö epiduraalipuudutetuissa synnytyksissä on yleisempää kuin muissa synnytyksissä. (Costley & East 2013.) Joissain tutkimuksissa on todettu, että vielä synnytyksen jälkeisinä päivinäkin epiduraalipuudutuksen saaneille synnyttäjillä on ollut matalampia oksitosiinipitoisuuksia veressään kuin ei puudutetuilla. Tämän on esitetty vaikeuttavan imetyksen aloitusta. Tästä tutkimustulokset ovat kuitenkin hyvin ristiriitaisia. (Nikkola & Fellman 2006; Tamagawa & Weaver 2012; Herrera-Gomez ym. 2015.)

Vaikutukset sikiöön

Laskiessaan verenpainetta ja puuduttaessaan kohdun hermot epiduraalipuudutukseen toisinaan liittyy kohdun verenkierron tilapäistä heikkenemistä ja sikiön bradycardiaa. Onnistunut epiduraalipuudutus kuitenkin lopulta parantaa istukan verenkiertoa ja sikiön hapetusta. (Alehagen ym. 2001; Nikkola & Fellman 2006.) Tosin joissain tutkimuksissa on todettu, että epiduraalipuudutussyntytyksellä syntyneiden lasten joukossa oli enemmän alle seitsemän Apgarin pistettä saaneita kuin muilla. Syytä tähän ei tiedetä, mutta tutkijat arvelivat sen johtuvan siitä, että epiduraalipuudutuksen ottaneet synnyttäjät olivat pelokkaampia ja jännittyneempiä kuin muut tai heidän joukossaan on enemmän niitä, joiden synnytys on pitkä ja komplisoitunut. Synnyttäjän pelko ja ahdistuneisuus ennen synnytystä ja synnytyksen aikana vaikuttaa haitallisesti sikiöön synnyttäjän korkeiden stressihormonitasojen vuoksi. (Hung ym. 2015.) Epiduraalipuudutus vähentää synnyttäjän stressihormonien, kuten katekolamiinien ja kortiso-

lin, eritystä. Tällä on istukan verenkiertoa lisäävä vaikutus. (Alehagen ym. 2001.) Kipua tehokkaasti poistavan epiduraalipuudutuksen voidaan katsoa olevan sikiön kannalta enemmän hyödyllinen kuin haitallinen.

Vaikutus synnytyksen edistymiseen

Epiduraalipuudutuksen vaikutusta synnytyksen edistymiseen ja synnytyksenmekanismiin on tutkittu paljon (Kuczkowski, 2008; Nguyen ym. 2010; Erikseen ym. 2011; Tamagawa ja Weaver. 2012; Simmons ym. 2012; Basnister-Tyrell ym. 2014; Hurst ym. 2015). Tulokset ovat osin ristiriitaisia. On esitetty, että epiduraalipuudutus relaxoi liiaksi lantion pohjalihaksia, jolloin sikiön sisärotaatio häiriintyy ja seurauksena on lisääntyvä määrä avonaisia takaraiivotarjontoja. Avonainen tarjonta vaikeuttaa ponnistusvaihetta ja lisää instrumentaalisten ulosauttojen tarvetta. (Erikseen ym. 2011; Elvander ym. 2013.) Epiduraalipuudutuksen yhteydessä onkin todettu olevan enemmän imukuppsynnytyksiä. Epiduraalipuudutusten ei ole yleisesti todettu lisäävän sektiosynnytysten määrää. (Tamagawa ja Weaver 2012.) Maronin ym. 2014 tutkimuksessa seurattiin koe ja kontrolli asetelmassa ultraäänilaitteella koko synnytyksen ajan sikiön sisärotaation kulkua. Tuloksena todettiin, että sisärotaation kulussa ei ollut ryhmien välillä eroa. Tässä tutkimuksessa käytettiin liikkumisen sallivaa matala-annoksista epiduraalipuudutusta. Tutkimustulokset eivät siis tässäkään asiassa ole yksimielisiä. Tutkimuksissa valitettavan usein synnyttäjäaineiston jakautuminen on vinoutunutta. Epiduraalipuudutus on yliedustettuna niillä synnyttäjillä, joiden synnytys luonnostaan etenee hitaammin

MITEN EPIDURAALISYNNYTYSTÄ TULISI HOITAA?

Epiduraalipuudutuksesta synnytyksen hoidossa on tullut kättilötyön arkipäivää. Siksi tulisi pohtia, miten epiduraalipuudutuksen haittoja voitaisiin ehkäistä.

Raskaus ja synnytys sekä varhainen vuorovaikutus ja imetyksen aloittaminen ovat hienovarainen jatkumo. Raskauden loppuvaiheessa naisen keho valmistautuu synnytykseen. Oksitosiinihormonin erityis lisääntyy ja kohtulihas herkistyy oksitosiinille. Samalla lisääntyy myös elimistön stressiä lievittävä hormonituotanto. Tärkeimpänä beta-endorfiini. Endorfiinit ovat elimistön omia kipulääkeitä. Huomattavaa on myös oksitosiinin mie-

lialaa nostava vaikutus. (Moberg & Prime 2013.) Myös adrenaliinin ja kortisonin tasot nousevat normaalia korkeammalle synnytyksen aikana. Tietty adrenaliinin erityis on tarpeen synnytyksen käynnistyessä. Se stimuloi sekä synnyttäjää että sikiötä selviämään synnytyksestä, mutta tasapaino järkkyy, jos synnyttäjän oma stressihormonivaste ylittyy esim. pelon ja ahdistuneisuuden vuoksi. Edellä esitetyn perusteella synnytyksen latenssivaiheen hoito mahdollisimman vähän luontoa häiritsevällä tavalla on perusteltua. Synnytyksen tulisi voida käynnistyä mahdollisimman häiriöttömästi ja niin, että synnyttäjän kehon omat voimat tulisivat käyttöön. (Alehagen ym. 2001; Dixon ym. 2013; Amis 2014; Karlsdottir ym. 2014.) Synnytyksen alkuvaiheessa on yleensä hyvä aloittaa lääkkeettömällä kivunhallinnan menetelmillä, mutta mikäli nämä osoittautuvat riittämättömiksi, ei ole syytä viivyttää epiduraalipuudutuksen aloittamista. Paras asiantuntija kivunlievityksen tarpeelle on lopulta synnyttäjä itse. (Sgn ym. 2014.)

Kättilön kannustavan ja rohkaisevan läsnäolon ja tuen synnyttäjälle tiedetään edistävän synnytystä ja vähentävän synnyttäjän pelkoa. Tämä vuorostaan hillitsee synnyttäjän adrenaliinitason liian voimakasta nousua. Hyvin korkeat adrenaliinipitoisuudet estävät oksitosiinin eritystä sekä stressiä ja kipua lievittävien endorfiinien esitystä. (Dickinson ym. 2003.)

Epiduraalipuudutuksen on uskottu vaikeuttavan sikiön sisärotaatiota ja aiheuttavan lisääntyneitä avosuisia tarjontoja. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan tue tätä väitettä. Nykyaikaisen matala-annoksisen synnyttäjän liikkumisen sallivan epiduraalipuudutuksen ei ole todettu häiritsevän sisärotaation kulkua. (Maroni ym. 2014.)

Epiduraalipuudutukseen on yleisesti yhdistetty lisääntyvä tarve käyttää oksitosiinilääkitystä. Oksitosiinilisän on katsottu helpottavan ponnistusvaihetta ja ehkäisevän instrumentaalisia ulosauttoja. Oksitosiinin käyttö epiduraalipuudutetuilla synnyttäjillä on tullut lähes tavaksi ilman tilannekohtaista pohdintaa. Tutkimuksissa on todettu, että oksitosiinin käyttö lyhentää synnytystä jonkin verran, mutta koe ja kontrolliryhmää käyttävissä tutkimuksissa se ei ole osoittautunut välttämättömäksi. Ilman oksitosiinilisää synnyttäneiden ryhmässä ei ollut enempää instrumenttiaavusteisia synnytyksiä kuin oksitosiinilisää saaneilla synnyttäjillä. Eroa ei ollut myöskään vastasyntyneiden Apgarin pisteissä. (Cosley ym. 2013.)

Oksitosiinilääkitykseen synnytyksen hoidossa tulisi suhtautua aiempaa kriittisemmin myös epiduraalipuudutusta käytettäessä, koska tiedetään, että lieväkin yliannostus saattaa aiheuttaa sikiöahdinkoa liian pitkien tai tiheiden supistusten tai kohdun perustonuksen nousun vuoksi. (Kunz ym. 2012.) Tärkeää on myös, että synnyttäjää ei kehoiteta ponnistamaan ennen kuin hän itse tuntee ponnistustarvetta. Hyvä ja synnyttäjän itsensä parhaaksi kokema ponnistusasento on myös tärkeää. (Roberts ym. 2005.)

POHDINTA

Tehokas kivunlievitys on osa nykyaikaista synnytyksen hoitoa. Pelkkä kivunlievitys ei takaa hyvää synnytyskokemusta synnyttäjälle, mutta on tärkeä osa sitä. Siitä, mitä epiduraalipuudutus vaikuttaa synnytyksen kulkuun ja miten epiduraalipuudutusta tulisi käyttää synnytyksessä, ei vielä tiedetä tarpeeksi. Epiduraalipuudutuksessa hoidettavan synnytyksen hoidossa on vielä kehitettävää. On tavoittelemisen arvoista, että epiduraalipuudutuksessa synnytykset etenivät mahdollisimman fysiologisesti ja luonnonmukaisesti.

Tärkeää on myös, että synnyttäjä saa puolueetonta ja avointa tietoa puudutusten vaikutuksesta ja mahdollista sivuvaikutuksista. Synnyttäjän tulisi voida tehdä valintansa synnytyskivunlievityksessä näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen. Puudutukset eivät kuitenkaan takaa myönteistä synnytyskokemusta, vaan siinä on kättilön rohkaiseva jatkuva tuki tärkeässä osassa.

LÄHTEET

Alehagen, S., Wijma, K., Ludberg U., Melin B. & Wijma, B. 2001. Catecholamine and Cortisol Reaction to Childbirth. *International Journal of Behavioral Medicine* 8 (1), 50–65

Amis, D., 2014. Healthy Birth Practice #1: Let Labour Begin on Its Own. *The Journal of Perinatal Education* 23(4), 178–187.

Basnister-Tyrell, M., Ford, J., Morris, J. & Roperts, C. 2014. Epidural Analgesia in Labour and Risk of Cesarean Delivery. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 28, 400–411.

Costley, P. & East C. 2013. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Doi: 10.1002/14651858.CD009241.pub3

Dickinson, J., Paech, M., McDonald, S. & Evans, S. 2003. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 43, 463–468.

Dixon, L., Skinner, J. & Foureur, M. 2013. The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behavior. *New Zealand Collage of Midwives Journal* 48, 15–23.

Erkisen, L., Nohr, E. & Kjaergaard, H. 2011. Mode of Delivery after Epidural Analgesia in a Cohort of Low-Risk Nulliparas. *BIRTH* 38(4), 317–326.

Elvander, C., Ekeus, C., Gemzell-Danielsson, K. & Cnattingius, S. 2013. Reason for the increasing use of vacuum extraction in Sweden. Population-based study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 92, 1175–1181.

Goldberg, H. & Shorten A. 2014. Patient and Provider Perceptions of Decision making About Use of Epidural Analgesia During Childbirth: A Thematic Analysis. *The Journal of Perinatal Education* 23(3), 142–15.

Herrera-Gomez A., Garcia-Matinez, O., Ramos-Torrecillas J., Luna-Bertos, E., Ruiz, C. & Ocana-Peinado, F.M., 2015. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery* 31, 613–616.

Hung, T-H., Hseih, T-T. & Liu, H-P. 2015. Differential Effects of Epidural Analgesia on Modes of Delivery and Perinatal Outcomes between Nulliparous and Multiparous Women: A Retrospective Cohort Study. *PLoS ONE*, Indiana University School of Medicine. Doi: 10.1371/journal.pone.0120907, 25.

Hurst, A. & Schub, T. 2015. Epidural Analgesia in Labour and Childbirth. *Cinahl Information Systems of EBSCO Information Service*, 1509 Wikson Terrace, CA 91206.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T. & Neilson, J. 2013. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, DOI: 10.1002/14651858. CD009234.pub2.

Karldottir, S., Halldorsdottir, S. & Lundgren I. 2014. The third paradigm in labour pain and management: the childbearing woman's paradigm. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 315–327.

Kuczkowski, K. 2008. Timig of induction of labour analgesia: what does an obstetrician need to know? *Acta Obstetrica et Gynecologica* 87(6-7)

Lemos, A., Amorim, M., Andrade, A., Souza, A., Filho, J. & Correia J. 2015. Pushing /bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.

Maroni, E., Youssef, A, Rainldi, M. ValentiiniM., Turchi, G., Morselli-Labate, M., Paccapelo, A., Pacella, G., Contro, E., Arcageli, T. Rizzo, N., Pilu, G. & Ghi, T. 2014. The descent of fetal head is not modified by mobile epidural analgesia: a controlled sonographic study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 93, 512–516.

- Moberg, K. & Prime, D. 2013. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 9(6), 201–206.
- Nikkola, E. & Fellman, V. 2006. Farmakologisen kivunlievityksen vaikutus vastasyntyneeseen. *Lääkärelehti* 61(36), 3569–3575.
- Nikkola, E., Läärä, S., Hinkka, S., Ekblad, U., Kero, P. & Salonen, M. 2006. Patient-controlled epidural analgesia in labor does not always improve maternal satisfaction. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 85, 188–194.
- Nguyen, U., Rothman, K., Demissie, S., Jackson, D., Lang, J. & Ecker, J. 2010. Epidural Analgesia and Risks of Cesarean and Operative Vaginal Deliveries in Nulliparous and Multiparous Women. *Maternal & Child Health Journal* 14, 705–712.
- Okojie, O. & Cook, P. 1999. Immediate and delayed complications of epidural analgesia in labour and delivery. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 19(4), 370–372.
- Roberts, C., Algert, C., Cameron, C. & Torvaldsen, S. 2005. A meta-analysis of upright positions on the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 84, 794–798.
- Sarvela J. & Nuutila, M. 2009. Synnytyskipu. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125(17), 1881–1888.
- Simmons, S., Taghizadeh, N., Dennis, A., Hughes, D. & Cyna A. 2012. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Doi:10.1002/14651858.CD003401.pub3.
- Sng, B., Leong, W., Zeng, Y., Siddiqui, F, Assam, P., Lim, Y., Chan, E & Sia, A. 2014. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Doi:10.1002/14651858.CD0072pub2.
- Tamagawa, K. & Weaver, J. 2012. Analysing adverse effects of epidural analgesia in labour. *British Journal of Midwifery* 20(10), 704–708.
- Torvaldsen, S., Roberts, C., Bell, J. & Raynes-Greenow, C. 2007. Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Doi:10.1002/145651858.CD004457pub2.
- Wilson, M., MacAtrthut, C., Copper, G. & Shennan, A. 2009. Ambulation in labour and delivery mode: a randomized controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia. *Anaesthesia* 64, 266–272.

22 ”Oon turvassa sun iholla...” - imetyksen ja varhaisen ihokontaktin merkitys vastasyntyneen ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa

*Kaija Puura, lastenpsykiatrian professori, ylilääkäri,
Tampereen yliopisto ja Tampereen yliopistollinen sairaala*

TIIVISTELMÄ

Yksi ihmiselämän suurimmista ja kenties ihmeellisimmistä kokemuksista on syntyminen. Varsinkin ensisynnyttäjille lapsen syntyminen nostaa pintaan myös epävarmuuden tunteita omista kyvyistä vanhempana toimimisesta. Syntyvälle vauvalle kokemus siirtymisestä kohdun ulkopuoliseen, itsenäiseen elämään on vielä suurempi muutos, minkä vauvan kannalta tavanomainen, sujuvakin alatiesynnytys on stressitilanne. Vastasyntyneen syntymän jälkeinen rauhoittuminen onnistuu parhaiten vauvan saadessa olla rauhassa äidin vatsan päällä, ja samalla voidaan mahdollistaa varhaisimetus. Ensi-imetyksen aikana vauvan imeminen ja samanaikainen käsien äidin rintaa hierova liike lisää oksitosiinin erittymistä äidin aivolisäkkeestä verenkiertoon; vauvan aivoissa aivolisäkkeestä erittyy samoin oksitosiinia imemisen aikana. Oksitosiinin erityksesi siis sekä käynnistää äidin maidon herumisen että vahvistaa kiintymyssuhteen syntymistä äidin ja vauvan. Silloin, kun synnytyksessä ei ole sille estettä, hyvä tapa tukea varhaista vuorovaikutusta ja kiintymyssuhteen syntyä on mahdollistaa ihokontakti äidin ja vauvan välillä välittömästi synnytyksen jälkeen, ja antaa vauvalle mahdollisuus varhaisimetykseen. Äitejä tulisi tukea imettämään vauvaansa vaikka vain ensimmäisten viikkojen ajan, jos muu ei ole mahdollista, sillä jokainen imetyskerta on arvokas varhaisen äiti-vauva vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen muodostumisen kannalta. Mikäli imetus ei onnistu lainkaan, tai äiti ei koe pystyvänsä tai haluavansa jostain itselleen tärkeästä syystä imettää, on äitiä ohjattava olemaan muuten paljon vauvansa kanssa. Vauvan pitäminen lähellä, kantaminen liinassa tai repussa, koskettelu, silittely ja hellä hieronta lisäävät myös oksitosiinin erittymistä ja tukevat myönteisten vuorovaikutuskokemusten ja kiintymyssuhteen syntyä. Toiselle vanhemmalle olisi hyvä tuoda esiin myös hänen tärkeyttään vauvan hoidossa ja kehityksessä, ja samoin ohjata häntä osallistumaan vauvan hoitoon ja hellittelyyn.

ABSTRACT

One of the biggest and possibly most wonderful experiences in life is the birth of a child. However, particularly for first time parents it can also bring up feelings of uncertainty concerning their capabilities and roles as parents. For the infant the change from intrauterine life to an independent existence outside the womb at birth is even greater and stressful change. For the newborn infant the best circumstances for calming down are to be put on mothers bare stomach, which also enables the infant to crawl to the breast for the first feeding. During the feeding the infants' sucking and massaging of the mother's breast increase the oxytocin flow from the pituitary gland, similarly the infant's pituitary gland starts to secrete oxytocin. In breastfeeding oxytocin is connected both to milk secretion and to forming of attachment relationship between the mother and the infant. Therefore whenever circumstances at birth giving allow it, a good way of supporting early mother-infant interaction and attachment is to enable an early skin-to-skin contact between the mother and the infant, and let the infant breastfeed as early as possible. Mothers should also be encouraged to breastfeed their infants even for the first few weeks if nothing else is possible, since every breastfeeding time is of value for early mother-infant interaction and for forming of the attachment relationship in the beginning. When breastfeeding is not possible or when the mother is not able or not willing to breast feed for some reason important to her, we should encourage mothers to be in skin contact with their infant as much as possible, and to interact with their infant. Keeping the infant close, carrying him or her in a sling, touching, caressing and gentle massaging all increase the secretion of oxytocin of the mother and the infant, and thus support positive interaction experiences and attachment. It is also important to emphasize the importance of the other parent and his or her relationship with the infant, and encourage him or her also to participate in taking care of and cuddling the infant.

JOHDANTO

Yksi ihmiselämän suurimmista ja kenties ihmeellisimmistä kokemuksista on syntyminen. Puhumme syntymän ihmeestä, ja harvassa lienevät ihmiset, jotka eivät liikutu nähdessään vauvan syntyvän. Synnyttävälle äidille lapsen syntyminen tuo usein voimakasta iloa, mutta myös tiettyä haiketta yhdeksän kuukauden ruumiillisen yhteyden päättymisestä. Varsinkin ensisynnyttäjille lapsen syntyminen nostaa pintaan myös epävarmuuden tunteita ja pelkoa siitä, kuinka he tulevat onnistumaan vauvan vanhempina. Syntyvälle vauvalle kokemus siirtymisestä kohdun ulkopuoliseen,

itsenäiseen elämään on vielä suurempi muutos. Tavanomaisen, hyvin sujuvan raskauden aikana kohdussa kehittyvä sikiö ei tunne epämukavuutta, ja ulkopuolisen maailman ärsykkeet suodattuvat kohtulihaksen ja lapsiveden ansiosta pehmeämmiksi. Kohdussa vauva kuulee koko ajan äidin sydänäänet ja tuntee äidin liikkeiden rytmin, ja häntä ympäröi jatkuvasti pehmeä seinämä. Synnytyksen käynnistyessä kohtulihaksen supistukset alkavat voimakkaasti työntää vauvaa ahtaalle tuntuvaan synnytyskanavaan. Syntymän hetkellä kaikki muuttuu vauvan kannalta dramaattisesti: äidin elimistö ei huolehdi enää hapen ja ravinnon saannista, vaan vauvan oman elimistön täytyy ryhtyä toimimaan. Keuhkojen täyttyminen ilmalta lapsiveden sijaan on täysin uusi tunne, samoin ulkomaailman kylmyys, sekä näkö- ja kuuloärsykkeiden voimakkuus aiempaan verrattuna. Rajoittamaton raajojen liike on sekin uusi kokemus. Näiden muutosten vuoksi vauvan kannalta tavanomainen, sujuvakin alatiesynnytys on stressitilanne. Synnytyskokemuksen sietämistä auttaa se, että vauvalla on verenkiertoonsa jo äidin elimistön tuottamaa stressihormoni kortisolia, sekä samoin stressiä lievittävää oksitoksiinia.

Vastasyntyneen syntymän jälkeinen rauhoittuminen onnistuu parhaiten ihokontaktissa äidin kanssa. Vauvan saadessa olla rauhassa äidin vatsan päällä käynnistyy luonnostaan myös kaikilla nisäkäslajeilla nähtävä geneettisesti ohjelmoitu käyttäytyminen, jonka tarkoituksena on mahdollistaa varhaisimetys. Äidin vatsalta vauva alkaa ryömiä äidin rintaa kohti nännin tuoksun ohjaamana, ja nännin löydettyään alkaa imeä. Ensi-imeytyksen aikana vauvan imeminen ja samanaikainen käsien äidin rintaa hie-rova liike lisää oksitosiinin erittymistä äidin aivolisäkkeestä verenkiertoon. Verenkiertoon erittynyt oksitosiini saa aikaan maidon erittymisen, kohdun supistumisen ja verisuonien laajentumisen rinnan alueella, lisäten äidin rinnallaan tuottamaa lämpöä. Samaan aikaan äidin aivolisäkkeestä keskushermostoon erittyvä oksitosiini lisää äidin raukeuden tunnetta, mielihyvää ja kivunsietoa. Imetyksen yhteydessä myös vauvan aivoissa oksitosiinin erityis lisääntyy, vähentäen vauvan kokemaa stressiä ja lisäten raukeutta, kivunsietokykyä ja mielihyvää. Imetyksellä on siis äidin ja vauvan kannalta kaksi tärkeää toisiinsa liittyvää tehtävää: vauvan ruokkiminen ja kiintymyssuhteen vahvistaminen.

OKSITOSIINI KIINTYMYSSUHTEN MUODOSTUMISESSA

Viimeisen vuosikymmenen aikana tieto oksitosiinin yhteydestä ihmisten välisen kiintymyksen syntymiseen ja ylläpitämiseen on lisääntynyt tuntuvasti. Kuten edellä jo todettiin, imetystilanteessa äidin aivolisäkkeestä aivoihin erittyvä oksitosiini lisää tämän kiintymyksen tunnetta vauvaa kohtaan. Tutkimuksissa äidit, jotka saivat imettää vauvaansa tunnin sisällä synnytyksestä, viettivät enemmän aikaa vauvan kanssa myös seuraavina päivinä verrattuna äiteihin, jotka imettivät vauvaansa vasta myöhemmin. Varhaisen imetyksen ja vierihoidon on todettu vähentävän tilanteita, joissa kiintymyssuhde jää kokonaan syntymättä ja äiti hylkää vauvansa. Varhaisvaiheiden jälkeenkin toistuvat imetystilanteet ja niiden yhteydessä erittyvä oksitosiini lisäävät äidin halua seurustella vauvan kanssa, ja auttavat häntä kokemaan itsensä kykeneväksi vauvansa hoidossa, helpottaen äidin sopeutumista uuteen elämäntilanteeseensa.

Imetyksen lisäksi myös muu äidin ja vauvan välinen ihokontakti vuorovaikutuksessa, kuten kosketus (erityisesti hieronta ja silittäminen) ja lämpö, lisäävät oksitosiinin erityistä äidin keskushermostossa. Samoin kuin äidinkin, myös vauvan aivolisäkkeestä oksitosiinia erittyy imetyksessä ja myös muissa miellyttäviksi koetuissa vuorovaikutustilanteissa vauvaa hoitavien henkilöiden välillä. Erityisesti ihokosketus on vauvan kiintymyssuhteen muodostumiselle tärkeää.

