



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HALUAN VALITA KEISARI- LEIKKAUKSEN SYNNYTYSTAVAKSI

Syyt ja toiveet suunnitellulle keisarileikkaukselle

TEKIJÄT:

David Rosana
Sulkala Niia

| | |
|---|----------------------------|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | |
| Tutkinto-ohjelma Kättilön tutkinto-ohjelma | |
| Työn tekijät David Rosana & Sulkala Niia | |
| Työn nimi Haluan valita keisarileikkauksen synnytystavaksi – Syyt ja toiveet suunnitellulle keisarileikkaukselle | |
| Päiväys 05.11.2021 | Sivumäärä/Liitteet 50/3 |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Pelvic Angels | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Suunniteltu keisarileikkaus eli elektiivinen sektio on synnytystapamuoto, jonka voi saada Suomessa vain tietyillä kriteereillä ja lääkärin määräämänä. Suomessa suunnitellun keisarileikkauksen yleisimpinä syinä ovat synnytyspelko sekä äidin tai sikiön terveydelliset ongelmat. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää suunniteltuun keisarileikkaukseen johtavia syitä, sekä millaisena naiset ovat kokeneet keisarileikkauuspäätöksen saamisen. Opinnäytetyön tavoitteena oli saadun tiedon avulla syventää ymmärrystä naisten kokemuksista ja mahdollisesti kehittää synnytyksen suunnittelua eri toimintayksiköissä, kuten neuvoloissa. Työelämän toimeksiantajana oli Pelvic Angels, jonka on perustanut kaksi naisten terveyteen ja lantionpohjaan erikoistunut äitiysfysioterapeutti.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin Webropolissa laaditun kyselyn avulla ja kysely jaettiin heinäkuussa 2021 Pelvic Angelsin toimesta. Lopullinen tutkimukseen mukaan otettujen vastaajien määrä oli N=183. Tutkimustieto koottiin seuraavien tutkimuskysymysten avulla: ”Millä syillä odottavat äidit ovat saaneet suunnitellun keisarileikkauksen?”, ”Millä syillä odottavat äidit haluaisivat saada suunnitellun keisarileikkauksen?”, ”Haluaivatko odottavat äidit saada suunnitellun keisarileikkauksen vaivattomammin?”.</p> <p>Tuloksista selviää, että odottavat äidit ovat saaneet keisarileikkauuspäätöksen yleisimmin synnytyspelon, aiemman traumaattisen synnytyskokemuksen ja sikiön poikkeavan tarjonnan tai asennon vuoksi. Odottavat äidit olisivat halunneet suunnitellun keisarileikkauksen pääsääntöisesti omasta tahdostaan ja toiveestaan. Lisäksi pelko oman kehon toimimattomuudesta alatiesynnytyksen aikana, pelko sikiön ja lantion välisestä epäsuhdasta, sekä keisarileikkauksen vaiheiden ennakoitavuus olivat myös syinä suunnitellun keisarileikkauksen haluamiselle. Odottavat äidit olisivat halunneet itse vaikuttaa synnytystapapäätökseen perustelematta syitään. Enemmistö vastaajista koki, että suunnitellun keisarileikkauuspäätöksen saamisen tulisi olla helpompaa.</p> <p>Aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Aiheesta voisi tehdä jatkotutkimusta esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista koskien synnytystapapäätösprosessia tai laajempaa tutkimusta odottavien äitien kokemuksista. Lisäksi jatkossa voisi selvittää, onko suunnitellun keisarileikkauksen saamisen syissä alueellisia eroja, ja jos on, millaisia erot ovat ja mistä erot johtuvat.</p> | |
| Avainsanat Suunniteltu, keisarileikkaus, synnytyspelko, raskaus, syyt, kokemus, synnytystapa, synnytys | |

| | |
|--|--------------------------|
| Field of Study Social Services, Health and Sports | |
| Degree Programme Degree Programme in Midwife | |
| Authors David Rosana & Sulkala Niia | |
| Title of Thesis I Want to Choose a Caesarean Section as a Way of Delivery – Reasons and Wishes for a Planned Caesarean Section | |
| Date 5 November 2021 | Pages/Appendices 50/3 |
| Client Organisation /Partner Pelvic Angels | |
| <p>Abstract</p> <p>Planned caesarean section, or elective section, is a form of childbirth that can only be obtained in Finland by certain criteria and prescribed by a doctor. The most common causes of planned caesarean section in Finland are fear of childbirth, as well as health problems with the mother or fetus. The purpose of the thesis was to find out the reasons leading to the planned caesarean section, as well as what women have experienced in obtaining a caesarean section decision. The aim of the thesis was to deepen our understanding of women's experiences and possibly develop childbirth planning in various operating units such as prenatal clinic. The Client Organisation was Pelvic Angels, set up by two maternity physiotherapists specializing in women's health and pelvic floor.</p> <p>The thesis was carried out as a quantitative study. The research data was collected using a survey prepared in Webropol and the poll was distributed in July 2021 by Pelvic Angels. The final number of respondents admitted to the study was N=183. The research data was compiled using the following research questions: "On what grounds have expectant mothers received a planned caesarean section?", "On what grounds would expectant mothers like to have a planned caesarean section?", "Do expectant mothers want to have a planned caesarean section more effortlessly?".</p> <p>The study results show that expectant mothers have received a caesarean section decision most commonly due to fear of childbirth, previous traumatic experience, and deviant offering or posture of the fetus. Expectant mothers would have preferred a planned caesarean section mainly of their own accord and desire. In addition, fear of the inactivity of one's own body during vaginal birth, fear of fetal and pelvic disproportion, and the predictability of phases of caesarean section were also the reasons for wanting a planned caesarean section. Expectant mothers would have wanted to influence the decision about the delivery method themselves without giving their reasons. Most respondents felt that getting a planned caesarean section decision should be easier.</p> <p>The subject is timely and important. Further research could be carried out on the subject, for example, on the experience of health professionals during the decision process of the way of birth, or a larger study of the experiences of expectant mothers. In addition, finding out whether there are regional differences in the grounds for receiving a planned caesarean section would be interesting. If there are differences, then it would be worth studying why and what kind of differences there are.</p> | |
| <p>Keywords</p> <p>Planned, caesarean section, fear of childbirth, pregnancy, causes, experience, way of birth, childbirth</p> | |

SISÄLTÖ

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 5 |
| 2 | KEISARILEIKKAUS | 6 |
| 2.1 | Keisarileikkauksen määritelmä | 6 |
| 2.2 | Keisarileikkauksen taustaa | 6 |
| 2.3 | Keisarileikkauksen syyt ja luokittelu | 7 |
| 3 | SUUNNITELTUUN KEISARILEIKKAUKSEEN JOHTAVAT TEKIJÄT | 9 |
| 3.1 | Suunnitellun keisarileikkauksen määritelmä | 9 |
| 3.2 | Odottavan äidin lääketieteelliset syyt | 9 |
| 3.3 | Odottavan äidin synnytyspelko ja traumaattiset synnytyskokemukset | 12 |
| 3.4 | Aikaisemmat kohtuun kohdistuneet operaatiot | 15 |
| 3.5 | Sikiön terveydentilasta ja tarjonnasta johtuvat syyt | 16 |
| 4 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 19 |
| 5 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 20 |
| 5.1 | Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ja tiedonhaku | 20 |
| 5.2 | Kohderyhmä ja aineiston keruu | 22 |
| 5.3 | Aineiston analyysi | 23 |
| 6 | TULOKSET | 25 |
| 6.1 | Tutkittavan kohderyhmän taustatietoja | 25 |
| 6.2 | Odottavien äitien kokemuksia suunnitellusta keisarileikkauksesta | 31 |
| 7 | POHDINTA | 32 |
| 7.1 | Eettisyys | 32 |
| 7.2 | Luotettavuus | 33 |
| 7.3 | Tulosten pohdinta | 34 |
| 7.4 | Oma ammatillinen kasvu ja kehitys | 37 |
| 7.5 | Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet | 38 |
| | LÄHTEET | 39 |
| | LIITE 1: TUTKIMUSTAULUKKO | 43 |
| | LIITE 2: KYSELYN TUTKIMUSTIEDOTE | 46 |
| | LIITE 3: KYSELY | 47 |

1 JOHDANTO

Synnytystapakeskusteluja käydään hyvissä ajoin raskauden alkuvaiheessa. Kun riskejä alatiesynnytykseen liittyen ilmenee tai odottava äiti omasta aloituksestaan kyseenalaistaa alatiesynnytystä erilaisista syistä johtuen, synnytystapaa pohditaan ja synnytystapa lopulta päätetään synnytyslääkärin toimesta. Syitä suunniteltuun keisarileikkaukseen ovat pääosin sellaisia, jotka haittaavat äidin tai sikiön turvallisuutta ja hyvinvointia sekä synnytyksen kokonaisvaltaista kokemista. (Pallasmaa, Rautava & Timonen 2016.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen syntymärekisterin mukaan Suomessa vuodesta 2005 vuoteen 2014 saakka suunnitellut keisarileikkaukset vähenivät jopa 0,9 %, jonka jälkeen ne lähtivät hiljaiseen nousuun. Vuonna 2019 kaikista synnytyksistä 17,3 % suoritettiin keisarileikkauksella ja näistä synnytyksistä 6,9 % oli suunniteltuja keisarileikkauksia. Tällä hetkellä noin 7 % kaikista synnytyksistä toteutetaan suunnitellusti keisarileikkauksella. (Tilastoraportti 48/2020, 30.)

Kansallisten gynekologiyhdistysten maailmanjärjestön mukaan keisarileikkausta ei voida suorittaa ilman hyväksyttävää lääketieteellistä syytä. Lainsäädännössä määritellään, kuinka potilas voi kieltäytyä hoidosta ja toimenpiteistä, muttei kuitenkaan valita itselleen tietynlaista hoitoa. Tämän vuoksi keisarileikkaus toiveet käsitellään Suomessa jo raskauden varhaisessa vaiheessa esimerkiksi neuvolassa tai synnytyspelkopoliiklinikalla. Näin synnyttäjä saa mahdollisuuden keskustella turvallisessa ja luottavaisessa ympäristössä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa sekä tulla kuulluksi. (Saisto & Rouhe 2016, 1855.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Opinnäytetyön toimeksiantajana on yksityinen lantionpohjaan ja synnytykseen erikoistunut fysioterapia Pelvic Angels. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää suunniteltuun keisarileikkaukseen johtavia syitä ja millaisena naiset ovat kokeneet keisarileikkauspäätöksen saamisen. Opinnäytetyön tavoitteena on saadun tiedon avulla syventää ymmärrystä naisten kokemuksista ja mahdollisesti kehittää synnytyksen suunnittelua eri toimintayksiköissä, kuten neuvoloissa.

2 KEISARILEIKKAUS

2.1 Keisarileikkauksen määritelmä

Keisarileikkaus (latinaksi *sectio caesarea*) tarkoittaa leikkausta, jossa lapsi syntyy operatiivisesti vatsanpeitteisiin ja kohtuun tehdyn viillon kautta. Keisarileikkaus voidaan tehdä joko ennalta suunniteltuna tai nopeasti tehdyllä ratkaisulla eli hätäsektiona, mikäli äidin tai lapsen henki on vaarassa. Keisarileikkaus on yleinen leikkaustoimenpide Suomessa. (Vesterinen 2017, 175–176.)

Keisarileikkaus toteutetaan usein spinaalipuudutuksessa. Spinaalipuudutuksen tarkoituksena on puuduttaa leikkausalue täysin. Toisena yhtä kelpoisena vaihtoehtona käytetään epiduraalipuudutusta, jonka vaikutus alkaa spinaalipuudutusta hitaammin. (Uotila 2015c, 576.) Yleisanestesiaa käytetään tavallisesti silloin, kun kyseessä on päivystyksellinen hätäkeisarileikkaus (Tiitinen 2021).

Keisarileikkauksessa iho läpäistään alavatsalta poikittain tai alakeskiviillolla, jolloin pyritään saamaan enemmän näkyvyyttä ja työskentelytilaa alueeseen. Ihon avaamisen jälkeen edetään ihonalaiskudokseen ja saavutetaan faskiakudokset eli sidekudokset. Suorat vatsalihakset erotetaan faskiakudokista ja lihakset erotetaan toisistaan. Tämän jälkeen vatsakalvo avataan ja suodaan lapsen syntymiselle mahdollisimman paljon tilaa. (Uotila 2015c, 576.)

Sikiön ulosauttamisen jälkeen napanuoran sisältämä veri lypsetään takaisin sikiöön ja napanuora katkaistaan. Istukan poisto tapahtuu joko kohdun ulkopuolelta puristamalla tai käsin irrottamalla. Istukan poistamisen jälkeen suljetaan kohtulihas ja vatsanpeitteet kerroksittain. Leikkauksen jälkeen kohtu painetaan tyhjäksi verestä ja varmistetaan kohdun supistuminen. Tarvittaessa voidaan antaa kohtua supistavaa lääkettä. (Uotila 2015c, 576; Uotila & Tihtonen 2019, 586.)

2.2 Keisarileikkauksen taustaa

1500-luvun alussa keisarileikkauksia suoritettiin äidin kuoleman jälkeen, jolloin pyrittiin antamaan vauvalle mahdollisuus selvitä. Lisäksi keisarileikkauksia suoritettiin sillä periaatteella, että menehtynyt sikiö haudattaisiin erikseen uskonnollisista syistä. Naisen lantion anatomian ymmärtäminen kehittyi vasta 1500-luvun keskivaiheessa. Lantion anatomian ymmärtämisen myötä operatiiviset synnytukset kehittyivät 1700- ja 1800-luvuilla. (O'Sullivan 1990.)

Ensimmäinen onnistunut keisarileikkaus tehtiin Englannissa vuonna 1793. Ensimmäisestä onnistuneesta keisarileikkauksesta huolimatta 1800-luvun alussa äitien kuolleisuus keisarileikkausten yhteydessä oli edelleen suuri. Kuolemien syynä oli synnytyksen jälkeiset komplikaatiot, kuten verenvuoto tai haava-alueen infektio. (O'Sullivan 1990.)

1800-luvun loppuvaiheessa leikkausten suorittaminen oli helpompaa lääketieteen kehittymisen myötä (O'Sullivan 1990). Suomessa ensimmäinen onnistunut keisarileikkaus tehtiin Helsingissä vuonna 1888 Otto Ingemar Engströmin toimesta. Sekä äiti että lapsi selviytyivät kyseisestä leikkauksesta. (Vesterinen 2017, 179.) Leikkausten jälkeisten komplikaatioiden esiintyvyys väheni, sillä osattiin varautua mahdollisiin verenvuotoihin ja infektioihin. 1900-luvun alussa verensiirtoja alettiin suorittaa erikoistuneissa yksiköissä. Lisäksi erikoistuneissa yksiköissä otettiin käyttöön antibiootit, kuten penisilliini sekä antiseptiset lääkkeet. Lääkkeet vähensivät verenmyrkytyksen ja äidin kuoleman riskiä

synnytyksen yhteydessä ja synnytyksen jälkeen. Näin sekä alatiesynnytyksiä että keisarileikkauksia voitiin suorittaa turvallisesti ja valikoivasti ottaen huomioon synnyttäjän ja sikiön voinnin. (O'Sullivan 1990.)

Suunnitellut keisarileikkaukset ilman lääketieteellistä syytä ovat yleistyneet maailmalla. Monissa maissa keisarileikkausten osuus synnytyksistä on yli 40 %. (Saisto & Rouhe 2016, 1853.) Suomessa puolestaan vuoden 2019 Perinataalitulaston mukaan keisarileikkausten osuus oli 17,5 % synnytyksistä. Suomessa vuonna 2019 tehtyjen suunniteltujen keisarileikkausten osuus synnytyksistä oli noin 7,0 %. (Tilastoraportti 48/2020, 1, 30.)

Vuosina 2004 ja 2005 sekä myöhemmin vuosina 2007 ja 2008 tutkittiin ei-lääketieteellisten syiden keisarileikkausten esiintymistä Afrikassa, Etelä-Amerikassa ja Aasiassa. Tutkimus oli osa maailman terveysjärjestön eli WHO:n järjestämää terveystutkimusta ja siihen osallistui yhteensä 24 eri maata edellä mainituista maanosista. Kaiken kaikkiaan noin 286 000 synnytystapausta käsiteltiin. Souzan, Gulmezoglu, Lumbiganonin, Laopaidoonin, Carrolin, Fawolen & Ruyanin (2010) tutkimuksen mukaan Kiinassa suoritettiin kaikista eniten suunniteltuja keisarileikkauksia ilman lääketieteellistä syytä. Näiden prosenttiosuus oli 63 kaikista keisarileikkaustapauksista.

Keisarileikkauksen toiveen taustalla voivat olla uskomukset, kuten lapsen syntyminen oikeaan valittuun kellonaikaan. Lisäksi osoittaminen muille ihmisille olevansa taloudellisesti paremmassa tilanteessa, sekä ajatus synnytyksen olemisesta nopeampi ja miellyttävämpi. Toiveiden takana voi olla pelko ulkosynnyttimien vaurioitumisesta sekä seksuaalisen nautinnon vähenemisestä. Muun muassa Britanniassa keisarileikkaus tulee tehdä, kun synnyttäjä sitä itse toivoo. Toki yksilöllisen tuen ja hyvien näyttöön perustuvien perustelujen jälkeen. (Saisto & Rouhe 2016, 1853–1855.)