Vaikka synnytyksessä välttämättömät ”päähenkilöt” ovatkin äiti ja syntynyt vauva, ei toisen vanhemman läsnäolo synnytyksessä ole lainkaan vähämerkityksellinen asia. Puolison läsnäolo ja tuki synnyttäjälle voi olla olennaisen tärkeä mahdollisten pelkojen ja ahdistuksen lievittämisessä, ja tehdä synnytyksestä yhteisen kokemuksen. Vauvan saaman huolenpidon ja kehityksen kannalta on edullista, että myös toinen vanhempi kokee lapsen itselleen läheiseksi ja itsensä osalliseksi lapsen hoidossa. Vauvalle on siksi tärkeää voiva muodostaa toimiva kiintymyssuhde myös toisen vanhemman kanssa, mikäli se on mahdollista. Toisen vanhemman ja vauvan kiintymyssuhteen muodostumiselle ovat olennaisia ihokontakti vauvan ja vanhemman välillä, sekä ajan viettäminen ja seurustelu vauvan kanssa. Isien kohdalla vauvan hoitoon osallistuminen laskee heidän testosteronitaso-

aan synnytyksen jälkeisten kuukausien aikana, mikä saattaa auttaa heidän sopeutumistaan perheen muuttuneeseen tilanteeseen sekä vähentää riskiä toimia vihamielisesti lasta kohtaan.

VANHEMMAN JA VAUVAN KIINTYMYSSUHTEN TUKEMINEN SYNNYTYKSEN YHTEYDESSÄ

Silloin kun synnytyksessä ei ole sille estettä, hyvä tapa tukea varhaista vuorovaikutusta ja kiintymyssuhteen syntyä on mahdollistaa ihokontakti äidin ja vauvan välillä välittömästi synnytyksen jälkeen, ja antaa vauvalle mahdollisuus varhaisimetykseen. Varhaiseen imetykseen liittyy myös katsekontaktin mahdollistaminen äidin ja vauvan välillä. Puolisoa tulisi rohkaista tukemaan äitiä varhaisimetykseen ja varhaiseen katsekontaktiin – ei varhaiseen selfien ottoon. Äitejä tulisi tukea imettämään vauvaansa vaikka vain ensimmäisten viikkojen ajan, jotta oksitosiinin eritykseen perustuvat myönteiset kokemukset äidille ja vauvalle saataisiin syntymään. Jokainen imetyskertta on arvokas varhaisen äiti-vauva vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen muodostumisen kannalta. Mikäli imetys ei onnistu lainkaan, tai äiti ei koe pystyvänsä tai haluavansa jostain itselleen tärkeästä syystä imettää, on äitiä ohjattava olemaan muuten paljon vauvansa kanssa. Vauvan pitäminen lähellä, kantaminen liinassa tai repussa, koskettelu, silittely ja hellä hieronta lisäävät myös oksitosiinin erittymistä ja tukevat myönteisten vuorovaikutuskokemusten ja kiintymyssuhteen syntyä. Toiselle vanhemmalle olisi hyvä tuoda esiin myös hänen tärkeyttään vauvan hoidossa ja kehityksessä, ja samoin ohjata häntä osallistumaan vauvan hoitoon ja hellittelyyn. Vanhemmille kannattaa kertoa, että myös parisuhteessa toisen koskettaminen ja halaaminen lisäävät kiintymyksen tunnetta – kuinkas muuten kuin oksitosiinin erityksen lisääntymisen myötä. Aikuisilla tehdyissä seurantatutkimuksissa on myös osoitettu, että läheisiksi koettujen ihmisten kanssa tapahtuvat myönteiset vuorovaikutuskokemukset lievittävät stressiä, ahdistuneisuutta ja laskevat verenpainetta, ja siten edistävät terveyttä koko elämän ajan.

LÄHTEET

- Britton, J.R., Britton, H.L. & Gronwaldt, V. 2006. Breastfeeding, sensitivity and attachment. *Pediatrics* 118(5), 436–1443.
- Curley, J.P. & Keverne, E.B. 2005. Genes, brains and mammalian social bonds. *Trends in Ecology and Evolution* 20(10), 561–567.
- Fergusson, D.M. & Woodward, L.J. 1999. Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and perinatal epidemiology* 13, 144–157.
- Furman, L. & Kennell, J. 2000. Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. Avoiding bonding failure. *Acta Paediatrica* 89, 1280–1283.
- Kennel, J. & McGrath, S. 2005. Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica* 94, 775–778.
- Keverne, E.B. & Curley, J.P. 2004. Vasopressin, oxytocin and social behaviour. *Current Opinion of Neurobiology* 14, 777–783.
- Klaus, M. 1998. Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics* 102(5), 1244–1246.
- Matthiesen, A-S., Ransjö-Arvidson, A-B., Nissen, E. & Uvnäs-Moberg, K. 2001. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 28(1), 13–19.
- Mizuno, K., Mizuno, N., Shinohara, T. & Noda, M. 2004. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatrica* 93, 1640–1645.
- Svennersten-Sjaunja, K. & Olsson, K. 2005. Endocrinology of milk production. *Domestic Animal Endocrinology* 29, 241–258.
- Uvnäs-Moberg, K. 1998. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 23(8), 819–835.
- Uvnäs-Moberg, K., Johansson, B., Lupoli, B. & Svennersten-Sjaunja, K. 2001. Oxytocin facilitates behavioural, metabolic and physiological adaptations during lactation. *Applied Animal Behaviour Science* 72(3), 225–234.

23 Hyvä hoito lapsivuodeosastolla

Mettälä Marika, TtM, hoito- ja kätilötyön lehtori,
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Synnytyksen jälkeinen hoitoaika synnytyssairaaloiden lapsivuodeosastoilla on lyhentynyt merkittävästi. Se asettaa haasteita sille, miten hoitohenkilökunta ehtii vastaamaan vanhempien tarpeisiin. Positiivisen ja turvallisen kokemuksen luominen synnytyksestä ja lapsivuodeosastolla vietetystä ajasta on merkityksellinen vanhemmuuden kehittymisessä. Positiivinen ja turvallinen kokemus koostuu erilaisista tekijöistä.

Vanhemmat tulisi nähdä tiiminä lapsivuodeosastohoidon aikana. Äidille on tärkeitä, että hänen miehensä nähdään ja häntä kohdellaan isänä eikä vierailijana. Lisäksi se, että äiti kokee saavansa riittävästi tukea kätilöltä ja se, että hänelle annetaan mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan tai vastasyntyneen hoitoa koskeviin päätöksiin, lisää äidin kokemusta hyvästä hoidosta. Se minkälaiseksi ja kuinka hyväksi isä lapsivuodeajan sairaalassa kokee ja miten isän roolin omaksuminen muodostuu hoitajakson aikana, riippuu hoitohenkilökunnan asenteesta ja tuesta.

Mahdollisuus olla perhehuoneessa synnytyksen jälkeen on sekä äidin että isän toiveita vastaavaa ja perheen hyvinvointia lisäävää.

ABSTRACT

The amount of days spent in hospital maternity wards after giving birth have significantly reduced. It constitutes challenges to the medical staff how well they are able to respond to the needs of parents. Creating a positive and safe experience while giving birth and at the postnatal ward has a significant meaning in the development of parenting. A positive and safe experience is built of a variety of factors.

Parents should be seen as a team at maternity wards. It is important for the mother, that her husband will be seen and considered as a father, not as a visitor. The fact is that if the mother feels that she receives adequate support from the midwife, she is given the opportunity to participate in her own care and in the decision making of the care of her newborn, increases her experience of good care at the maternity ward.

The experience that the father gains of the time spent in the maternity ward, effects on how he is able to adopt the role of the father. His experience will depend on the attitude of the nursing staff and support towards him and his family.

Being able to stay in the family room after giving birth is both the mother's and the father's wish and increases family's wellbeing.

JOHDANTO

Synnytyksen jälkeinen hoito Suomessa tapahtuu pääsääntöisesti synnytys-sairaaloiden lapsivuodeosastoilla. Hoitoajat synnytyksen jälkeen ovat lyhentyneet tasaisesti. Vuonna 1987 keskimääräinen hoitoaika synnytyksen jälkeen oli 6,6 vuorokautta, vuonna 2001 hoitoaika oli keskimääräisesti 3,6 vuorokautta ja vuonna 2014 se oli enää 2,8 vuorokautta. (THL 2014.) Hoitoajan lyhentymien asettaa haasteita sille, miten hoitohenkilökunta pystyy ohjaamaan ja tukemaan vanhempia vastasyntyneen hoidossa, imetyksessä ja esimerkiksi varhaisen vuorovaikutuksen kehittymisessä (Oommen ym. 2011). Suomessa perinataalikuolleisuus on tilastollisesti maailman alhaisimpia, vuonna 2014 se oli 3,8 tuhatta syntynyttä lasta kohti (THL 2014). Lääketieteellisesti arvioiden perinataalitulosten tulokset ovat hyviä, mutta huomiota tulisi kiinnittää yhä enemmän äitien tyytyväisyyteen ja lapsiperheiden hyvinvointiin.

Maailman terveysjärjestö suositteli jo vuonna 2004, että julkisen terveydenhuollon tarjoamia äitiyshuollon palveluita tarkasteltaisiin ja arvioitaisiin, jotta raskauden ja synnytyksen aikaista ja lapsivuodeajan hoitoa voitaisiin kehittää laadultaan ja vaikuttavuudeltaan paremmaksi ja perheiden tarpeita paremmin vastaavammiksi (WHO 2004).

Perhekeskeinen hoito on asiakkaan huomioimista yksilönä, mutta myös osana hänen perhettään tai sukuaan. Perhekeskeisessä hoitotyössä perhe nähdään ihmisen tärkeimpänä sosiaalisena kontekstina ja huomataan se, että perheellä on voimakas vaikutus yksilön terveyteen, sairastumiseen ja sairaudesta toipumiseen. Yksilön terveydellä ja hyvinvoinnilla on myös voimakas vaikutus perheen terveyteen ja hyvinvointiin. Perhekeskeisessä hoitotyössä hoitotyön lähtökohtana ovat potilaan ja perheen tarpeet sekä voimavarat, joiden ympärille hoitotyö ja sen tavoitteet rakentuvat.

Perhekeskeisyys on hoitotyön päämäärä ja myös työskentelytapa ja lopulta hoitokulttuuri. (Åstedt-Kurki ym. 2008.) Hoitotyön kohdennetulla tutkimuksella ja koulutuksen avulla saadaan hoitotyötä perhekeskeisemmäksi.

LAPSIVUODEOSASTOHOIDON MERKITYS

Positiivisen ja turvallisen kokemuksen luominen synnytyksestä ja lapsivuodeosastolla vietetystä ajasta on merkityksellinen vanhemmuuden kehittämisessä. Positiivinen ja turvallinen kokemus koostuu erilaisista tekijöistä, kuten esimerkiksi riittävästä ja oikea-aikaisesta informaatiosta ja tuesta, kätilön läsnäolosta, synnyttäjän ja hänen perheensä huomioimisesta yksilönä. Hoitohenkilöstön ja äitien vuorovaikutuksen laadulla oli suuri merkitys sille, minkälainen kokemus hoitojaksosta äideille muodostui. Hoitohenkilöstön tunneherkkyys ja ymmärrys sekä kiireettömyys, avuliaisuus ja tuen antaminen vaikuttivat positiivisen kokemuksen muodostumiseen. (Tings-tig ym. 2012; Mettälä 2015.)

Äidin ja vauvan keskinäinen vuorovaikutus ja heidän yhteinen vuorovaikutuksensa läheisiin ihmisiin vaikuttavat ratkaisevasti vauvan kehitykseen. Mikäli lapsen ja vanhempien välisessä varhaisessa vuorovaikutuksessa on ongelmia, saattaa se johtaa lapsen fyysiseen ja emotionaaliseen oireiluun jo kahden ensimmäisen elinvuoden aikana. Lapsen aivojen ja psyyken kehittymisen kannalta varhainen vuorovaikutus vanhempien kanssa havaittiin tutkimuksessa välttämättömäksi. Kyky havaita ja vastata vastasyntyneen tarpeisiin, esimerkiksi hoivaamalla, imettämällä tai sylitte-lyllä, tukevat vastasyntyneen kehittymistä. (Mäntymaa 2006.)

VANHEMMAT TIIMINÄ

Vanhemmat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä perhehuoneissa toteutettuun lapsivuodeosastohoitoon. Perhehuoneissa vanhemmat kokevat saavansa hetken hengähdyksen ennen paluuta kotiinsa ja arkeen vastasyntyneen kanssa. (Mettälä 2015.)

Ensisynnyttäjät kertovat, että perhehuoneissa saa olla perheenä, mutta hoitohenkilökunta on lähellä, ja heiltä on tarpeen tullen saada tukea vastasyntyneen hoitoon, imetykseen ja vanhemmuuteen. Perhehuoneissa on yksityisyyttä ja mahdollisuus ottaa vastuu perheestä ja vastasyntyneestä

heti alusta alkaen, kuitenkin tietäen, että hoitohenkilökunnan apu ja tuki on saatavilla. Sekin, että hoitojakso ei toteudu perinteisessä sairaalaympäristössä, esimerkiksi toisen tai kahdenkin muun äidin jakaessa saman huoneen, muokkaa vanhempien asennoitumista sairaalassa olemiseen. Lapsen syntymä voidaan nähdä ja kokea luonnollisena tapahtumana, eikä hoitoa vaativana sairautena. (Kvist & Persson 2009; Ellberg ym. 2010, Steen ym. 2012; Tingstig ym. 2012.)

Uudelleensynnyttäjät näkevät perhehuoneen mahdollisuutena äidille levätä ja toipua ennen kotiutumistaan. Sekä ensi- että uudelleen synnyttäjät kokevat tärkeäksi, että hoitohenkilöstö on saatavilla ja läheisyydessä ja että hoitohenkilökunnalta saa paljon apua ja tukea lapsivuodehoidon aikana. (Mettälä 2015.)

Hoito perhehuoneissa mahdollistaa vanhemmille tunteen autonomiasta ja omasta kyvystä selviytyä uudesta perhetilanteestaan. Perheen yhdessä olo, hoitoa koskeviin päätöksiin osallistuminen perheenä ja perheestä yhdessä huolehtiminen lisäävät vanhempien turvallisuuden tuntua ja kokemusta perheen yhtenäisyydestä. Lapsivuodehoitajakson järjestäminen siten, että vanhemmilla on tunne turvallisuudesta lääketieteellisesti sekä tunne siitä, että heitä tuetaan vanhempina ja samalla annetaan keinoja selviytyä vauvaperheen arjesta, on tärkeitä. (Kvist & Persson 2009; Ellberg ym. 2010; Steen ym. 2012.)

Vanhempien vastuuttaminen vastasyntyneen hoitamiseen ja huolehtimiseen, voimistaa vanhemmuutta. Kun isät osallistuvat heti alusta alkaen vastasyntyneen hoitoon, niin vanhemmat kokevat olevansa tasa-arvoisia ja he pystyvät tukemaan toisiaan vanhemmuuden kehittämisessä. Perheen yhtenäisyys lisää äidin hyvinvointia ja luottamusta siihen, että perhe selviytyy vauvaperheen arjesta. Kokemus perheestä toimivana yksikkönä ja hoitajilta saadut hyvät ohjeet on nimetty keskeisimmiksi tekijöiksi koetussa hyvässä tuessa. Tiedollisen tuen lisäksi synnyttäneiden äitien luottamusta omiin taitoihin ja pärjäämiseen tulisi tukea. Tunne pärjäämisestä ja pystymisestä lisää perheen henkisiä voimavaroja. (Kvist & Persson 2009; Ellberg ym. 2010; Steen ym. 2012.)

Vanhempien ainutkertainen kokemus lapsivuodeosastolla voi muodostua pettymykseksi, jos vanhemmat eivät saa päättää heitä ja heidän

perhettään koskevista asioista. Huonoksi kokemuksen voi muuttaa myös, mikäli vanhempia ei kuunnella tai oteta mukaan päätöksentekoon, hoitohenkilökunta ei osoita luottamusta vanhempien kykyihin hoitaa vastasyntyntä tai selviytyä päivittäisistä askareista keskenään. Hoito lapsivuodeosastolla on silloin holhoavaa eli paternalistista, eikä vanhempien toiveita ja tarpeita vastaavaa. (Ellberg ym. 2010.)

Vanhemmat tulisi nähdä tiiminä lapsivuodeosastohoidon aikana. Äidille on tärkeätä, että hänen miehensä nähdään ja häntä kohdellaan isänä eikä vierailijana. Molemmat vanhemmat loukkaantuvat, mikäli hoitohenkilöstö ei huomioi isää perheeseen kuuluvana henkilönä. Perheet korostavat yhteenkuuluvaisuuttaan parina ja perheenä, mutta huomioivat myös toistensa erilaisen henkilökohtaisen tuen tarpeen hoitohenkilöstöltä. Vanhempien keskinäinen kiintymys on edellytys toimivalle vauva-arjelle ja sen tukeminen täytyy nähdä tärkeänä osana lapsivuodehoitoa. Vanhemmat kokevat olevansa yksikkö, mutta heitä käsitellään yksilöinä; toista potilaana ja toista vierailijana. Molemmat vanhemmat kuvailevat lapsivuodeaikaa haavoittuvaksi ajaksi, vanhemmat loukkaantuvat helposti ja he toivoisivat hoitohenkilöstön kohtelevan heitä kunnioittavasti ja tunneherkästi. Rutiinin omainen hoito koetaan epäkunnioittavana ja liukuhihnmaisena, ei perheen yksilöllisiä tarpeita ja toiveita arvostavana hoitona. Äitien turvallisuuden tuntua ja tyytyväisyyttä lisää se, kun lapsivuodeajan hoidossa huomioidaan perhe ja perheen tarpeet yksilöllisesti. (Kvist & Persson 2009; Ellberg ym. 2010; Steen ym. 2012.)

Suomalaisen tutkimuksen mukaan sekä äiti että isä kokivat hoitohenkilökunnalta lapsivuodeosastolla saadun tuen kohtuulliseksi tai vähäiseksi. Vanhemmat kokivat saaneensa eniten emotionaalista tukea, mutta vain vähän konkreettista tukea. Konkreettisella tuella tarkoitettiin ohjeita vastasyntyneen käsittelyyn ja rauhoitteluun sekä ohjausta vastasyntyneen viestien tulkintaan. Isien kokemus saadusta tuesta oli systemaattisesti matalampi kuin äitien kokemus saadusta tuesta. Verrattuna ensisynnyttäjiin, uudelleensynnyttäjät kokivat, että tuen saaminen hoitohenkilöstöltä lapsivuodeosastolla on vähäistä. Kuitenkin vain 10 % uudelleensynnyttäjistä kertoi, ettei kokenut tarvitsevansa tukea laisinkaan. (Oommen ym. 2011.) Äidit että isät toivovat saavansa kiireetöntä, yksilöllistä, kokonaisuuden huomioonottavaa ja henkilökohtaista empaattista hoitoa ja ohjausta lapsivuodehoito-

jakson aikana. Toisaalta toivottiin, että hoitohenkilöstö luottaisi enemmän vanhempien omiin keinoihin selviytyä vastasyntyneen hoidosta. (Oommen ym. 2011; Mettälä 2015.)

ÄITIEN KOKEMUS

Äidit arvioivat herkästi lapsivuodeosastohoitojakson laadultaan huonomaksi kuin muut raskauden ja synnytyksen aikaiset hoitojaksot. Merkityksellisiä asioita, jotka vaikuttavat lapsivuodeosaston hoitojakson huonoon arvioon, ovat puutteellinen tuki puolisolta, komplisoitunut synnytys, suuri sairaala, riittämätön tuki kätilöltä ja se, että synnyttäneelle äidille ei anneta mahdollisuutta osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. Riittämätön imetysohjaus ja riittämätön rohkaisu ja synnytyskeskustelun puuttuminen kätilön kanssa heikentävät myös arviota lapsivuodeosaston hoidon laadusta. Lisäksi se, että ei ole mahdollisuutta esittää kysymyksiä vastasyntyneen hoidosta tai muusta mieltä askarruttavasta asiasta huononsivat arvioita lapsivuodeosastohoidosta. (Waldenström ym. 2006; Ellberg ym. 2010.)

Lapsivuodeosastohoitojakso voi olla jopa stressaavaa. Stressiä voidaan kokea muun muassa vuorovaikutuksesta hoitohenkilöstön kanssa, imetyksestä ja vierailuajoista. Synnyttäneet äidit voivat kokea stressiä myös sairaalaympäristöstä, vauvan terveydestä, omasta terveydestään ja mielialastaan. Lapsivuodeajan sosiaalisen tuen antaja on useimmiten hoitohenkilökuntaan kuuluva ja se, että vuorovaikutus hänen kanssaan voidaan kokea stressaavana, on huomionarvoinen ja kehittämistä vaativa asia. Sosiaalisen tuen lisäksi synnyttänyt äiti tarvitsee emotionaalista ja itseluottamusta lisäävää tukea. Miten voidaan varmistaa, että näihinkin saa lapsivuodeosastoihoitojakson aikana tukea? Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota antamaansa ohjeistuksen ja tuen laatuun lyhenevien hoitojaksojen aikana, jotta perheet kokevat saavansa parhaan hyödyn hoitojaksosta. (Razurel 2011.)

ISIEN KOKEMUS

Jotta isät eivät koe itseään ulkopuoliseksi lapsivuodeosastolla, myös isät tulee huomioida lapsivuodeajan hoidossa. Isille tulee antaa alusta alkaen mahdollisuus olla mukana huolehtimassa äidin ja vastasyntyneen hyvin-

voinnista. Toiminta lapsivuodeosastolla tulee olla isät huomioivaa ja mukaan ottavaa. Osallistuminen vauvan hoitoon ja kommunikointi vauvan ja hoitohenkilökunnan kanssa, määrittävät sen, minkälaiseksi isät kokevat lapsivuodeajan hoidon. Se minkälaiseksi ja kuinka hyväksi isä lapsivuodeajan sairaalassa kokee ja miten isän roolin omaksuminen muodostuu hoitajakson aikana, riippuu hoitohenkilökunnan asenteesta ja tuesta. (de Montigny & Lacharité 2004.) Isän saama emotionaalinen ja konkreettinen tuki hoitohenkilökunnalta vähentää koettua stressiä isyyden muodostumisesta. Tutkimuksissa on havaittu merkittävä ja suora yhteys isän koetun stressin ja isän masennuksen välillä. Tämä tulee huomioida lapsivuodeajan hoidossa. (Kamalifard ym. 2014.)

Miehet kokevat isyyden sekä palkitsevana että vaativana, mutta ajoittain myös stressiä lisäävänä asiana. Miehet ovat sitoutuneita perheeseensä ja heillä on halu olla hyviä ja osallistuvia isiä, mutta samanaikaisesti voi olla vaikeata yhdistää työelämä ja perhe yhteen. Työ on velvollisuus, joka tulee hoitaa hyvin, jotta pystyy huolehtimaan perheen toimeentulosta. Samalla perhe ja vauvaperheen arjen hoitaminen asettuvat etusijalle. Hoitohenkilökunnan haasteena on saada vanhemmat keskustelemaan keskenään arjen rooliensa. Isät näkevät hoitohenkilökunnan roolin keskusteluun kannustavana osapuolena erittäin tärkeänä. Keskustelemalla keskenään vanhemmat kykenevät paremmin selvittämään, minkälaista tukea puoliso haluaa ja kokee tarvitsevansa. Lisäksi keskustelun avulla pystyy tuomaan omat huolet ja tunteet esiin ja kyky ratkaista ongelmia perheen sisällä paranee. (Thomas ym. 2011; Kamalifard ym. 2015.)

YHTEENVETO

Lapsivuodeosastohoitojakso on merkityksellistä aikaa koko perheen tulevalle hyvinvoinnille. Erilaisten perheiden kohtaaminen ja heidän erilaisten tarpeiden havaitseminen ovat keskiössä onnistuneeseen hoitoon. Osastolla vietetty aika lyhenee ja samanaikaisesti vaateet kasvavat. Tunnistamalla ja tunnistamalla jatkuva koulutuksen ja toiminnan tarkastelun tarve voidaan päästä eteenpäin. Avainasemassa onnistuneeseen lapsivuodeosastohoitoon ovat osaltaan esimiehet, jotka toiminnallaan mahdollistavat hoitohenkilökunnalle riittävät resurssit; osaamisen ja mahdollisuuden tehdä työtä kiireettömästi.

LÄHTEET

- Ellberg, L., Hödberg, U. & Lindh, V. 2010 "We feel like one, they see us as two": new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery* 26, 463–468.
- Kamalifard, M., Hasanpoor, S., Kheiroddin, J.B., Panahi, S. & Payan, S.B. 2014. Relationship between fathers' depression and perceived social support and stress in postpartum period. *Journal of Caring Sciences* 3, 57–66.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehtonen, E. (toim.) Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. THL opas 33. Juvenes, Tampere, 108–112.
- Kvist, L.J. & Persson, E.K. 2009. Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' postnatal sense of security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity. *BMC Pregnancy and Childbirth* 9, 35–45.
- Mettälä, M. 2015. Vanhempien kokemuksia lapsivuodeajan hoidosta potilashotellin lapsivuodeosastolla. (Pro Gradu tutkielma) Tampereen yliopisto.
- de Montigny, F. & Lacharite, C. 2004. Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 33, 328–39.
- Mäntymaa M. 2006. Early mother-infant interaction. Väitöskirja. Lääketieteen laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Oommen, H., Rantanen, A., Kaunonen, M., Tarkka, M-T. & Salonen, A. 2011. Social support provided to Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery* 27, 754–761.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. & Epiney, M. 2011. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* 27, 237–242.
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L. 2012. Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery* 28, 422–431.
- THL. 2014. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Tilastoraportti 23/2014.
- Tingstig, C., Gottvall, K., Grunewald, C. & Waldenström, U. 2012. Satisfaction with a modified form of in-hospital birth center care compared with standard maternity care. *Birth: Issues in Perinatal Care* 39, 106–114.
- Thomas, J.E., Bonér, A-K. & Hildingsson, I. 2011. Fathering in the first few months. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 499–509.
- Waldenström, U., Rudman, A. & Hildingsson, I. 2006. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85, 551–560.
- World Health Organisation (WHO). 2004. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM, FIGO. Geneva.
- Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki; WSOY.

24 Vastasyntyneen perheen hyvät päivät ja yöt

Elina Botha, TtM, kättilötyön lehtori, TAMK

TIIVISTELMÄ

Uusi vauva perheessä, tuo mukanaan elämänmuutoksen. Muutokseen sopeutumista ei helpota riittämättömyyden ja avuttomuuden tunteet, joita itkuisen vauvan vanhemmat kokevat. Itkuisen vauvan rauhoitteluun on olemassa menetelmä, joka voidaan opettaa vahemmille. On olemassa myös lukuisia käytännön asioita, joilla voidaan edistää vauvan ja myös koko perheen yöunia. Ammattilaisen tehtävä on tietää erilaisista vaihtoehdoista ja auttaa itkuisen vauvan vanhempia opettamalla heille taitoja, joilla vastasyntyneen perheen päivistä ja öistä tulee hyviä.

ABSTRACT

A new baby in the family brings a life change. The feelings of inadequacy and helplessness, that parents of a crying or fussing baby experiences, are not helping in adjusting to the new life. There is a method to calm a crying baby that can be taught to the parents. There are also many practical ways that good nights sleep can be promoted in families. It is the health care professional's duty to be aware of these different methods and help the new parents by teaching them skills that can promote better days and nights in the families with a newborn.

ITKUIINEN VAUVA PERHEESSÄ

Ajatellaan, että ympäristötekijät, vauvan kehitystehtävät, nukkuminen, syöminen, lämpösäätely, immunologiset-, neurologiset- ja endokrinologiset tekijät, sekä suoliston mikrobifloora selittävät jollakin tavalla vauvan itkuisuuden (Pärty & Isolauri 2012; Sung ym. 2013). Esimerkiksi suoliston mikrobiflooraan vaikutuksia on viime vuosina tutkittu, mutta tämäkään ei yksin selitä miksi toiset vauvat itkevät tuntikausia ja miksi toiset eivät. Myös heikon itsesäätelyn arvellaan aiheuttavan itkuisuutta. Itsesäätely on vauvan yksilöllinen kyky säädellä oman kehon toimintoja, liikkeitä, tunnetiloja ja aistimuksia (Saloheimo 2014). Mikään näistä teorioista ei ole aukoton, sillä maailmassa on olemassa kulttuureja ja kansoja joissa vauvat eivät itke käytännössä lainkaan (Karp 2002).

Itkevä vauva vaikuttaa monin tavoin perheen terveyteen ja dynamiikkaan. Tutkimuksissa on todettu, että itkuinen vauva lisää huomattavasti vanhempien stressiä (Levitzky & Cooper 2000) ja altistaa vauvan kaltoinkohtelulle ja jopa pahoinpitelylle (Levitzky & Cooper 2000; Barr ym. 2006; Talvik ym. 2008; Barr 2014). Koliikkivauva altistaa äitinsä synnytyksen jälkeiselle masennukselle (Maxted ym. 2005; Dørheim ym. 2009; Stock ym. 2012; Radesky ym. 2013). Näiden lisäksi unettomuuden haitalliset terveysvaikutukset ovat vanhemmille mittavia. Äidit reagoivat vauvan itkuun imettämällä tiheään, mikä tutkitusti lisää vauvojen riskiä ylipainoon, jopa varhaislapsuudessa (Worobey ym. 2014). Itkevillä vauvoilla, joilla on itsestätyongelmia, on myös samankaltaisia ongelmia myöhemmin lapsuudessa (Schmid ym. 2009; Hemmi ym. 2011). Vanhemmat tarvitsevat paljon apua ja tukea selviytyäkseen vauvansa koliikkivaiheesta (Landgren & Hallström 2011). Suomessa äitejä neuvotaan imettämään vauvan tahtisesti eli aina kun vauva itkee (Hoitotyön suositus 2010; Saloheimo, Riihonen & Ukkonen 2014) ja odottamaan itkuisuuden loppumista ajan kanssa (Deufel & Montonen, 2016).

MITÄ KOLIIKKI TARKOITTAÄ?

Koliikilla tarkoitetaan imeväisen lapsen runsasta selittämätöntä itkuisuutta. Virallinen määritelmä edellyttää vähintään kolmen tunnin itkuä, vähintään kolmena päivänä viikossa, vähintään kolmen viikon ajan. Käytännössä vähäisempikin, mutta toistuva itkeminen erityisesti iltaisin, luetaan koliikiksi. Koliikki-itku alkaa tavallisimmin noin kahden viikon iässä ja jatkuu 12–16 viikon ikään. Itkuisuus on runsaimmillaan 6–8 viikon iässä ja alkaa tämän jälkeen vähentyä. Koliikkia esiintyy noin 10 %:lla vauvoista. (Jalanko 2014.)

HAPPIEST BABY -ITKUISEN VAUVAN RAUHOITTELUMENETELMÄ

Vauva ilmaisee tarpeensa itkemällä, mutta vanhempien keinot jatkuvan itkun rauhoitteluun ovat usein rajalliset. Yhdysvaltalaisen lastenlääkärin Harvey Karpin mukaan vauvat tarvitsevat neljännen raskauskolmanneksen pysyäkseen tyytyväisinä. Vauvat syntyvät kohdusta tähän maailmaan liian aikaisin. Karpin mukaan itkevässä vauvassa voidaan ”käynnistää” rauhoittumisrefleksi, jolloin itku saadaan loppumaan. Happiest Baby me-

netelmää suositellaan käytettäväksi, kun vauva on 2-viikkoinen. Sitä ennen vauva nauttii nukkumisesta, syömisestä ja erityisesti ihokontaktista.

KUINKA TÄMÄ RAUHOITTUMISREFLEKSI KÄYNNISTETÄÄN?

Vauvalle luodaan syntymän jälkeen samankaltaiset olosuhteet, kuin kohdussa ollessaan, jolloin hän rauhoittuu. Happiest Baby -menetelmä sisältää jo entuudestaan hyviksi koettuja ikiaikaisia vauvan rauhoittamismenetelmiä, mutta tässä -menetelmien yhdistelmässä- tärkeimpänä on tehdä kaikki juuri oikein. Kaikki refleksit vaativat oikeanlaisen ärsykkeen toimiakseen, niin myös tämä. On vauvan temperamentista kiinni, riittääkö hänelle yksi, vai kaipaako hän useampia näistä seuraavista rauhoittavista teoista. Jos vauva on itkuinen, vaikka hänet on syötetty, vaippa on vaihdettu, läheisyyttä on tankattu ja hänellä on sopivan lämmin, voidaan käyttää Happiest Baby -menetelmää.

Viisi vauvan rauhoittumisrefleksin käynnistävää menetelmää ovat:

1. Napakka kapalointi
2. Vauvan itkunrauhoitteluasento kyljellään
3. Suhina-ääni
4. Vauvan hellä keinuttaminen
5. Vauva imee tuttia tms.

MENETELMÄ TULEE TEHDÄ OIKEIN, MUUTEN SE EI TOIMI!

Tämä viiden kohdan menetelmä on tarkoitettu ainoastaan terveeseen itkuisen vauvan rauhoitteluun, sitten vasta kun hänen kaikki perustarpeensa on tyydytetty. Vauvan tarpeisiin on aina vastattava viipymättä. Vauva nukkuu aina turvallisimmin selällään ilman löysiä peittoja tai tyyntyjä päänsä lähellä. Jos vauvan itkuisuus jatkuu auttamisyriyksistä huolimatta, on syytä lääkärin avulla varmistaa, ettei itkuisuuden aiheuttaja ole jokin sairaus.

Happiest Baby -menetelmästä ja sen vaikuttavuudesta kokonaisuutena vauvojen rauhoittelussa on paljon kokemusta, mutta tutkimustietoa toistaiseksi vähän. Harringtonin ym. (2012) tutkimus osoittaa, että Happiest Baby -interventio mm. vähentää vauvojen kipua ja itkuaikaa rokottamisen

jälkeen. Menetelmän eri osista löytyy sen sijaan paljon tutkimustietoa. Esi-merkiksi kapalointi on tutkitusti edistänyt vauvojen selällään nukkumista, mikä saattaa osaltaan vähentää kätkytkuoleman riskiä (Oden ym. 2015). Tieteellistä tutkimusta kapaloinnin, keinuttelun ja imemisen rauhoittavista vaikutuksista on lukuisia ja myös näiden yhdistelmistä on tehty tutkimuksia (Paul ym. 2011; Harrington ym. 2012, Anzman-Frasca ym. 2014).

Happiest Baby -menetelmä on Yhdysvalloissa laajasti käytössä. Menetelmän kouluttajina toimivat hoitoalan henkilöstö ja erilaiset vapaaehtoistyöntekijät. Kouluttajilta vaaditaan kouluttajakoulutus. Happiest Baby -menetelmän kouluttajia työskentelee ympäri maailmaa. Suomessa on vain yksi tämän menetelmän kouluttaja vuodesta 2015.

UNEN VOIMA

Nukkumisesta ja sen hyödyistä on yhä enemmän tutkimusnäyttöä. Uni palauttaa energiaa, antaa ajattelulle voimaa, järjestää muistot, vahvistaa vastustuskykyä, auttaa painonhallinnassa ja paljon muuta. Liian vähäisestä nukkumisesta ja sen seurauksistakin on näyttöä. Unen puute heikentää arvostelukykyä, aiheuttaa masennusta, johtaa huonoihin terveysvalintoihin, lisää onnettomuusriskejä ja pahimmillaan se altistaa sydän- ja muille sairauksille. Jokaista päivää ohjaa luonto, heräämään auringon noustessa ja nukkumaan sen laskiessa. Tätä vuorokausirytmiiä ohjaa aivojen erittämä melatoniini-hormoni. Uni muodostuu vaiheista. REM-vaihe, jossa nähdään unia ja varastoidaan muistoja ja non-REM -vaihe, jossa levätään syvästi. Uni etenee vaiheesta toiseen. Lapset heräilevät aikuisia useammin, koska heillä on lyhyemmät unen vaiheet, kuin aikuisilla. Vauvoilla on jopa viisi kertaa enemmän REM-vaiheita, kuin aikuisilla. Valo ohjaa melatoniinin eli unihormonin eritystä aivoista. Pienikin valon määrä vähentää melatoniinin tuotantoa, jolloin elimistö herää. Hämärä tai pimeys edesauttavat melatoniinin tuotantoa ja nukahtamista.

VAUVAT JA UNI

Vauvan luonne eli temperamentti vaikuttaa siihen, miten hän käyttäytyy ollessaan hereillä ja myös siihen, miten hän nukkuu. Hyvä uni alkaa hyvällä itsehallinnalla –vauvan kyvyllä rauhoittaa itkevä itsensä ja pysyä unessa valoista ja äänistä huolimatta. Vastasyntyneillä on uskomaton kyky oppia,

vanhemmat voivat opettaa häntä nukkumaan paremmin ja pidempään. Tärkeintä on varmistaa vauvan turvallisuus unen aikana. Vauva nukkuu turvallisimmin selällään samassa huoneessa vanhempiensa kanssa.

Vauvat nukkuvat paljon, mutta pätkissä, läpi vuorokauden. Vauvat voivat innostuessaan tai stimuloituessaan valvoa väsymyksensä ohi, mikä vaikeuttaa nukahtamista. Onkin tärkeää seurata vauvan väsymyksen merkkejä ja laittaa hänet silloin nukkumaan. Vauva ei itse tiedä, milloin on hyvä aika ”mennä nukkumaan”. Hyviä yöunia edistää hyvät päiväunet. Vauvan yöunta edistää myös ”yöunisyöttö”, eli syöttäminen kerran vielä ennen yötä, esim. klo 22–23 äidin mennessä nukkumaan.

Vauvan voi opettaa nukahtamaan itseksensä. Jos vauva on nukahtanut muualla, kuin omassa sängyssään, voi hänet herättää lyhyesti, kun hänet on laskettu omaan sänkyynsä. Silloin hän näkee tutun ympäristön juuri ennen uudelleennukahtamistaan. Näin hän voi nukahtaa levollisesti uudelleen myös itse, ilman apua, herättyään yöllä pintaunesta.

Vauvalle hiljaisuus on outoa, sillä hän on viettänyt kohtuaikansa äännekkäässä ympäristössä. Rauhalliset taustäänet ja staattinen suhina (white noise) auttaa vauvaa pysymään unessa ja olemaan välittämättä unta häiritsevästä tekijöistä, kuten nenän tukkoisuudesta, hammasoireista tms. Kapalointi ja staattinen taustasuhina auttavat vauvaa pysymään unessa.

VAUVOJEN UNTA VOI EDISTÄÄ JA PIDENTÄÄ

Hyvät yöunet rakennetaan aamusta alkaen. Hyvät, säännölliset päivärutiinit näkyvät rauhallisempina öinä. Illalla, ennen nukkumaanmenoa kannattaa himmentää valoja, hyödyntää pehmeää staattista suhina-ääntä (white noise) taustalla, rauhoittua, ja laittaa älylaitteiden ruudut pois. Elektronisten laitteiden sininen valo häiritsee luonnollista melatoniinintuotantoa ja vaikeuttaa uneen rauhoittumista (Grønli ym. 2016). Vauvan voi kapaloida myös yöunien ajaksi, kunnes vauva oppii kääntymään. Tämän jälkeen kapalointi ei ole enää turvallista. Heiluttelu ja keinuttelu edistävät niiden vauvojen yöunta, jotka rakastavat liikettä. Vauvan yöunia edistää myös herätä-ja-anna-nukahtaa -menetelmä, vauva oppii nukahtamaan itseksensä uudelleen. Staattinen suhina -ääni nukkumisen taustalla peittää alleen häiriötekijät, kuten hammasoireet yms. vaivat.

Säännölliset syötöt päivän aikana ovat tärkeitä, silloin öisin syöminen jää vauvalla kasvun ja imetyksen säilymisen kannalta tärkeisiin 1–2 kertaan. Vauvan voi syöttää tiheämmin päiväaikaan, hänet voi myös herättää syömään, jos hän nukkuu yli 4h päiväunia. Vauva kannattaa syöttää rauhallisessa ympäristössä, jotta hän jaksaa keskittyä syömiseen. Vauvat haluavat usein syödä illasta tiheämmin, kuin päivällä. Vauva voidaan herättää syömään silloin kun vanhempi on menossa nukkumaan. Maito täyttää vauvan vatsan paremmin ja on energiatiheämpää, kuin muu ravinto. Usein ajatellaan, että vauvan yöunia edistää se, kun hänelle aloitetaan kiinteä ruoka. Kasvikset ovat maitoon verrattuna energiaköyhempiä, yöksi maito on täyttävämpää. Kannattaa pitää yllä säännöllistä päivärytmiä ja päiväunia. Vauvan läheisydentarpeen on hyvä tyytyä päiväsaikaan. Vauvaa on hyvä pitää päivisin paljon sylissä. Näiden keinojen lisäksi kannattaa nukkua yöunet täysin pimeässä huoneessa.

HYVÄN VAUVA-ARJEN EDISTÄMINEN

On tärkeää, että ammattilaiset tukevat konkreettisin keinoin vauvaperheitä ja vauva-arkea. Perheissä voi olla monenlaisia haasteita, ja koko perheen hyvät yöunet saattavat olla avaimina monien muidenkin ongelmien ratkaisuihin. Kun on nukkunut hyvin, jaksaa paremmin arjen haasteita. Se, että osaa rauhoitella itkuisen vauvansa, antaa itseluottamusta vanhemmille. Isät ovat erityisen hyviä oppimaan vauvojen rauhoittelun, koska asioita helpottaa ”käyttöohjeiden” olemassaolo. Moni vauvan perushoittoon liittyvä asia on opeteltava taito, miksei myös itkun rauhoittelu. Motivaatio tämän taidon oppimiseen on yleensä hyvä ja siksi se myös opitaan ja saadaan käytännössä hyvin toimivaksi. Niin kuin mikä tahansa taito, tämäkin vaatii perehtymistä ja opettelua. Perheiden rauha on sen työn arvoista.

LÄHTEET

- Anzman-Frasca, S., Stifter, C.A., Paul, I.M. & Birch, L.L. 2014. Negative Temperament as a Moderator of Intervention Effects in Infancy: Testing a Differential Susceptibility Model. *Preventive Science* 15, 643–653.
- Barr, R.G, Trent, R.B. & Cross J. 2006. Age Related Incidence Curve of Hospitalized Shaken Baby Syndrome Cases: Convergent Evidence for Crying as a Trigger to Shaking. *Child Abuse & Neglect* 30, 7–16.
- Barr, R.G. 2014. Crying as a Trigger for Abusive Head Trauma: a Key to Prevention. *Pediatric Radiology* 44, 559–564.
- Dørheim, S.K., Bondevik, G.T., Ebenhard-Gran, M. & Bjorvatn, B. 2009. Sleep and Depression in Postpartum Women: a Population-Based Study. *Sleep* 32, 847–855.
- Grønli, J., Byrkjedal, I.K., Bjorvatn, B., Nødtvedt, Ø., Hamre, B. & Pallesen, S. 2016. Reading from an iPad or from a Book in Bed: The Impact on Human Sleep. A Randomized Controlled Crossover Trial. *Sleep Medicine* 21, 86–92.
- Hemmi, M.H., Wolke, D. & Schneider, S. 2011. Associations between Problems with Crying, Sleeping and/or Behavioural Outcomes in Childhood: A Meta-Analysis. *Archives of Disease in Childhood* 96, 622–629.
- Harrington, J., Logan, S., Harwell, C., Gardner, J., Swingle, J., McGuire, E. & Santos, R. 2012. Effective Analgesia Using Physical Interventions for Infant Immunizations. *Pediatrics* 129 (5), 815-822.
- Karp, H. 2015. *The Happiest Baby on the Block*. New York: Bantam Bell.
- Karp, H. 2013. *The happiest guide to great sleep*. New York: HarperCollins Publishers.
- Karp, H. 2004. The “fourth trimester” A Framework and Strategy for Understanding and Resolving Colic. *Contemporary Pediatrics* 21 (2), 94-116.
- Landgren, K. & Hallström, I. 2011. Parents’ Experience of Living with a Baby with Infantile Colic – a Phenomenological Hermeneutic Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 317–324.
- Laru, S., Riihonen, R. & Ukkonen, J. 2014. *Itkuinen vauva ja koliikki; opas vanhemmille*. Vaasa: Fram. Luettu 29.3.2017. https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/ed1002e616f43ebb0a0a16a52f375153/1490786731/application/pdf/3226422/Itkuinen_vauva_ja_koliikki_2014.pdf
- Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen. 2015. Hoitotyön suositus. Luettu 20.3.2017. http://www.hotus.fi/system/files/Julkaistava%20suositus13112015_2.pdf
- Levitzky, S. & Cooper, R. 2000. Infant Colic Syndrome: Maternal Fantasies of Aggression and Infanticide. *Clinical Pediatrics* 39, 395–400.

Maxted, A.E., Dickstein, S., Miller-Loncar, C., High, P., Spritz, B., Liu, J. & Lester, B.M. 2005. Infant Colic and Maternal Depression. *Infant Mental Health Journal* 26, 56–68.

Oden, R.P., Powell, C., Sims, A., Weisman, J., Joyner, B. & Moon, R.Y. 2015. Swaddling: Will it Get Babies onto Their Backs for Sleep. *Clinical Pediatrics* 51 (3), 254–259.

Paul, I.M., Savage, J.S., Anzman, S.L., Beiler, J.S., Marini, M.E., Stokes, J.L. & Birch, L.L. 2011. Preventing Obesity During Infancy: A Pilot Study. *Obesity* 19, 353–361.

Pärtty, A. & Isolauri, E. 2012. Gut Microbiota and Infant Distress -the Association between Compositional Development and the Gut Microbiota and Fussing and Crying in Early Infancy. *Microbial Ecology in Health & Disease* 23, 26–27.

Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. 2010. Hoitotyön suositus. Hannula, L., Kaunonen, M-L., Koskinen, K. & Tarkka, M-T. Luettu 20.3.2017. http://www.hotus.fi/system/files/Imetysohjaus_sum.pdf

Radesky, J., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F.P., Barr, M., Taylor, J.A., Lengua, L.J. & Barr, R.G. 2013. Inconsolable Infant Crying and Maternal Postpartum Depressive Symptoms. *Pediatrics*

Schmid, G., Schreier, R., Meyer, R. & Wolke, D. 2009. A Prospective Study on the Persistence of Infant Crying, Sleeping and Feeding Problems and Preschool Behavior. *Acta Paediatrica* 99, 286–290.

Stock, A., Chin, L., Babl, F.E., Bevan, C.A., Donath, S. & Jordan, B. 2012. Postnatal Depression in Mothers Bringing Infants to the Emergency Department. *Archives of Disease in Childhood* 98, 36–40.

Sung, V., Collett, S., de Gooyer, T., Hiscock, H., Tang, M. & Wake, M. 2013. Probiotics to Prevent or Treat Excessive Infant Crying: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association Pediatrics* 167 (12), 1150-1157.

Talvik, I., Alexander, R.C. & Talvik, T. 2008. Shaken Baby Syndrome and a Baby's Cry. *Acta Paediatrica* 97, 782–785.

Worobey, J., Pena, J., Ramos, I. & Espinosa, C. 2014. Infant Difficulty and Early Weight Gain: Does Fussing Promote Overfeeding? *Maternal and Child Nutrition* 10, 295–303.

25 Synnytysympäristö

Tuija Heinilä, kättilö (YAMK), Tays

TIIVISTELMÄ

Synnytysympäristöllä on vaikutus synnytyksen kulkuun, ja siihen min-kälaiseksi kokemukseksi synnytys synnyttäjälle muodostuu. Samoin ympäristö vaikuttaa kättilön tapaan hoitaa synnyttäjää, ja sitä kautta myös hoitotulokseen ja henkilökunnan työtyytyväisyyteen. Artikkelin tarkoituksena on kuvata niitä seikkoja, jotka vaikuttavat sekä synnyttäjän että kättilön kokemuksiin synnytysympäristöstä.

Merkittävä tekijä koskien synnytysympäristöä on synnyttäjän kokemana turvallisuuden tunne. Se tarkoittaa sekä henkistä että fyysistä turvallisuutta. Sitä voidaan edistää kunnioittamalla synnyttäjän yksityisyyttä, kannustamalla häntä käyttämään tilaa hyväkseen esimerkiksi liikkumalla, luomalla edellytyksiä rentoutumiselle. Synnyttäjän rentoutuminen ja turvallisuuden kokemus edistävät fysiologista synnytystä. Kättilön tulee tiedostaa ympäristön merkitys synnyttäjälle ja synnytyksen edistymiselle. Kättilön tapaan hoitaa synnyttäjää vaikuttaa ympäristön vaikutuksen lisäksi työyhteisön hoitokulttuuri ja asenteet. Omassa työssään kättilön tulee tiedostaa nämä ja keskittyä synnyttäjän hoitoon synnyttäjän ja syntyvän lapsen parasta ajatellen.

Ympäristön vaikutus tulee erityisesti mietittäväksi, kun uudistetaan sairaalatiloja ja/tai uudistetaan hoitotapoja. Synnyttäjän valinnanmahdollisuuden koskien synnytysympäristöä on oltava todellista. Vaikka toimitaisiin vanhoissa tiloissa synnytysympäristön muokkaaminen pienillä teoilla ja asenteiden muutoksilla on mahdollista ja jopa suotavaa paremman synnytyskokemuksen ja synnytyskulttuurin luomiseksi.

ABSTRACT

The clinical birth environment has an effect on the labour progress, and the overall birth experience. The hospital environment design effects the midwife's practice, and therefore the quality of care and staff work satisfaction. The purpose of this article is to describe the factors that effects both mother's and midwife's experience of the birth environment design.

The feeling of safety is the most prominent factor regarding birth environment. It includes feeling of both mental and physical safety. Safety can be promoted by respecting the privacy of the mother and encouraging her to make the most of available space by being active, but also relaxing during labour. The mother's ability to relax and feel safe during labour promotes physiological birth. The midwife must be aware of the significance of the environment design for both mother and the birth progress overall. Additionally, both working culture and attitudes affects a midwife's practice. The midwife must be aware of these factors and focus on delivering good quality mother and newborn centered care.

The significance of the hospital environment must be well considered when renewing hospital facilities or best practices. The mother's option to choose within the birth environment has to be inbuilt. Nevertheless, when working in old facilities, it is possible to shape the birth environment with small actions and changes in attitude to promote a better birth experience and create a better birth culture altogether.

JOHDANTO

Tämän artikkelin tarkoituksena on pohtia synnytysympäristön merkitystä synnyttäjän ja kättilön kannalta. Artikkeliki pohjautuu osittain tutkimusartikkeleihin, osa on kirjoittajan omaa pohdintaa.

Artikkelin tarkoituksena on havainnollistaa syntymän ympärillä olevan fyysisen, sosiaalisen ja henkisen ympäristön vaikutusta synnyttäjään ja koko syntymäprosessiin. Samoin ympäristö vaikuttaa synnytyksessä avustavan henkilökunnan toimintaan joko tiedostetusti tai tiedostamatta. Sillä, minkälaisessa ympäristössä toimimme, on vaikutusta ajatteluunne ja tapamme toimia. Ulkoiset seikat vaikuttavat voimakkaasti turvallisuuden tunteeseen ja sitä kautta synnytyksen fysiologiaan.