Suomessa suunnitellun keisarileikkauspäätöksen takana on useimmiten synnyttäjän pelko alatiesynnytystä kohtaan. Suunniteltua keisarileikkausta toivotaan harvoin sillä perusteella, että alatiesynnytyksellä voidaan pilata ulkosynnyttimet tai vaikuttaa seksuaaliseen nautintoon. Synnytyspelkodiagnoosi otettiin kansainvälisesti käyttöön vasta vuonna 1998. (Saisto & Rouhe 2016, 1853.)

2.3 Keisarileikkauksen syyt ja luokittelu

Keisarileikkaukset voidaan jakaa suunniteltuihin, kiireellisiin ja hätäkeisarileikkauksiin (Vesterinen 2017, 175).

Hätäkeisarileikkauksella tarkoitetaan päivystyksellistä leikkausta, joka tehdään hätäjärjestelyin. Tavoitteena on saada lapsi syntymään mahdollisimman pian hätäkeisarileikkauspäätöksestä. Leikkaukseen päädytään, kun äitiä tai sikiötä kohtaa akuutti hätätilanne. Tällaisia hätätilanteita voivat olla istukan äkillinen irtautuminen, sikiön hidas ja palautumaton syke tai napanuoran esiinluiskahdus. (Uotila & Tihtonen 2019, 586.)

Päätös leikkauksen toteutuksen ajankohdasta tulee tehdä lääkärin annettua keisarileikkauspäätöksen. Kiireelliset keisarileikkaukset päästään toteuttamaan ilman varsinaista kiirettä. Kiireellisessä keisarileikkauksessa synnyttäjälle ehditään tehdä tarvittavat leikkausvalmistelut ilman sen suurempaa hätää, toisin kuin hätäkeisarileikkauksessa. Toki synnytyksen ollessa käynnissä tulee pitkää odotus-

aikaa välttää. Kiireellisen keisarileikkauspäätöksen syynä voi olla sikiön asfyksian uhka eli sikiön hapenpuute tai alatiesynnytyksen pitkittyminen käynnistyksestä huolimatta. Alatiesynnytyksen pitkittyminen johtuu usein sikiön asennosta, äidin ahtaasta lantiosta tai kohdun supistusheikkoudesta. (Uotila 2015b, 574–575.) Kun synnyttäjällä on ollut enemmän kuin kaksi keisarileikkausta takana, on aiheellista harkita seuraavien synnytysten suorittamista myöskin leikkauksella (Alaraudanjoki 2017, 3; Vääräsmäki & Raudaskoski 2017, 347).

Keisarileikkauksella voidaan pelastaa kriittisiäkin tilanteita ja näin vähentää sekä äitien että vauvojen kuolleisuutta ja sairastuvuutta. On hyvä tiedostaa se, että keisarileikkauksien jälkeen voi ilmetä lyhytaikaisia ja pitkäaikaisia komplikaatioita niin kuin muissakin isoissa leikkauksissa. Keisarileikkauksen lyhytaikaisiin komplikaatioihin kuuluu leikkausalueen infektiot eli tulehdukset, verenvuodot, anestesiaan liittyvät haitat, laskimotukokset sekä kohdunpoiston tarve. Keisarileikkauksen pitkäaikaisiin komplikaatioihin kuuluu pääasiassa kohtuun ja istukkaan vaikuttavat vauriot. (Liu, Liston, Joseph, Heaman, Sauve & Kramer 2007, 457.)

3 SUUNNITELTUUN KEISARILEIKKAUKSEEN JOHTAVAT TEKIJÄT

3.1 Suunnitellun keisarileikkauksen määritelmä

Suunniteltu keisarileikkaus on vaihtoehtona silloin, kun sikiö on poikkeavassa tarjonnassa eli perä-, poikki- tai viistotilassa. Lisäksi sikiön koko ja mahdolliset syntymän jälkeiset hoitotoimenpiteitä vaativat sairaudet ovat indikaatioita leikkauksen suorittamiselle. Krooniset sairaudet kuten sydänsairaus tai raskauskomplikaation epäily ja sen vaikeutuminen raskauden edetessä ovat syynä suunnitellulle keisarileikkaukselle. Lisäksi aikaisemmat keisarileikkaukset tai muut kohtuun kohdistuneet operaatiot ovat aiheellisia syitä keisarileikkauksen suorittamiselle. Pelko alatiesynnytystä kohtaan, synnytyksen käynnistämättömyys tai kohdunsuun resistenssi käynnistymisyriyksille voi myös johtaa leikkaukseen. (Uotila 2015b, 575.)

Suunniteltuun keisarileikkaukspäätökseen vaikuttavat monet eri tekijät yhtä aikaa. Potilaan oma asennoituminen ja voimavarat sekä mahdollisten edellisten synnytyksien kulku vaikuttavat merkittäväällä tavalla synnytystapapäätökseen. (Uotila 2015b, 574.) Synnytyslääkärit arvioivat yksilöllisesti potilaan keisarileikkauksen tarvetta ja painottavat synnytystavan riskejä. Leikkaus on suuri, jonka vuoksi siihen liittyy yhtä paljon riskejä kuin muissakin suurissa leikkauksissa. (Liu, Liston, Joseph, Heaman, Sauve & Kramer 2007, 547; Pallasmaa, Rautava & Timonen 2016.)

3.2 Odottavan äidin lääketieteelliset syyt

Mahdolliset synnytyksen aiheuttamat haittavaikutukset käydään läpi jo ensimmäisellä äitiyspoliklinikakäynnillä (Uotila 2015a, 432). Ennen raskautta todettu perussairaus voi vaikuttaa raskauden seurantaan niin, että se on tiheämpää. Tiheämmillä seurantakäynneillä varmistetaan äidin ja sikiön hyvinvointi ja turvallisuus koko odotusajan. (Deans 2010, 264.)

Verenpainetauti tarkoittaa jatkuvasti koholla olevaa verenpainearvoa. Verenpainetaudista kärsivän naisen tulee käydä tiheennetyillä seurantakäynneillä, sillä raskaus luokitellaan riskiraskaudeksi. Jatkuvasti koholla oleva verenpaine altistaa raskauden aikaiselle pre-eklampsialle. (Deans 2010, 265.)

Pre-eklampsia eli raskausmyrkytys on raskauden aikana kehittyvä oireyhtymä, jossa ilmenee korkeita verenpainearvoja, jalkojen lisääntyntä turvotusta ja valkuaisen erittymistä virtsaan. Valkuaisen liika erityys voidaan todeta yksinkertaisella virtsan liuskatestillä. Pre-eklampsian riski on korkeimmillaan yli 40-vuotiailla naisilla. Pre-eklampsia voi kehittyä myös naisille, joilla on ollut aikaisemmin verenpaineongelmia. Myös diagnosoitu diabetes tai munuaissairaus, kaksos- tai monikkoraskaus sekä aikaisemmissa raskauksissa todettu pre-eklampsia voivat olla riski pre-eklampsian kehittymiselle. (Deans 2010, 254.)

Hoitamaton pre-eklampsia voi kehittyä eklampsiaksi. Eklampsia tarkoittaa raskauskouristusta ja on astetta vakavampi tila. Eklampsia aiheuttaa potilaalle kouristuksia ja tajuttomuutta. (Deans 2010, 254.) Ensisijaisena hoitona on kouristuskohtauksen lopettaminen lääkityksen turvin sekä potilaan ja sikiön tilanteen stabiloiminen tehokkaalla peruselintoimintojen ja hengityksen varmistamisella. Kouristuskohtauksen jälkeen tulee pohtia, onko alatiesynnytyksen jatkamiseen edellytyksiä. (Uotila 2015a, 433.)

Synnyttämisestä **sydänviasta** kärsivien naisten on syytä keskustella lääkärinsä kanssa heti raskauden alkuvaiheessa. Myös vauvan isällä olevasta synnyttämisestä sydänviasta on mainittava jo ensimmäisellä neuvolakäynnillä. Raskauden ja synnytyksen aikana erityisesti huomioitavia sydänvikoja ovat sepelvaltimotauti, sydänlihaskrampit, keuhkovaltimon hypertensio sekä sydämen läppien ahtaumat. (Uotila 2015a, 435.)

Synnytyksen yhteydessä sydämen toimintaan vaikuttavat monet eri tekijät. Pelko ja kipu nostavat verenpainetta ja suurentavat syketaajuutta. Korkean verenpaineen ja suurentuneet syketaajuuden vuoksi sydämen hapentarve lisääntyy. Lisäksi synnytyksen aikainen verenvuoto, anestesiamuoto ja lääkkeet vaikuttavat kokonaisvaltaiseen verenkiertoon ja sydämen minuuttitulavuuteen. Raskaana olevan kohdalla tulee harkitusti suunnitella raskausaika ja ohjeistaa synnytys yksilöllisesti sydänsairaudesta riippumatta. Huolellisella seurannalla voidaan taata turvallinen raskausaika ja synnytys. (Lehto 2010, 1565–1566.)

Muut mahdolliset sairaudet kuten maksa-, keuhko- ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet voivat huonontaa synnytyssuunnitusta varsinkin sydänviasta kärsivällä. Esimerkiksi skolioosi pienentää keuhkotilavuutta niin, ettei keuhkokapasiteetti välttämättä riitä raskauden loppuvaiheessa. Äidin sydäntilanne tai sikiön yhtäkkinen voinnin muutos voi johtaa joko alatiesynnytyksen käynnistämiseen tai keisarileikkauksen suorittamiseen. (Sinisalo, Laitinen, Aitokallio-Tallberg & Kallela 2018, 1605.)

Alatiesynnytyksessä äidin huolellinen jatkuva valvonta, tehokas kivunlievitys sekä ponnistusvaiheen keston lyhentäminen tarvittaessa imukuppiavustuksella on tarpeen. Joissakin tapauksissa on turvallisempaa suorittaa suunniteltu keisarileikkaus. Näin voidaan välttää ponnistusvaihetta ja varautua mahdollisiin komplikaatioihin kuten verenvuotoihin. Toimenpidesalissa on kaikki sydäntä tukevat laitteet ja välineistöt sekä kardiologian henkilökunta välittömästi saatavilla, mikä on myös suunnitellun keisarileikkauksen etuna. (Sinisalo ym. 2018, 1606–1607.)

Nivelreuma on tulehduksellinen reumasairaus. Oireet lievittyvät ja rauhoittuvat suurimmalla osalla raskauden aikana, mutta oireet taas aktivoituvat synnytyksen jälkeen. Niveloireiden aktivoituminen johtuu muun muassa kortisolin lisääntyneestä erityksestä raskauden aikana. Oireiden helpottuminen alkaa ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana ja voi jatkua koko loppuraskauden ajan. (Vääräsmäki & Kaaja 2019b, 479.)

Oireileva nivelreuma hoidetaan paikallishoidoilla eli ruiskuttamalla yksittäisiin tulehtuneisiin niveliin kortikoidia tai useampaan niveleeseen kortikosteroidia sekä suun kautta otettavilla tulehduskipulääkkeillä. Suuret kortikoidiannokset saattavat vaikuttaa sikiön kasvuun ja kokoon ja näin altistaa ennenaikaisuudelle ja keisarileikkaustarpeeseen. (Vääräsmäki & Kaaja 2019b, 479.) Myös lonkka- ja polvinivelten kunto voi vaikuttaa synnytystapaan. Jos nivelet ovat huomattavasti rajoittuneet, tulee synnytys suorittaa keisarileikkauksella. (Vääräsmäki & Kaaja 2019b, 480.)

Diabetes luokitellaan kahteen pääluokkaan. Tyypin 1 insuliinipuutosdiabetekseen ja tyypin 2 eli aikuistyypin diabetekseen. (Kondelin 2015, 415.) Glukoositasapainosta on huolehdittava, sillä huono glukoositasapaino lisää keskenmenon, sikiön epämuodostumisen ja pre-eklampsian riskiä. HbA1c eli glukoosia sitova hemoglobiinikomponentti mittaa glukoositasoa kuluneiden viikkojen ajalta. Alhainen HbA1c-taso eli alle 7 prosenttia kertoo glukoosin olleen hyvässä tasapainossa pitemmän aikaa, kun

taas suurempi mittaustulos kertoo huonosta glukoositasapainosta. Äidin sokeriaineenvaihdunnan häiriö näkyy muun muassa runsaana lapsivetenä, jolloin myös ennenaikaisuuden riski kasvaa. (Kondelin 2015, 418; Vääräsmäki & Kaaja 2019a, 470.)

Tyypin 1 diabetesta sairastavan on hyvä käydä diabeteksen hoitotasapainon tarkastuksessa ja neuvonnassa ennen raskauden suunnittelua. Hyvä diabeteksen hoitotasapaino ja huolellinen raskauden suunnittelu on edellytys raskauden onnistumiselle. Tyypin 2 diabeteksessa huolehditaan hyvästä hoitotasapainosta ja elintavoista. Insuliinin monipistoshoidolla voidaan saavuttaa hyvä glukoositasapaino. Sikiön kehittymisen seuranta on erityisen tärkeää insuliinihoitoisen äidin kohdalla, sillä insuliini vaikuttaa keuhkojen pinta-aktiivisuusaineen tuotantoon. Keuhkojen pinta-aktiivisuusaineen tuotannon seurauksena sikiön keuhkot kehittyvät huomattavasti hitaammin. Lisäksi on hyvä muistaa, että insuliinihoitoisella diabetesta sairastavalla verenpaineen nousu ja pre-eklampsian kehittymisen riski on neljä kertaa tavallisempi kuin ei-diabetesta sairastavalla raskaana olevalla. (Kondelin 2015, 418.)

Mikäli glukoosiaineenvaihdunnan häiriöitä esiintyy ensimmäisen kerran raskauden aikana, kyseessä on **raskausdiabetes** eli gestaatiodiabetes (Kondelin 2015, 415; Vääräsmäki & Kaaja 2019a, 465). Raskauden aikana äidin veren glukoosipitoisuus voi kasvaa liikaa eikä haiman erittämä insuliini riitä tasoittamaan glukoosipitoisuutta (Vääräsmäki & Kaaja 2019a, 465). Äidin suuri veren glukoosipitoisuus saa aikaan suuren glukoosipitoisuuden myös sikiöllä. Sikiön suuri glukoosipitoisuus kiihdyttää sikiön insuliinintuotantoa, mikä lopulta aiheuttaa sikiön makrosomian eli liikakasvun. (Kondelin 2015, 415.) Suuririskisille potilaille (BMI:n ollessa yli 35) tai kehityksistä tulille (BMI:n ollessa yli 30) on tehtävä glukoosirasituskoet hyvissä ajoin raskauden suunnittelu- tai alkuvaiheessa. Glukoosirasituskoeken avulla voidaan poissulkea tyypin 2 diabetes ja raskausdiabetes. (Vääräsmäki & Kaaja 2019a, 472.)

Diabetesta sairastavan synnytystavon suunnitteluun vaikuttaa synnyttäjän kokonaisvaltainen terveydentila, sikiön kehitys ja sikiön koko. Tärkeintä on varmistua synnyttäjän glukoositasapainosta sekä sikiön keuhkojen kehittymisestä. (Kondelin 2015, 420.)

Kilpirauhasen vajaatoiminta eli hypotyreoosi on yleinen vaiva kaikenikäisten naisten keskuudessa. Kilpirauhasen vajaatoimintaa hoidetaan tyroksiinikorvaushoidolla, eikä vajaatoiminta aiheuta yleensä ongelmia raskaudelle. Toisaalta havaitsematon ja hoitamaton vajaatoiminta voi aiheuttaa raskaana olevalle väsymystä ja yleistilan laskua. (Uotila 2015a, 413.)

Kilpirauhasen liikatoiminta eli hypertyreosi voi olla vaarallinen äidille ja sikiölle. Yleisin liikatoiminnan muoto on Basedowin tauti. Basedowin tauti on seurausta kilpirauhasen toimintaa kiihdyttävistä vasta-aineista eli TSHR-vasta-aineista. (Vääräsmäki & Kaaja 2019b, 483). Liikatoiminnassa äidin kilpirauhanen turpoaa, kilpirauhashormonia tuotetaan liikaa ja silmämunat pullistuvat. Samat vasta-aineet voivat aiheuttaa sikiölle samankaltaisia hypertyreosin oireita ja näin koitua sikiön kohdaloksi. (Uotila 2015a, 413.) Liikatoiminta varmennetaan mittaamalla TSH arvo ja vapaiden kilpirauhashormonien arvot eli T4v ja T3v arvot (Vääräsmäki & Kaaja 2019b, 483).

Raskauden aikana luotettavin laboratoriotutkimus on äidin seerumin tyreotropiinin eli TSH arvon luku. TSH arvo on suuri vajaatoiminnassa eli hypotyreoosissa ja matala liikatoiminnassa eli hypertyreosissa. (Vääräsmäki & Kaaja 2019b, 483.) Sikiöltä voidaan selvittää TSH arvo napasuonipunktion

avulla (Uotila 2015a, 413). TSHR-vasta-ainearvo on määritettävä raskauden alussa. Vasta-ainearvon ollessa positiiviset, on raskautta seurattava tiheämmin äitiyspoliklinikalla sikiön tyreotoksikoosivaaran takia. (Vääräsmäki & Kaaja 2019b, 483–484.)

Kilpirauhasen liikatoimintaa sairastavat raskaana olevat kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin, sillä sairaus aiheuttaa mahdollisen vaaran sikiölle. Raskauden aikana liikatoimintaa hoidetaan lääkkein ja joskus turvaudutaan kilpirauhasleikkaukseen. Basedowin tauti saattaa rauhoittua raskauden aikana, mutta ensisijaisesti on jarrutettava kilpirauhasen hormonituotanto ja saavutettava normaali kilpirauhasen toiminta tai lievä hypotyreoosi. Hoitamaton sairaus voi aiheuttaa raskauden keskenmenon, lisätä ennenaikaisuuden riskiä sekä aiheuttaa sikiölle hypertyreoosin. (Vääräsmäki & Kaaja 2019b, 483.)