Artikkelissa pohdin myös synnyttäjän tietoisien valinnan mahdollisuutta koskien syntymäympäristöä. Ympäristöä koskevat pienetkin seikat voivat osoittautua merkityksellisiksi synnytyksen kulun kannalta sitä joko edistäen tai lamaannuttaen. Synnytystä hoitavan henkilökunnan on syytä pysyä valppaana siinä, että synnytystä ei hoideta ympäristön sanelemana vaan synnyttäjän hyvää edistäen.

YMPÄRISTÖ

Synnytysympäristöä voidaan lähestyä monesta näkökulmasta. Ympäristö voidaan ymmärtää fyysisenä paikkana tai olosuhteina sekä synnyttäjän ympärillä olevana psyykkisenä ja henkisenä tilana. Ympäristö -käsitteenä sisältää kaikki fyysiset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, jotka kuuluvat luontoon tai rakennettuun ympäristöön ja joiden kanssa ihminen on vuorovaikutuksessa. Näin ollen synnytysympäristön tilaan ja laatuun ihmisten toiminta vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti.

Ympäristön vaikutus rentoutumiseen

Ympäristöllä on suuri merkitys rentoutumisessa. Synnyttäjän rauha ja rentous lisäävät positiivista mielialaa ja synnyttäjän hallinnan tunnetta, ja siten edistävät synnytyksen fysiologista etenemistä. Positiivisesta kierteestä syntyy itseään ruokkiva kehä, jolloin keho tuottaa mielihyvähormoneja ja entisestään lisää rentoutta ja rohkeutta synnyttämiseen. Rohkeus voimaannuttaa ja tuo luottamuksen tunnetta, joka vaikuttaa synnytyskokemukseen ja myös äiti-lapsisuhteeseen.

Synnyttäjän rentoutumista edistää viihtyisä ja rauhallinen ympäristö. Jos synnyttäjä kokee kotona olonsa hyväksi ja turvalliseksi, häntä tulee tukea ja kannustaa kotona viipymiseen.

Sairaalassa synnyttäjälle tulee antaa mahdollisuuksia ja häntä tulee kannustaa luomaan synnytyshuoneesta oman näköisensä. Synnyttäjä voi tuntea olonsa kotoisammaksi esimerkiksi tuomalla mukanaan jonkin oman esineen, tyynyn tai peiton, käyttämällä omia vaatteita, kuuntelemalla itselleen rentouttavaa musiikkia. Omien vaatteiden tai liinavaatteiden käyttö tuo synnyttäjälle tuoksutuulahduksen kotoa, se voi siten edistää turvallisuuden tunnetta sairaalaympäristössä (Stenglin & Foureur 2013).

Äänet ja valot

Ympäristöstä kuuluvat äänet voivat lisätä synnyttäjän pelkoa, varsinkin, kun kipua kokiessa äänet korostuvat. Sairaalaympäristössä toisissa huoneista kuuluvat äänet aktivoivat synnyttäjän sympaattisen hermoston, sen vuoksi äänieristyksen tulisi olla riittävä sairaaloissa. Tiloissa on syytä käyttää ääntä eristäviä ja ääntä imeviä materiaaleja ja mieluiten luonnonmate-

riaaleja, kuten puuta ja korkkia. (Stenglin & Foureur 2013.) Sekä potilaat että työntekijät kokevat melun ja äänihäiriöt stressaaviksi, joten melutason alentaminen on tärkeää paremman hoidon ja työturvallisuuden edistämiseksi (Adatia, Law & Haggerty 2014).

Myös valaistusta muuttamalla synnyttäjälle voi tulla oman, turvallisen tilan tuntu. Väreillä tiedetään olevan vaikutus ihmisen psyykeen. Sininen rauhoittaa, viilentää ja avartaa tilaa; punainen välittää energiaa, nostaa valmiustasoa; vaaleanpunainen rauhoittaa, lisää hellydentunteita; vihreä rauhoittaa, puhdistaa ja hoitaa kipua; keltainen vahvistaa hermoratoja, parantaa keskittymiskykyä ja selvittää ajatukset.

Liikkuminen käytävällä tai esimerkiksi puistossa raittiissa ilmassa auttaa synnyttäjää usein synnytyksen alkuvaiheessa, kun supistukset ovat vielä siedettäviä. Jos tämä ei ole mahdollista, luontonäkymä ikkunasta, luontoaiheiset taulut tai panorama televisiosta vähentävät kipua ja elvyttävät äitiä. Maisema tai kuvat luonnosta laskevat pulssia ja rentouttavat, joten luontoaiheisten kuvien käyttö synnytyshuoneessa olisi suositeltavaa. (Stenglin & Foureur 2013.) Potilaan kivun ja pelokkuuden post-operatiivisessa hoidossa on todettu vähentyvän, jos ympäristössä on käytettävissä musiikkia, luonnonvaloa, seinämaalauksia ja kasveja. Näillä pienillä ja kustannustehokkailla keinoilla parannetaan potilastyytyväisyyttä, ja muutetaan tiloja kodinomaisemmiksi. (Laurson, Danielsen & Rosenberg 2014.)

SYNNYTYSYMPÄRISTÖN MUUTOS

Viimeisen vuosisadan aikana synnytyskulttuurissa on tapahtunut merkittävä muutos. Synnytykset ovat siirtyneet kodeista sairaaloihin. Äiti- ja lapsikuolleisuus on vähentynyt. Ammattilaiset hoitavat synnyttäjiä ja vastasyntyneitä. Nykyaikaisen lääketieteen ja tekniikan avulla myös ne naiset, joilla on paljon perussairauksia tai hedelmällisyysongelmia voivat saada lapsia. Samoin yhä ennenaikaisempien ja sairaampien vauvojen henkiinjääminen ja selviytyminen on tullut mahdolliseksi.

Suomessa lähes kaikki naiset synnyttävät sairaalassa, suunniteltujen kotisynnytysten määrä oli 45 kpl vuonna 2015 (THL 2016). Synnyttäjät valitsevat sairaalaympäristön, koska ammattilaiset niin suosittavat, ei ole

vaihtoehtoja tai koska he haluavat niin. Suomalaisessa terveydenhuollossa on menossa pienten synnytysyksiköiden lakkauttaminen säästösyistä. Synnytysten keskittämistä perustellaan turvallisuusnäkökohdilla. Synnytystoiminnan katsotaan vaativan ympärivuorokautista päivystysvalmiutta synnytysyksissä mahdollisesti tapahtuvia hätätilanteita varten. Viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana synnytysyksiköiden määrä on puolittunut Suomessa. Samanaikaisesti matkasynnytysten määrä on hienoisessa kasvussa, yllättävää kyllä ruuhka-Suomessa. Synnytysten hoidossa keskustelua herättää synnytysten medikalisoituminen, synnytyksiin puututaan herkästi ja tuetaan lääkkeellisesti, vaikkakaan se synnytyksen fysiologisuuden kannalta tuskin aina olisi välttämätöntä. Muuttaako synnytysympäristö synnytyksen hoitokäytäntöjä? Mitä menetämme, kun keskitämme synnytykset vai menetämmekö mitään? Mitä lisäarvoa keskittäminen tuo?

Walshin (2012) mukaan synnytysten medikalisoituminen on muuttanut syntymän yksityisestä ja pyhästä julkiseksi ja maallistuneeksi. Naiset ovat hakeutuneet monissa kulttuureissa synnyttämään luonnon lähelle tai yhteyteen ja muokanneet omaa synnytysympäristöään. Useissa pienissä synnytysyksiköissä ("birth centre") toteutetaan tätä periaatetta suojelemalla synnytysympäristöä ulkopuoliselta "uhalta" ja tunkeilijoilta. Synnytysympäristön huolellinen harkinta ja pyrkimys eri ulottuvuuksien huomioimiseen luo hyvät olosuhteet fysiologiseen synnytykseen. Synnyttävää naista tulisi rohkaista synnytysympäristön "tuunaamiseen". Walsh suosittaa, että pieniä synnytysyksiköitä ja integroituja yksiköitä tulisi olla enemmän, sen sijaan kaikkien synnytysten keskittämistä isoihin asiantuntijayksiköihin tulisi vähentää.

SYNNYTYSYMPÄRISTÖ SYNNYTTÄJÄN KANNALTA

Jokaisen naisen tulee tehdä syntymäpaikkaa koskeva valinta. Valinnanmahdollisuuksiin vaikuttavat maantieteelliset ja taloudelliset seikat. Eri maissa on hyvin erilaisia käytäntöjä synnytysten hoitamiseksi. On pieniä kättilövetoisia yksiköitä, synnytysklinikoita, sairaaloita, tai valinta on myös synnyttää kotona. Millä perusteella nainen tekee valintansa, onko todellista valinnanmahdollisuutta ja onko valinta tuettu ja tietoon perustuva?

Suurimmalle osalle synnyttäjäistä tärkein asia, joka vaikuttaa synnytyspaikkapäätökseen on turvallisuus. Se tarkoittaa kuitenkin eri naisille eri asioita. Aiempi, negatiivinen kokemus synnytysympäristöstä voi vaikuttaa naisen turvallisuuden tunteen muodostumiseen. Päätökseen vaikuttaa myös sosiaalinen konteksti, kuten perheen ja ystävien mielipiteet, uskonnolliset seikat ja luottamus kehon kykyyn synnyttää. (Adams 2016) Synnytyspaikkaa koskevat valinnat perustuvat usein vaikutelmiin ja ajan muokkaamiin käsityksiin, eikä synnyttäjä ole aina tietoinen mistä hänen uskomuksensa, tuntemuksensa ja odotuksensa ovat muovautuneet. Kulttuurinen konteksti on merkittävä tekijä pohdittaessa onko naisella käytännössä mahdollisuutta tehdä synnytyspaikkaa koskevaa päätöstä, joka olisi ristiriidassa synnyttäjän lähiympäristön kanssa; synnyttäjän oman perheen, kasvuympäristön tai ammattilaisten kertomukset jatkavat synnytyksen tarinaa synnytyksestä riskinä vaikkakin näyttö puhuu turvallisuuden ja normaaliuden puolesta. (Coxon, Sandall & Fulop 2014.)

Adams (2016) pohtii artikkelissaan syntymäympäristön ja synnytysprosessin yhteyttä tutkimuksiin nojaten. Kahdentyyppisiä ympäristöjä kuvataan; valvottu ja rauhaisa ympäristö. Valvottu ympäristö on lähellä sairaalaympäristöä steriilinen, kliininen ilmeinen. Pääosaa tässä ympäristössä näyttelee valvontamonitit, sairaalasänky ja yksityisyyden puute. Tähän synnyttäjät liittivät objektina olemisen ja yhteyden kadottamisen omaan kehoonsa. Luottamus omaan kykyyn synnyttää on vähentynyt, tila on vieras ja ei-kodikas. Fyysisinä elementteinä nähtiin metallisia esineitä, valkoisia seiniä ja muovilattioita.

Sairaalaympäristön vaikutusta synnyttäjään on kuvattu myös seuraavasti. Rutiinit ja yksityisyyden puute saattaa aiheuttaa hallinnantunteen menettämisen ja voimaantumisen puutteen. Mikäli synnyttäjä ei tunne oloaan kotoisaksi sairaalassa, vaikuttaa se todennäköisesti myös kättilön ja synnyttäjän väliseen kommunikointiin. (Lock & Gibb 2003.) Esimerkiksi oven aukeaminen suoraan käytävälle tai oveen sijoitettu ikkuna, josta kuka tahansa voi katsoa sisälle synnytyshuoneeseen tekee yksityisyydestä epäselvää ja usein toteutumaton sekä synnyttäjälle että tukihenkilölle (Harte, Sheehan, Steward & Foureur 2016). Huono hallinnan tunne voi vaikuttaa synnytyskokemukseen ja emotionaaliseen hyvinvointiin (Green ym.1990; Simkin 1992). Toisaalta synnyttäjät arvostavat sairaalaympäristöä, koska

he kokevat saavansa turvallista hoitoa itsellensä ja vauvallensa (British Journal of Midwifery 2007).

Rauhaisa ympäristö; pyhättö, on synnyttäjän kokemana kodinomainen, yksityinen sekä tarjoaa suojaa ja viihtyvyyttä. Sänky ei ole keskellä huonetta, silti helposti saatavilla, luonnonvaloa tulvii huoneeseen ja ikkunoista on luontonäkymä, huonekaluissa ovat pehmeyttä ja pyöreitä muotoja. Tällainen tila on suunniteltu huomioiden synnyttäjän tarpeet, vähentäen pelkoa ja tuoden turvaa. Tila voi myös tarjota voimaa ja kontrollia synnyttävälle naiselle. Kätilövetoisissa synnytysyksiköissä naisia viehättää Adamsin (2016) mukaan vähäisempi tekniikka tai se, että tekniikka ei ollut näkyvillä. Samaan ovat päätyneet Harte, Sheehan, Steward ja Foureur (2016) tutkimuksessaan, jossa he toteavat, että lääketieteellisen välineistön ja tekniikan tulisi olla piilossa, jotta tila ei olisi levottomuutta aiheuttava.

Kätilövetoisissa synnytyspaikoissa koettiin olevan rauhallisuutta, hiljaisuutta ja vaihtoehtoisia menetelmiä kuten vesi, joka vaikutti päätökseen synnyttää niissä. Mikäli nainen on valinnut vaihtoehtoisen synnytyspaikan verrattuna sairaalaan, hän todennäköisemmin käyttää vähemmän lääkkeellisiä kivunlievityksiä, vähemmän oksitosiini -infuusiota synnytyksen avautumisvaiheessa ja todennäköisemmin synnyttää ilman toimenpiteitä, kuten episiotomiaa. He suosivat tällaista paikkaa synnytyspaikaksi myös seuraavassa synnytyksessä. (Adams 2016.)

Synnyttävää naista tulee tukea päätöksenteossa koskien synnytyspaikkaa ja synnytysympäristöä, ja hänelle tulee tarjota realistista, näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksestä ja syntymästä. Vaihtoehtoista tulee antaa tietoa ja varmistaa, että synnyttäjällä on resursseja tehdä päätöksiä, tässä ammattilaiset voivat olla avuksi.

KÄTILÖN NÄKÖKULMA

Synnytysympäristöä voidaan myös lähestyä kätilöiden näkökulmasta. Ympäristö vaikuttaa siihen, miten kätilöt tekevät työtään. Tilassa on tietyt käytänteet ja mahdollisuudet/esteet, ja siten se ohjaa kätilöiden synnytyshoitoa. Tunnistamalla tilan asettamat rajoitteet ja vaikutus kätilötyöhön voidaan suunnitella synnytysympäristöjä, jotka paremmin tukevat normaalin fysiologisen synnytyksen hoitoa. (Hammond, Homer & Foureur 2014a.)

Edelleen Hammond ym. (2014b) kirjoittavat, että parempi synnytyshuoneen suunnittelu vähentää tilassa työskentelevien kättilöiden stressiä, parantaa turvallisuutta ja tehokkuutta ja siten johtaa parantuneeseen hoidon laatuun koskien sekä äitejä että vastasyntyneitä. Kättilöllä tulee olla tilaa huoneessa, ja tilan tulee olla muunneltavissa. Eniten tätä hankaloittaa synnytyssänky.

Synnytyssängyn siirtäminen pois huoneen keskeltä on yksinkertainen mutta tehokas toimenpide ja voi vaikuttaa siihen, miten synnyttäjä liikkuu synnytyksen aikana, ja edelleen reagoi synnytykseen luottamalla enemmän kehoonsa. Samoin se voi vaikuttaa henkilökunnan suhtautumiseen normaalia fysiologista synnytystä kohtaan sitä edistäen ja siihen miten he itse toimivat tilassa. (Townsend, Fenwick, Thomson & Foureur 2016.)

Huoneessa tulee olla paikka synnyttäjän ja tukihenkilön tavaroille, mutta myös paikka kättilölle tehdä muistiinpanoja tai vain tarkkailla synnyttäjää. Luontevan tilan puute voi johtaa siihen, että kättilö ei vietä aikaa synnyttäjän vierellä. Haasteena on myös se, että synnytyksessä mahdollisesti tapahtuvan hätätilanteen vuoksi tavaroita pitäisi pystyä nopeasti siirtämään pois tieltä. Huoneen esteettisyys on yhtä tärkeä asia kuin se, miten synnytyshuone on varusteltu. Esteettisyydellä on neurologisia ja psykologisia vaikutuksia sekä synnyttäjään että kättilöön. Kaunis ympäristö lisää rentoutuneisuutta, miellyttävyyttä, vähentää pelkoa ja uhan tuntua. (Hammond ym. 2014b.)

Tila vaikuttaa sekä synnyttäjään että kättilöön. Synnytyshuoneen ilmapiiri ja työyhteisön kulttuuri vaikuttaa kättilöön jopa enemmän kuin rakenteelliset tai arkkitehtoniset seikat. Synnytyshuoneen rentoutunut, rauhallinen ilmapiiri antaa kättilön keskittyä synnyttäjään. Kättilö voi parantaa synnytyshuoneen tunnelmaa esimerkiksi vähentämällä tai säätämällä valaistusta, tarjoamalla mahdollisuuden synnyttäjän toivomaan musiikkiin, ehkäisemällä häiriötekijöitä kuten lörpöttelyä huoneen läheisyydessä. Työyhteisön kulttuuri voi lisätä kättilön kokemaa stressiä synnyttäjän hoidossa sillä, että kättilö ei saa keskittyä synnyttäjänsä hoitoon vaan kokee, että on oltava auttamassa muita. Yhteisössä voi olla vallalla käsitys kiireestä, vaikka se ei olisi todellista, ja myös siitä, että on raportoitava muille tai kyseltävä synnyttäjän hoidosta myös silloin, kun synnytys etenee ongelmitta. (Davis & Homer 2016.)

Seibold ym. (2010) tutkivat artikkelissaan kättilöiden kokemuksia synnytysympäristöstä ja riskin arvioinnista. He toteavat, että fyysistä ympäristöä enemmän optimaalisen synnytystilan luomiseen vaikuttaa organisaation kulttuuri ja/tai yksittäisen kättilön näkemys synnyttäjän hoidosta. Mikäli vanhat tavat ja asenteet jatkuvat, uusikaan ympäristö ei tuo muutosta siihen, että synnytys nähdään lääketieteellisenä ja luontaisena riskinä ja hoidetaan sen mukaisesti. Tämä ei välttämättä tuo parannusta synnyttäjän kokemukseen. (Seibold, Licqurish, Rolls & Hopkins 2010.)

Uusien tilojen suunnittelu on tilaisuus tarkastella hoitoprosesseja ja niiden uudistamista. Sairaalaympäristön suunnittelussa tarvitaan sekä terveydenhuollon ammattilaisten että arkkitehtien yhteistä ymmärrystä monimutkaisten ja uudenlaisten ratkaisujen löytämiseksi. Ottamalla hoitajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset mukaan sairaalaympäristön suunnitteluun saadaan käyttöön näiden taidot, tietämys ja kokemus. Terveydenhuollon ammattilainen ottaa suunnittelussaan huomioon potilashoitaja-suhteen, potilaan motivoimisen paremmin hoitoonsa, potilaan kivunhoidon ja liikkumisessa avustamisen. Hoitaja näkee uuden ympäristön myös omana työtilanaan, ja voi jo suunnittelussa huomioida yllättävät, akuutit tilanteet ja niiden ratkaisemisen. Työntekijä arvioi akustiikkaa, logistiikkaa, ilmanvaihtoa ja muita työn tekemiseen vaikuttavia seikkoja. (Evans 2014.)

POHDINTA

Synnytysympäristöllä on suuri merkitys siihen, miten synnytys etenee ja minkälaiseksi kokemukseksi synnytys synnyttäjälle ja perheelle muodostuu. Ympäristön vaikutus on huomioitavaa myös siksi, että se vaikuttaa terveydenhuollon henkilöstön tapaan tehdä työtä, työtyytyväisyyteen, hoitotuloksiin ja taloudellisuuteen.

Suomalaisessa yhteiskunnassa synnytyspaikan valinta ei ole todellinen vaihtoehto. Kuitenkaan tämä ei poissulje mahdollisuutta siihen, että synnytysympäristö on yksilöllinen, kutakin synnyttäjää tukeva ja kannustaa normaaliin fysiologiseen synnytykseen. Turvallisuuden tähtäävä tekniikka voidaan integroida tilaan siten, että se ei muodostu pääosan esittäjäksi tilassa. Synnyttäjän suhtautumista ja tietoa ympäristön vaikutuksesta

synnytyksen kulkuun tulee lisätä riittävällä tiedon jakamisella ja valmentamisella jo raskauden aikana niin, että synnyttäjät ottaa tilan 'haltuun' eli uskaltaa käyttää tilan tarjoamia mahdollisuuksia. Kätilön tehtävänä on avata näitä mahdollisuuksia ja kannustaa synnyttäjää siihen. Kussakin synnytyksessä tulee miettiä miten tilan käyttö juuri tämän synnyttäjän kohdalla olisi optimaalisinta juuri tälle synnyttäjälle. Pieniltäkin tuntuvat asiat, kuten valaistuksen säätäminen, tilan rauhoittaminen meteliltä tai ylimääräisiltä henkilöiltä, yksityisyyden kunnioittaminen tukevat synnyttäjää ja hänen rentoutumistaan synnytyksen aikana eivätkä kuitenkaan vaaranna nykyikäistä synnytyksen hoitoa turvallisuusvaateineen.

Yksittäisen kätilön toimintaa synnytysympäristön suojaamiseksi tärkeämpää on organisaation hoitokulttuuri ja sen tiedostaminen. Synnytyksiä hoitavan henkilöstön ja hoitotyön johtajien tulee pitää huoli siitä, että synnytyksiä hoidetaan synnyttäjän ja vastasyntyneen tarpeista käsin ja heitä varten. Synnytystilat eivät voi määrätä sitä miten synnytys hoidetaan. Vanhoja käytänteitä ja hoitoprotokollia tulee aika ajoin arvioida kriittisesti, ja miettiä edistävätkö vai estävätkö ne hyvää synnytystä. Synnytystiloja uudistetaan tällä hetkellä monessa synnytyssairaalassa, ja asiakkaiden mukaan ottaminen tilojen suunnitteluun kokemusasiantuntijoina tuo uudenlaista näkemystä tilojen suunnitteluun ja on siksi erittäin suositeltavaa.

LÄHTEET

Adams, E. 2016. Birth environments: A woman's choice in the 21st century. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 30(3), 224–227.

Adatia, S., Law, S. & Haggerty, J. 2014. Room for improvement: noise on a maternity ward. *BMC Health Service Research* 14, 604.

Coxon, K., Sandall, J. & Fulop, N.J. 2014. To what extent are women free to choose where to give birth: How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk and Society* 16 (1), 51–67.

Davis, D.L. & Homer, C.S.E. 2016. Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives? *Women and Birth* 29, 407–415.

Evans, J. 2014. Evolving leadership in healthcare design. *Health Environments Research & Design Journal (HERD)* 7(4), 9–12.

Green, J.M., Coupland V.A. & Kitzinger, S. 1990. Expectations, experiences and physiological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 17(1), 15–24.

- Hammond, A.D., Homer, C.S.E. & Foureur, M. 2014a. Messages from space: An exploration of the relationship between hospital birth environment and midwifery practice. *Health Environment Research & Design Journal* 7(4), 81–95.
- Hammond, A., Foureur, M. & Homer, C. S.E. 2014b. The hardware and software implications of hospital birth room design: A midwifery perspective. *Midwifery* 30, 825–830.
- Harte, J.D., Sheehan, A., Stewart, S.C. & Foureur, M. 2016. Childbirth supporter’s experiences in a built hospital birth environment. *Health Environmental Research & Design Journal*, 9(3), 135–161.
- British Journal of Midwifery 2007. Hospital is the best place for all women to give birth. 2007. *British Journal of Midwifery*. Mar 2007, 15(3) 156–157.
- Laursen, J., Danielsen, A. & Rosenberg, J. 2014. Effects on environmental design on patient outcome: A systematic review. *Health Environments Research & Design Journal*, 7(4), 108–119.
- Lock, L.R. & Gibb, H.J. 2003. The power of space. *Midwifery* 19, 132–139.
- Simkin, P. 1992. Just another day in woman’s life? Part 2 nature and consistency of women’s long-term memories of their first birth experiences. *Birth* 19(2), 64–81.
- Seobold, C., Licqurish, S., Rolls, C. & Hopkins, F. 2010. ‘Lending the space’: Midwives perceptions of birth space and clinical risk management. *Midwifery* 26, 526–531.
- Stenglin, M. & Foureur, M. 2013. Designing out of the fear cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery* 29, 819–825.
- THL 2016. (luettu 17.3.2017) http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1
- Townsend, B., Fenwick, J., Thomson, V. & Foureur, M. 2016. The birth bed: A qualitative study on the views of midwives regarding the use of the bed in the birth space. *Women and Birth* 29, 80–84.
- Walsh, D. 2012. Evidence and skills for normal labour and birth. A guide for Midwives. UK; Routledge.

26 Matalan riskin synnytys - kokemuksia uuden hoitomallin käyttöönotosta

Sanna-Kaisa Kukko, kättilö, terveydenhoitaja (YAMK), TtM-opiskelija,
osastonhoitaja, Tampereen yliopistollinen sairaala

TIIVISTELMÄ

Suomessa synnyttäminen on turvallista. Synnyttäjien hoitoon osallistuu ammattitaitoinen henkilökunta ja sairaaloissa on valmiudet myös hätätilanteiden hoitoon. Tämä saattaa johtaa ylihoitamiseen ja tarpeettomaan puuttumiseen synnytyksessä. Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa luotiin matalan riskin synnytyksen hoito-ohjeet, jonka tavoitteena on vähentää synnytyksenaikaisia tarpeettomia toimenpiteitä. Tässä artikkelissa kuvataan nämä hoito-ohjeet, toiminnan muutoksen vaikutuksia synnytykseen ja vastasyntyneen vointiin sekä uuden mallin käytäntöön jalkauttaminen.

ABSTRACT

It is safe to give birth in Finland. The hospitals are prepared for emergencies and the staff participating in labour is highly professional. However, this might lead to unnecessary care and unfounded interfering with labour. A set of guidelines how to assist in low-risk labour was created in Tampere University Hospital. The aim is to reduce unnecessary procedures in labour. This article describes these guidelines, what impact the change had in labour and wellbeing of the newborn, and how this new model was implemented into practice.

JOHDANTO

Synnytys on hyvin luonnollinen asia. Siitä huolimatta synnytyksestä on tullut yhä enenevässä määrin toimenpiteitä sisältävä medikalisoitunut prosessi. Sairaaloissa tarjotaan parasta mahdollista hoitoa, mutta tämä kääntyy joskus tarpeettomaksi ylihoitamiseksi (Sandin-Bojö ym. 2006) ja synnytystä hoitavalta henkilökunnaltakin on välillä hämärtynyt normaalin ja epänormaalin raja (Halmesmäki & Saisto 2002; Alfirevic ym. 2017).

Sairaalasynnytysten vaihtoehdoksi ovat tulleet varsinkin Suomen ulkopuolella kotisyntytykset ja kättilöjohtoiset synnytysyksiköt. Fysiologisen

synnytykseen pyrkiminen on hyödyllistä synnyttäjälle, syntyvälle lapselle, hoitavalle kätilölle ja koko organisaatiolle. Mikäli voidaan välttyä imukupisynnytykseltä tai keisarileikkaukselta, alenevat kustannukset, äiti on todennäköisesti tyytyväisempi, vauvaa ei tarvitse erottaa äidistä ja kätilöllekin normaalisti päättynyt synnytys tuottaa ammatillista tyytyväisyyttä. On tilanteita, jolloin synnytykseen on puututtava, mutta usein maltti ja kätilön kannustus, tuki ja lääkkeettömien vaihtoehtojen tarjoaminen tuottavat positiivisia tuloksia synnytyksen etenemisessä.

MATALAN RISKIN SYNNYTYS

Kuinka sitten voitaisiin vähentää tarpeetonta puuttumista synnytyksiin? Vuonna 2013 tehdyn kirjallisuuskatsauksen mukaan synnytyksenaikaisia toimenpiteitä lisääviä tekijöitä olivat tavanomainen synnytyssairaala, interventiot itsessään, sillä yksi interventio johtaa toiseen ja synnyttäjän korkea ikä. Toimenpiteitä vähentäviä tekijöitä sen sijaan olivat äidin korkea koulutus, alle 25 vuoden ikä ja kotona tai kätilöjohtoisessa yksikössä synnyttäminen. (Kukko 2013.) Sairaala synnytyksipaikkana oli katsauksen mukaan toimenpiteitä lisäävä tekijä ja kätilön hoitama synnytys vähentävä tekijä. Voitaisiko toimintatapoja muokkaamalla saada sairaalasta yksikkö, joka tukisi synnytyksen normaalia etenemistä?

Synnytyksen hoitoon on yleisesti olemassa hyvät ja selkeät ohjeet. Viime vuosien aikana on sairaaloissakin herätty miettimään fysiologista synnytystä tukevia toimintamalleja. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen -toimintaohjelmassa 2007–2011 suositeltiin matalan riskin synnytyksen kansallisen hoitosuosituksen laatimista. Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa lähdettiin kehittämään asiaa ja vuosien 2012–2013 aikana toteutettiin Matalan riskin synnytyksen kriteerit -projekti ja sen jatkoksi Matalan riskin synnytyksen kriteerit -jatkoprojekti. Näiden projektien tuotoksena luotiin Taysin omat hoito-ohjeet. Tässä artikkelissa kuvataan nämä hoito-ohjeet, toiminnan muutoksen vaikutuksia synnytykseen ja vastasyntyneen vointiin sekä uuden mallin käytäntöön jalkauttaminen.

MATALAN RISKIN SYNNYTTÄJÄN MÄÄRITELMÄ

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan normaalisynnytys on sellainen, jossa synnyttäjän on perusterve, raskausviikot ovat 37–41+6 ja vain yksi vauva on syntymässä pää edellä. Synnytys on käynnistynyt spontaanisti ja etenee päätyen alatiesynnytykseen. Lisäksi äiti ja lapsi voivat synnytyksen jälkeen hyvin. Normaalisynnytyksen määritelmässä mainitaan jatkuvan riskinarvion tarpeellisuus ja kuten synnytyksen luonteeseen kuuluu, tilanne voi muuttua milloin vain. (WHO 1999.)

Taysin Matalan riskin synnytyksen projektin tarkoituksena oli tuottaa selkeät kriteerit, jolla voidaan tunnistaa matalan riskin synnyttäjät ja kuvata synnytyksen hoitoprosessi. Tavoitteena oli vähentää turhia interventioita ja lisätä näyttöön perustuvaa synnytyksen hoitoa sekä kättilöiden että lääkäreiden työssä. Projektiryhmä määritteli tulovaiheen kriteereiksi seuraavat:

- Yksisikiöinen raskaus (elävä lapsi)
- Rv 37–41+6
- Raivotarjonta
- Syke ja supistuskäyrä tulovaiheessa normaali
- Spontaanisti käynnistynyt synnytys
- Lapsivedenmenosta alle 48 h, ei infektion merkkejä, normaalin värinen lapsivesi
- Äidin BMI alle 35 ennen raskautta
- Ensisynnyttäjän ikä 18–40

POISSULKUKRITEERIT

- Krooniset sairaudet lukuun ottamatta tasapainossa olevaa hypotyreoosia tai ruokavaliohoitoista diabetestä
- Hyytymishäiriö
- Säännöllinen lääkitys 20 raskausviikon jälkeen (paitsi Thyroxin)
- Lääke-, huume- tai alkoholiongelma
- Hepatoosi
- Diabetes (muu kuin DMA)

- Raskaudenaikainen hypertensio diagnoosina
- Pre-eklampsia diagnoosina
- Vihreä lapsivesi
- Pieni tai suuri sikiö raskausviikkoihin nähden (alle 2,5, kg tai yli 4,5 kg)
- Aiempi synnytyskomplikaatio (esim. verenvuoto yli 3000 ml, fetus mortuus)
- Aiempi kohtuarpi

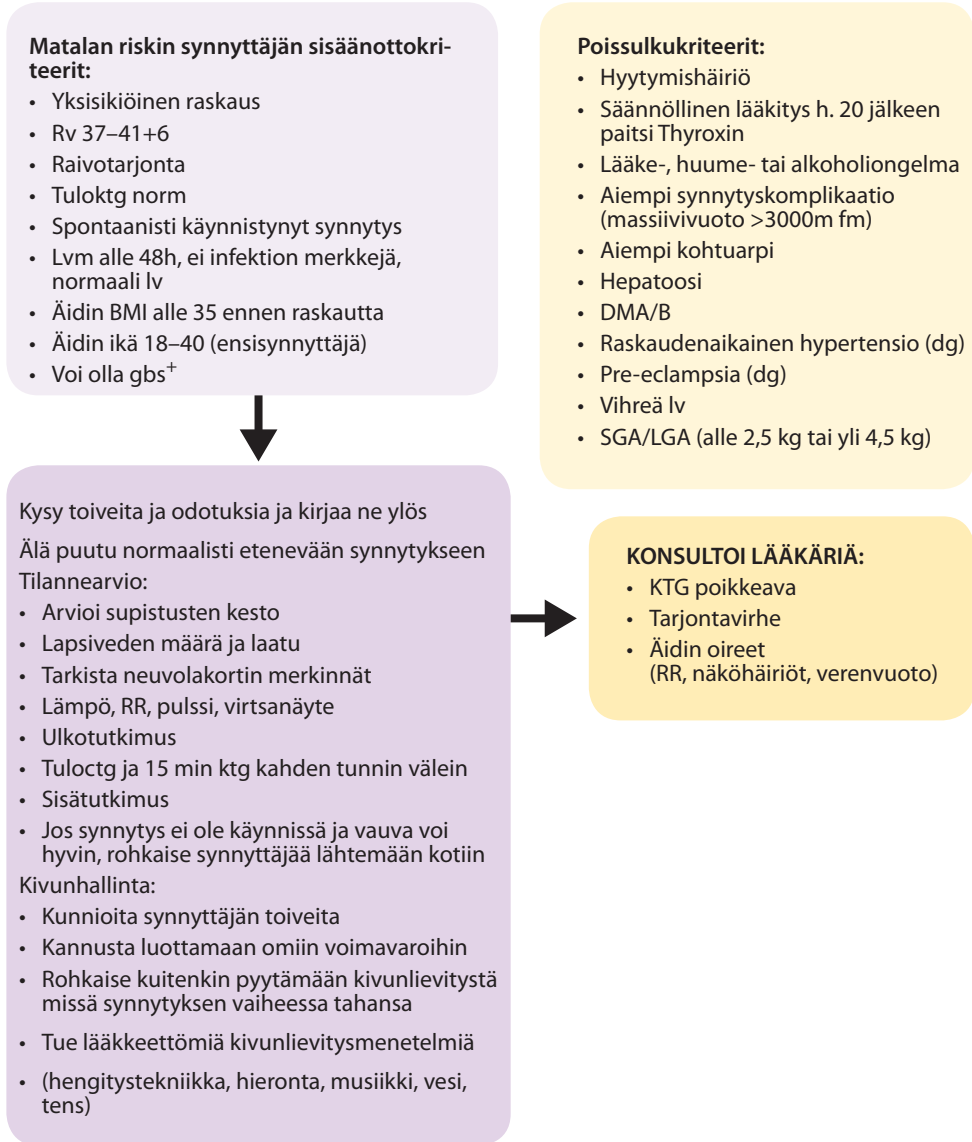
MATALAN RISKIN SYNNYTTÄJÄN HOITO

Synnyttäjän tullessa sairaalaan tehdään tulovaiheen arvio. Mikäli kriteerit täyttyvät, kirjataan synnyttäjä matalan riskin synnyttäjäksi (MARISKI). Hoidon lähtökohtana on ajatus, että matalan riskin synnyttäjää voidaan hoitaa vähemmällä rutiininomaisilla toimenpiteillä kuin riskisynnyttäjää. Riskinarviossa tunnistetaan paitsi nämä MARISKI-synnyttäjät, myös synnyttäjät, jotka vaativat tarkempaa huomiota.

Tiedetään, että tarpeeton puuttuminen normaaliin synnytysprosessiin, kuten kalvojen puhkaisu tai synteettinen oksitosiini-infuusio lisäävät sekä äidin että lapsen komplikaatioiden riskiä (Romano & Lothian 2008). Sen sijaan normaalisynnytystä tukevat menetelmät kuten liikkuminen, hyvän asennon hakeminen ja äidin tarpeisiin vastaaminen sekä lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttäminen kirjattiin matalan synnytyksen hoito-ohjeen osaksi. Koska synnytyksen kulkua ei voi ennalta tietää, voidaan tilanteen mukaan muuttaa hoitosuunnitelmaa missä synnytyksen vaiheessa tahansa.

Matalan riskin synnyttäjän prosessin hoito-ohje on jaettu kolmeen osaan. Latenssivaiheella (kuvio 1), synnytyksen aktiivisella vaiheella (kuvio 2) ja ponnistusvaiheella (kuvio 3) on omat ohjeet. Joka vaiheessa on tärkeää huomioida synnyttäjän toiveet ja odotukset, kirjata ne synnytyskertomukseen sekä tukea ja rohkaista synnyttäjää. Prosessikuvaukseen lisättiin erikseen lääkärin konsultointia vaativat tilanteet. Poikkeava sykekäyrä, tarjontavirhe, äidin oireilu, infektiioireet, synnytyksen edistymättömyys, runsas verenvuoto, pitkittynyt ponnistusvaihe tai kättilön huoli synnytyksen kulusta ovat tällaisia tilanteita. Prosessin kuvaus kokonaisuudessaan on yhdistettävissä kuvioiden 1, 2 ja 3 avulla.

Latenssivaihe (SVO, 4a)



Kuvio 1. Matalan riskin synnyttäjän hoito-ohje. Latenssivaihe

Synnytyks käynnissä, avautumisvaihe (svo, synnytyssali)

Matalan riskin synnyttäjän sisäänottokriteerit:

- Yksikiöinen raskaus
- Rv 37–41+6
- Raivotarjonta
- Tuloktg norm
- Spontaanisti käynnistynyt synnytys
- Lvm alle 48h, ei infektiön merkkejä, normaali lv
- Äidin BMI alle 35 ennen raskautta
- Äidin ikä 18–40 (ensisynnyttäjä)

Poissulkukriteerit:

- Hyyttymishäiriö
- Säännöllinen lääkitys h. 20 jälkeen paitsi Thyroxin
- Lääke-, huume- tai alkoholiongelma
- Aiempi synnytykskomplikaatio (massiivivuoto >3000m fm)
- Aiempi kohtuarpi
- Hepatoosi
- DMA/B
- Raskaudenaikainen hypertensio (dg)
- Pre-eclampsia (dg)
- Vihreä lv
- SGA/LGA (alle 2,5 kg tai yli 4,5 kg)

Älä puutu jos etenee normaalisti

Kysy toiveita ja odotuksia ja kirjaa ne ylös
Sydänäänet

- 15 min ktg
- kahden tunnin välein
- Vedenmenon jälkeen
- Ennen puudutusta 15 min, puudutuksen ajan ja 30 min jälkeen

JA

- 20 minuutin välein ulkoisella anturilla vähintään 1 minuutin ajan supistuksen yli

SEURAA

- Supistusten voimakkuutta ja kesto
- Synnytyksen edistymistä ulkotutkimuksella ja synnyttäjää seuraamalla
- Sisätutkimus, RR, lämpö ja pulssi säännönmukaisesti
- Huolehdi, että synnyttäjä käy virtsalla säännöllisesti
- Huolehdi synnyttäjän jaksamisesta – kannattele ja kannusta
- Synnytys etenee normaalisti, kun kohdunsuu aukeaa ensisynnyttäjällä >1 cm/2h synnytyksen aktiivisessa vaiheessa
- Jokaiselle interventiolle (esim. kp, skalp, iv-infuusio, ravinnottaolo) tulee olla kirjattuna syy
- Kivunlievitys
 - Tue lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä (hengitystekniikka, hieronta, musiikki, vesi, läsnäolo ym.)
 - Mieti oikea kivunlievitys oikeaan aikaan tälle synnyttäjälle

KONSULTOI LÄÄKÄRIÄ:

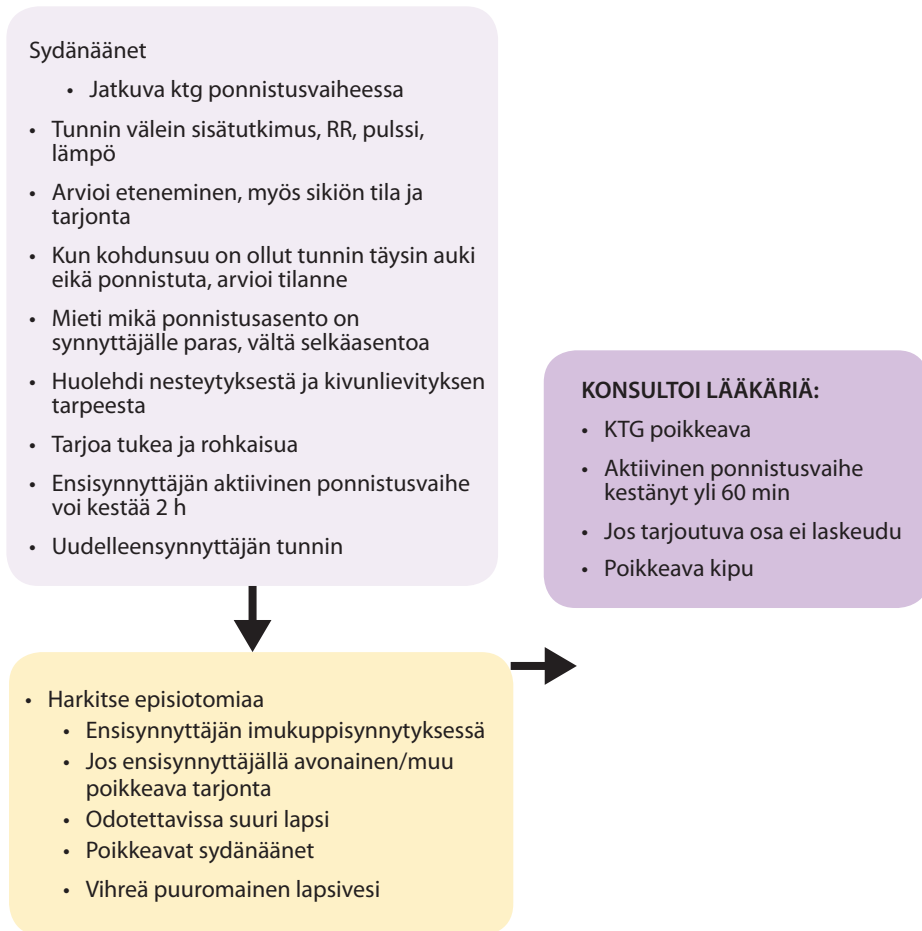
- Poikkeava ktg-
- Edistymättömyys
- Huoli synnytyksen kulusta
- Epäily tarjontavirheestä
- Infektio-oireet
- Runsas verenvuoto
- Neuvottelu kivunlievityksestä

JATKUVA KTG, jos:

- Vihreä lapsivesi
- Äidin kuume
- Kirkas verenvuoto
- Oksitosiini käytössä

Kuvio 2. Matalan riskin synnyttäjän hoito-ohje: Synnytyksen aktiivinen vaihe

Synnytyksen ponnistusvaihe



Kuvio 3. Matalan riskin synnyttäjän hoito-ohje: Ponnistusvaihe

Vaikka pääajatuksena oli tehdä hoito-ohjeistus matalan riskin synnyttäjille, voi ohjetta käyttää monin osin kaikkien synnyttäjien hoidossa. Erityisesti toivottiin lääkkeettömien kivunlievitysten, liikkumaan kannustamisen ja kätilön läsnäolon ja tuen vaikuttavan positiivisesti synnytyksen kulkuun ja estävän rutiinomaista kalvojenpuhkaisua ja synteettisen oksitosiinin käyttöä.

PROJEKTIN JALKAUTTAMINEN

Jotta uusi hoitomalli tulee osaksi potilaan hoitoa, sen jalkauttamiseen eli implementointiin täytyy kiinnittää erityistä huomiota. Käytännön esteitä voivat esimerkiksi olla tiedon puute, unohtaminen tai johtamiseen liittyvät esteet (Prior ym. 2008). Tämän projektin tuotoksena luotua mallia jalkautettiin seuraavan vuoden ajan jatkoprojektissa.

Vuosien 2012–2014 aikana henkilökunnalle järjestettiin useita koulutuksia. Projektiryhmän jäsenet veivät mallia eteenpäin omalla esimerkillään ja ohjasivat samalla kollegoita. Mallin käyttöönoton aikana tehdyssä kyselyssä henkilökuntaa pyydettiin vastaamaan synnyttäjän syömistä, liikkumista, liikkumaan kannustamista, synnyttäjälle tehtyjä toimenpiteitä sekä kättilön asenteisiin ja omaan työtapaan liittyviin kysymyksiin. Vastaajista kaksi kolmasosaa totesi oman työtapsansa muuttuneen ja koki saaneensa luvan käyttää kättilön taitoja synnyttäjän hoidossa (ilman turhia puuttumisia). Työtapsojen muuttuminen ilmeni esimerkiksi niin, että kättilöt kehoittavat synnyttäjiä enemmän liikkeelle, kokeilivat enemmän lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ja antoivat synnytyksen edetä omaan tahtiin synnytyksen aikana. Projektin loppukyselyssä todettiin, että synnyttäjät saivat syödä useammin ja heitä kannustettiin liikkumaan enemmän kuin ennen. Lisäksi kalvojenpuhkaisu tehtiin harvemmin ja matalan riskin synnyttäjät olivat harvemmin jatkuvalla sykekäyrällä kuin alkumittauksen aikana. Oksitosiinin vähentynyt käyttö synnytyksissä tosin herätti myös kritiikkiä. Kaikilla kyselyyn vastanneilla työtyytyväisyys oli kuitenkin joko parantunut tai pysynyt ennallaan projektin loppuvaiheessa.

Jatkoprojektin aikana seurattiin uuden mallin vaikutuksia, varsinkin vastasyntyneiden voinnin osalta. Seuranta-aikana vastasyntyneiden syntymänaikaisessa voinnissa ei ollut muutosta eikä jaksottainen sykeseuranta näyttänyt vaikuttavan vastasyntyneen vointiin. Projektin loppuvaiheessa mitattiin kättilöiden synnytyksessä käyttämiä hoitomenetelmiä (ruoan antaminen, kalvojenpuhkaisu, iv-kanyylin laitto, katetrointi, liikkumaan kannustaminen) ja oksitosiinin käyttöä. Todettiin, että matalan riskin synnytyksen hoitomallin käyttöönoton jälkeen vuonna 2012 oksitosiinia käytettiin aluksi vähemmän kuin ennen (52 %), mutta jo kaksi vuotta projektin loppumisen jälkeen oksitosiinin käyttö nousi ja oksitosiinia sai 60 % synnyttäjistä.

POHDINTA

Tutkimustiedon tai hoitosuosituksen jalkautuminen käytännön toimintata-
vaksi kestää noin 10–15 vuotta (Melnyk & Fineout-Overholt 2015). Tässä
matalan riskin synnytyksen kriteerit-projektissa innokkaimmat ottivat ma-
talan riskin toimintamallin nopeasti osaksi omaa työtapaansa, osalla muu-
tos tapahtui hitaammin. Selkeä ohjeistus kannusti kuitenkin kokeilemaan.
Kuten Prior (2008) toteaa, uuden toimintatavan käyttöön ottamiseen voi
vaikuttaa puutteellinen tieto tai unohtaminen. Näihin on pyritty vaikut-
tamaan Mariski-koulutuksilla sekä ohjeilla. Koulutuksen tulisi kuitenkin
olla jatkuvaa asian esillä pitämistä ja muistuttelua, koska muuten palataan
herkästi vanhoihin totuttuihin tapoihin. Esimiehen vaikutus hoitomallin
käyttöön ottoon ja sen pysyvyyteen on myös huomattava. Esimerkiksi
kehityskeskustelut ovat esimiehelle hyvä tilaisuus vaikuttaa työntekijän
asenteisiin. Työntekijällä on hyvä tilaisuus reflektoida omaa osaamistaan
kokeillessaan uusia tapoja hoitaa synnyttäjää.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (2007) suositel-
tiin matalan riskin synnytyksen hoitosuosituksen laatimista. Kansallista suo-
situsta ei vielä ole laadittu, mutta Matalan riskin synnytyksen kriteerit -pro-
jektissa tuotettiin kansallinen perusta aiheelle. Tampereen mallia on esitetty
useiden sairaaloiden edustajille sekä Suomessa että kansainvälisesti. Turun
ja Oulun yliopistosairaaloiden sekä Helsingin sairaanhoitopiirin synnytys-
sairaaloiden edustajat kävivät tutustumassa Mariski-projektiin keväällä
2015. Samana keväänä projektia esiteltiin European congress on intrapartum
care -kongressissa Portossa. Helsingin sairaanhoitopiirissä toiminut Noriski-
työryhmä laati oman mallin matalan riskin synnyttäjille. Tämä Haikaramalli
poikkeaa vain hieman Tampereen mallista (Saari-Kemppainen 2016). Haika-
ramallin mukaista synnytyksen hoitoa toteutetaan Kätilöopiston, Jorvin ja
Naistenklinikan sairaaloissa (HUS 2016). Huomion kiinnittäminen normaali-
synnytykseen ja sitä tukeviin menetelmiin on hyvä asia. On toivottavaa,
että kaikki suomalaiset synnytyslaitokset ottaisivat käyttöön näyttöön pe-
rustuvia hoitomenetelmiä ja kohdentaisivat rajallisia resurssejaan järkevästi.