3.3 Odottavan äidin synnytyspelko ja traumaattiset synnytyskokemukset

Suomessa potilas ei voi valita itselleen tietynlaista hoitoa, joten toistaiseksi suomessa suunnitellun keisarileikkauksen saa vain lääketieteellisellä syyllä. Potilaan toiveet tulee kuitenkin ottaa aina huomioon. (Saisto & Rouhe 2016, 1855.)

Kohtalaisesta **synnytyspelosta** kärsii 17 % (Saisto & Halmesmäki 2003, 202). Vakavasta synnytyspelosta kärsii 6–10 % synnyttäjistä (Saisto & Halmesmäki 2003, 201; Mylonas ym. 2015, 492; Størksen ym. 2015, 1). Synnytyspelko määritellään vakavaksi silloin, kun pelko aiheuttaa painajaisia tai keskittymisvaikeuksia yksityis- tai työelämässä (Saisto & Halmesmäki 2003, 201). Synnytyspelolla tarkoitetaan pelkoa alatiesynnytystä kohtaan.

Altistavia tekijöitä synnytyspelolle on useita. Syyt voivat olla biologisia, psykologisia, sosiaalisia tai muita toissijaisista syistä johtuvia. Biologisina syinä synnytyspelolle nousee päällimmäisenä kipu ja riittämätön kivunlievitys. Psykologisia syitä voivat olla synnyttäjän persoonapiirteet, aiemmat traumaattiset kokemukset sekä pelko tulevasta vanhemmuudesta. Sosiaaliset syyt liittyvät lähinnä sosiaaliseen tukiverkoston tai sen puutteeseen. Myös taloudellinen epävarmuus voi olla vaikuttava tekijä. Toissijaisina syinä synnytyspelolle ovat muun muassa aikaisemmat subjektiiviset synnytyskokemukset. (Saisto 2003, 201–202.) Harvinaisempi syy on voimakas oman kehon vaurioituminen. Lisäksi voidaan pelätä mielenterveyden menettämistä tai kuolemaa. Äidin synnytyspelon taustalla voi olla pelko lapsen vaurioittamisesta oman väärän ja haitallisen toiminnan seurauksena. Synnytys etenee jokaisella yksilöllisesti ja äiti saattaa jännittää synnytyksen etenemistä ja omaa synnytystekniikkaa. (Saisto 2000; Nieminen, Stephansson & Ryding 2009, 811.)

Masentuneisuus ja ahdistuneisuushäiriö liitetään voimakkaasti synnytyspelkoon. Lisäksi muut henkisesti kuormittavat tekijät, kuten työttömyys, taloudelliset ongelmat ja parisuhdekriisit voivat edesauttaa pelon syntymistä ja jännittämistä synnytystä kohtaan. (Saisto 2000; Nieminen, Stephansson & Ryding 2009, 811; Eide, Morken & Baerøe 2019, 3.)

Monet saattavat pelätä tilanteen kiireellisyyttä ja synnytyksen nopeaa etenemistä. Yksinjääminen kättilön ollessa kiireinen voi jännittää. Lisäksi synnyttävät äidit voivat ajatella olevansa hankalia ja tietynlaista käyttäytymistä ei katsottaisi hyvällä, kuten huutamista. (Saisto 2000.) Synnytyspelkoa

voivat kokea myös ne, joilla on ollut aikaisempi traumaattinen synnytyskokemus. Traumaattiset kokemukset voivat liittyä synnytystavan äkilliseen muuttumiseen, äidin tai sikiön voinnin muutokseen ja niistä aiheutuviin komplikaatioihin sekä sosiaalisen tai taloudellisen tilan muutoksiin. (Nieminen, Stephansson & Ryding 2009, 812; Eide, Morken & Baerøe 2019, 4.)

Schindlin, Birnerin, Reingrabnerin, Jouran, Hussleinin & Langerin (2003) alkuperäistutkimuksesta selviää, että suunniteltu keisarileikkaus on turvallinen synnytystapa synnyttävien naisten psykologisille tekijöille, kuin naisille, joiden synnytystapana on ollut alatiesynnytys tai kiireelliseksi ja hätäkeisarileikkaukseksi muuttunut synnytys. Kaikki odottamattomat hätätapaukset tuottavat potilaalle ymmärrettävästi ei-toivottua stressiä ja tuskaa. Tämä taas voi johtaa epämiellyttävään synnytyskokemukseen. Lisäksi epätietoisuus alatiesynnytyksen etenemisestä voi myös lisätä stressiä. Schindlin ym. (2003) tutkimuksesta selviää, että naiset kokivat suunnitellun keisarileikkauksen henkisesti helpompina, voimia säästävänä ja positiivisempina synnytyskokemuksena kuin aikaisemmassa raskaudessa koettu alatiesynnytys.

Kipu on yksi yleisimmistä syistä, minkä vuoksi odottavat äidit pelkäävät synnyttämistä alateitse. Pelko liittyy usein kivunlievitykseen ja siihen, että onko sitä riittävästi varhaisessa vaiheessa saatavilla. Lisäksi aikaisemmin koettu synnytyskipu ja siihen liittyvä riittämätön kivunlievitys voi jättää synnyttäjälle negatiivisen ja pelokkaan vaikutelman seuraavaa synnytystä kohtaan. Pelkoa voi ruokkia myös läheisten kertomat synnytyskertomukset sekä epäonnistuneet kivunlievitykset. (Saisto 2000.)

Raskaana olevan elämäntilanne ja historia vaikuttavat raskauden kulkuun ja pelon syntymiseen. Väkivaltaiset ja kivuliaat seksuaaliset kokemukset ja toimenpiteet, kuten seksuaalinen hyväksikäyttö tai raskaudenkeskeytys voivat heijastua myöhempään odotusaikaan voimakkaana pelkona ja ahdistuksena. (Saisto 2000.)

Synnytyospelkoa hoidetaan sen vakavuuden ja synnytystapatoiveen mukaisesti. Lievät synnytyospelkotapaukset käsitellään ensisijaisesti neuvolassa. Vaikeat synnytyospelkotapaukset sekä keisarileikkausta toivovat potilaat käsitellään äitiyspoliklinikalla. (Inkinen & Ekholm 2019.)

Hoidon tavoitteena on auttaa raskaana olevaa ottamaan synnytys vastaan sellaisena kuin se on ja osoittaa, että hänen tunteitaan kuunnellaan ja kunnioitetaan. Pelon hoito koostuu ensisijaisesti kuuntelemisesta. Kuuntelija voi olla kuka tahansa läheinen tai terveydenhuoltoalan ammattilainen, joka ei väheksy raskaana olevan erilaisia tunnetiloja, kuten itkua, vihaa ja epätoivoa. Pelosta ja epävarmuuksista puhumista voidaan pitää vaikeana, jolloin voimakkaiden tunteiden tultua ilmi tulee ottaa asia mahdollisimman pian puheeksi ja käsitellyyn. (Saisto 2000.)

Synnytyospelon hoito perustuu tiedon lisäämiseen, psykologiseen tukeen, synnytysohjeeseen ja tarvittaessa psykoterapiaan. Psykoterapiaa tarvitsevilla on usein taustalla masennusta, paniikkihäiriötä tai muita mielenterveysongelmia. Tällöin synnytyospelko ei ole ainoa hoitoa vaativa vaiva. (Saisto 2000.)

Inkinen & Ekholmin (2019) alkuperäistutkimuksen tuloksista selviää, että Turun yliopistollisessa keskussairaalassa keisarileikkausta toivoneista odottavista äideistä 52 % päätyi synnytyospelon hoidon

jälkeen synnyttämään alateitse suunnitellun keisarileikkauksen sijaan. Keisarileikkausta haluavista potilaista 18 %:lle tehtiin suunniteltu keisarileikkaus synnytyspelon vuoksi.

Vaikea alatiesynnytys ja mahdolliset komplikaatiot voivat jättää naiselle traumaattisen kuvan synnytyksestä. Pitkittänyt ja vaikea synnytys lisää äidin tulehdusten, repeämien sekä synnytysjälkeisten verenvuotojen riskiä. Yleisimmät repeämät sijaitsevat emättimen ja välilihan alueella. Episiotomia eli välilihan leikkaus tehdään aina harkinnan mukaan alatiesynnytystä helpottamaan. (Tihtonen & Uotila 2019, 576.) Välilihan repeämät jaetaan neljään asteeseen. Ensimmäisen asteen repeämä rajoittuu välilihan pinnalliseen lihaskerrokseen. Toisen asteen repeämä puolestaan ulottuu välilihan ja lantionpohjan syviin lihaksiin. Ensimmäisen ja toisen asteen repeämät korjataan yleensä kättilöiden toimesta. Kolmannen asteen repeämässä peräaukon sulkijalihas on osittain tai kokonaan vahingoittunut. Neljännen asteen repeämässä vahingot ulottuvat jo peräsuoleen asti. Kolmannen ja neljännen asteen repeämät korjataan aina leikkaussaliolosuhteissa lääkärin toimesta, jotta potilaan elämänlaatu säilyisi mahdollisimman hyvänä. (Uotila 2015b, 559.)

Peräaukon sulkijalihaksen repeämiä esiintyy 1,0 % Suomessa tapahtuvista synnytyksistä. Tarkka ja huolellinen korjaustoimenpide on tärkeää, jotta synnyttäjän ulosteenpidätyskyky säilyy. Hoitamatta jättäminen voi puolestaan aiheuttaa ulosteen- ja virtsanpidätyskyvyn ongelmia. (Uotila 2015b, 559; Tihtonen & Uotila 2019, 577.)

Emättimen pienet repeämät jätetään ompelematta ja ne paranevat yleensä itseksensä. Toisaalta ongelmallinen emättimen verenvuoto voi johtua pinnallisista pienistä vammoista, jolloin repeämät joudutaan ompelemaan. Jos emättimen verenvuoto jatkuu ompelemisen jälkeen, on etsittävä vuotava suoni ja tukittava se. Joskus suonet voivat aiheuttaa emättimen alueelle hematooman eli mustelman. Tämä aiheuttaa potilaalle voimakasta kipua ja painontunnetta. Tällaiset mustelmat on avattava ja tyhjennettävä sekä ommeltava uudelleen. (Uotila 2015b, 559.)

Välilihan leikkaushaavan tulehtuminen on myös mahdollista. Lievää tulehdusta on mahdollista hoitaa kotikonstein eli suihkuttamalla haavaa haalealla vedellä, välttämällä tiukkoja alusvaatteita sekä antamalla haavalle ilmakylpyjä. Vaikeiden tulehdusten kohdalla joudutaan avaamaan välilihan leikkaushaava ja poistamaan sisään kertynyt tulehduserite. Tällöin aloitetaan myös antibioottihoito. (Pietiläinen 2015, 595.)

Ruptura uteri eli kohdun repeämä on harvinainen komplikaatio (Uotila 2015a, 558). Kohdun repeämiä esiintyy 0,03–0,05 % Suomessa tapahtuvista synnytyksistä. Yleensä repeämä johtuu aikaisemmasta keisarileikkauksesta. Yhden keisarileikkauksen jälkeen repeämän riski on 0,5–1 % seuraavassa mahdollisessa alatiesynnytyksessä. (Tihtonen & Uotila 2019, 577.) Kohtu voi revetä ennen synnytystä tai vasta synnytyksen jälkeen synnytyspistusten aiheuttamana. Synnyttäjälle voi ilmetä voimakkaita kipuja ja sokkioireita, sekä runsasta verenvuotoa emättimestä. (Uotila 2015b, 558.) Jos repeämä on vanhassa leikkausarvessa, hoitona on tulehtuneen kudoksen poistaminen. Laajemmissa repeämissä voi ainoana hoitona olla kohdunpoistoleikkaus. (Tihtonen & Uotila 2019, 577.)

Kohdun atonia eli kohdun puutteellinen supistuminen on yleisin syy synnytyksen jälkeiseen runsaaseen verenvuotoon. Verenvuoto voi johtua useasta tekijästä, kuten istukan irrottamattomuudesta tai

kohdun repeämästä. (Uotila 2015b, 561.) Atonista vuotavaa kohtua hoidetaan hieromalla kohtua supistuksen aikaansaamiseksi ja aloittamalla kohtua supistava oksitosiini-infuusio lääkitys. Lääkkeiden rinnalle voidaan asettaa pallokatetri, joka tukkii vuotavat suonet. Lisäksi voidaan tehdä embolisaatio eli hoito verisuonitse niin, että kohtuvaltimon haaroihin ruiskutetaan mikropartikkeleita, jotka tukkivat vuotavat suonet. Viimeisenä hoitovaihtoehtona on kohdunpoistoleikkaus. (Tihtonen & Uotila 2019, 577.)

Alatiesynnytyksen jälkeen voi ilmetä välilihan, häpyliitoksen ja häntäluun kiputiloja. Välilihan eli perineumin kiputiloja esiintyy yleensä välilihan leikkauksen jälkeen. Aina välilihaa ei leikata synnytyksissä, jolloin kiputilat voivat johtua perineumin venymisen johtuvista verenpurkaumista eli mustelmista. (Pietiläinen 2015, 597.)

Häpyliitos myötää luonnollisesti, jotta sikiö saa riittävästi tilaa kasvamiseen. Lisäksi raskauden hormonaaliset muutokset aiheuttavat luuliitosten löystymistä. Häpyliitoksen löystymistä kutsutaan symfyseolyysiksi. Symfyseolyysi jatkuu vielä synnytyksen jälkeen ja aiheuttaa kiputiloja ja arkuutta alueeseen. Tämä on elämää hankaloittava vaiva ja onkin yksittäinen syy keisarileikkaukseen. (Pietiläinen 2015, 597.)

Häntäluun paikaltaan meno tai murtuma on tavallinen vaiva spontaanin, mutta pitkittyneen alatiesynnytyksen jälkeen. Vaiva voi ilmetä myös imukuppi- ja pihtisynnytyksen yhteydessä. Kipua esiintyy pian synnytyksen jälkeen äidin istuessa. Vaiva heikentää äidin elämänlaatua ja tulevaa vauvanhoitoa. Häntäluun paraneminen kestää päiviä ja oloa voi helpottaa kipulääkkeillä ja lepäämällä. Hankalissa tapauksissa turvaututaan häntäluun leikkaukseen. (Pietiläinen 2015, 597.)

Raskausajan ja synnytyksen myönteinen kokemus vaikuttaa merkittävästi sekä äidin ja syntyvän lapsen väliselle suhteelle, että naisen kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille synnytyksen jälkeen. Myönteisellä kokemuksella turvataan äidin mahdollisen seuraavan raskauden sujuvuus ja siihen suhtautuneisuus. (Eide, Morken & Baerøe 2019, 8; Tiitinen 2020d.)

3.4 Aikaisemmat kohtuun kohdistuneet operaatiot

Suunniteltu keisarileikkaus on aiheellinen, kun raskaana olevalla on ollut aikaisempi kohdun repeämä, enemmän kuin kaksi aiempaa keisarileikkausta takana tai hänelle on tehty pysty- eli klassinen kohtuviilto. Repeämän toistumisriski on noin 6,0 %, minkä vuoksi repeämän jälkeisiä synnytyksiä hoidetaan yleensä aina leikkauksella. Aikaisemmin tehty pystyviilto voi aiheuttaa haavan repeämisen jo ennen synnytyksen käynnistymistä. Tällöin keisarileikkaus suositellaan tehtäväksi jo 36.–37. raskausviikoilla. (Vääräsmäki & Raudaskoski 2017, 346–347.)

Toistuvat keisarileikkaukset lisäävät istukan kiinnittymishäiriöitä seuraavissa raskauksissa. Kiinnittymishäiriöt ovat istukan kiinnittyminen poikkeavasti kohdun seinämään (placenta accreta), istukan kasvu kohdunseinämän sisään (placenta increta) sekä istukan kasvu kohdunseinämän läpi (placenta percreta). Istukan kiinnittymishäiriöiden vuoksi ennenaikaisuuden, hätäkeisarileikkauksen ja kohdunpoiston riski kasvaa. (Alaraudanjoki 2017, 2.)

Tilanteen arviointi ja synnyttäjän asianmukainen tiedottaminen raskauden alussa on tärkeää. Kohdunpoiston ja kohturepeämän riski kasvaa, mitä useampi keisarileikkaus on ollut takana. Tämän

vuoksi alatiesynnytystä harvoin pidetään ensisijaisena synnytystapana keisarileikkauksien jälkeen. Toki jos raskaus on johtanut keisarileikkaukseen toistumattoman syyn vuoksi, voidaan seuraavan raskauden aikana pohtia alatiesynnytystä ja miettiä sen onnistumisen todennäköisyyttä. Synnytystavat valitaan aina yksilöllisesti ja tapauskohtaisesti. (Vääräsmäki & Raudaskoski 2017, 347–348.)

3.5 Sikiön terveydentilasta ja tarjonnasta johtuvat syyt

Nykyään sikiön rakennepoikkeavuudet ja mahdolliset sairaudet voidaan todeta jo odotusaikana. Sikiöllä voi ilmetä kasvuretardaatiota eli elintoimintojen häiriintymistä istukan vajaatoiminnan seurauksena. Pre-eklampsia tai äidin verisuonisairaus voi altistaa istukan vajaatoiminnan kehittymiselle. Tyypillisiä sikiössä havaittavia muutoksia ovat kasvun hidastuminen ja tästä johtuva pienikokoisuus, niukka lapsivesi, napavaltimon korkea virtausvastus ja aivoverenkierron alentunut virtausvastus. Sikiössä havaittavat poikkeukselliset muutokset voivat johtaa sikiön asfyksian eli akuutin hapenpuutteen kehittymiselle. (Uotila 2015b, 382–383.)