LÄHTEET

- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G.M.L. & Cuthbert, A. 2017. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.
- Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2002. Onko täysiaikainen synnytys luonnollinen tapahtuma vai lääketieteellinen ongelma? *Duodecim* (118), 2157–2178.
- HUS. 2016. Haikaramallinen synnytyksen hoito ja Perhepesä-osasto vastaavat synnyttäjien toiveisiin. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Haikaramallinen-synnytyksen-hoito-ja-Perhepesä-osasto-vastaavat-synnyttäjien-toiveisiin.aspx>
- Kukko, S-K. 2013. Nykytilan kartoitus normaalisynnytyksen hoitamisessa. Tampereen ammattikorkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55492/Kukko_Sanna_Kaisa%20%20Nykytilan%20kartoitus%20normaalisynnytyksessa.pdf;sequence=1.
- Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. 2015. Evidence-based practice in nursing & healthcare. Philadelphia; Wolters Kluwer.
- Prior, M., Guerin, M. & Grimmer-Somers, K. 2008. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14, 888–897.
- Romano, A.M. & Lothian, J.A. 200. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37, 94–105. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x.
- Saari-Kemppainen, A. 2016. Matalan riskin synnytykset: Haikaramalli. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS-NaiS/luennot/Documents/Alueellinen%20koulutus%209.11.2016.pdf>
- Sandin-Bojö, A-K., Larsson, B., Axelsson, O. & Hall-Lord, M-L. 2006. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery* 22, 207–217.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen: Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö: 2007:17
- WHO. Care in normal birth: a practical guide. 1999. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/

27 Tampereen yliopistollisen sairaalan uuden synnytysyksikön rakentamista ohjaavat periaatteet ja käytännöt

Outi Palomäki, Dosentti, Naistentautien ja synnytysten sekä perinatologian erikoislääkäri

TIIVISTELMÄ

Artikkeli esittää Case-tyyppisesti vuositasolla 5000–6000 synnyttäjän yliopistollisessa sairaalassa (Tays) sijaitsevan synnytysyksikön suunnitteluprosessin vaiheet.

Hanke aloitettiin nykytilan kartoituksella, jossa nostettiin esille muutostarpeet ja vahvuudet nykyisessä toiminnassa ja tiloissa. Tulevaisuuden toimintaympäristöä kartoitettiin lääketieteellisestä näkökulmasta, väestöennusteiden, sairastavuuden, synnyttäjien ikäprofiilin ja sairaalaketän muutosten valossa sekä näyttöön perustuvan tilasuunnittelun periaatteisiin sitoutuen. Synnyttäjien ja heidän puolisoidensa mielipiteitä kuunneltiin suunnitteluprosessin kahdessa eri vaiheessa järjestetyissä workshopeissa, joissa esiin nostetut toiveet pystyttiin suunnittelun edetessä toteuttamaan hyvin. Tulevaisuuden synnytysyksikkö muotoutui näissä suunnitelmissa koostumaan kokonaisuudesta, jossa synnyttäjä saapuu suoraan yksikköön, ja latenssvaiheelle, aktiivisen synnytyksen vaiheelle ja synnytyksen jälkeiselle seurannalle on suunniteltu omat tilansa ilman, että perheen tarvitsee siirtyä yksiköstä toiseen. Myös polikliinisen kotiutumisen mahdollisuus synnytyksen jälkeen otettiin huomioon. Leikkaussalit ja heräämötasoinen tarkkailu sekä äidille että lapsille isän läsnäolomahdollisuuksineen suunniteltiin yksikön kokonaisuuteen.

Myöhempi suunnitteluvaihe koostui konkreettisen tilatarpeen määrittelyn jälkeen pohjapiirustussuunnittelusta ja erikoissuunnittelusta. Pohjapiirustusten valmistuttua rakentamisen suunnittelu ja toteutus siirtyivät rakentamisen ammattilaisten käsiin, ja käyttäjien kanssa jatkettiin jo varhaisessa vaiheessa aloitettua uusien toimintamallien suunnittelua, toteuttamis- ja koulutussuunnittelua ja koulutusten toteutusta, jotta henkilökunta olisi valmis muuton jälkeen toiminnan muutokseen. Tays Syntymäpaikka tulee vuonna 2020 tarjoamaan synnyttäjälle ja hänen puolisolleen synnytys-

paikan, jossa synnyttäjien ja henkilökunnan toiveet ja tarpeet sekä näyttöön perustuva tilasuunnittelu on huomioitu. Luonnollisen synnytyksen kulku turvataan samalla, kun tarjotaan paras mahdollinen synnytysturvallisuus yllättävissä tilanteissa.

ABSTRACT

This is a case report presenting the planning process of a tertiary center birth unit for 5000–6000 annual births in Tampere University Hospital (Tays), Tampere, Finland.

In the beginning, the current status, main weaknesses and strengths of labour and birth care processes and environment was examined. Medical aspects like expected birthrate, morbidity and obesity trends in population as well as trends to give birth in higher age, increasing cesarean section frequency etc. were estimated. Principles of evidence based hospital planning were taken into account from the beginning of the project. Wishes of parturients and their partners were collected in workshops and implemented into the plans. The vision about unit, in which the whole labour and birth process can be treated both in natural births and in severe birth complications safely was formed out. Operation theatres, recovery and monitoring rooms and special living room -type site for latent phase of labour were planned into the same entirety.

In the later phase of hospital planning, the concrete room needs were calculated and layout planning with architects was carried out. After this phase, the building was started by the engineering professionals, and our health care professional team could go on with implementation plans and education programs. Multi-professional planning team with representation of midwives, obstetricians, operative and neonatal nurses, anesthesiologists, secretaries and support service workers throughout the planning process has been essential. Tays Birthplace will welcome first families to give birth in 2020.

JOHDANTO

Suomen sairaaloiden rakennuskannassa todettiin Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksessä vuonna 2005 laajalti tarve sekä rakennusten että ilmanvaihtojärjestelmien peruskorjaukseen. Neljässä viidestä Suomen yliopistollisista sairaaloista ja lukuisissa keskussairaaloissa on päädytty remontoimisen sijaan uudisrakentamiseen, koska myös potilashoito on muuttunut oleellisesti sitten 1950–60-lukujen, jolloin suuri osa sairaaloista on rakennettu.

Tämä artikkeli kuvaa Case-tyyppisesti uuden synnytysyksikön suunnittelutyötä Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Tays) vuodesta 2009 alkaen kirjoitushetkeen, maaliskuuhun 2017 saakka.

UNELMISTA VISIOIKSI

Taysin synnytysyksikön tilat valmistuivat vuonna 1962, ja ne oli alun perin suunniteltu 3000 synnyttäjälle / vuosi. Projektin alkaessa vuosittain Taysissa synnytti jo yli 5000 naista, joten tilat olivat vähitellen käyneet ahtaiksi. Lääketieteen kehitys ja suuremmat laitekannat sekä isien mukaantulo synnytykseen olivat aiheuttaneet sen, että yksittäisten synnytyshuoneiden seinät tuntuivat tulevan vastaan. Unelma tai toive uudenaikaisista tiloista alkoi versoa työntekijöissä samaan aikaan kuin monilla muillakin erikoisaloilla sairaalassamme.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alkaessa suunnitella Taysiin kriittisten ydintoimintojen uudisrakennusta sairaanhoitopiirin johto priorisoi synnytys- ja vastasyntyneen hoitoprosessin yhdeksi kolmesta kriittisimmästä tilatarpeesta uudisrakennukseen. Edeltävästi toimialueella oli tehty laajasti sekä ulkopuolisia että sisäisiä selvityksiä toiminnan laadun arvioimiseksi ja toimintojen kehittämiseksi. Tilaongelmat olivat nousseet merkitsevästi esille potilaiden hoitopalautteissa, henkilökuntakyselyissä ja vaara- ja haittatapahtuma -rekisteröinneissä. Taysin Uudistamisohjelman alaisena projektina käynnistyi vuonna 2009 Raskaus-synnytys-vastasyntynyt (Rasyva) -prosessin hankesuunnittelu. Tässä kokonaisuudessa uuden synnytysyksikön suunnittelu pääsi mukaan yhtenä neljästä alaprojektista. Oli aika siirtä toivomisen ja unelmoinnin tasolta käytännön visiointiin.

HANKESUUNNITTELU LIIKKEELLE NYKYTILAN KARTOITUKSESTA

Hankesuunnitteluvaihe toteutettiin siten, että koko Rasyva-prosessin suunnittelua johti perinatologin koulutuksen omaava osa-aikainen projektipäällikkö. Synnytysyksikön suunnittelua toteuttamaan koottiin moniammatillinen työryhmä, jonka jäsenyys perustui vapaaehtoisuuteen. Edustettuina olivat synnytyssalin kättilöt, synnytyslääkärit, neonataalisairaanhoitajat, lastenlääkärit, leikkaussalihoitajat, anestesia- ja lääkärit, sairaalahuoltajat, vä-

linehuoltajat ja sihteeri. Suunnittelukoordinaattori rakennuttamisyksiköstä osallistui lähes kaikkiin kokouksiin, ja lisäksi kokouksiin kutsuttiin rajapintahenkilö muista kolmesta suunnitteluryhmästä (raskaussyksikkö, vastasyntyneiden tehohoitoyksikkö ja äiti-lapsi-yksikkö). Moniammatillisuus todettiin isoksi vahvuudeksi suunnittelun eri vaiheissa, monesti eri ammattien edustajien näkemykset täydensivät toisiaan ja toiminnallisuus tuli huomioitua kaikkien yksikössä työskentelevien kannalta. Lisäksi kukin osasi tuoda esille potilasnäkökulmaa hieman erilaisista näkökannoista.

Hankesuunnittelu aloitettiin nykytilan kuvauksesta ja kartoituksesta. Synnyttäjän mahdolliset ongelmat, yksikössä annettavat hoidot, hoitoketjun kulku potilasvirtalaskelmiseen, henkilöstön määrä, toimintaluvut, nykyisten tilojen huone- ja neliömäärä sekä sijoittelun kannalta tärkeimmät sidosryhmät kartoitettiin. Tällä etsittiin kehittämisen- ja muutostarpeet sekä vahvuudet, joista erityisesti halutaan pitää kiinni muutosta suunniteltaessa. Omia toimintalukuja ja -malleja peilattiin muihin Suomen ja pohjoismaiden samankokoisiin synnytysyksiköihin, joista osaan tehtiin myös vierailukäyntejä.

Yksikössämme synnytyksen pirstaloituminen eli synnytyksen alkuvaiheen hoidon sijoittuminen synnytysvastaanottoon synnytyssalista erilleen, synnytyssalin tilanpuute ja vastasyntyneen hoidon alkuvaihetta hankaloittavat riittämättömät elvytys- ja valvontatilat todettiin keskeisimmiksi heikkouksiksi. Eristyshuoneen ja isien tilan sekä sektiopotilaiden ajanmukaisen valvontatilan puuttuminen rekisteröitiin. Synnytyssalit todettiin sekä kooltaan ja toiminnallisuudeltaan liian pieniksi, ja vastasyntyneen hoitopaikka sijaitti erillisessä välikössä erillään synnyttäneestä äidistä 1960-luvun hoitomallien mukaisesti. Myös salien lukumäärä todettiin kasvaneeseen synnyttäjien määrään, väestöennusteeseen ja uudistettuihin toimintamalleihin nähden liian vähäiseksi.

Keskeisimpinä vahvuuksina nykytilan kartoituksessa nousivat vahvasti esille kansainvälisestäkin huippuluokkaa olevan hätäsektiovalmiutemme mahdollistava synnytyssalin ja leikkaussalin välitön läheisyys sekä synnytyssalin ja vastasyntyneiden teho-osaston välitön läheisyys nopeine vastasyntyneen siirtymisaikoineen.

KATSE KOHTI TULEVAISUUTTA

Tulevaisuuden toimintaympäristöä ja sen haasteita pyrittiin kartoittamaan ottamalla huomioon muuttuvat käytännöt obstetriikassa; toisaalta kansainvälisesti sektioprosentti kasvaa, toisaalta sekä perhekeskeisen hoidon että lyhytjälkihoitoisen synnytyksen mahdollisuuden tarjoaminen vastaa perheiden odotuksia. Sairastavuuden ja lihavuuden kasvu väestötasolla sekä synnyttäjien keski-ikä nousu huomioitiin. Tilojen määrän laskemisen apuna käytettiin Väestörekisterikeskuksen väestöennustetta. Vuoden 2010 päivystysasetuksen edellyttämä alueemme yhden aluesairaalan synnytysten siirtyminen yksikköömme laskettiin mukaan suunnitelmiin.

Yliopistollisen sairaalan tehtävä on potilashoidon lisäksi opetus ja tieteellinen toiminta. Opiskelijoiden tarpeet sekä tieteellinen työskentely kliinisen tutkimustyön muodossa otettiin myös huomioon tulevaisuuden suunnitelmissa.

Synnytyssalitoiminnalle leimaa-antava piirre on työn läpeensä päivystyksellinen luonne. Kaikista synnytyksistä 75 % tapahtuu päivystysaikana, ja synnytystapahtuman luonnostaan spontaaniin luonteeseen liittyen potilasvirtoja ei suunnittelulla pystytä tasaamaan kuten sairaalan monissa muissa toiminnoissa on mahdollista. Esimerkiksi tutkittiin yksi kolmen vuoden jakso, jona aikana synnytyksien määrä sairaalassamme vaihteli 5–33 välillä / vrk ja yhden kätilövuoron (8 h) aikana oli hoidettavia synnyttäjiä ollut salissa 1–32. Myös toimenpidesynnytysten määrä vaihteli paljon päivittäin.

Yksikön suunnittelun vaatimukset asettuvat korkealle sekä hoitoketjujen toiminnan että tilojen suhteen, koska nyky-yhteiskunnassa synnytysten hoidon potilasturvallisuudessa lähestytään nollatoleranssivaatimusta.

Suunnittelussa otettiin huomioon näyttöön perustuvan tilasuunnittelun periaatteet. Yhä lisääntyvä määrä tutkimusnäyttöä osoittaa hoidon fyysisen ympäristön yhteyden potilas- ja henkilöstöturvallisuuteen, laatuun, potilaan käsitykseen hoidosta, henkilöstön työtyytyväisyyteen ja stressin määrään. Näyttöön perustuvina periaatteina linjattiin jo alkuvaiheen suunnittelussa myöhemmin toteutettaviksi mm. standardoidut tarvikekärryt ja kaapistot, potilassiirtojen minimoimistavoite, luontokuvat sisustuksessa,

hyvä äänieristys, puolison kokoaikainen läsnäolo ja siihen liittyvien tarpeiden huomioonottaminen ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen heti syntymän jälkeen. Kirjallisuus mahdollisen ns. matalan riskin synnyttäjien erillisestä synnytysyksiköstä käytiin läpi. Koska kyseisiin yksiköihin liittyy korkea prosentti potilassiirtoja ja joissain tutkimuksissa myös kohonnut sektioprosentti, päädyttiin suunnitelmassamme siihen, että potilassegmentointia vältetään ja pyritään potilaan toiveita kuuntelemaan, medikalisointia välttävään hoitoon kuitenkin jatkuvassa valmiudessa mahdolliseen hätätilanteen vaatimaan hoitoon.

Itse suunnittelutyön lisäksi varsinkin projektin alkuvaiheessa tarvittiin myös paljon ulospäin suuntautuvaa päättäjien ”lobbausta”, koska synnyttäjien ja vastasyntyneiden tarpeet, pehmeiden arvojen ja tarvittavan hätäsektiovalmiuden sekä potilasvirtojen hallitsemisen mahdottomuuden tosiasiat eivät ole helposti ymmärrettäviä.

TOIMINNAN SUUNNITTELU ILMAN RAJAAVIA SEINIÄ

Suunnittelussa lähdettiin liikkeelle synnyttäjän hoitopolusta ja perhekeskisyydestä. Pyrkimyksemme oli aktiivisesti päästä ajattelussa irti nykyisistä seinistä ja visioida uudet toimintamallit hoidontarpeen määrittelemillä tavoilla.

Moniammatillisen ryhmätyöskentelyn lisäksi järjestimme potilasworkshopin, jonne kutsuimme synnyttäneitä pariskuntia keskustelemaan kokemuksestaan ja toiveistaan synnytysairaialle. Näistä saimme koottua hyvän materiaalipankin toteutusta varten. Lähes kaikki kootut toiveet on suunnittelussa pystytty toteuttamaan. Perheiden toiveina olivat mm. isomat synnytyshuoneet, tilava suihkullinen wc-tila, ammehuoneita, hyvä äänieristys, synnytysvastaanotto lähelle synnytyssoleja, isälle lepopaikka synnytys saliin, laitospaisuuden vähentäminen, epäsuora valaistus sekä mahdollisuus olla perheenä yhdessä leikkauksen jälkeen.

Tulevaisuuden synnytysyksikkö muotoutui koostumaan kokonaisuudesta, jossa synnyttäjä saapuu suoraan yksikköön, ja latenssivaiheelle, aktiivisen synnytysten vaiheelle ja synnytysjälkeiselle seurannalle on suunniteltu omat tilansa ilman, että perheen tarvitsee siirtyä yksiköstä toi-

seen. Myös polikliinisen kotiutumisen mahdollisuus synnytyksen jälkeen otettiin huomioon. Leikkaussalit ja heräämötasoinen tarkkailu sekä äidille että lapsille isän läsnäolomahdollisuuksineen suunniteltiin yksikön kokonaisuuteen. Sairaana sikiön vuoksi tehtävät raskaudenkeskeytykset, kuolleeseen lapsen synnytykset ja ennusteeltaan toivottomien vastasyntyneiden saattohoito päädyttiin suunnitelmassamme keskittämään alusta loppuun synnytysyksikköön. Tältä potilasryhmältä oli edeltävästi saatu palautetta siitä, kuinka muiden raskaana olevien tai synnyttäneiden joukossa osastolla hoidettavana oleminen kuormittaa henkisesti muutenkin äärimmäisen vaikeassa tilanteessa.

Aiemmassa vaiheessa tehtyjen toimintalukujen pohjalta laadittiin tulevaisuuden ennusteluvut potilasvirroista ja erilaisten toimenpiteiden ym. eritystilaa vaativien toimintojen määristä. Suunnitelmissa otettiin iskulauseeksi ”20 synnytyssalia vuonna 2020”. Myöhemmässä suunnitteluvaiheessa lukumäärä tarkentui yhteensä 19 synnytyshuoneeseen, joista yksi on eristyshuone ali- ja ylipainemahdollisuudella, yksi suunnitellaan opetuskäyttöön sopivaksi esim. simulaatioharjoittelua varten, ja yksi sisustetaan lapsensa menettäneiden perheiden tarpeita ajatellen. Omia suunnitelmia peilattiin muiden sairaaloiden vastaaviin suunnitelmiin puolivuositain kokoontuvassa valtakunnallisessa synnytysyksiköiden ja vastasyntyneiden tehohoitoyksiköiden verkostokokouksissa.

KONKREETTINEN TILOJEN SUUNNITTELU ALKAA

Kun työryhmällä oli yhteinen visio siitä, miten tulevaisuuden hoito rakentuu, alettiin konkreettisempi suunnittelu. Tilojen tarve suunniteltiin aiempien selvitysten pohjalta huone huoneelta. Myöhemmässä vaiheessa laadittiin huonekortit jokaisesta tilasta. Nämä huonekortit aikanaan ohjaavat rakentamissuunnittelua. Synnytyshuoneen varustelu ja optimaalinen varusteiden sijoittaminen määritettiin, jotta arkkitehti pystyy arvioimaan neliötarpeen piirustusvaiheessa.

Layout- eli pohjapiirustusvaihe oli käyttäjien kannalta oleellisen tärkeä. Ryhmät kävivät pohjapiirustuksia läpi pitäen koko ajan mielessä perheen ja hoidon asettamat tarpeet. Useita palavereja järjestettiin sekä omalla ryhmällä että arkkitehtivetoisesti. Pohjien ollessa jo lähes val-

miit toteutettiin koko henkilöstölle avoimet tapaus-demonstraatiot. Niihin oli laadittu 9 erilaista potilastapausta, joiden hoitopolussa tuli esille mahdollisimman erilaisia käännteitä hoidon kulussa. Erityisesti hätätilanteita pyrittiin mielikuvaharjoitteiden avulla kuvantamaan ja pohtimaan, onko pohjapiirustuksen tilasuunnitelma toimiva. Tämä työskentelytapa osoitautui erittäin tärkeäksi ja hyödylliseksi.

Pohjapiirustuksia käytettiin apuna eri näkökulmien parhaan mahdollisen toteutumisen arvioinnissa. Järjestimme uuden potilasworkshopin kuullaksemme synnyttäjien ja heidän puolisoidensa mietteet suunnittelmissamme, tapasimme kotisyntyisiä hoitavan kättilön saadaksemme uusia näkökulmia sekä kutsuimme eri potilasjärjestöjen edustajia arvioimaan suunnitelmiamme esim.liikunta- ja näkövammaisten näkökulma huomiioon ottaen. Potilas- ja henkilöstöturvallisuus arvioitiin erillisissä kokouksissa sairaalan turvallisuuspäällikön johdolla.

RAKENTAMISEN SUUNNITTELU- JA TOTEUTUSVAIHE TOIMINNAN SUUNNITTELUN RINNALLA

Siinä vaiheessa, kun pohjapiirustukset olivat valmiit, suunnittelu alkoi enenevässä määrin siirtyä rakentamisen ammattilaisten käsiin. Käyttäjien edustusta toki tarvittiin monissa ilmastointi- viemäröinti- sähkö- ja laitteistopalaverissa. Tätä kirjoittaessa uudisrakennus alkaa olla pian harjakorkeudessaan, ja sisätyöt pääsevät kesän korvalla alkamaan. Kevään aikana käyttäjille esitellään jo sisäväri- ja sisustussuunnitelmia.

Käyttäjien kanssa etenimme pala palalta uutta toimintamallia rakentaen siten, että erilaisia tulevaisuuden yksikössä tapahtuvia toimintoja alaprojektoitiin. Tässä ajatuksena oli se, että uuteen muutettaessa tietty projektiryhmä on syvällisesti perehtynyt johonkin osa-alueeseen uudessa hoitokokonaisuudessa, ja voi toimia erityisasiantuntijana. Näin saatiin iso joukko työntekijöitä osallistumaan suunnitteluun tavoitteenaan yhdessä tekeminen perheen parhaaksi. Tämä lisää henkilöstön työhyvinvointia sekä suunnittelun aikana että muuton jälkeen. Yhden vuoden projektiryhmä suunnitteli polikliinisen synnytyksen kokonaisuuden, kriteeristön ja ohjeistukset. Toisena vuonna tehtiin kokonaisvaltainen suunnitelma lapsensa menettäneen perheen hoidosta. Koska yksikössä tulee jatkossa työskente-

lemään aiempaa useampia ammattiryhmiä leikkaussalien ja äiti-lapsi-tarkkailun myötä, on koulutusten ja perehtymisen suunnittelu ja toteutus ollut oleellisessa asemassa.

MUTKIA MATKALLA

Koska kyseessä on mittava, monivuotinen suunnitteluprosessi, on sen aikana tapahtunut myös odottamattomia asioita. Alkuperäisessä visiossamme toivoimme synnytysyksikön ja vastasyntyneiden tehohoitoyksikön sijaintia samaan kerrokseen. Koska neliömäärä näissä yksiköissä lisääntyy uudisrakennuksessa merkitsevästi, tätä ei ollut mahdollista toteuttaa. Arkkitehtisuunnittelussa otettiin potilasturvallisuus erityisesti huomioon potilassiirtoja ajatellen siten, että raskaus-synnytys-vastasyntyneiden tehohoitoyksiköiden välillä kulkee oma hissi vain näitä toimintoja varten, ja sen on sijoiteltu siten, että leikkaussalin viereisestä elvytyshuoneesta pääsee suoraan hissillä vastasyntyneiden teho-osastolle.

Väestöennusteiden paikkansapitämättömyys on havaittu viime vuosina valtakunnallisestikin. Alueellemme suunnittelun alkuvaiheessa ennustettu 14 % syntyvyyden kasvu on kääntynyt laskutrendiksi.

Jotkut käytännöt tai hoitomuodot ovat jo ehtineet muuttua projektin aikana, jolloin muutostöitä on sovellettu jo olemassa oleviin pohjiin. Kaikkea mahdollisia toiveita ja visioita ei toki ole ollut mahdollista taloudellisista syistä toteuttaa, ja rakennuksen muoto on tuonut tiettyjä haasteita ja kompromissin tarpeita suunnittelussa. Ahtaista tiloista isompiin neliöihin muuttaminen tuo luonnollisesti käänttöpuolenaan myös pidemmät välimatkat kuljettaviksi yksikön sisällä.

TAYS SYNTYMÄPAIKKA 2020

Vuonna 2020 sairaalassamme synnytetään uudessa yksikössä, jonka nimeksi tulee Tays Syntymäpaikka. Synnyttäjälle ja hänen puolisolleen tarjotaan katkeamaton synnytyksen hoito alusta loppuun. Synnyttäjien ja henkilökunnan toiveet ja tarpeet sekä näyttöön perustuva tilasuunnittelu on huomioitu sekä tilojen että toimintamallien suunnittelussa. Luonnollisen synnytyksen kulku turvataan samalla, kun tarjotaan väestölle paras mah-

dollinen synnytysturvallisuus niissä tilanteissa, joissa synnytyksen kulku on epäsäännöllinen. Yksikön sisällä on tilat latenssivaiheen synnyttäjille, varsinaiset synnytyshuoneet ja lisäksi 2 leikkaussalia ja 5 äiti-lapsi-parin tarkkailuysikkö.

YHTEENVETO

Uuden synnytysyksikön suunnittelu on monen vuoden mittainen prosessi, jossa parhaimmillaan sulautetaan yhteen monitahoinen osaaminen henkilöstön taholta, synnyttäjien ja perheiden tarpeet ja toiveet sekä hyödynnetään moniammatillista rakentamisen suunnittelun ja toteuttamisen työryhmää. Parhaaseen tulokseen päästään, kun vuoropuhelu näiden eri ryhmien välillä on sujuvaa ja projektin vaiheen mukaan etenevää. Syntymäpaikka on tärkeä syntyvälle lapselle turvallisuuden ja perhekeskeisyyden näkökulmista, ja synnyttäjälle sekä hänen puolisolleen synnytysyksikössä koettut hetket ovat elämän tärkeimpiä. Näin ollen edellä kuvatut suunnittelun monet, välillä erittäin työläätkin vaiheet tuottavat parhaassa tapauksessa hyödyn ja ilon muutaman seuraavan vuosikymmenen sukupolvien vastasyntyneille ja heidän vanhemmilleen.