Asfyksia tarkoittaa sikiön hapensaannin ja verenkierron häiriötä. Asfyksiassa esiintyy samanaikaisesti hapenpuutetta, hiilidioksidin poistumisen häiriötä ja iskemiaa eli verenkierron vajavuutta. Sikiö reagoi hapenpuutteeseen keskittämällä verenkierron keskeisiin elimiin, kuten aivoihin ja sydämeen. (Timonen & Erkkola 2004, 2417.)

Sikiön sykekäyrää eli kardiokografiaa (KTG) on käytetty sikiön voinnin seurannassa pitkän aikaa. Sen avulla voidaan havaita sikiön sykemuutokset ja -poikkeavuudet. Äkillinen hapenpuute hidastaa nopeasti sikiön sykettä. Tällaiset muutokset voidaan havaita sykekäyrästä. Supistuksen aikainen varhainen sykkeen hidastuminen johtuu istukan ja napanuoran puristumisesta, muttei tätä pidetä vielä selvänä merkinä asfyksiasta. Toisaalta supistuksen huipun jälkeen ilmenevät ja piirtyvät sykkeen hidastumat johtuvat sikiön hapenpuutteesta, mikä saattaa liittyä asfyksiaan. KTG-käyrään piirtyy yleensä useampia samankaltaisia hidastumisia supistuksien jälkeen. Perustajuuden kasvu ja sykkeen vaihtelevuuden väheneminen voi myös kertoa sikiön altistumisesta asfyksialle. (Timonen & Erkkola 2004, 2417–2418.)

Asfyksian diagnosointi perustuu sikiön sykekäyrään, verikaasuanalyysiin, vastasyntyneen Apgarin pisteisiin tai neurologisiin oireisiin (Timonen & Erkkola 2004, 2415). Verinäytteen avulla voidaan todeta metabolinen asidoosi eli elimistön happamoituminen (Mustajoki 2014), joka viittaa asfyksiaan. KTG-käyrän tai muiden sikiön vointia kuvaavien tutkimusten poikkeavuuksien perusteella saatetaan turvautua keisarileikkaukseen. Asfyksiaa ei aina kyetä estämään hyvissä ajoin ja tämä voi vaikuttaa lapsen myöhempään neurologiseen ja psykologiseen kehitykseen. (Uotila 2015b, 383.)

Suomessa **makrosomisiksi** sikiöksi määritellään sikiö, jonka syntymäpaino tai syntymäpainoarvio suhteutettuna gestaatioikään ja sikiön sukupuoleen ylittää standardiväestön normaalin keskiarvon +2 SD (Standard deviation eli keskihajonta) (Teramo & Komulainen 2013; Vääräsmäki & Kaaja 2019a, 470). Makrosomia määritellään kirjallisuudessa ja eri maissa eritasoisesti. Useasti makrosomialla viitataan kuitenkin poikkeavan suurikokoiseen sikiöön, joka painaa täysi- tai yliaikaisena enemmän kuin 4500 g. (Uotila & Tihtonen 2019, 574; Tiitinen 2020b.)

Äidin lantion muodolla sekä sen poikki-, suora- ja viistomitoilla on suuri merkitys mahdollisen **ahtaan lantion** olemassaolon selvitystyössä. Lantion muotoa on neljää erilaista pääryhmää. Lantion muodon pääryhmät ovat androidi, gynekoidi, soikea antropoidi sekä litteä platypelloidi. (Raussi-Lehto 2014, 217–220.) Epäily sikiön ja lantion epäsuhdasta voi herätä, mikäli neuvolassa arvioidaan sikiö kookkaaksi (Tiitinen 2020b). Keisarileikkaukseen mahdollisesti turvaututaan, mikäli sikiön arvioidaan olevan synnytyskanavan mittoihin liian suuri tai sikiön tarjoutuva osa vaikeuttaa synnytyskanavan läpi mahtumista. (Raussi-Lehto 2014, 217–220.)

Sikiön **hartiadystokia** eli hartioiden leveyden ollessa suurempi kuin lantion yläaukeama, on yleisempää makrosomisilla sikiöillä. Pelkästään sikiön suurikokoisuuden perusteella ei voida ennustaa hartiadystokian esiintyvyyttä. (Uotila & Tihtonen 2019, 574.) Erityisesti diabetesta sairastavien odotettavien äitien yli 4500 g painavilla sikiöillä on 20 % riski hartiadystokialle, jonka vuoksi näille raskaana oleville suositellaan keisarileikkausta (Vääräsmäki & Kaaja 2019a, 470). Sikiön suuri koko voi myös altistaa äidin synnytysvaurioille ja sikiön hapenpuutteelle tai nostaa riskiä sikiökuolemalle. Komplikaatioiden vuoksi keisarileikkausta suositellaan. (Tiitinen 2020b.)

Sikiön tarjonta (praesentatio) tarkoittaa sikiön osaa, joka on synnytyskanavassa alimpana (Raussi-Lehto 2015, 223). Sikiön tarjontoja on useita erilaisia, mutta vain osa niistä on indikaatioita suunnitellulle keisarileikkaukselle. Tarjontamuodoista perätila nostaa sikiön sairastuvuuden ja kuolleisuuden riskiä verrattuna päätilaan. (Macharey 2018.) Asennoista poikki- ja viistotila voivat olla este alatiesynnytykselle, mikäli ulkokäännös ei onnistu. Poikki- ja viistotilassa sikiö ei pääse laskeutumaan normaalisti synnytyskanavaan, jolloin joudutaan turvautumaan keisarileikkaukseen. (Tihtonen & Uotila 2019, 572.)

Sikiön **perätilalla** tarkoitetaan asentoa, jossa sikiö valmistautuu syntymään pakarat edellä. Perätilarjontoja on useita erilaisia. Täydellisessä pakara-jalkatarjonnassa sikiön polvet ja lonkat ovat taivutettuina. Epätäydellisessä pakara-jalkatarjonnassa lonkat ovat taivutettuina ja toinen jalka on polvesta koukussa ja toinen jalka osoittaa kohti sikiön kasvoja. Pakaratarjonnassa lonkat ovat taivutettuina ja molemmat polvet osoittavat kohti sikiön kasvoja, kun taas jalkatarjonnassa toinen jaloista tai molemmat jalat ovat tarjoutuvana. (Toivonen 2018, 24.)

Perätila itsessään ei tarkoita, että keisarileikkausta tarvitaan. Jos sikiölle ei onnistuta tekemään ulkokäännöstä eli kääntämään sikiötä turvallisempaan asentoon, on joidenkin perätilarjontojen kohdalla turvallisempaa synnyttää suunnitellulla keisarileikkauksella kuin alateitse. Takaraiivotarjonnassa napanuora syntyy viimeisenä muiden sikiön pehmeiden vartalonosien kanssa, jolloin napanuoraan ei aiheudu puristusta. Perätilarjonnassa taas napanuora syntyy viimeisenä sikiön pään kanssa, mikä altistaa napanuoran kovemmalle ja pitkäaikaisemmalle puristukselle. Napanuoran puristus voi aiheuttaa sikiölle mahdollisen hapenpuutteen. (Toivonen 2018, 45.)

Toivosen (2018, 43) mukaan jalkatarjonnassa on korkeampi riski napanuoraprolapsille, jossa napanuora luiskahtaa esiin emättimestä ennen sikiön syntymää. Muut perätilan tarjontamuodot eivät ole este alatiesynnytyksen kokeilulle.

Sikiön normaali situs (tila kohdussa) on **pitkittäistila**, jossa sikiön selkäranka on samansuuntainen kohdun pituusakselin kanssa. Sikiö voi olla pitkittäistilassa sekä pää- että perätilassa. **Poikkitalassa**

sikiön selkäranka on suoraan poikittaisesti suhteutettuna kohdun pituusakseliin, ja **viistotilassa** sikiön selkäranka on terävässä kulmassa suhteutettuna kohdun pituusakseliin. (Raussi-Lehto 2015, 221.)

Sikiön normaali positio (asento ja selän asento kohdussa) määritellään joko I tai II asennoksi. I asennossa sikiön selkä on kohti raskaana olevan vasenta puolta. II asennossa sikiön selkä on kohti raskaana olevan oikeaa puolta. Poikki- ja viistotilassa sikiön positio määritellään sikiön pään sijainnista kohdussa. Poikki- ja viistotilassa I asennossa sikiön pää on raskaana olevan vasemmalla puolella, kun taas II asennossa sikiön pää on raskaana olevan oikealla puolella. (Raussi-Lehto 2015, 224.)

Etinen istukka (placenta praevia) tarkoittaa istukan asettumista kohdun kaulakanavan eteen peittäen sen osittain tai kokonaan. Etisen istukan mahdollisuus kasvaa, jos alkio on raskauden alussa kiinnittynyt kohdun alaosaan. Tällöin alkion verenkiertoa turvaamaan yleensä kehittyvä tavallista laajempi istukka, joka sen laajuuden vuoksi voi helpommin peittää kohdun kaulakanavan. Etisen istukan mahdollisuus on myös korkeampi kohtutoimenpiteen, kuten keisarileikkauksen tai kaavinnan läpikäyneillä naisilla. Etinen istukka oireilee yleensä viimeisellä kolmanneksella, jolloin kohdunkaulan lyhentyessä istukka alkaa yleensä vuotamaan. Etisen istukan sijainti ja sikiön tarjonta voidaan varmistaa emättimen kautta tehtävällä kaikututkimuksella. Synnytys hoidetaan keisarileikkauksella, jos vuoto istukasta on runsasta ja kaikututkimus varmistaa istukan asettuneen kohdunkaulan sisäsuun yli täydellisesti. (Tiitinen 2020a.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää suunniteltuun keisarileikkaukseen johtavia syitä ja millaisena naiset kokivat keisarileikkauuspäätöksen saamisen. Opinnäytetyön tavoitteena oli saadun tiedon avulla syventää ymmärrystä naisten kokemuksista ja mahdollisesti kehittää synnytyksen suunnittelua eri toimintayksiköissä, kuten neuvoloissa. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli yksityinen lantionpohjaan ja synnytykseen erikoistunut fysioterapia Pelvic Angels. Työ toteutettiin käyttäen kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää.

Opinnäytetyössämme haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

Millä syillä odottavat äidit ovat saaneet suunnitellun keisarileikkauksen?

Millä syillä odottavat äidit haluaisivat saada suunnitellun keisarileikkauksen?

Haluavatko odottavat äidit saada suunnitellun keisarileikkauksen vaivattomammin?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ja tiedonhaku

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä soveltuu tutkimuksiin, joissa selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä pohdintoja ja kysymyksiä. Tutkimusmenetelmä on oikea valinta silloin, kun tutkimusaineisto on muutettavissa mitattavaan muotoon. Lisäksi määrällistä tutkimusmenetelmää käytetään silloin, kun halutaan kuvailla jotain tiettyä asiaa yleisellä tasolla, sen tietyn asian muuttumista tai vaikutusta johonkin toiseen. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on saada selville syy-seuraussuhteita. (Vilka 2021b, 66.) Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Määrällinen tutkimusmenetelmä oli oikea valinta tähän tutkimukseen, sillä sen tavoitteet soveltuivat asetettujen tutkimuskysymysten tutkimiseen ja ratkaisemiseen.

Määrällinen tutkimusprosessi alkaa tutkimusongelman määrittämisestä. Aihe valitaan ja tavoitteet asetetaan. Tutkimussuunnitelman laatimisvaiheessa tarkennetaan muun muassa tutkimuksen tavoitteet, aikataulu ja otantamenetelmä. Aikaisempiin saman aiheen tutkimuksiin ja kirjallisuuksiin perehdytään sekä laaditaan mahdolliset hypoteesit omaan työhön. (Heikkilä 2014.) Kysely luotiin asettamiemme tutkimuskysymysten ja opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta. Kaikki kyselyssä mainitut käsitteet ovat opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitelty. Tällä tavalla olemme tuoneet teoriaa esille tutkimuskäsitteiden ymmärtämiseksi.

Tiedonhaussa hyödynnettiin Pubmed-, Medic- ja Cinahl-tietokantoja. Tutkimusten otsikot luettiin ensin ja niiden perusteella hyväksyttiin ne tutkimukset, jotka vastasivat mukaanottokriteerejä. Mikäli otsikosta ei selvinnyt vastaavuus kriteereihin, otettiin ne tarkempaan tarkasteluun ja tehtiin valinta abstraktin ja tämän jälkeen koko tutkimuksen tekstin perusteella. Kuvaamme tiedonhakuprosessia seuraavissa kappaleissa, sekä taulukossa 1.

Pubmed-tietokannassa käytetyt hakusanat olivat: "fear of childbirth" AND "planned cesarean section" OR "planned caesarean section" AND "study", "elective", AND "caesarean section" OR "cesarean section" AND "survey" AND "risks", "elective caesarean section" AND "maternal" AND "indications". Osumia tuli yhteensä 1375 kappaletta. Hakuvaiheessa huomattiin, että jos rajaukseen sisällettiin tutkimuksen muodot, jäi iso osa tutkimuksista pois listasta. Tämän vuoksi rajauksina käytettiin kokotekstin saatavuutta sekä vuosirajauksena 2001–2021. Koska hakuosumia tuli paljon, otimme tarkasteluun alkupäästä tietokantojen määrittämät osuvimmat ja eniten hakusanoja sisältävimmät tutkimukset. Otsikon perusteella tarkempaan tarkasteluun valikoitui 45 tutkimusta. Näistä käytiin läpi tiivistelmät, joista eteenpäin valikoitui 10 tutkimusta. Näistä tutkimuksista seuraavaksi tarkasteltiin koko tekstiä, joista 6 valikoitui opinnäytetyössä käytettäväksi tutkimuksiksi.

Hakusanat Medic-tietokannassa olivat: "synnytyspelko" AND "keisarileikkaus" OR "sektio", "breech presentation", "birth experience" AND "fear of childbirth". Osumia tuli yhteensä 160. Rajauksina käytettiin kokotekstin saatavuutta sekä vuosirajauksena 2001–2021. Otsikon perusteella tarkempaan tarkasteluun valikoitui 10 tutkimusta. Näistä käytiin läpi tiivistelmät, joista eteenpäin valikoitui 6 tutkimusta. Näistä tutkimuksista seuraavaksi tarkasteltiin koko tekstiä, joista 4 valikoitui opinnäytetyössä käytettäväksi tutkimuksiksi.

Cinahl-tietokannassa käytetyt hakusanat olivat: "fear of childbirth" AND "elective caesarean section". Osumia tuli yhteensä 16. Rajauksina käytettiin edelleen kokotekstin saatavuutta sekä vuosirajauksena 2001–2021. Otsikon perusteella tarkempaan tarkasteluun valikoitui 3 tutkimusta. Näistä käytiin läpi tiivistelmät, joista eteenpäin valikoitui 1 tutkimus. Tästä tutkimuksesta seuraavaksi tarkasteltiin koko tekstiä ja kyseinen tutkimus valikoitui opinnäytetyössä käytettäväksi tutkimukseksi.

Lisäksi muut opinnäytetyön teoriaosuudessa hyödynnetyt lähteet, kuten katsausartikkelit, ovat aiemmin mainittujen hakusanojen lisäksi haettu seuraavilla sanoilla: transverse lie, oblique lie, presentation, position, breech, breech presentation, frank breech, incomplete breech, complete breech, fetal, foetal, macrosomia, morbidity, mortality, placenta previa, placenta, birth, pregnancy, birth experience, raskaus, sikiö, istukka, etinen istukka, perätila, tarjonta, poikkitila, viistotila, hartiadystokia ja makrosomia.

TAULUKKO 1. Hakuprosessin kuvaus

| Tietokanta | Hakusanat | Osumat | Otsikon perusteella valitut | Tiivistelmän perusteella valitut | Koko tekstin perusteella valitut |
|------------|---|--------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | fear of childbirth AND planned cesarean section OR planned cesarean section AND study | | | | |
| Pubmed | elective AND caesarean section OR cesarean section AND survey AND risks | 1375 | 45 | 10 | 6 |
| | elective caesarean section AND maternal AND indications synnytyspelko AND keisarileikkaus OR sektio | | | | |
| Medic | breech presentation | 160 | 10 | 6 | 4 |
| | birth experience AND fear of childbirth | | | | |
| Cinahl | fear of childbirth AND elective caesarean section | 16 | 3 | 1 | 1 |

Hyödynnetyt tutkimuksia on otettu osaksi opinnäytetyötä mukaanotto- ja poissulkukriteereiden mukaan (taulukko 2). Tutkimuksien mukaanottokriteerimme olivat: suomen- tai englanninkielinen tutkimus, julkaistu välillä 2001–2021, on ilmaiseksi luettavissa kaikille, vastaa vähintään yhteen tutkimuskysymykseen ja käsittelee keisarileikkausta tai siihen liittyviä tekijöitä. Poissulkukriteerimme olivat: muun kuin suomen- tai englanninkielinen tutkimus, julkaistu aikaisemmin kuin 2001, tutkimuksen luettavuus oli maksullista, ei vastannut yhteenkään tutkimuskysymykseen, ei käsitellyt keisarileikkausta tai siihen liittyviä tekijöitä tai oli opinnäytetyö.