28 Vanhempien hoitoon liittyviä kokemuksia Tampereen potilashotellin lapsivuodeosastolla; Perheonnessa

Marika Mettälä, TtM, hoito- ja kättilötyön lehtori, Tampereen
ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Artikkelissa kuvataan vanhempien kokemuksia lapsivuodeajan hoidosta ja palvelukokemusta potilashotellin lapsivuodeosastolla. Aineisto kerättiin haastattelemalla Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Perheonni-osastolle siirtyneitä synnyttäneitä äitejä ja heidän puolisoitaan.

Vanhemmat kokivat potilashotellin lapsivuodeosastolla, että hoitajat olivat ammattitaitoisia, saatu hoito oli perhekeskeistä ja että hoito oli hyvää. Lisäksi vanhemmat kokivat, että saatu hoito oli yksityisyyttä kunnioittavaa, perheen hyvinvointia tukevaa ja perheen varhaisen vuorovaiikutuksen kehittymistä tukevaa. Vanhempien kehittämisehdotukset potilashotellin lapsivuodeosastolla annettuun hoitoon ja osaston toiminnalle käsittelivät hoitajien avuliaisuutta, ennakkoon annetun tiedon määrän lisäämistä ja parannusehdotuksia fyysisien tilojen toiminnallisuuteen. Palvelukokemusmittarin tulokset osoittivat, että saatu palvelukokemus oli hyvä kaikilla mittarin osa-alueilla. Vanhemmat kokivat saaneensa hyvää hoitoa ja kohtelua, hoito koettiin turvalliseksi ja hoitoa koskevat päätökset tehtiin vanhempia kuunnellen. Läheiset oli huomioitu hoidossa hyvin. Koko sairaalassa saadun palvelun vanhemmat kokivat hyväksi ja todennäköisesti he voisivat suositella sairaalaa läheisillensä.

ABSTRACT

The purpose of this article is to describe parents' experiences of postnatal care and survey parents' service experience on a patient hotel's postnatal ward. The qualitative research data was collected by interviewing mothers and their spouses on the Perheonni-ward of Tampere University Hospital in Pirkanmaa hospital district.

The parents experienced that the nurses were professional, the received care was family centered and the care was good on the patient hotel's postnatal ward. In addition parents experienced that the received care respected the privacy of

the family, supported the overall wellbeing of the family and supported their development in early interaction. The parents' suggestions for improvements of care and functions on a patient hotel's postnatal ward included the willingness of nurses to help and give advice, increase of given information beforehand and suggested improvements in the functionality of physical facilities. The results of the service experience survey indicated that the service experience was good in every part of the service experience survey. The parents experienced that they have had good care and treatment, received care had been safe and decisions were made with parents. Relatives were considered during the stay in hospital. The parents experienced that service in hospital was good and they would most likely recommend hospital to their families.

JOHDANTO

Artikkeli pohjautuu Mettälä Marikan (2015) Pro gradu -tutkielmaan ”*Vanhempien kokemuksia lapsivuodeajan hoidosta potilashotellin lapsivuodeosastolla*”.

Pro gradu -tutkielmaa varten haastateltiin TAYS:ssa synnyttäneitä äitejä ja heidän kumppaneitaan, jotka siirtyivät lapsivuodeajan hoidon ajaksi Perheonneen. Laadullisen aineiston haastattelut tehtiin syksyllä 2014. Haastattelun lisäksi haluttiin tarkastella valtakunnallisesti käytössä olevan palvelukokemusmittarin tuloksia samalta ajankohdalta Perheonnessa. Pro gradu-tutkielman määrällinen aineisto muodostui Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin asiakkailta kuukausittain kerättävän kansallisesti käytetyn palvelukokemusmittarin avulla saadusta materiaalista. Palvelukokemusmittari on strateginen mittari, jonka avulla saadaan tietoa siitä, minkälaiseksi potilas on kokenut hoito- ja palvelukokemuksensa. Palvelukokemusmittarilla saatua tietoa voidaan hyödyntää strategisen päätöksenteon tukena, vertailutietona ja toiminnan kehittämisen apuna.

LAPSIVUODEOSASTOHOITO TAYSISSA

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) kuuluvassa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS) on synnytyksiä noin 5500 vuosittain. Vaikka hoitoajat ovat lyhentyneet, ollen keskimäärin tällä hetkellä noin 2 vuorokautta, lapsivuodeosastoilla ei ole ollut tilan puutteen takia mahdollisuutta tarjota perhehuoneita synnyttäneille perheille ja siten siltä osin vastata lapsivuodeajan hyvän perhekeskeisen hoidon periaatteisiin. Raskaana olevien, syn-

nyttäjien ja synnyttäneiden hoitoprosessit ovat kuitenkin saaneet pääsääntöisesti positiivista palautetta. Palautteissa mainittiin kuitenkin toistuvasti koko perheen hoidon laatua heikentävänä tekijänä puute perhehuoneista.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin naistentautien ja synnytysten toimialueella sairaalan ja potilashotellin yhteistyön aloittamista varten perustettiin moniammatillinen projektiryhmä. Projektiryhmän toimintaa määrittäi sairaanhoitopiirin hallituksen kokeilusopimus, mutta tärkeimpänä toiminnan määrittäjänä nähtiin perheiden toiveet perhehuoneista synnytyksen jälkeen. Toisin sanoen potilaiden näkökulmasta katsottuna potilashotellin tavoitteeksi oli asetettu hoidon yksityisyys, yksilöllisyys ja perhekeskeisyys, sekä omaisten ja läheisten mahdollisuus majoittua lähelle. Ryhmän tarkoituksena oli luoda toimintamalli hotellin tiloihin sijoittuvalla perhehuoneita käsittävälle osastolle. Ryhmän tuli huolehtia sairaalan sisäisestä tiedottamisesta ja tiedottamisesta yhteistyökumppaneille ja rajapinnoilla työskenteleville osapuolille, laatia kriteerit siirtyville perheille sekä synnyttäneen että vastasyntyneen näkökulmasta, kuvata toimintamalli tilanteisiin, jolloin synnyttänyt äiti ja vastasyntynyt toipuvat normaalisti, mutta myös tilanteisiin joissa toipuminen ei ole normaalia tai tulee hätätilanne. Lisäksi projektiryhmän tuli kartoittaa ja hankkia tarvittavat laitteet ja varusteet toiminnalle, rekrytoida henkilöstö ja varmistaa valitun henkilöstön perehdyttämisestä.

Hotelli Norlandia Caren tiloissa aloitettiin hoitaa synnyttäneitä äitejä ja vauvoja perhehuoneissa kesällä 2013. Osasto nimettiin Perheonneksi. Aloitusvaiheessa potilaspaikkojen määrä määriteltiin seitsemäksi. Alkuun osastolla työskenteli yksi kättilö vuorokauden ympäri viikon jokaisena päivänä, joten hoidon laatu tai potilasturvallisuus pystyttiin takaamaan. Keväällä 2014 osaston potilaspaikkoja lisättiin siten että potilaspaikkoja oli 14–17. Henkilöstöä lisättiin myös, jokaisessa vuorossa työskenteli kaksi kättilöä. Potilaspaikkojen ja henkilökunnan määrä on vakiintunut toiminnan jatkuessa. Lastenlääkäri tekee vastasyntyneille kotiutustarkastukset Perheonnessa viikon jokaisena päivänä, ja on tarpeen tullen saatavilla. Obstetrikko ei kierrä säännöllisesti, mutta on puhelimitse tavoitettavissa aina tarvittaessa. Potilashotellissa tapahtuvan lapsivuodeosastohoidon tarkoituksena ei ole lisätä hoitopäivien määrää tai pidentää hoitoaikoja. Tavoitteena on, että perheet kotiutuisivat Perheonnesta samassa aikataulussa kuin perinteisiltäkin lapsivuodeosastoilta TAYS:ssa.

VANHEMPIEN KOKEMUKSET POTILASHOTELLIN LAPSIVUODEOSASTOHOIDOSTA HAASTATTELUN MUKAAN

Haastatteluissa vanhemmat kertoivat, että saatu hoito on hyvää ja perheen hyvinvointia tukevaa. Perheet kokevat, että potilashotellin lapsivuodeosastolla oleminen edesauttaa palautumista ja synnytyksestä toipumista ja että oleminen potilashotellin lapsivuodeosastolla antaa varmuutta vauvaperheen perusasioiden hoitamiseen. Saatu hoito on perhekeskeistä ja varhaista vuorovaikutusta tukevaa.

AMMATTITAITOISET KÄTILÖT

Vanhemmat arvioivat, että Perheonnan kätilöt ovat ammattitaitoisia, Vanhemmat tarkastelevat kätilöiden toimintaa monelta eri näkökannalta. Vanhemmat kertovat, että kätilöt vastaavat kysymyksiin ja heiltä saa neuvontaa ja tukea. Lisäksi kätilöillä on antaa aikaa ja huomiota riittävästi tuoreille vanhemmille. Vanhemmat saavat imetysohjausta ja tukea imetykseen liittyvissä asioissa. Vanhemmat kokevat, että kätilöt osaavat kysyä oikeat asiat, jotta pystyvät ohjaamaan vanhemmille ne vastasyntyneen hoitoon liittyvät asiat, joissa vanhemmilla saattaisi olla tiedollisia tai taidollisia puutteita.

PERHEKESKEISYYS

Perhekeskeisyys potilashotellin lapsivuodeosastolla on ilmeistä. Perheonnessa vanhemmilla on mahdollisuus olla perheenä alusta alkaen ja hoitaa vauvaa yhdessä. Vanhemmat kokevat, että sairaalassa yhdessä oleminen helpottaa mahdollisuutta sopia perheen sisäisestä työnjaosta ja harjoitella yhteistyön sujuvuutta uusissa rooleissaan vanhempina heti lapsen syntymästä alkaen. Lisäksi se, että kätilö huomioi isän ja että isälle ohjataan vauvan hoitoja ja käsittelyä, helpottaa isän roolin omaksumista. Isä ei koe olevansa ulkopuolinen tai vain vierailija. Isän saama emotionaalinen ja konkreettinen tuki vähentää isyyden roolin muodostumisen stressiä. Perheen aikaisimpien lasten läsnäolon mahdollisuus ja mahdollisuus tutustua vastasyntyneeseen on vanhempien kokemuksen mukaan myös tärkeitä.

HYVÄÄ HOITOA PERHEONNESSA

Hoito Perheonnessa ottaa huomioon perheet yksilöllisesti ja saatu hoito koetaan hyväksi. Perheonnen käytännöt tukevat perheen hyvinvointia ja edistävät varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä. Lisäksi hoito on turvallista, koska kätilöt ovat kaiken aikaa Perheonnessa saatavilla ja vastasyntyneen vointia seurataan tarkasti, esimerkiksi veriarvojen mittaaminen osastolla on mahdollista. Positiivisen ja turvallisen kokemuksen luominen lapsivuodeosastolla vietetystä ajasta on merkityksellinen vanhemmuuden kehittymisessä. Kätilöiden halu tehdä työnsä hyvin välittyy vanhemmille. Perhehuoneissa vanhemmat kokevat saavansa kokonaisvaltaista ja yksilöllistä ohjausta vauvan hoitoon ja päätöksentekoon. Vanhemmat kokevat hoidon hyväksi silloin kun fyysisestä turvallisuudesta huolehdittiin ja kun he saavat yhdessä varmistusta ja tukea uusissa rooleissaan vanhempina.

YKSITYISYYTTÄ KUNNIOITTAVAA HOITOA

Perheonnessa perheillä on mahdollisuus elää oman aikataulunsa mukaisesti. Perheet voivat hoitaa vauvaansa itsenäisesti, tietäen kuitenkin, että apu on aina saatavilla. He voivat vastaanottaa vieraita huoneeseensa silloin kun heille sopii. Perheiden ei tarvitse miettiä häiritseekö heidän vieraansa toisia perheitä tai toisten perheiden vieraat eivät keskeytä esimerkiksi imetyksen harjoittelua. Oma huone ja sen tuoma rauha ja mahdollisuus olla rauhassa oman vauvan kanssa lisäävät yksityisyyden tuntua. Oma wc- ja suihkutila lisäävät tietenkin myös yksityisyyden tuntua.

Osa vanhemmista toivoo, että kätilö kävisi työvuoron alussa huoneissa esittäytymässä ja tervehtimässä perhettä, se helpottaisi kysyttäessä apua, kun tietäisi jo etukäteen keneltä apua hakee. Saadakseen apua ja neuvoja, tulee itse hakeutua kätilön luokse kysymään neuvoja. Tämä käytäntö poikkeaa ns. normaalista sairaalatoiminnasta ja se saattaa aiheuttaa hämmennystä aluksi.

Osa uudelleensynnyttäjäistä arvioi, että saatu hoito olisi ollut heille ensisynnyttäjänä riittämätöntä. Ensisynnyttäjät eivät kuitenkaan kokeneet saaneensa riittämättömästi tukea Perheonnessa.

PERHEEN HYVINVOINTI

Perheonnessa vanhemmat kokevat, että hotelliympäristö vähentää potilaana olemisen ja sairauden tuntua. Se edesauttaa palautumista synnytyksestä takaisin normaaliin olotilaan ja edistää tunnetta omasta ja perheen hyvinvoinnista. Perhe toimii yhdessä kuten kotonakin, kantavat toisistaan vastuuta ja huolta, sekä ratkaisevat ongelmat itsenäisesti. Perheonnessa koko perhe käyttää omia vaatteitaan. Vauvalle puetaan myös omat vaatteet, ei sairaalan vaatteita, jolloin ajattelu ohjautuu enemmän ”meidän vauva” kuin ”sairaalan vauva” suuntaan. Perheen yhtenäisyys lisää äidin hyvinvointia ja luottamusta siihen, että perhe selviytyy vauvaperheen arjesta.

VARHAINEN VUOROVAIKUTUS

Vanhemmat kokivat, että hoito potilashotellin lapsivuodeosastolla tukee varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä. Tutustuminen uuteen perhelanteeseen ja vastasyntyneeseen mahdollistuu paremmin perhehuoneissa potilashotellin lapsivuodeosastolla. Tunne perheen yhtenäisyydestä lisää äidin hyvinvointia ja luottamusta siihen, että perhe selviytyy vauvaperheen arjesta. Perheonnessa on sekä äidillä että koko perheellä mahdollisuus tutustua vastasyntyneeseen ja harjaantua vastasyntyneen hoidossa ja vastasyntyneen tarpeisiin vastaamisessa. Vanhemmat kokevat, että Perheonnessa oppii luottamaan omiin kykyihin hoivata vastasyntynyttä, selviytyä perusasioiden hoidosta ja huomaa, kuinka vastasyntynyt rauhoittui lempeillä puheilla ja otteilla. Vanhemmat oppivat tulkitsemaan vastasyntyneen viestejä ja vastaamaan niihin. Pärjäämisen tunne ja luotto omiin kykyihin, lisää henkisiä voimia selviytyä vauvaperheen arjessa.

VANHEMPIEN KOKEMUS PALVELUSTA PALVELUKOKEMUSMITTARIN MUKAAN

Palvelukokemusmittarin tuloksia tarkasteltiin tutkimuksessa samana ajan-kohtana kuin haastattelutkin toteutettiin. 99 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoito Perheonnessa oli hyvää. Henkilökunnalta saamansa kohtelun 97 % koki hyvänä. Olonsa turvalliseksi hoidon aikana palvelukokemusmittarin

mukaan oli kokenut 98 % vastaajista, eikä kukaan vastaajista kokenut, että olo ei olisi ollut turvallinen hoidon aikana. 94 % vastaajista koki, että hoitoa koskeviin päätökset tehtiin yhdessä vastaajan kanssa. Vain 1 % vastaajista oli osittain eri mieltä siitä, että hoitoa koskevat päätökset olisi tehty yhdessä hänen kanssaan. ”Saamani tieto hoidosta oli ymmärrettävää” – väittämän kanssa samaa mieltä oli yli 97 % vastaajista. Läheisten mahdollisuus olla mukana hoidossa oli onnistunut 94 % vastaajilla. 96 % vastaajista koki, että heidän läheisiään oli kohdeltu Perheonnessa hyvin.

Palvelukokemusmittarin tulokset osoittavat, että Perheonnessa saatu palvelukokemus on hyvä kaikilla mittarin osa-alueilla. Palvelukokemusmittariin vastanneista 100 % arvioi, että voisi suositella sairaalaa läheisillensä.

YHTEENVETO

Vanhemmat kokevat, että olemalla perheenä perhehuoneessa he oppivat tulkitsemaan vastasyntyneen tarpeita. Se antaa varmuutta vastasyntyneen hoitoon ja huolehtimiseen liittyvissä asioissa ja se lisää vanhempien tunnetta siitä, että he tulevat pärjäämään vastasyntyneen kanssa kotonakin. Kun vanhemmat kantavat vastuun vastasyntyneestä huolehtimisesta ja hoitamisesta alusta alkaen, vanhemmuus, ja sen kehittyminen, voimistuvat.

On tärkeätä tiedostaa, millaiseksi perheet kokevat saamansa hoidon lapsivuodeosastoilla ja perhehuoneissa. Minkälaisia toiveita ja ajatuksia heillä hoidosta on. Haastatteleamalla perheitä pystytään kehittämään hoitoa perhehuoneissa ja perinteisillä lapsivuodeosastoilla. Lisäksi perheiden kokemuksien ja palautteiden avulla voidaan perustella perhehuoneiden lisäämistä uusia sairaaloita suunniteltaessa ja rakennettaessa.

TAYS:n Perheonneen pääseminen edellyttää tiettyjen kriteerien täyttymistä ja ne tulisi olla paremmin vanhemmilla tiedossa jo ennen synnytystä. Pyrkimys hyvään ja fysiologiseen synnytykseen edesauttaa perheen mahdollisuutta päästä Perheonneen lapsivuodeosastohoidon ajaksi. Yhteistyötä neuvoloiden, erikoissairaanhoidon ja hotellin välillä tulee jatkossakin kehittää, jotta tiedottaminen ja informointi saataisiin vanhempia paremmin palvelevalle tasolle.

Yksi Perheonnessa olleista isistä kiteytti kokemuksensa seuraavasti: *”Me ollaan täällä pienessä maailmassa (Perheonni), jossa kaikki on onneksi loppujen lopuksi tosi hyvin.”* Lauseessa yhdistyvät erinomaisesti keskeiset hyvän lapsivuodeosastohoitojakson osat; perhe on yhdessä, olo on turvallinen ja hyvä.

LÄHDE

Mettälä, M. 2015. Vanhempien kokemuksia lapsivuodeajan hoidosta potilashotellin lapsivuodeosastolla. (Pro Gradu tutkielma) Tampereen yliopisto.

29 Varhainen ihokontakti syntymän jälkeen

Soili Hautaniemi, TtM, kätilö, klinisen hoitotyön asiantuntija, Tyks Naistenklinikka

TIIVISTELMÄ

Maailman terveysjärjestö WHO:n ja YK:n lastenapurahasto Unicefin mukaan äidin tulisi saada täysiaikainen vastasyntynyt välittömästi ihokontaktiin normaalisynnytyksen jälkeen ja sektion jälkeen heti, kun sekä äidin että vastasyntyneen vointi sen sallii. Varhaisella häiriöttömällä ihokontaktilla on todettu myönteisiä terveysvaikutuksia sekä lapselle että äidille.

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (Tyks) toteutettiin Golden Hour -projekti, jolla edistettiin äidin ja vastasyntyneen välistä ihokontaktia sektiosynnytyksessä leikkaussalissa. Ennen projektia välitön ihokontakti toteutui normaalisynnytyksessä, mutta ei sektiosynnytyksessä. Toimintatapa tulee vakiinnuttaa kaikissa synnytyksissä synnytystavasta riippumatta, kun odotettavissa on täysiaikainen, terve vastasyntynyt.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) and the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) recommend that mothers and newborns have skin-to-skin contact (SSC) immediately after a vaginal birth, and as soon as the mother is alert and responsive after Caesarean section. There are many positive effects of SSC contact for newborns and mothers. This method of care is not routinely practiced in all obstetric settings, especially for neonates born by cesarean. We had Golden Hour -project in Hospital District of Southwest Finland in Department of Obstetrics and Gynaecology to promote SSC contact for healthy full-term infants after caesarean delivery. Early SSC should be standard care for healthy full-term infants in all kind of birth settings.

TAUSTA

Äidin ja vastasyntyneen välinen syntymän jälkeinen aika on tärkeä ja ainutkertainen. Äidin tulisi saada vastasyntynyt ihokontaktiin mahdollisimman pian syntymän jälkeen, mieluiten heti tai viiden minuutin sisällä syntymästä. Ensimmäisen tunnin aikana äitiä ja vastasyntynyttä ei tulisi häiritä tar-

peettomasti eikä heitä tulisi erottaa toisistaan ilman perusteltua syytä. Varhaista ihokontaktia tulisi jatkaa niin kauan, että siihen sisältyy ensi-imetys.

Ihokontaktilla tarkoitetaan sitä, että hyvin kuivattu ja alaston vauva asetetaan aikuisen paljasta ihoa vasten. Oleellista on se, että ihokosketus on mahdollisimman laaja. Vauvalla voi olla enintään vaippa ja myssy yllään. Vauva peitellään lämpimästi äidin ihoa vasten. Ihokontaktia eli kenguruhoitoa suositellaan kaikille vastasyntyneille. Se toteutuu normaalisti syntyneiden, terveiden ja täysiaikaisten lasten kohdalla hyvin. Heikommin se toteutuu sektion eli keisarileikkauksen jälkeen. Viime vuosina varhaiseen ihokontaktin toteuttamiseen myös sektion jälkeen on kiinnitetty huomiota Vauvamyönteisyysohjelman ansiosta, ja sitä toteutetaankin enenevässä määrin. Vauvamyönteisyysohjelma on kansainvälinen WHO:n ja UNICEFin käynnistämä toimintaohjelma imetyksen edistämiseksi, suojelemiseksi ja tukemiseksi. Sairaiden ja keskoslasten hoidossa kenguruhoito on ollut oleellinen osa hoitoa jo pitkään aina, kun se on mahdollista toteuttaa. Lyhytkin aika ihokontaktissa on tärkeä.

Saadessaan olla rauhassa äidin ihokontaktissa välittömästi syntymän jälkeen, vastasyntynyt tekee vaistonvaraisia toimintoja. Ne auttavat häntä selviytymään ja sopeutumaan kohdun ulkopuoliseen elämään. Imemisrefleksi on voimakas, ja sekä äiti että vastasyntynyt ovat herkkiä vastaanottamaan viestejä toisiltaan. Vastasyntyneen toiminnassa voidaan havaita 9 vaistonvaraista vaihetta, joiden aikana hän etsii omatoimisesti rinnalle imemään. Lapsen toiminnalla ja kaikilla vaiheilla on oma merkityksensä. Vaiheet käynnistyvät syntymäitkulla, jonka tarkoituksena on avata keuhkot ja eriyttää verenkierto. Välillä vauva kerää voimia, rauhoittuu ja rentoutuu uutta vaihetta varten. Vähitellen vauva heräilee ja alkaa liikehtiä, jonka aikana hamuilu lisääntyy. Lopulta hän liikkuu aktiivisesti ja ryömiä kohti rinnanpäättä välillä leväten. Jonkin ajan päästä lapsi nuoleskelee ja hieroo rinnanpäättä, mikä edistää maidon nousua rintoihin. Lopulta vastasyntynyt tarttuu omatoimisesti rintaan ja alkaa imeä. Lopuksi hän nukahtaa, ja saattaa nukkua pitkiäkin aikoja.

IHOKONTAKTIN HYÖDYT JA TURVALLISUUS

Ihokontakti hyödyttää sekä lasta että äitiä ja sillä on sekä lyhyt- että pitkäaikaisia vaikutuksia molempien terveyteen. Ihokontaktin on todettu laskevan vastasyntyneen syntymän jälkeistä stressitasoa, tukevan lämmönsäätelyä, verensokeritasoa ja hapetusta. Myös kellastumisen riski pienenee. Ihokontakti toimii myös kivunlievityksenä kipua aiheuttavan toimenpiteen, esimerkiksi injektioon kivunlievityksenä.

Varhaisen ihokontaktin on todettu tukevan äidin ja vastasyntyneen välistä kiintymyssuhdetta sekä vanhemmuutta. Päästessään lähemmäksi äidin kanssa, äiti ja vauva alkavat tutustua toisiinsa välittömästi. Äiti juttelee vauvalle, vuorovaikutus lisääntyy ja kiintymyksen tunteet heräävät. Varhaisen ihokontaktin ja imetyksen on todettu vaikuttavan vielä vuoden iässä myönteisesti äidin ja lapsen vuorovaikutukseen. Syntymän jälkeen on tärkeä mahdollistaa myös äidin ja vastasyntyneen välinen katsekontakti, mikä osaltaan vahvistaa tunnesidettä äidin ja lapsen välillä.