Hyväksytyjen ja hylättyjen tutkimusten valinta tapahtui vaiheittain. Alussa emme laatineet tutkimusten mukaannottokriteerejä. Tutkimusten mukaanottokriteerit muovautuivat sitä mukaa, kun saimme tietoon, millä aikavälillä luotettavia tutkimuksia on tehty ja minkälaista opinnäytetyön aiheeseen liittyvää tutkimustietoa on löytynyt. Tutkittua tietoa löytyi vähemmän viimeisen 5–10 vuoden ajalta, joten aikajanaa oli tarvetta laajentaa, jotta saatiin tutkimustiedon tukea opinnäytetyöhön. Työn tekijät ymmärtävät suomen ja englannin kieltä, jolloin tutkimukset valittiin luontevasti sen kielisinä. Näin lukemamme tieto oli luotettavasti ymmärrettävissä. Lisäksi luotettavuuden puolesta aloimme supistamaan hakua ja otimme huomioon tutkitun tiedon ajankohtaisuuden. Jätimme automaattisesti epäajankohtaiset tutkimustiedot pois. Käytettyjen tutkimustietojen tuli olla myös ilmaisia, sillä opinnäytetyötä ei ollut rahoitettu. Tutkimuskysymysten huomiointi on olennainen osa tutkimuksia valittaessa. Tutkimuksen tuli käsitellä jollain tavalla asettamiamme tutkimuskysymyksiä ja antaa niihin liittyen lisätietoa. Keisarileikkaus käsitteenä oli myös yksi mukaanottokriteereistämme. Tutkimuksen tuli käsitellä keisarileikkausta joko suorasti tai epäsuorasti. Lisäksi Savonian ohjeistuksen mukaan muut opinnäytetyöt jätettiin pois haettaessa tutkimuksia omaan työhön.

TAULUKKO 2. Tutkimuksien mukaanotto- ja poissulkukriteerit

| Mukaanottokriteerit | Poissulkukriteerit |
|---|---|
| Tutkimus on suomen- tai englanninkielinen | Muun kielinen tutkimus |
| Tutkimus on julkaistu vuoden 2001 jälkeen | Tutkimus julkaistu ennen vuotta 2001 |
| Tutkimus on saatavilla ilmaiseksi | Tutkimuksen luettavuus on maksullista |
| Vastaa ainakin yhteen tutkimuskysymykseen | Ei vastaa tutkimuskysymyksiin |
| Tutkimus käsittelee keisarileikkausta | Tutkimus ei käsittele keisarileikkausta |
| | Opinnäytetyö |

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Työn tilaajana toimi Pelvic Angels. Pelvic Angelsin on perustanut kaksi naisten terveyteen ja lantionpohjaan erikoistunutta äitiysfysioterapeuttia. He tekevät vastaanottotyön lisäksi koulutuksia sekä tuottavat sisältöä erityisesti naisten terveyteen liittyvistä aiheista blogiinsa ja sosiaalisen median kanavoihinsa. Pelvic Angelsit ovat luennoineet ja pitäneet käytännön koulutuksia ammattikorkeakouluissa fysioterapeutti- ja kättilöopiskelijoille sekä erilaisille yrityksille ja järjestöille. Aiheina ovat olleet muun muassa äitiysfysioterapia, synnytyksestä palautuminen sekä lantionpohjan ja hengityksen yhteys.

Pelvic Angelsin yhtenä toiminnan tavoitteena on yhdistää eri alojen ammattilaisten osaamista ja hyödyntää sitä kaikkien kanssa. He ovat innokkaita oppimaan ja jakamaan uusia opittuja asioita. Tämän vuoksi he ryhtyivät mielellään opinnäytetyön tilaajiksi, saadakseen lisää naisten terveyteen liittyvää

sisältöä sosiaalisen median kanavoihin. Tutkimuksen kohderyhmänä oli odottavat äidit, suunnitellun keisarileikkauksen läpikäyneet naiset sekä suunnitellun keisarileikkauksen halunneet ja haluavat naiset. Kohderyhmää haettiin työelämän toimeksiantajan kautta.

Kvantitatiivinen tutkimus tarvitsee riittävän suuren otoksen. Tyypillisin aineistonkeruumenetelmä on kyselylomake. (Heikkilä 2014.) Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Kysely laadittiin Webropol-kyselyohjelman kautta ja siihen pystyivät vastaamaan työelämän toimeksiantajan seuraajat ja asiakkaat sosiaalisessa mediassa jaetun linkin kautta. (Liite 2) Webropol on helppokäyttöinen ohjelmisto tiedonkeruuseen sekä tiedon analysointiin ja raportointiin (Heikkilä 2014.). Webropol-ohjelmistoon perehdyttiin jo ammattikorkeakoulun ensimmäisenä vuotena tietotekniikan kurssilla. Laitimme kysely oli vapaaehtoinen ja saatavilla sekä suomeksi että englanniksi. Kyselyn alkuun koostimme informatiivisen tutkimustiedotteen, josta selvisi muun muassa opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet (liite 1). Kyselyssä avointen kysymysten määrä oli pieni. Tämä sen vuoksi, että kysely pysyisi sopivan mittaisena ja mieluisana vastata.

Strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä oli sen sijaan enemmän. Laadimme kysymykset opinnäytetyön tutkimuskysymysten perusteella ja teoriaan pohjaten. Tavoitteena oli saada vastaukset asettamiimme tutkimuskysymyksiin.

5.3 Aineiston analyysi

Määrällisen tutkimusaineiston analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen numeroiden ja tilastojen, kuten frekvenssien eli lukumäärien ja prosenttien avulla. Frekvenssejä voidaan kuvata erilaisin taulukoin ja kuvioin. (Vilka 2021a, 225.) Tärkeintä olisi valita sellainen analyysitapa, joka antaisi parhaimman vastauksen tutkimusongelmaan ja -kysymykseen. Analyysitavan valinnassa tulee ottaa huomioon se, että ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja niiden vaikutusta toisiinsa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 212; Vilka 2021a, 227.) Jos tarkastellaan yhtä muuttujaa, on analysoinnissa hyvä käyttää sijaintilukuja. Sijaintiluvuilla tarkoitetaan keskiarvoa ja moodia. Jos taas halutaan saada selville, kuinka havaintoarvot poikkeavat toisistaan, on analysoimiseen hyvä käyttää hajontalukuja. Näitä ovat vaihteluväli ja keskihavainto. Kahden muuttujan välistä riippuvuutta voidaan puolestaan tarkastella ristiintaulukointia ja korrelaatiokerrointa käyttämällä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 212; Vilka 2021a, 227.)

Kyselyaineiston käsittely alkaa vastauslomakkeiden tarkastuksella. Vastauslomakkeet tulee tarkastaa yksi kerrallaan. Tarkastuksen aikana arvioidaan vastausten laatu ja kysymysten ymmärrettävyys. Jos vastauslomake on puutteellinen, voidaan sitä pitää merkinä kysymysten ymmärrettävyyden vaikeutena ja huonosta kysymysten muotoilusta. Lisäksi voidaan ajatella, että vastaajalla ei ole kenties ollut kyseisestä aihealueesta ennakkotietoa. Puutteelliset vastaukset voidaan ottaa mukaan tulosten analysointiin tai jättää kokonaan pois, mikäli se ei muuta merkittävästi saatuja tutkimustuloksia. (Vilka 2021a, 215–218.)

Testasimme kyselyn toimivuuden ja kysymysten ymmärrettävyyden lähettämällä kyselyn muutamalle keisarileikkausta kokeneelle läheiselle vastattavaksi ennakkoon. Otimme heidän mielipiteensä huomioon ja teimme tarvittavat muutokset kysymysten ja vastausvaihtoehtojen suhteen. Lähetimme valmiin kyselyn työelämän toimeksiantajallemme, joka jakoi linkin heinäkuussa 2021 heidän sosiaalisen

mediansa kanavoihin – Instagramiin ja Facebookiin. Kyselyn vastausaika oli kuukausi. Vastaajia oli 185. Kyselyn julkaisuvaiheessa aineiston määrää oli hankala arvioida. Vastausajan päädyttyä olimme erittäin tyytyväisiä saatuun vastaajamäärään.

Kaikki 185 vastauslomaketta käytiin yksitellen läpi. Vastauslomakkeista karsittiin kaksi epäluotettavien ja epäselvien vastausten vuoksi. Opinnäytetyöhön otettiin lopulta tarkasteluun 183 vastauslomaketta. Kysely toteutettiin Webropol-ohjelmalla, jonka kautta saimme selkeät vastaukset tutkimuskysymyksiimme reaaliajassa. Vastauksia oli mahdollista tarkastella Webropol-ohjelman kautta.

Lisäksi kaikki tieto oli helposti siirrettävissä Excelliin tarkempaan tarkasteluun. Vastaukset oli helppo analysoida erilaisten taulukoiden ja kaavioiden avulla. Aineiston analyysitapana käytettiin tilastollista menetelmää ja päätelmien tekoa. Tutkimme aineistoa prosentuaalisesti ja numeerisesti käyttäen sijaintilukuja.

6 TULOKSET

6.1 Tutkittavan kohderyhmän taustatietoja

Kyselyssä kysyttiin vastaajan ikää, ikää synnyttäessä ensimmäisen kerran sekä ikää synnyttäessä ensimmäistä kertaa suunnitellulla keisarileikkauksella. Tyypillinen kyselyyn vastaaja oli 18–34-vuotias. Ensisynnytys ja ensimmäisen kerran suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttäminen oli useimilla tapahtunut 18–29-vuotiaana. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Vastaajan ikä ja ikä synnytysten aikana

| | Alle 18-vuotias | 18–29-vuotias | 30–34-vuotias | 35–40-vuotias | Yli 40-vuotias |
|--|-----------------|-------------------|------------------|------------------|-----------------|
| Ikäsi? N=183 | 0,0 % (n=0) | 37,1 % (n=68) | 35,0 % (n=64) | 20,8 % (n=38) | 7,1 % (n=13) |
| Ikäsi, kun synnytit ensimmäisen kerran? N=179 * | 1,1 % (n=2) | 60,4 % (n=110) | 20,9 % (n=38) | 11,5 % (n=21) | 1,1 % (n=2) |
| Ikäsi, kun synnytit ensimmäisen kerran suunnitellulla keisarileikkauksella? N=182 ** | 0,0 % (n=0) | 48,6 % (n=87) | 23,5 % (n=42) | 15,6 % (n=28) | 2,2 % (n=4) |

*Kaikkien vastaajien määrä N=179 joista 5,0 % (n=9) ei ollut vielä synnyttänyt.

**Kaikkien vastaajien määrä N=182 joista 10,1 % (n=18) ei ollut vielä synnyttänyt.

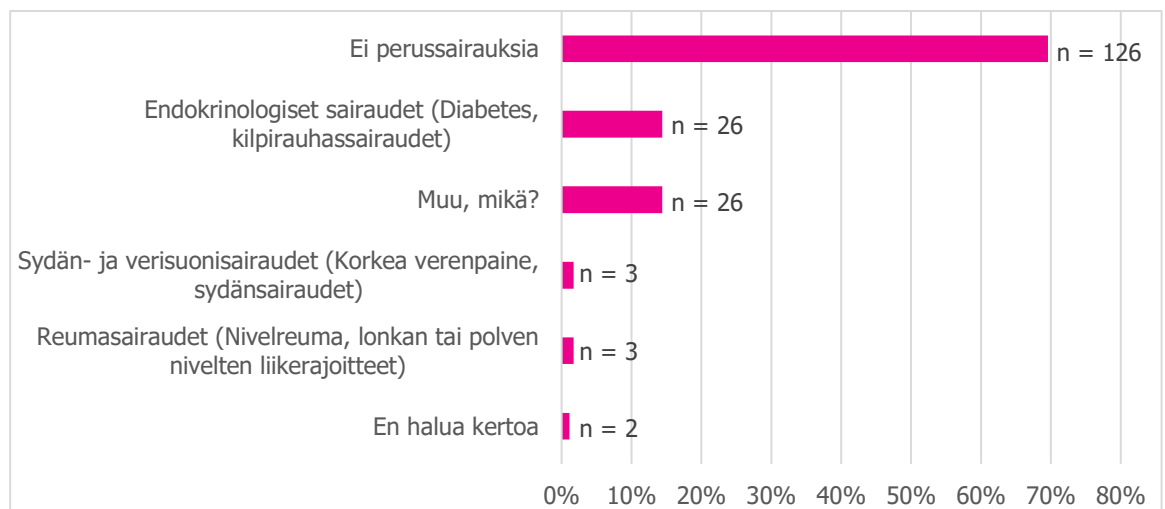
Taulukossa 4 on annettu vastaajien synnytysten määrät alateitse, suunnitellulla keisarileikkauksella, kiireellisellä keisarileikkauksella sekä hätäkeisarileikkauksella. Vastaajilta kysyttiin kaikki synnytystapamuodot ja kuinka monta kertaa kukin oli synnyttänyt kullakin synnytystavalla. Suurin osa vastasi jokaiseen vastausvaihtoehtoon, mutta kiireellistä keisarileikkausta ja hätäkeisarileikkausta koskevien vastausvaihtoehtojen kohdalla osa jätti vastaamatta. Kaikkiin vastausvaihtoehtoihin olisi ollut mahdollista vastata valitsemalla vastausvaihtoehto 0, mikäli ei ollut synnyttänyt kyseisellä synnytystavalla.

Enemmistö vastaajista 83,9 % (n=151) oli synnyttänyt suunnitellulla keisarileikkauksella ja se oli useimmalla tapahtunut ensimmäisessä synnytyksessä. Kiireellisellä keisarileikkauksella synnyttäneitä oli 29,2 % ja hätäsektiolla 5,8 %, joista molemmissa suurin osa oli ensisynnytyksiä. Alateitse synnyttäneiden määrä oli n. 30 %. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kaikkien synnytystapojen synnytyismäärät

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 tai enemmän |
|---|-------------------|-------------------|------------------|----------------|----------------|
| Alateitse N=180 | 69,4 % (n=125) | 21,1 % (n=38) | 7,2 % (n=13) | 1,7 % (n=3) | 0,6 % (n=1) |
| Suunnitellulla keisarileikkauksella N=180 | 16,1 % (n=29) | 70,0 % (n=126) | 12,2 % (n=22) | 1,7 % (n=3) | 0,0 % (n=0) |
| Kiireellisellä keisarileikkauksella N=175 | 70,8 % (n=124) | 26,3 % (n=46) | 2,9 % (n=5) | 0,0 % (n=0) | 0,0 % (n=0) |
| Hätäkeisarileikkauksella N=171 | 94,2 % (n=161) | 5,8 % (n=10) | 0,0 % (n=0) | 0,0 % (n=0) | 0,0 % (n=0) |

Palkkikaaviossa (kuva 1) on odottaneiden äitien ilmoittamat perussairaudet. Vastausvaihtoehtoja pystyi valitsemaan useita. Vastauksia kysymykseen tuli kaikkiaan n=186. Palkkikaaviosta selviää, että enemmistöllä (n=126) vastaajista ei ole ollut taustalla perussairauksia. Vastaajien tavanomaiset perussairaudet olivat endokrinologiset sairaudet (n=26). Kolmanneksi yleisin perussairaus oli astma (n=11). Tämä selvisi "Muu, mikä?" vastausvaihtoehdon (n=26) kautta. Harvinaisimpina perussairauksina olivat sydän- ja verisuonisairaudet (n=3) sekä reumasairaudet (n=3). Kaksi vastaajaa ei halunnut kertoa perussairaustaustastaan.



KUVA 1. Odottavan äidin perussairaudet, kaikkien vastaajien määrä N=181

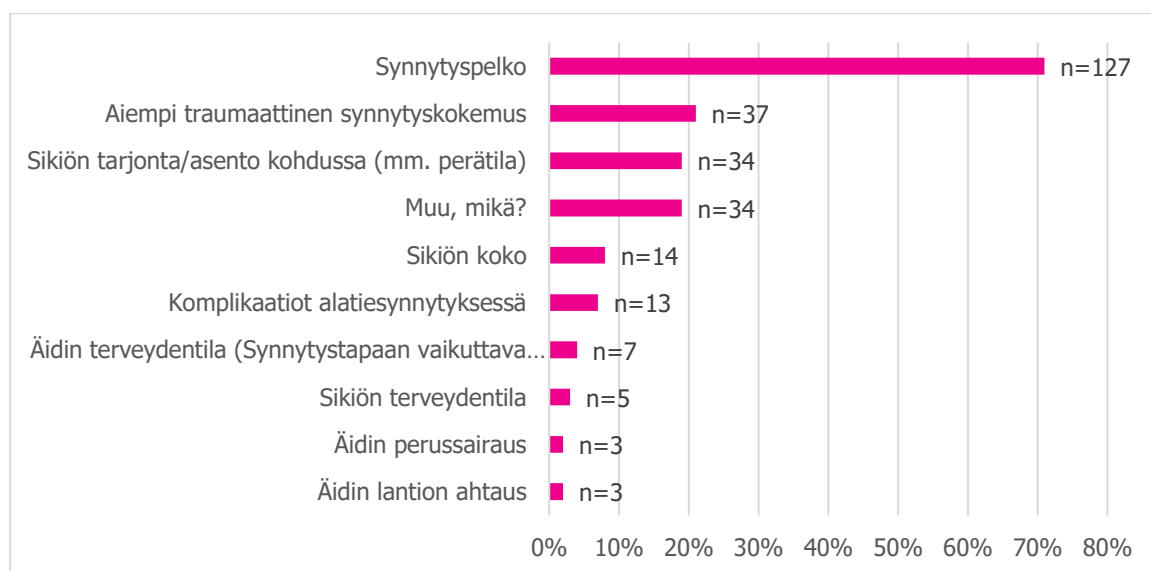
Taulukossa 5 on vastaukset kysymykseen, mikä synnytyksistä oli vastaajan ensimmäinen suunniteltu keisarileikkaus. Vastaajista noin 60 % (n=88) oli synnyttänyt tai suunnitteli synnyttämistä suunnitellulla keisarileikkauksella ensimmäisellä synnytyskerralla. Lisäksi joka kolmas vastaaja (n=42) oli synnyttänyt suunnitellulla keisarileikkauksella toisella synnytyskerralla. Kolmannella synnytyskerralla suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttäneitä oli muutamia (n=5), neljännellä ei yhtään ja viidennellä yksi.