Ihokontakti edistää imetystä, sen alkamista ja mahdollisesti sen jatkumista etenkin sektion jälkeen. Kun vastasyntynyt pääsee äidin lähelle välittömästi, imetys käynnistyy nopeammin kuin niillä, jotka eivät pääse ihokontaktiin. Ensi-imetyksessä vastasyntynyt saa kolostrumia eli ternimaitoa, joka sisältää mm. runsaasti vasta-aineita. Imetyksessä äiti ja vauva saavat lisähyötyä imetyksen eduista.

Ihokontakti tulee toteuttaa turvallisesti ja siihen pitää valmistautua huolella. Vastasyntyntä ei voi jättää ihokontaktiin seuraamatta hänen vointiaan, koska syntymän jälkeinen aika on kriittinen. Lapsi tulee kuivata ja peitellä lämpimästi. Vastasyntynyt tulee asettaa hyvin äidin ihokontaktiin, mielellään sammakkoasentoon. Sammakkoasennossa vastasyntynyt on vatsa äidin ihoa vasten ja pää on kääntynyt sivulle päin. Lapsen nenä ja suu tulee olla näkyvissä, ja hengitystiet avoimina. Henkilökunnan tulee tietää käytännöstä ja osata ohjata vanhempia turvalliseen toimintaan. Vanhempien tulee myös tietää käytännöistä, olla suostuvaisia käytännön toteutukseen ja toisaalta olla varautuneita toiminnan muutoksiin.

IHOKONTAKTIN TOTEUTTAMINEN SEKTIOSSA – GOLDEN HOUR -PROJEKTI TYKSISSÄ

Tyksissä varhaista ihokontaktia äidin ja vastasyntyneen välillä on toteutettu pitkään normaalisynnytyksissä ja se on vakiintunut toimintatapa. Golden Hour -projektilla lähdettiin edistämään ihokontaktin toteuttamista myös suunnitelluissa sektiosynnytyksissä leikkaussalissa silloin, kun se on mahdollista äidin ja vauvan voinnin salliessa. Tavoitteena oli mahdollistaa häiriötön ihokontakti kaikille täysiaikaisille, terveille vauvoille ja äideille heti, kun se oli mahdollista vähintään ensimmäisen tunnin ajaksi.

Golden Hour -projektissa koottiin yhteen ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa moniammatillisessa tiimissä. Tiimi laati kirjalliset ohjeet turvallisen ihokontaktin toteuttamisesta sektiossa. Käytännön toteuttamista lähdettiin kokeilemaan muutaman aktiivisen kättilön toimesta. Kokeilun perusteella leikkaussaliin hankittiin hoitopöytä lapsen tarpeellisille hoitovälineille kuten rannekkeelle, vaipalle ja myssylle. Lisäksi kättilöt, jotka osallistuvat sektioäidin hoitoon muilla osastoilla, alkoivat ohjata vanhempia uuteen hoitokäytäntöön. Neuvoloiden terveydenhoitajia informoitiin uudesta toimintatavasta yhteisissä tapaamisissa.

Sektiossa leikkaava lääkäri ohjantaa vastasyntyneen kättilölle, joka kuu-
vaa vauvan leikkaussalissa olevalla hoitopöydällä ja laittaa navan yhdessä
isän kanssa hänen niin halutessaan. Vastasyntyneelle laitetaan potilastun-
nistusranneke ja K-vitamiini-injektio. Tämän jälkeen kättilö auttaa vauvan
äidin ihokontaktiin ja peittelee lämpimästi leikkauksen yhä jatkuessa. Vas-
tasyntynyt saa olla äidin lähellä ainakin ensimmäisen tunnin ajan eikä heitä
häiritä tarpeettomasti. Kättilö on läsnä koko ajan, tarkkailee, ohjaa ja auttaa
vauvaa sekä vanhempia.

Kättilö seuraa äidin ja vauvan vointia, auttaa imetyksessä ja rohkai-
see vanhempia tutustumaan lapseen. Leikkauksen jälkeen äiti siirretään
heräämöön. Lapselle tarpeelliset hoitotoimet tehdään 1,5–2 tunnin päästä

syntymästä ihokontaktin jatkuessa, mikäli mahdollista. Vaikka äiti ei imettäisikään, ihokontaktia pyritään toteuttamaan. Vauva siirtyy synnytysvuodeosastolle äidin lähellä, jossa ihokontakti jatkuu ainakin kuuden tunnin ajan ja kauemminkin äidin niin halutessa. Välillä vauva on myös isän ihokontaktissa esim. äidin syödessä.

KOKEMUKSIA IHOKONTAKTIN TOTEUTTAMISESTA

Äitien, vanhempien ja henkilökunnan mielestä kokemukset ihokontaktin toteuttamisesta ovat olleet myönteisiä silloin, kun se on ollut mahdollista toteuttaa. Monet vanhemmat ovat liikuttuneet saadessaan vastasyntyneen lähelleen ja pitäneet sitä yhtenä elämän tärkeimmistä kokemuksista. Henkilökunnan kokemusten mukaan ihokontaktissa olleita lapsia siirretään harvemmin tehostettuun hoitoon, kuin ei-ihokontaktissa olleita vauvoja. Jatkossa tulemme Tyksissä arvioimaan toimintaa ja kehittämään sitä edelleen.

Projekti ei ole vaatinut paljon investointeja ja se on käytännössä melko helppo toteuttaa. Uusien toimintatapojen kehittäminen ja kokeileminen on sen sijaan vaatinut uudelleen asennoitumista, moniammatillista yhteistyötä, uusimman tiedon hyödyntämistä, jakamista ja konkreettisia toimia. Leikkaustiimin tehtävänä on mahdollistaa Golden Hour aina, kun se on mahdollista, koska se on paras syntymän jälkeinen hoitomuoto täysiaikaiselle ja terveelle vastasyntyneelle. Vastasyntyneen Golden Hour perustuu näyttöön ja on tarkoituksenmukainen hoitomuoto ensimmäisen syntymän jälkeisen tunnin, kahden ajan

Olemme Tyksissä sitoutuneet noudattamaan ihokontaktin toteuttamista osana hyvää hoitoa ja tuemme erilaisia käytännön ratkaisuja löytääksemme parhaita käytäntöjä sen toteuttamiseen. Se on tilaisuus vaikuttaa myönteisesti lapsen ja vanhempien terveyteen ja hyvinvointiin. Ihokontakti hyödyttää sekä äitiä että vastasyntynyttä. Sen tulisi olla rutiininomainen hoitomuoto kaikissa synnytyksissä, joissa on odotettavissa terve, täysiaikainen lapsi.

LÄHTEET

- Anderzen-Carlsson, A., Lamy, Z.C., Tingvall, M. & Eriksson, M. 2014. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant-part 2: a qualitative metasynthesis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 13(9).
- Bramson, L., Lee, J.W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K. & Melcher, C.R. 2010. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation* 26(2), 130–7.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edborg, M., Matthiesen, A-S., Ransjö-Arvidson, B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K. & Widström, A-M. 2009. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 36 (2) 97–109.
- Dumas, L., Lepage, L., Bystrova, M., Matthiesen, A-S., Wells-Nyström, B. & Widström, A-M. 2013. Influence of skin to skin contact and rooming in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research* 22, 310–336.
- Elliot-Carter, N. & Harper, J. 2012. Keeping mothers and newborns together after cesarean. How one hospital made the change. *Nursing for Women`s Health* 16(4), 290–295.
- Moore, E.R., Bergman, N., Anderson, G.C. & Medley, N. 2016. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E. & Dahlen, H. 2014. Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: a review of the literature. *Maternal & Child Nutrition* 10, 456–473.
- Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Matsushima, M. & Kawabe, T. 2011. Comparison of salivary cortisol, heart rate, oxygen saturation between early skin to skin contact with different initiation and duration times in healthy full-term infants. *Early Human Development* 87(3), 151–7.
- THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Haku: Vauvamyönteisyysohjelma <https://www.thl.fi/fi>
- Widström, A-M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A. & Nissen, E. 2011. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica* 100, 79–85.
- Widström, A-M., Wahlberg, V., Matthiesen, A-S., Eneroth, P., Uvnäs-Moberg, K., Wener, S. & Winberg, J. 1990. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development* 21, 153–163.

30 Sairaalan vastasyntyneen hoito yhden perheen huoneissa - Couplet Care hoitomalli

Paula Stenfors, TtT, kättilötyön yliopettaja, TAMK

TIIVISTELMÄ

Couplet care hoitomallin keskeisenä tavoitteena on mahdollistaa sairaan vastasyntyneen ja hänen perheensä jatkuva yhdessä ole sekä antaa vastasyntyneelle mahdollisimman yksilöllistä ja laadukasta hoitoa. Couplet care hoidon lähtökohtana on tukea vanhempia tulkitsemaan vastasyntyneen viestejä ja kykyä vastata niihin. Erityistarkkailua ja hoitoa vaativien vastasyntyneiden hoito erillisissä perhehuoneissa vaatii hoitohenkilökunnalta uusia työmuotoja verrattuna aiempiin avomallisiin vastasyntyneiden teho-hoituhuoneisiin. Haasteellista on mm. yhteistyö ja kommunikaatio kollegojen kanssa sekä osaston tilanteen kokonaishallinnassa. Couplet care hoitomalli vaatii sairaalan rakenteellista uudistamista.

Couplet care hoitomallin on todettu parantavan sairaiden vastasyntyneiden hoidon laatua ja lyhentävän hoitoaikoja. Myös perheet ovat kokeneet hoitomallin hyväksi. Vanhempien kyky hoitaa omaa lastaan on todettu olevan parempi kuin perinteisellä avomallisella osastolla. Tämä johtunee yksilöllisemmästä ohjauksesta ja perhehuoneiden intiimistä ilmapiiristä, jossa perheet voivat avoimesti ilmaista tarpeitaan ja tunteitaan.

ABSTRACT

The most important aim of Couplet care is to give to an unhealthy newborn and his/her family an opportunity to be continuously together and give individualistic and high quality care to the newborn. Primarily in Couplet care the main idea is support parents to interpret the messages of the newborn and ability to respond to those. The care of a newborn who needs special observation in a single-family room calls for new working methods from nursing staff when compared to a traditional open-bay intensive care unit. There is also new challenges in co-operation and communication between colleagues. It's also challenging to monitor the situation in the whole unite simultaneously. Couplet care demands structural reformation in a hospital.

Couplet care has been found to improve the quality of care of newborns and to shorten the period of treatment. Also families have been satisfied with the new care model. Parents' ability to take care of their child has been better than in an open-bay neonatal intensive care unit. This may be a result of a more individualistic guidance and the intimate atmosphere of a single-family room, where families can openly express their needs and feelings.

JOHDANTO

Suomessa jokainen terve vastasyntynyt hoidetaan äitinsä kanssa vierihoidossa. Nyt tämä mahdollisuus halutaan suoda myös sairaille ja ennenaikaisille vastasyntyneille.

Perinteisesti tarkkailua tai tehohoitoa vaativat vastasyntyneet on hoidettu omilla osastoillaan erossa äideistään. Yliopistosairaaloihin tämän vuosikymmenen loppuun mennessä rakennettavien uusien naisten- ja lastensairaaloiden sekä keskussairaaloihin rakennettavien lisäsiipien myötä myös Suomessa mahdollistuu sairaiden vastasyntyneiden ja synnyttäneiden äitien hoito yhteisissä yhden perheen huoneissa toteuttaen ns. Couplet care hoitomallia. Sairaiden vastasyntyneiden hoidon siirtyminen yhden perheen huoneisiin vaikuttaa monin eri tavoin vastasyntyneen ja hänen perheeseensä hoitoon. Uusi hoitokäytäntö vaikuttaa myös osaston henkilökuntaan ja osaston rakenteeseen. Artikkelin perustuu kättilö Eveliina Karjalaisen opinnäytetyöhön.

COUPLET CARE SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN HOITOMALLINA

Ruotsissa Karoliinisen sairaalan vastasyntyneiden teho-osastolla on ollut jo noin kymmenen vuoden ajan käytössä sairaan vastasyntyneen perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistava hoitomalli, Couplet Care hoitomalli. Se pohjautuu vuonna 1986 lääketieteen tohtori Heidelise Alsin luomaan sairaan vastasyntyneen yksilöllistä kehitystä tukevaan hoitoon, NIDCAP:in, joka on lyhennetty sanoista "Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program". Sen tarkoituksena on mahdollistaa vastasyntyneiden mahdollisimman korkealaatuinen ja yksilöllinen hoito. Hoidon läh-

tökohtana on vastasyntysyntynein lähettämien viestien mahdollisimman tarkka ja oikea tulkinta sekä toiminta niiden mukaan. Couplet care hoitomallia toteutetaan koko lapsen sairaalassa olo ajan.

Couplet care hoitomallin tarkoituksena on minimoida sairaan vastasyntyneen ero perheestään, tukea vanhempien varmuutta vanhemmuudesta sekä edesauttaa vastasyntyneen ja vanhempien välistä kiintymystä ja sitoutumista tunnetasolla. Käytännössä vanhemmat kuljettavat sairaan vastasyntyneen osastolle, ideaalitulanteessa sylissä kantaen. Mahdolliset seurantalaitteet kuljetetaan mukana. Jos äiti esim. keisarileikkauksen vuoksi on kykenemätön kuljettamaan lastaan, isä kantaa lapsen vastasyntyneiden teho-osastolle ja saa näin ainutlaatuisen mahdollisuuden tutustua lapseensa.

PERHEEN JATKUVAN YHDESSÄ OOLON MERKITYS SAIRAALLE VASTASYNTYNEELLE

Tutkimuksissa mukaan sairas vastasyntynyt hyötyy Couplet care hoitomallista. Yhden perheen huoneiden vastasyntyneet siirtyvät aiemmin enteraaliseen ravitsemukseen, ja suurin osa heistä saa ravinnokseen oman äitinsä maitoa niin osastolla kuin kotiutuessaankin.

Yhden perheen huoneissa ilmenee vähemmän hengitykseen liittyviä ongelmia kuten apneoita. Erilaisten hengitystä tukevien laitteiden käytön tarve on myös vähäisempää. Rauhallinen ympäristö mahdollistaa vastasyntyneelle säännöllisemmän unirytmien ja pienemmän tarpeen rauhoittavalle lääkitykselle verrokkeihinsa nähden. Sairaiden vastasyntyneiden stressihormoni kortisolin erityös on saman tasoista molemmissa hoitoympäristöissä, mutta äiti-lapsi-parit reagoivat yhden perheen huoneissa paremmin toistensa stressiin. Joissain tutkimuksissa on tullut esille myös ristiriitaisia tuloksia. Sairailla vastasyntyneillä ilmenee yhden perheen huoneissa tutkimuksesta riippuen joko enemmän tai vähemmän infektioita verrattuna avomallisiin osastoihin.

JATKUVAN YHDESSÄOLON MERKITYS SAIRAAAN VASTASYNTYNEEN PERHEELLE

Vanhemmat kokevat tuntevansa lapsensa paremmin yhden perheen huoneissa päästessään hoitamaan lastaan enemmän verrattuna isompiin huoneisiin. Vanhemmat myös viettävät enemmän aikaa sairaan vastasyntyneensä luona yhden perheen huoneissa verrattuna avomallisiin osastoihin. Toisaalta vanhemmat voivat kokea paineita sairaan vastasyntyneen hoitoon osallistumisesta. Yhden perheen huoneiden vanhemmat kokevat kuitenkin yksityishuoneen olevan paras tilanne heille perheenä vastasyntyneen saadessa sairaalahoitoa.

Useissa eri tutkimuksessa todettu, että perheet ovat tyytyväisiä lisääntyneeseen yksityisyyteen perhehuoneissa. Yhden perheen huone suojaa sairaan vastasyntyneen perhettä muiden perheiden suruilta ja heillä on tilaa ilmaista paremmin omia tunteitaan. Enneaikaisesti syntyneen lapsen hoito yhden perheen huoneessa ei kuitenkaan ole todettu ehkäisevän synnyttäneiden äitien stressiä, synnytyksen jälkeistä masennusta eikä haavoittuvaisuuden kokemista. Perheen erottaminen muista samassa tilanteessa olevista perheistä yhden perheen huoneeseen toisaalta estää vertaistuen antamisen ja saamisen, jollei osastolle ole suunniteltu perheille yhteistä oleskelutilaa.

Vanhempien mielestä yhden perheen huoneessa on myös ajoittain yksinäistä. Toisinaan joutuu odottamaan pitkään henkilökunnan vastaus-ta kutsuun. Toisaalta he kokivat henkilökunnalla olevan enemmän aikaa heille. He kokevat saavansa paremmin tietoa hoidosta ja enemmän tukea ammattilaisilta entiseen verrattuna. Tämä lisää luottamusta henkilökuntaa kohtaan. Vanhempien tyytyväisyys osastoon, sen melutasoon ja valaistukseen kasvoi uudessa hoitoympäristössä. He kokivat myös, että yhden perheen huoneissa vastasyntyneen kivut havaitaan ja hoidetaan paremmin.

SAIRAA VASTASYNTYNEEN HOITOTYÖN TOTEUTTAMINEN PERHEHUONEESSA

Perhehuoneessa hoitotyön luonne muuttuu. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta koki kommunikaation olevan yhden perheen huoneissa runsaampaa, mutta myös haastavampaa kuin suuremmissa huoneissa. Henkilökunta kokikin olevansa vierailijana yhden perheen huoneissa, sillä perheellä on mahdollisuus luoda huoneeseen intiimi ilmapiiri. Tässä ilmapiiirissä perheen tunteet tulivat voimakkaasti esille. Henkilökunta kokeekin vanhempien ahdistuksen voimakkaampana ja vaikuttavampana yhden perheen huoneessa kuin avomallisella osastolla. Toisaalta henkilökunnan mielestä vanhemmat ottavat enemmän vastuusta ja heillä on paremmat kyvyt hoitaa lastaan.

Sairaan vastasyntyneen hoitaminen perhehuoneessa aiheuttaa henkilökunnalle myös ristiriitaisia tunteita. Osassa lähteistä osaston henkilökunnan huoli potilaiden turvallisuudesta lisääntyi siirryttäessä yhden perheen huoneisiin. Eräiden tutkimusten mukaan taas henkilökunta koki työskentelyn aiempaa turvallisemmaksi yhden perheen huoneita sisältävällä osastolla. Hoitajilla oli mahdollisuus keskittyä yhden perheen huoneissa paremmin yhteen potilaaseen kerrallaan, mikä voi vähentää hoitovirheitä. Henkilökunta koki lisääntyneen yksityisyyden myötä olevansa eristyksissä muista kollegoista ja negatiivisessa mielessä yksin yhden perheen huoneissa. Mahdollisuus yhteistyöhön työtovereiden kanssa koettiin vähentyneen. Hoitajat kokevat olevansa yhden perheen huoneessa loukussa etenkin akuuteissa tilanteissa, kun he ovat vastuussa muistakin potilaista. Kokevat hoitajat pelkäsivät myös, että kokemattomat hoitajat eivät huomaa pienempiä muutoksia vastasyntyneen tilassa. Hoitajia häiritsee, että yhden perheen huoneessa ei ole usein mahdollista oppia kollegojen työskentelyä seuraamalla.

Näkemykset siitä, vaatiiko Couplet care hoitomalli enemmän henkilökuntaa, ovat ristiriitaisia. Joidenkin tutkimusten mukaan henkilökunta muuttuu helposti riittämättömäksi, koska perhehuoneita sisältävällä osastolla ei ole mahdollista tehdä useita tehtäviä samanaikaisesti kuten avoimella osastolla. Henkilökunta koki tehtävien muuttuneen myös laajem-

miksi ja lukuisammiksi uudessa ympäristössä. Toisaalta eräiden lähteiden mukaan hoitajat eivät kokeneet tarvetta lisähenkilökunnalle yhden perheen huoneisiin siirtymisen jälkeen. Vertailtaessa henkilökunnan mielipidettä viestimisen laadussa työtovereiden välillä ei havaittu merkittäviä eroja perhehuoneiden ja avomallisen osaston välillä. Couplet care hoitomalliin siirryttäessä tarvitaankin fyysisen hoitoympäristön rakenteiden muutosta. Rakenteiden tulee olla sellaisia, että ne mahdollistavat perheiden yksityisyyden ja toisaalta henkilökunnalle mahdollisuuden tarkkailla osaston potilaiden tilannetta kokonaisuutena ja olla vuorovaikutuksessa keskenään esteettä. Tämä voidaan toteuttaa keskitetyillä valvomoyksiköillä ja tehokkaalla hälytysjärjestelmällä.

Yleisesti henkilökunnan tyytyväisyys työympäristöön ja itse työhön kasvaa siirryttäessä yhden perheen huoneisiin. Muutos kasvattaa heidän ammatillista itsetuottamustaan. Välttämätöntä muutoksen onnistumiselle on positiivinen asenne, ja jatkuva tietojen päivittäminen henkilökohtaisella tasolla. Hoitohenkilökunnan jäsenet olivat tyytyväisiä uudella osastolla käytettäviin teknisiin laitteisiin, sillä he kokevat ne luotettaviksi ja helppokäyttöisiksi, kunhan niihin on asetettu asianmukaiset hälytysrajat.

PERHEEN JATKUVAN YHDESSÄOLON MAHDOLLISTAMISEN VAATIMUKSET OSASTON FYYNISILLE TILOILLE

Couplet care hoitomalliin siirryttäessä joudutaan usein rakentamaan kokonainen uusi sairaala muutoksen mahdollistamiseksi. Uusi hoitoidea voidaan onnistua toteuttamaan myös pienemmällä muutoksilla. Eräällä osastolla vuodepaikkoja vähennettiin, ja näin oli mahdollista muuttaa osa osastosta yhden perheen huoneita sisältäväksi. Yhden perheen huoneista tehtiin kodinomaisia makuusijoinen ja säilytystiloineen. Joka tapauksessa uusi hoitokäytäntö vaatii toimivien tilojen lisäksi uudentyyppiset sairaan vastasyntyneen turvallisuuden takaamiseksi. Yhden perheen huoneiden rakentaminen osastolle vaatii myös paljon rahallisia resursseja. Yhden perheen huoneet vievät osastolta enemmän tilaa kuin useita potilaita sisältävät huoneet, mikä tekee niistä kustannuksiltaan kalliimpia kuin perinteiset avo-osastot. Siirtyminen yhden perheen huoneisiin parantaa kuitenkin osaston ilmanlaatua, valaistusta, melutasoa ja suhteellista ilmankosteutta.

Toisaalta Couplet care hoitomalli voi myös käyttöön oton jälkeen laskea hoidon kustannuksia. Yhden perheen huoneet lyhentävät hoitoaikoja, mikä pienentää hoidon kokonaiskustannuksia. Siirtyminen perinteisestä, avomallisesta vastasyntyneiden teho-osastosta yhden perheen huoneita sisältävään osastoon lyhentää hoitoaikaa 0,6–5,3 vuorokautta. Säästöjä sairaalalle ja yhteiskunnalle tulee myös sairaalahoidon jälkeen, sillä yhden perheen huoneessa hoidettujen jo kotiutuneiden keskosten hoidon tarve on pienempi kuin avomallisen osaston verrokkien.

YHTEENVETO

Sairaana vastasyntyneen ja hänen perheensä edut ovat etusijalla ajateltaessa Couplet care hoitomallin hyötyjä ja haittoja. Couplet care menetelmä parantaa sairaan vastasyntyneen hoidon laatua, mutta tuottaa myös haasteita sekä hoitohenkilökunnalle että sairaalan rakenteelliselle kehittämiselle.

Kokemuksia ja tutkimusta Couplet care hoitomallin toimivuudesta on vielä melko vähän. Vähän on tutkittu myös sen vaikutusta perheen muihin jäseniin, kuten perheen muihin lapsiin. Tutkimustietoa on myös erittäin vähän äidin saamasta hoidosta, vaikka jatkuvan yhdessäolon mukaisesti äitiä ja sairasta vastasyntynyttä hoidetaan yhdessä synnytyksen jälkeen. Yhden perheen huoneiden käyttö vaatii siis vielä lisää luotettavilla menetelmillä tehtyjä tutkimuksia, jotta voitaisiin tehdä luotettavia johtopäätöksiä niiden tulosten perusteella. Selvää kuitenkin on, että hoidosta yhden perheen huoneissa on hyötyä sekä sairaalle vastasyntyneelle että hänen perheelleen. Lisäksi henkilökunnan on omaksuttava uusia työskentelytapoja muutoksen mahdollistamiseksi.

LÄHTEET

Karjalainen, E. 2012. Perheen jatkuvan yhdessäolon mahdollistaminen sairaiden vastasyntyneiden hoidossa. Kirjallisuuskatsaus. Theseus, urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012112316163

Stevens, D.C., Helseth, C.C., Khan, M.A., Munson, D.P. & Reid, E.J. 2011. A comparison of parent satisfaction in an open-bay and single-family room neonatal intensive care unit. *Health Environments Research & Design Journal* 4 (3), 110–123.

Örtenstrand, A., Westrup, B., Berggren Broström, E., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., Lindberg, L. & Waldenström, U. 2010. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity. *Journal of American Academy of Pediatrics* 125(2), 278–285.



viva@

Rahoittaja: Sosiaali- ja
terveysministeriö,
Terveystieteiden tutkimuskeskus,
Terveystieteiden tutkimuskeskus
määräraha vuosina
2015–2017



Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisu.
Sarja A. Tutkimuksia 21.
ISSN 1456-0011
ISBN 978-952-5903-93-5 (nid.)
Tampere 2017

Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisu.
Sarja A. Tutkimuksia 22.
ISSN 1456-0011
ISBN 978-952-5903-98-0 (PDF)
Tampere 2017