TAULUKKO 5. Vastaajan ensimmäinen suunniteltu keisarileikkaus

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. tai myöhempi synnytys | Keskiarvo |
|--|------------------|------------------|----------------|----------------|--------------------------|-----------|
| Mikä synnytyksistäsi oli ensimmäinen suunniteltu keisarileikkaus? N=147 * | 59,8 % (n=88) | 28,6 % (n=42) | 3,4 % (n=5) | 0,0 % (n=0) | 0,7 % (n=1) | 1,8 |

*Kaikkien vastaajien määrä N=147 joista 7,5 % (n=11) ei ole vielä synnyttänyt suunnitellulla keisarileikkauksella.

Palkkikaaviossa (kuva 2) tarkasteltiin syitä, joilla vastaajat olivat saaneet suunnitellun keisarileikkauksen synnytystavaksi. Kysymykseen pystyi valitsemaan useamman vastausvaihtoehdon. Vastusten kokonaismäärä oli n=277. Yleisin syy suunnitellulle keisarileikkaukselle oli synnytyspelko (n=127). Toiseksi yleisin syy suunnitellulle keisarileikkaukselle oli aiempi traumaattinen synnytyskokemus (n=37) ja kolmanneksi yleisin syy suunnitellulle keisarileikkaukselle oli sikiön tarjonta/asento kohdussa (n=34). ”Muu, mikä?” vastausvaihtoehdon (n=34) vastauksissa perusteluiksi mainittiin oma toive (n=16) ja monikkoraskaus (n=4). Loput vastauksista olivat liian henkilökohtaisia eriteltäviksi. Myös komplikaatiot alatiesynnytyksessä (n=13) sekä usein siihen liittyvä sikiön koko (n=14) olivat yleisenä syynä suunnitellulle keisarileikkaukselle. Vähiten vaikuttivat sikiöstä tai äidistä johtuvat lääketieteelliset syyt, kuten sikiön terveydentila (n=5), äidin terveydentila (n=3) tai äidin lantion ahtaus (n=3).



KUVA 2. Syyt suunnitellulle keisarileikkaukselle, kaikkien vastaajien määrä N=178

Taulukossa 6 on vastaukset suunnitellun keisarileikkauksen puheeksi otosta. Vastauksista selvisi, että suurinta osaa 77,3 % (n=140) odottavista äideistä ei ole suositeltu hakeutumaan suunniteltuun keisarileikkaukseen terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Vastaajista 22,7 % (n=41) taas oli suositeltu hakeutumaan suunniteltuun keisarileikkaukseen terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Lähes kaikki vastaajista 93,4 % (n=169) olivat ottaneet puheeksi toiveen suunnitellusta keisarileikkauksesta. Vastaajista 6,6 % (n=12) eivät olleet ottaneet puheeksi suunniteltua keisarileikkausta toivottuna synnytystapana. Suunnitellun synnytystavan puheeksi otto tapahtui pääsääntöisesti neuvolassa (n=137).

TAULUKKO 6. Synnytystavan puheeksi otto

| | Kyllä | Ei |
|---|----------------|----------------|
| Onko sinua suositeltu hakeutumaan suunniteltuun keisarileikkaukseen terveydenhuollon ammattilaisen (lääkäri, terveydenhoitaja, kättilö) toimesta? N=181 | 22,7 % (n=41) | 77,3 % (n=140) |
| Oletko itse ottanut puheeksi toiveen suunnitellusta keisarileikkauksesta? Jos kyllä, niin missä? N=181 | 93,4 % (n=169) | 6,6 % (n=12) |

6.2 Odottavien äitien kokemuksia suunnitellusta keisarileikkauksesta

Taulukossa 7 on kuvattu synnytystapapäätöksen saamisen helppoutta. Vastauksista selvisi, että 51,7 % (n=93) mielestä suunnitellun keisarileikkauksen saaminen oli helppoa, kun taas 46,6 % (n=84) mielestä suunnitellun keisarileikkauksen saaminen ei ollut helppoa. Ei -vastausvaihtoehdon kohdalla pyydettiin tarkentamaan, miksi suunnitellun keisarileikkauksen saaminen ei ollut helppoa. Vastauksissa pääsääntöisesti näkyvillä oli synnytyspelon vähättely terveydenhuollon ammattilaisten toimesta, synnytyspelodiagnoosia varten vaadittavat liialliset pelkopolin käyntikerrat, oman tahdon sekä järkisyiden sivuuttaminen. Vastaaajista enemmistö 79,2 % (n=145) koki, että suunnitellun keisarileikkauksen saamisen pitäisi olla helpompaa. Vastaaajista 5,5 % (n=10) koki, että suunnitellun keisarileikkauksen saamisen ei pitäisi olla helpompaa ja 15,3 % (n=28) ei osannut sanoa pitäisikö suunnitellun keisarileikkauksen saamisen olla helpompaa.

TAULUKKO 7. Synnytystapapäätöksen saaminen

| | Kyllä | Ei | En tiedä |
|---|----------------|---------------|---------------|
| Koetko, että suunnitellun keisarileikkauksen saaminen oli helppoa? N=180 * | 51,7 % (n=93) | 46,6 % (n=84) | |
| Koetko, että suunnitellun keisarileikkauksen saaminen pitäisi olla helpompaa? N=183 | 79,2 % (n=145) | 5,5 % (n=10) | 15,3 % (n=28) |

*Kaikkien vastaajien määrä N=180 joista 1,7 % (n=3) ei ole synnyttänyt keisarileikkauksella

Kyselyssä haettiin vastauksia seuraavaan avoimeen kysymykseen: "Millä muulla syillä olisit halunnut saada suunnitellun keisarileikkauksen, mutta et saanut?". Vastaaajien määrä tähän kysymykseen oli kokonaisuudessaan N=68. Näistä vastaajista n=41 olisi halunnut saada suunnitellun keisarileikkauksen omasta tahdosta tai järkisyillä ja n=27 muilla syillä. Muut yksittäiset vastaukset eivät olleet merkityksellisiä tuloksien kannalta.

Kyselyn lopussa vastaajat kertoivat omia mielipiteitä synnytystavan valinnasta ja kyselyn aiheesta. Tutkimuksessamme tuli esiin vastaajien halu valita oma synnytystapansa, oli se sitten keisarileikkaus tai alatiesynnytys. Tuloksista myös selvisi, että moni odottavista äideistä on halunnut suunnitellun keisarileikkauksen omasta tahdosta, mutta sen sijaan joutunut ottamaan pelkodiagnoosin sekä käymään pelkodiagnoosin vaatimilla pelkopoli- sekä lääkärikäynneillä saadakseen suunnitellun keisarileikkauksen. "Millä syillä/syillä sait suunnitellun keisarileikkauksen?" -kysymyksen vastauksista saatiin myös edellä olevaa toteamusta tukevaa tietoa, sillä synnytyspelko oli yleisin syy suunnitellulle keisarileikkaukselle vastaajien keskuudessa.

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys

Tutkimustyön eettiset periaatteet koskevat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin ajan. Jokaisessa prosessin vaiheessa tulisi tehdä tietoisesti ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja. Tutkimusaiheen valinta on ensimmäinen eettinen ratkaisu. Tutkimuksen alkuvaiheessa eli tutkimuskohteen valinnassa pohditaan, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla aihe valitaan. Ongelmiksi saattaa nousta aiheen yhteiskunnallinen merkittävyys ja tarpeellisuus. Tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät valitaan eettisten periaatteiden mukaan ja tutkimustulosten julkaisuvaiheessa noudatetaan rehellisyyttä ja avoimuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 26; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Mahdolliset riskit tutkimukseen osallistumisesta tulee tiedottaa heti alkuvaiheessa. Lisäksi prosessin alkuvaiheessa tulisi selvittää, millaista tietoa tutkittaville annetaan sekä miten heidän suostumuksensa hankitaan. Kunnioittava ihmiskohtelu on osa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä. Anonymiuden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston asianmukainen tallentaminen ja hävittäminen otetaan huomioon aineistonkeruu vaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2005, 26–27.)

Sitouduimme eettisten periaatteiden noudattamiseen aloittaessamme opinnäytetyötä. Jo tutkimuksen aihetta valittaessa päädyimme miettimään, kenen hyödyksi opinnäytetyötä toteutetaan. Keisarileikkaus käsitteenä on hyvin laaja ja jouduimme rajaamaan aihetta pitkin prosessia, pitäen mielessä alussa asettamamme tutkimuskysymykset. Rajasimme opinnäytetyön aihetta hyötynäkökohtien kannalta. Otimme eettiset näkökohdat erityiseen huomioon, sillä aiheemme käsitteli henkilökohtaisia, ihmisten omiin kokemuksiin perustuvia tilanteita. Tarkastelimme aihetta yleisellä tasolla. Suhtauduimme työn tekijöinä keisarileikkaukseen neutraalisti, kuten tulevana terveydenhuollon ammattilaisina tulisimmekin suhtautua. Näin opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja arviointi oli rehellistä ja ennakkoluulotonta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden ja opiskelijoiden toimintaa. Itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeus on myös hyvä ottaa huomioon tutkimustyötä tehdessä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L1992/785.) Tavoitteenamme oli vakuuttaa osallistumisen olevan turvallista ja riskitöntä. Emme kysyneet vastaajien henkilötietoja missään kyselyn vaiheessa. Perustuslain (1999/731, 6–23§) mukaan kaikilla ihmisillä on oikeus yksityisyyteen. Kerroimme tutkimustiedotteen avulla kyselyyn vastaajille sen, että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja anonymiä, eikä yksittäisiä vastauksia julkaista. Käsittelimme kyselyn kautta tulleet vastaukset luottamuksellisesti ja hävitimme ne asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistuttua. Välitimme tutkimustiedotteen kautta riittävästi tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista sekä sen toteuttamistavasta. Tutkimusluvan hakemista ei tarvittu, sillä emme käsitelleet opinnäytetyössämme henkilö- ja potilasasiakirjoja tai muuta ihmisiin sidonnaista salassapitomateriaalia. Ikäasteikon toki selvitimme, mutta sekään ei ollut tarkka vaan laaja asteikoltaan. Allekirjoitimme opinnäytetyötä varten Savonia-ammattikorkeakoulun hankkeistamissopimuksen yhdessä ohjaavan opettajan ja työelämän toimeksiantajan kanssa.

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetilla arvioidaan tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä tutkia juuri sitä tarkoitettua tutkimusongelmaa. Validiteetin vaikuttavat vastausprosentti, tutkimusongelman kysymykset ja selkeästi määritelty perusjoukko. (Hirsjärvi ym. 2005, 216.)

Validiteetin avulla arvioidaan sitä, onko tutkimusongelmaa lähestytty oikealla tavalla sekä onko tutkimuksessa käytetyt käsitteet oikeita. Kyselylomakkeiden kysymyksiin vastanneet voivat ymmärtää kysymykset toisin kuin tutkija on itse ajatellut. Näin tulokset voidaan pitää epäpätevinä, jos tutkija alkaa käsittelemään saatuja vastauksia oman ajattelumallinsa mukaisesti. Lisäksi on mahdotonta tietää, kuinka perehtyneitä vastaajat ovat aihealueesta tai kuinka vakavasti suhtautuvat tutkimukseen ylipäätään. Validiutta voidaan arvioida eri näkökulmista. Laadittua kyselylomaketta olisi hyvä testauttaa muutamalla henkilöllä, jolloin kysymysten mahdollisiin epäselvyyksiin voidaan puuttua jo varhaisessa vaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2005, 217.)

Reliabiliteetilla arvioidaan sitä, ovatko tutkimustulokset pysyviä vai sattumanvaraisia. Mittaustulosten toistettavuutta voidaan mitata niin, että kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkittaisiin eri tutkimuskerroilla, saataisiin sama tulos. (Hirsjärvi ym. 2005, 216.)

Epärehellisyyttä on kannattavaa välttää tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Plagiointia eli toisen henkilön sanojen esittämistä omanaan tai tuotannon siteeraamista vailla lähdemerkintöjä on vältettävä. Tekstiä lainattaessa on lainaus osoitettava asianmukaisilla lähdemerkinnöillä. Suoraan lainattaessa on lainauksen oltava tarkka painovirheittä myöten. Lähdemerkinnöissä tulee mainita lainatun julkaisun tutkimusryhmän kaikki jäsenet. Lisäksi tutkimusaineiston analysoinnissa ei pidä plagioida itseään. Tämä tarkoittaa oman tutkimuksen muuttamista ja tulosten vääristämistä esimerkiksi kaunistelemalla. Raportointi ei voi olla puutteellista tai harhaanjohtavaa. Käytettyjä tutkimusmenetelmiä tuodaan julki sekä selostetaan tutkimuksen ongelmakohdat ja mahdolliset puutteet rehellisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 27–28.)

Kyselylomakkeiden vastausten tarkastelun jälkeen selvisi, että kysymyksissä ”Kuinka monta kertaa olet synnyttänyt”, ”Minkä ikäisenä synnytit ensimmäisen kerran?”, ”Minkä ikäisenä synnytit ensimmäistä kertaa suunnitellulla keisarileikkauksella?” sekä ”Mikä synnytyksistäsi oli ensimmäinen suunniteltu keisarileikkauksella?” oli ongelmia kysymysten muotoilun ja ymmärrettävyyden suhteen. Kysymysten muotoilulla on suuri merkitys siihen, kuinka helposti suuri yleisö ymmärtää kysymykset tavalla, jolla työn tekijät ovat tarkoittaneet. Kysymysten ymmärrettävyys taas vaikuttaa suoraan vastausten luotettavuuteen.

Vastaajilta tuli myös palautetta tarkentavien kysymysten suhteen. Vastaajien mukaan kyselyn olisi pitänyt sisältää kysymys siitä, onko vastaaja tällä hetkellä raskaana, sekä onko vastaajan synnytystapa muuttunut suunnitellusta keisarileikkauksesta hätäkeisarileikkaukseksi tai kiireelliseksi keisarileikkaukseksi. Pohdimme myös näiden kysymysten tarpeellisuutta ja tulimme siihen lopputulokseen, että kysymykset olisivat antaneet tärkeitä vastauksia tuloksentekijän avuksi. Myös kyselyn strukturoitujen eli suljettujen kysymysten pakollisuus olisi ollut kannattavaa, sillä useat vastauslomakkeet jäivät puutteellisiksi.

Harkitsimme joidenkin kyselylomakkeiden poistoa vastausten tarkistuksen aikana. Harkitsimme poistoa tarkkaan, sillä halusimme pitää kyselyn vastausten numeraalisen analysoinnin realistisena. Keskustelimme poistokriteereistä opinnäytetyön ohjaavan opettajan kanssa ja päädyimme kriittisen harkinnan jälkeen poistamaan kahden henkilön kyselylomakkeet. Syinä poistoille olivat epäluotettavat sekä epäjohdonmukaiset vastaukset.

Kaikki käyttämämme verkkolähteet ovat löytyneet luotettavien tietokantojen kautta. Tietokantoja olivat Pubmed, Medic ja Cinahl. Hyödynsimme myös Savonian kirjastosta löytyneitä kirjalähteitä. Olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman tuoreita tutkimuksia ja artikkeleita. Vanhin käyttämämme lähde oli vuodelta 1990 ja se käsitteli keisarileikkauksen historiaa. Merkitsimme lähdeviittaukset Savonian Raportointiohjeen 2020 mukaan. Lähdeviitteiden tuli vastata lähdeluettelon merkintöjä, jotta viittauksen oikea lähde selviäisi lukijalle heti. Käytimme mahdollisuuksien mukaan useampaa lähdettä saman tiedon viittaamiseen. Pyrimme tällä tavalla lisäämään luotettavuutta referoidusta tiedosta. Opinnäytetyöhön sisällytettiin taulukko hakuprosessinkuvauksesta (taulukko 1) sekä taulukko hyödynnetyistä tutkimuksista (liite 1). Taulukoiden avulla ilmaisimme tutkimusaineiston hakuprosessia ja käytettyjen tutkimusten sisältöä. Käytimme opinnäytetyössä Turnitin-plagiatintunnistusohjelmaa. Käytimme kyseistä ohjelmaa pitkin opinnäytetyönprosessia, jotta välttyisimme muiden tekstien samankaltaisuudesta.

Olimme velvollisia raportoimaan opinnäytetyön tulokset rehellisesti. Raportoimme tulokset sellaisenaan, emmekä muuttaneet vastaajien kyselyvastauksia. Esitimme tulokset huolellisesti sanoin, taulukoin ja kaavioin. Tärkeää oli raportoida tulokset ilman ennakkoluuloja – ja asenteita. Yhteenvedo tuloksista toimitettiin myös työelämän toimeksiantajalle, jolloin he halutessaan pystyivät jakamaan yhteenvedon seuraajilleen tarkasteltavaksi.

Opinnäytetyössä ja tutkimuksessa luotettavuutta mahdollisesti vähentäviä tekijöitä olivat väärinymmärretyt kysymykset, tutkimuksien hakuprosessi, vähäinen kokemus opinnäytetöiden tekemisestä, opinnäytetyön aihetta ei ole vielä käsitelty opintojen aikana sekä ohjauksen riittämättömyys.

Opinnäytetyön otsikko muovautui kyselyn vastausten perusteella. Suurin osa vastaajista painotti oikeutta ja halua valita suunniteltu keisarileikkaus synnytystavaksi. Vastaajat olivat sitä mieltä, että synnytystavan valintaan tulisi itse vaikuttaa ilman sen suurempaa perustelua.

7.3 Tulosten pohdinta

Kyselyyn vastasi laajasti eri-ikäisiä naisia. (Taulukko 3.) Vastaajien keski-ikä oli 18–29 vuotta (n=68). Seuraava lähes yhtä iso ryhmä vastaajista olivat iältään 30–34-vuotiaita (n=64). Myös ensisynnyttäjien ja ensimmäistä kertaa suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttävien keski-ikä oli 18–29 vuotta. Synnyttäjien keskimääräisen iän nousun on katsottu vaikuttaneen kasvaneisiin suunniteltujen keisarileikkausten määriin. Ikä ei itsessään ole indikaatio suunnitellulle keisarileikkaukselle, mutta odottavan äidin korkeampi ikä voi tuoda mukanaan riskejä äidin tai sikiön terveydelle. (Mylonas & Friese 2015, 491.) Tutkimuksessamme suurin osa vastaajista olivat edelleen nuoria, jolloin heillä oli pienempi riski raskauden aikaisille korkean iän tuomille komplikaatioille. Näin ollen suoria indikaatioita suunnitellulle keisarileikkaukselle ei ollut.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat odottavat äidit, suunnitellun keisarileikkauksen läpikäyneet naiset sekä suunnitellun keisarileikkauksen halunneet ja haluavat naiset. Tutkimuksessamme vastaajien yleisin synnytystapa (taulukko 4) oli suunniteltu keisarileikkaus ($n=151$), mikä vastasi erinomaisesti hakemaamme kohderyhmää. Monet toivat esiin myös sen, että jo sovittu suunniteltu keisarileikkaus oli muuttunut joko kiireelliseksi keisarileikkaukseksi tai hätäkeisarileikkaukseksi. Lisäksi suurin osa vastaajista ei ollut synnyttänyt kiireellisellä keisarileikkauksella ($n=124$) tai hätäkeisarileikkauksella ($n=161$). Tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempaa tutkittua tietoa keisarileikkausten yleistyisestä. Odottamatonta oli kuitenkin alatiesynnytysten ($n=65$) vähäinen määrä vastaajien keskuudessa.

Tutkimuksestamme selvisi, että osalla vastaajista ($n=55$) oli yksi tai useampi perussairaus (kuva 1). Lopuilla vastaajista ($n=126$) ei ollut taustalla perussairautta. Pääteltävissä oli se, että pääsääntöisesti vastaajat ovat olleet perusterveitä, joten edellytyksiä saada suunniteltua keisarileikkausta perussairauden perusteella ei ollut.

Tutkimuksestamme myös selvisi, että suurimmalla osalla vastaajista ensimmäinen suunniteltu keisarileikkaus (taulukko 5) oli joko ensimmäinen ($n=88$) tai toinen ($n=42$) synnytyksistä. Tuloksista oli vaikea saada lopullista päätelmää. Tulokset voisivat aikaisemman tutkimustiedon perusteella kertoa siitä, että ensisynnyttäjät kokevat tavallisemmin synnytyspelkoa, kun taas uudelleensynnyttäjät uskoivat keisarileikkauksen olevan miellyttävämpi tapa synnyttää. Myös aikaisempi alatiesynnytyksen komplikaatio on voinut vaikuttaa myöhempään synnytystapapäätökseen. Rouheen (2015, 4) tutkimuksesta selvisi, että aikaisemmin keisarileikkauksella tai imukuppiavusteisesti synnyttäneet naiset kokivat enemmän synnytyspelkoa alatiesynnytystä kohtaan. Myös ensisynnyttäjät kokivat enemmän pelkoa verrattuna uudelleensynnyttäjiin synnytyksen kulun tietämättömyyden vuoksi. Eiden, Morkenin & Baeroen (2019) tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat vastasyntyneen hoitamisen henkisesti helpompina keisarileikkauksen jälkeen, kuin alatiesynnytyksen. Aikaisempien synnytyskokemusten vuoksi naiset pystyivät arvioimaan keisarileikkauksen olevan psyykkisesti siedettävämpää. Keisarileikkaus koettiin helpotuksena, sillä synnytyksen vaiheet olivat ennakoitavissa. Kyseinen tutkimus toteutettiin Norjassa ja sen tarkoituksena oli selvittää norjalaisten naisten yleisimmät syyt keisarileikkauksen haluamiselle.

Odottamatonta oli se, että suurin osa suunnitelluista keisarileikkauksista oli tapahtunut ensimmäisellä synnytyskerralla, eikä odotetusti toisella tai myöhemmällä synnytyskerralla. (Taulukko 5.) Uotilan (2015b, 575) mukaan muun muassa aikaisemmat keisarileikkaukset ovat aiheellisia syitä keisarileikkauksen suorittamiseen. Tällöin voimme päätellä, ettei suurimmalla osalla vastaajista ole ollut taustalla alatiesynnytyksiä tai keisarileikkauksia, jolloin indikaationa ei ole ollut aikaisemmin suoritettu keisarileikkaus tai aikaisemman synnytyskerran aiheuttama traumaattinen synnytyskokemus.

Suunnitellun keisarileikkauksen saamiselle on asetettu tiettyjä kriteerejä. Tutkimuksestamme selvisi, että tavanomaisin syy suunnitellun keisarileikkauksen saamiselle (kuva 2) oli synnytyspelko ($n=126$). Seuraavaksi yleisin syy suunnitellulle keisarileikkauksen saamiselle oli aiempi traumaattinen synnytyskokemus ($n=37$). Tuloksista selvisi myös se, että äidin tai sikiön terveydentila ovat olleet vähäisesti vaikuttamassa suunnitellun keisarileikkauksen saamiseen. Tästä voidaan päätellä, että suurin

osa vastaajien saaduista suunnitelluista keisarileikkauspäätöksistä oli saatu äidin aikaisempien kokemusten perusteella eikä niinkään lääketieteellisistä syistä.

Tutkimuksestamme selvisi, että suurin osa vastaajista (n=169) olivat ottaneet itse puheeksi toiveen suunnitellusta keisarileikkauksesta (taulukko 6). Synnytystavan puheeksi otto tapahtui pääsääntöisesti neuvolassa. Terveystyöväestön ammattilaiset puolestaan ovat harvemmin suosittelleet hakeutumaan suunniteltuun keisarileikkaukseen (n=140). Tämä kertoo siitä, että synnyttäjät ovat itse halukkaampia saamaan suunnitellun keisarileikkauksen, kun taas terveydenhuollon ammattilaiset suosittavat yleensä alatiesynnytystä. Tässä on myös ihmiskohtaisia eroja, mutta pääsääntöisesti terveydenhuollon ammattilaisilla on taustalla tuki tutkimustiedosta koskien keisarileikkauksen riskejä.

Synnytystapapäätöksen saaminen (taulukko 7) oli vastaajiemme mielestä helppoa (n=93), mutta helppoutta perusteltiin muun muassa sillä, että heillä oli jo olemassa oleva syy taustalla, jolla suunnitellun keisarileikkauksen pystyi saamaan helposti. Vastaajat, jotka eivät kokeneet suunnitellun keisarileikkauksen saamista helpoksi (n=84), olisivat halunneet suunnitellun keisarileikkauksen omalla tahdolla ja järjestyksellä. Myös suurin osa (n=145) vastaajista koki, että suunnitellun keisarileikkauksen saamisen pitäisi olla nykyistä helpompaa.

Kysymyksen ”Millä tavalla suunnitellun keisarileikkauksen saamisen tulisi olla helpompaa?” vastaukset täydensivät taulukon 7 tuottamia vastauksia. Suurin osa vastauksista käsitteli sitä, että oman tahdon tulisi olla riittävä syy saada suunniteltu keisarileikkaus. Lisäksi vastauksissa tuotiin esille se, että odottavia äitejä ja heidän toiveitaan tulisi kuunnella enemmän, heidän pelkonsa alatiesynnytyksestä kohtaan tulisi ottaa todesta sekä pelkopolikäyntejä tulisi vähentää prosessin helpottamiseksi.

Vastaajien nuori ikä voi vaikuttaa kysymysten tuottamiin tuloksiin. Vastaajien ollessa nuoria on tavallista, että heillä on taustalla vähemmän perussairauksia. Vastaajille aihe on ajankohtainen iän puolesta, sillä raskauden mahdollisuus on todennäköisempää. Moni vastaajista oli kyselyyn osallistumisvaiheessa raskaana tai vastikään synnyttänyt. Aihe on juuri nyt ollut paljon pinnalla muun muassa sosiaalisessa mediassa. Lisäksi nykyään tuodaan esille epäkohtia naisten oikeuksista ja oman äänen esille tuomisesta. Nämä nuoret naiset voivat kokea, että heidän oikeuksiinsa valita omaa synnytystapaansa yritetään kajoa tai vaihtoehtoja rajoitetaan.

Kyselyyn vastanneiden syyt saadulle keisarileikkaukselle tukivat aikaisempaa tutkimustietoa. Syyt olivat lähinnä äidin kokemustaan liittyviä. Eiden, Morkenin & Baeroen (2019) tutkimuksen mukaan synnytyksen pelko ja aiempi traumaattinen synnytyskokemus nousivat yleisimmiksi syiksi keisarileikkauksen haluamiselle. Eiden, Morkenin & Baeroen (2019) tutkimuksessa tuli esiin se, että terveydenhuollon ammattilaiset saivat keisarileikkauspyyntöjä, joista puuttui heidän mielestään perusteltu syy tai merkittävä pelko synnytyksestä kohtaan. Tutkimuksestamme tuli ilmi se, että vastaajat eivät kokeneet tarvetta perustella syitä keisarileikkauksen haluamiselle. Tästä voimme päätellä, että synnyttäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemykset voivat olla hyvinkin erilaiset. Naisia kohtaan on ollut pitkään tietynlaisia odotuksia. Huomasimme vastauksista, että nykyään naisilla on enemmän halua päättää omasta kehosta ja antaa omille valinnoille valtaa eikä vain mennä luotujen ohjeiden ja säännösten mukaan. Olisi hyvä muistaa, että potilas on oman tilanteensa asiantuntija.

Muissakin potilastilanteissa terveydenhuollon ammattilaiset suosittelivat ja ohjaavat, mutta lopullinen päätösvalta on aina ollut potilaalla itsellään. Terveydenhuollon ammattilaisten olisi hyvä pohtia potilaan oman päätösvalan toteutumista synnytystapapäätöksissä. Kuitenkin tulisi muistaa, että Suomessa potilas ei voi valita itselleen tietynlaista hoitoa (Saisto & Rouhe 2016, 1855). Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoitotoimenpiteistä, joten potilaalla tulisi olla myös oikeus kieltäytyä synnyttämästä tietyllä synnytystavalla niin kauan, kun se ei aiheuta välitöntä vaaraa hänelle itselleen tai sikiölle.

Haluamme, että vastaajamme saavat äänensä kuuluviin. Vastaajat esittivät omia mielipiteitään valtavasti avointen kysymysten kohdalla. Kävimme vastaukset yksitellen läpi ja päädyimme tekemään vastauksista koosteen. Vastausten yleinen sanoma oli seuraavanlainen: ”Koen, että minun kuuluu saada valita oma synnytystapani”, ”Traumaattisen synnytystaustani tulisi riittää syyksi keisarileikkauksen haluamiselle”, ”Minun ei pitäisi joutua perustelemaan valintaani”. Kysely oli mielestämme onnistunut, koska saimme vastaajilta rehellisiä vastauksia liittyen keisarileikkaukseen. Koemme, että tutkimustulosten esille tuonti voisi tuoda sekä vastaajille että samassa tilanteessa olleille tai oleville tunteen, etteivät he ole yksin asian kanssa ja että heitä halutaan kuunnella.

7.4 Oma ammatillinen kasvu ja kehitys

Opinnäytetyön osaamistavoitteisiin kuuluu oman alan ja oman ammatillisen kehittymisen kannalta perusteltu aiheen valinta. Opiskelijan tulee osata toteuttaa tutkimus- ja kehittämistyötä työelämän toimeksiantajan toiveiden mukaisesti. Opiskelijan tulee osata etsiä ja soveltaa näyttöön perustuvaa tutkimustietoa opinnäytetyönprosessissa. Opiskelijan tulee osata arvioida opinnäytetyön keskeisiä tuloksia ja perustella niiden merkitystä työelämän toimeksiantajan ja oman asiantuntijuuden kehittymisen näkökulmasta. Opiskelijan tulee osata arvioida omaa toimintaansa, ammatillista kehitystä sekä opinnäytetyönprosessin luotettavuutta ja eettisyyttä. Lisäksi toimia joustavasti yhteistyössä opinnäytetyöhön mukaan osallistuneiden kanssa. (Savonia ammattikorkeakoulu 2021.)

Työnteko on pysynyt mielekkäänä koko opinnäytetyön prosessin ajan, sillä valitsimme opinnäytetyön aiheen oman mielenkiinnon mukaan. Tarkoituksena oli toteuttaa kättilötyöhön liittyvää opinnäytetyötä, jonka aihe kiinnostaa myös työelämän toimeksiantajaa. Koemme, että opinnäytetyön aihe tukee erinomaisesti ammatillista kehittymistämme. Olemme pitkin prosessia oppineet paljon keisarileikkauksesta ja siihen liittyvistä käsitteistä. Tulemme hyödyntämään oppittuja tietoja nykyisen tutkimuksen aikana, kättilöiksi valmistuttua sekä mahdollisesti jatko-opinnoilla. Keisarileikkauksen laajuuden vuoksi aiheen rajaaminen oli alussa hankalaa. Aiheen rajausta helpotti ohjaavan opettajan näkemykset ja kokemukset.

Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut molemmilta paljon työtä. Ohjaavan opettajan vaihtuminen kesken opinnäytetyön prosessin on tuonut oman haasteensa työntekoon ja vaatinut meiltä työn tekijöiltä joustavuutta sekä stressinsietokykyä. Olemme toteuttaneet opinnäytetyötä pääsääntöisesti itseksemme. Raportointiohjeet vaihtuivat kesken opinnäytetyöprosessin, mikä hieman vaikeutti työntekoa. Myös koronan vaikutukset huomattiin heti opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa, sillä ohjausmateriaali löytyi lähinnä Moodlen kurssialueilta ja ohjeiden tulkintaan olisi kaivattu konkreettista apua opettajilta. Pikaviestintäohjelma Zoom on hyvä alusta kommunikoinnille, mutta työn tekijät olisivat hyötäneet kasvokkain tapaamisesta sekä työn läpikäymisestä opettajan kanssa.

Olemme oppineet yhteistyö- ja organisointitaitoja, näyttöön perustuvan tiedon etsimistä, lähdekriittisyyttä, paineensietokykyä ja atk-taitoja. Olemme tukeneet toisiamme opinnäytetyötä tehdessä sekä vieneet projektin läpi hyvässä yhteisymmärryksessä. Olemme hyödyntäneet omia vahvuuksia ja täydentäneet toistemme osaamista. Emme pyrkineet työllämme täydellisyyteen tai virheiden minimoimiseen, vaan halusimme olla rehellisiä jokaisessa opinnäytetyönprosessin vaiheessa.

Opinnäytetyöstä hyötyvät odottavat äidit, keisarileikkauksen läpikäyneet naiset, terveydenhuollon ammattilaiset sekä muut aiheesta kiinnostuneet. Kyselyymme osallistuneet toivat ilmi aiheen tärkeyden ja kokivat, että on hyvä tutkia keisarileikkauksen haluamista ja tuoda tutkimustuloksia esille. Vastaajat kehottivat työn tekijöitä kuuntelemaan odottavia äitejä ja ottamaan huomioon heidän toivensa synnytystavan suhteen. Odottavien äitien kokemukset toivat arvokasta lisätietoa siitä, kuinka tärkeää on tukea odottavia äitejä synnytystavan valinnassa. Opinnäytetyö tulee antamaan työn tekijöille valmiuksia kohtaamaan keisarileikkauksia haluavia naisia sekä ymmärtämään heidän näkemyksiään asian suhteen. Pystymme hyödyntämään opinnäytetyön myötä opittua tietoa tulevassa työyhteisössä jakamalla tutkimustietoa kollegoiden kanssa. Opinnäytetyössä esitettyjen vastaajien kokemukset ja mielipiteet keisarileikkauksen saamisesta voivat tuoda omanlaista vertaistukea muille odottaville äideille sekä mahdollisesti auttaa synnytystapapäätösprosessin läpikäymisessä.

7.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Johtopäätöksenä saatujen tuloksien perusteella odottavat äidit ovat saaneet keisarileikkauksen yleisimmin synnytyspelon, aiemman traumaattisen synnytyskokemuksen ja sikiön poikkeavan tarjonnan tai asennon vuoksi. Useamman vastaajan tuli vedota synnytyspelkoon, jotta olisi ollut hyväksyttävää saada suunniteltu keisarileikkaus. Tulokset osoittavat, että odottavat äidit olisivat halunneet suunnitellun keisarileikkauksen seuraavista syistä: synnyttäjän omasta tahdosta ja toiveesta, pelko oman kehon toimimattomuudesta alatiesynnytyksen aikana sekä pelko sikiön ja lantion välisestä epäsuhdasta. Monet myös kokivat, että keisarileikkaus voisi olla sikiölle turvallisempi ja leikkauksen vaiheet ennakoitavampia kuin alatiesynnytyksen vaiheet. Odottavat äidit olisivat halunneet itse vaikuttaa synnytystapapäätökseen perustelematta syitä. Enemmistö vastaajista koki, että suunnitellun keisarileikkauksen saamisen tulisi olla helpompaa. Lisäksi enemmistö vastaajista olivat itse ottaneet puheeksi keisarileikkauksen haluamisen terveydenhuoltoalan ammattilaisen kanssa. Tulosten yleinen sanoma oli oikeus valita ja oikeus vaikuttaa omaan kehoon.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Aiheesta voisi tehdä jatkotutkimusta esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista synnytystapojen päätösprosessista tai laajempaa tutkimusta odottavien äitien kokemuksista. Aihe oli kaiken kaikkiaan hyvin laaja ja jouduimme rajaamaan sitä edelleen prosessin edetessä. Jätimme kyselystä pois kysymyksen ”sairaanhoitopiirit/alueet, joissa olet synnyttänyt”. Tämä voisi olla yksi näkökulma aiheen tarkasteluun ja idea seuraaville tutkijoille – onko suunnitellun keisarileikkauksen saamisen syissä alueellisia eroja, ja jos on, millaisia erot ovat ja mistä erot johtuvat.

LÄHTEET

- Alaraudanjoki, Emmariikka 2017. Synnytystapa toisessa raskaudessa synnytyksen oltua keisarileikkaus. Oulun Yliopisto. Naistentautien klinikka. Syventävien opintojen tutkielma. 2–3. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201711223133>. Viitattu 07.04.2021.
- Deans, Anne (toim.) 2010. Liukkonen, P. (suom.) Suuri äitiyskirja. Lontoo: Carrol & Brown Limited. Suomennos: Kustannusosakeyhtiö Perhemediat. 264–254.
- Eide, Kristiane, Morken, Nils-Halvdan & Baerøe, Kristine 2019. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *Alkuperäistutkimus*. 3–5. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2250-6>. Viitattu 02.10.2021.
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus. Edita Publishing Oy Helsinki Pdf-tiedosto. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>. Viitattu 06.04.2021.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 26–217.
- Inkinen, Lotta & Ekholm, Eeva 2019. Synnytyspelon hoito TYKS:ssa. Verkkojulkaisu. *Alkuperäistutkimus*. *Lääkärilehti*. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/synnytyspelon-hoitotyks-ssa/>. Viitattu 28.02.2021.
- Kondelin, Heli 2015. Korkean riskin raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Kätilötyö – raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Teoksessa: Paananen, Ulla, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija, & Äimälä, Anna-Mari 2015. (toim.) 6. uudistettu painos. Otava Oy. 415–420.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 11.02.2021.
- Lehto, Pasi 2010. Raskausajan sydänongelmat. Verkkojulkaisu. Katsausartikkeli. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 1565–1566. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98924>. Viitattu 06.04.2021.
- Lindroos, Jan-Erik & Lohivesi, Erik 2010. Onnistu strategiassa. Verkkokirja. Alma talent. 219–220. <https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.ezproxy.savonia.fi/teos/IAJBHXCTDG#kohta:1> Viitattu 12.04.2021.
- Liu, Shiliang, Liston, Robert, Joseph, K S, Heaman, Maureen, Sauve, Reg & Kramer, Michael 2007. Maternal mortality and severe morbidity associated with low risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Alkuperäistutkimus*. 457. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060870>. Viitattu 4.10.2021.
- Macharey, Georg 2018. Breech presentation and delivery in singleton term pregnancies in Finland. Väitöskirja. Department of Obstetrics and Gynecology, Helsinki University Hospital and University of Helsinki. Verkkojulkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-4023-4>. Viitattu 09.04.2021.
- Mustajoki, Pertti 2014. Asidoosi. Verkkojulkaisu. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00656/asidoosi-elimiston-nesteiden-liiallinen-happamuus?q=Asidoosi>. Viitattu 07.04.2021.

Mylonas, Ioannis & Friese, Klaus 2015. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. Katsausartikkeli. *Deutsches Ärzteblatt International*, 492. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>. Viitattu 02.03.2021.

Nieminen, Katri, Stephansson, Olaf & Ryding Lena Elsa 2009. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross sectional study at various stages of pregnancy. *Alkuperäistutkimus*. 811–812. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.1080/00016340902998436>. Viitattu 21.09.2021.

O'Sullivan JF 1990. Cesarean birth. *Verkkojulkaisu. Ulstred Med J* 1990; Apr 59 (1):1–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2448256/>. Viitattu 27.02.2021.

Pallasmaa, Nanneli, Rautava, Samuli, & Timonen, Susanna 2016. Synnytystapa vaikuttaa äidin ja lapsen terveyteen. *Verkkojulkaisu. Katsausartikkeli. Potilaan lääkärilehti. Julkaistu* 29.09.2016. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/synnytystapa-vaikuttaa-aidin-ja-lapsen-terveyteen/>. Viitattu 04.02.2021.

Pietiläinen, Sirkka 2015. Häiriöt lapsivuodeaikana. Teoksessa: Paananen, Ulla, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.) *Kättilötyö*. Helsinki: Edita, 597.

Raussi-Lehto, Eija 2015. Matalan riskin synnytys. Teoksessa: Paananen, Ulla, Pietiläinen, Sirkka & Äimälä, Anna-Mari (toim.) *Kättilötyö*. Helsinki: Edita, 221, 224–225.

Raussi-Lehto, Eija 2014. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Teoksessa: Paananen, Ulla, Pietiläinen, Sirkka, Väyrynen, Pirjo & Äimälä, Anna-Mari (toim.) *Kättilötyö*. Helsinki: Edita, 217–220.

Rouhe, Hanna 2015. Fear of childbirth. Väitöskirja. Department of Obstetrics and Gynaecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, 4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1242-2>. Viitattu 16.10.2021.

Saisto, Terhi 2000. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. Katsausartikkeli. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 1483–1485. Pdf-tiedosto. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo91649.pdf>. Viitattu 06.04.2021.

Saisto, Terhi & Halmesmäki, Erja 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Katsausartikkeli. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 201–202. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>. Viitattu 28.02.2021.

Saisto, Terhi & Rouhe, Hanna 2016. Kun synnyttävä toivoo keisarileikkausta. Katsausartikkeli. *Suomen lääkärilehti* 25–32/2016. 1853–1855. Pdf-tiedosto. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230049/SLL252016_1853.pdf?sequence=1. Viitattu 16.04.2021.

Savonia Ammattikorkeakoulu 2021. Opetussuunnitelmat. <https://www.savonia.fi/opiskele-tutkinto/tutkinnot-ja-hakeminen/opetussuunnitelmat/?yks=KS&krtid=1230&tab=6&krtid2=94253>. Viitattu 13.10.2021.

- Schindl, Monika, Birner, Peter, Reingrabner, Michaela, Joura A. Elmar, Husslein, Peter & Langer, Martin 2003. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Alkuperäistutkimus*. 835–836. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.1034/j.1600-0412.2003.00194.x>. Viitattu 22.09.2021.
- Sinisalo, Juha, Laitinen, Kalevi, Aitokallio-Tallberg & Kallela, Heidi 2018. Synnynnäinen sydänvika ja raskaus. Katsausartikkeli. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 1605–1607. Pdf-tiedosto. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14463.pdf>. Viitattu 06.04.2021.
- Souza, JP, Gulmezoglu, AM, Lumbiganon, P, Laopaidoon, M, Carroli, G, Fawole, B & Ruyan, P 2010. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *Alkuperäistutkimus*. 1–6. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>. Viitattu 27.09.2021.
- Størksen, Hege Therese, Garthus-Niegel, Susan, Adams, Samantha S, Vangen, Siri & Eberhard-Gran, Malin 2015. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. Tutkimusartikkeli. *BMC, Pregnancy & Childbirth*, 1. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4>. Viitattu 06.04.2021.
- Teramo, Kari & Komulainen, Jorma 2013. Makrosomian määritelmä. Verkkajulkaisu. *Terveysportti. Duodecim käypä hoito*. https://terveysportti.mobi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=nix01964. Viitattu 13.04.2021.
- Tihtonen, Kati & Uotila, Jukka 2019. Synnytyshäiriöt. Naistentaudit ja synnytykset. Tapanainen, Juha, Heikinheimo, Oskari & Mäkikallio, Kaarin (toim.) 6. uudistettu painos. *Oy Duodecim*. 576–577. Viitattu 12.04.2021.
- Tiitinen, Aila 2020a. Etinen istukka. Verkkajulkaisu. *Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 28.09.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00123>. Viitattu 15.04.2021.
- Tiitinen, Aila 2020b. Makrosomia (poikkeavan kookas sikiö). Verkkajulkaisu. *Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 28.09.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00875/makrosomia-poikkeavan-kookas-sikio>. Viitattu 16.04.2021.
- Tiitinen, Aila 2020c. Monisikiöisyys (monikkoraskaus). Verkkajulkaisu. *Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 28.9.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00154>. Viitattu 03.05.2021.
- Tiitinen, Aila 2020d. Synnytyspelko. Verkkajulkaisu. *Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 07.10.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00884>. Viitattu 04.02.2021.
- Tilastoraportti 48/2020. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2019. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportit ja selvitykset*. Julkaistu 20.11.2020. 1–30. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140702/Tr48_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 16.04.2021.
- Timonen, Susanna & Erkkola, Pertti 2004. Sikiön asfyksia synnytyksen aikana. Katsausartikkeli. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2415–2418. Pdf-tiedosto. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo94571.pdf>. Viitattu 07.04.2021.

Toivonen, Elli 2018. Breech Presentation, Outcome according to the mode of delivery, cardiotocography and childbirth experience. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 24–45.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0733-2>. Viitattu 02.03.2021.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Pdf-tiedosto. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf. Viitattu 12.10.2021.

Uotila, Jukka 2006. Raskauden ja synnytyksen hoito sikiön ollessa perätilassa. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti, 17/2006 vuosikerta 61. 1857. Pdf-tiedosto. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2006/SLL172006-1857.pdf>. Viitattu 01.05.2021.

Uotila, Jukka 2015a. Korkean riskin raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Teoksessa: Paananen, Ulla, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 413–435.

Uotila, Jukka 2015b. Synnytyksen aikaiset häiriöt. Teoksessa: Paananen, Ulla, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 382–561.

Uotila, Jukka 2015c. Synnytysoperaatiot. Teoksessa: Paananen, Ulla, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 574–577.

Uotila, Jukka & Tihtonen, Kati 2019. Synnytysoperaatiot. Naistentaudit ja synnytykset. Tapanainen, Juha, Heikinheimo, Oskari & Mäkikallio, Kaarin (toim.) 6. uudistettu painos. Oy Duodecim. 586.

Vesterinen Ervo 2017. Naisen ruumiin historia. Into Kustannus. 175–179.

Vilka, Hanna 2021a. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. 1. painos. PS-kustannus. 215–225.

Vilka, Hanna 2021b. Tutki ja kehitä. 5. päivitetty painos. PS-kustannus. 66

Vääräsmäki, Marja & Raudaskoski, Tytti 2017. Raskaus ja synnytys keisarileikkauksen jälkeen. Duodecim. Kirjallisuuskatsaus. 347–348. Pdf-tiedosto. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2019112143375.pdf>. Viitattu 28.02.2021.

Vääräsmäki, Marja & Kaaja, Risto 2019a. Diabetes ja raskaus. Naistentaudit ja synnytykset. Tapanainen, Juha, Heikinheimo, Oskari & Mäkikallio, Kaarin (toim.) 6. uudistettu painos. Oy Duodecim. 465–472.

Vääräsmäki, Marja & Kaaja, Risto 2019b. Perussairaudet ja raskaus. Naistentaudit ja synnytykset. Tapanainen, Juha, Heikinheimo, Oskari & Mäkikallio, Kaarin (toim.) 6. uudistettu painos. Oy Duodecim. 479–484.

LIITE 1: TUTKIMUSTAULUKKO

| Tutkimus, tekijät, vuosi | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkimusmenetelmä | Keskeiset tulokset |
|---|---|-------------------------------|---|
| Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - study at various stages of pregnancy in Sweden. Katri Nieminen, Olaf Stephansson & Elsa Lena Ryding. 2009. | Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ruotsalaisten naisten synnytyspelon tekijöitä raskauden eri ikävaiheissa sekä selvittää keisarileikkauksen suosimisen syyt. | Poikittaistutkimus. | Keisarileikkauksen suosiminen liittyi suurimmalla osalla synnytyspelkoon, aikaisempaan keisarileikkaukseen tai instrumenteilla avustettuun alatiesynnytykseen. |
| Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. Monika Schindl, Peter Birner, Michaela Reingrabner, Elmar A. Joura, Peter Husslein & Martin Langer. 2003. | Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia synnytyskokemuksia ja lääketieteellisiä tuloksia naisilla, joilla synnytystapana alatiesynnytys tai suunniteltu keisarileikkaus. | Prospektiivinen tutkimus. | Synnytyskokemus keisarileikkauksessa oli huomattavasti parempi, kuin alatiesynnytyksessä. Häätäkeisarileikkauksen kokeneet naiset halusivat ehdottomasti suunnitellun keisarileikkauksen mahdollisessa seuraavassa synnytyksessä. |
| Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. JP Souza, AM Gülmezoglu, P Lumbiganon, M Laopaiboon, G Carroli, B Fawole & P Ruyan. 2010. | Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ei-lääketieteellisten keisarileikkausten esiintyvyyttä Afrikassa, Etelä-Amerikassa ja Aasiassa. Lisäksi selvittää mahdolliset komplikaatiot. | Poikittaistutkimus. | 25,7 % kaikista synnytystapauksista oli keisarileikkauksia ja 1 % näistä suoritettiin ilman lääketieteellistä syytä. Keisarileikkauksien yhteydessä raportoitiin eniten komplikaatioita ja näitä oli muun muassa kuolleisuus, verensierrot, tehohoitoon joutuminen ja kohdunpoisto. |
| Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. Kristiane Tislevoll Eide, Nils-Halvdan Morken & Kristine Baerøe. 2019. | Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää norjalaisten naisten yleisimmät syyt keisarileikkauksen haluamiselle. | Kuvaava laadullinen tutkimus. | Synnytyspelko ja aiempi traumaattinen synnytyskokemus nousivat yleisimmiksi syiksi keisarileikkauksen haluamiselle. Lisäksi koettiin, että vastasyntyneen hoito on henkisesti helpompaa keisarileikkauksen jälkeen, kuin alatiesynnytyksen, liittyen pelkoon ja traumoihin. |

| Tutkimus, tekijät, vuosi | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkimusmenetelmä | Keskeiset tulokset |
|---|---|---|--|
| Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. Shiliang Liu, Robert M. Liston, K.S. Joseph, Maureen Heaman, Reg Sauve & Michael S. Kramer. 2007. | Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata suunnitellun keisarileikkauksen riskejä alatiesynnytykseen perusterveillä naisilla. | Retrospektiivinen väestöpohjainen kohorttitutkimus. | Keisarileikkauksen jälkeen esiintyi enemmän komplikaatioita, kuin alatiesynnytyksen jälkeen. Komplikaatioita olivat muun muassa verenvuoto ja sitä seuraava kohdunpoisto, anestesiaan liittyvät haitat, infektiot ja laskimotukokset. Lisäksi sairaalassaolo - ja toipumisaika oli huomattavasti pitempi keisarileikkauksen jälkeen. |
| Synnytyspelon hoito TYKS:ssä. Lotta Inkinen & Eeva Ekholm. 2019. | Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella kättilöille ja synnytyslääkäreille ohjautuneiden potilaiden hoitoa ja eroa synnytystavassa. | Retrospektiivinen tutkimus. | Tutkimuksen potilaista 18 %:lle tehtiin keisarileikkaus synnytyspelon vuoksi. Hoidon aikana 52 % potilaista luopui toiveesta saada suunniteltu keisarileikkaus. Vahvasti keisarileikkausta toivovat potilaat ohjattiin lääkärille. Lääkärille ohjatuista potilaista useat synnyttivät suunnitellulla keisarileikkauksella. |
| Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. Hege Therese Størksen, Susan Garthus-Niegel, Samantha S. Adams, Siri Vangen & Malin Eberhard-Gran. 2015. | Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia synnytyspelkoon liittyviä demografisia ja psykososiaalisia piirteitä ja tällaisen pelon suhteellista merkitystä elektiivisen keisarileikkauksen ennustajana. | Väestöpohjainen kohorttitutkimus. | Aiempi traumaattinen synnytyskokemus johti suunnitellun keisarileikkauksen haluamiseen suurimmalla osalla naisista. Pelkoa keisarileikkausta kohtaan oli vähemmän, kuin alatiesynnytystä kohtaan. |
| Fear of childbirth. Hanna Rouhe. 2015. | Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia/tarkastella mahdollisuuksia synnytyspelon hoitoprotokollien kehittämisessä. | Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. | Synnytyspelko on voimakkaampaa ensisynnyttäjien parissa ja heillä on tarvetta kohdennetuille hoitomuodoille. Psykologin pitämällä ryhmähoidolla voidaan auttaa synnyttää turvallisemmin ja kustannuksia säästään. Tällä voidaan vaikuttaa positiivisesti synnytyskokemukseen sekä synnytyksen jälkeiseen hyvinvointiin. |

| Tutkimus, tekijät, vuosi | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkimusmenetelmä | Keskeiset tulokset |
|--|--|---|---|
| Breech Presentation, Outcome according to the mode of delivery, cardiotocography and childbirth experience. Elli Toivonen. 2018. | Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia suunnitellun alatiesynnytyksen turvallisuutta vaihtoehtoisena synnytystapana suunnitellulle keisarileikkaukselle, kun sikiö syntyy perätilassa. Lisäksi oli tarkoitus verrata alatiesynnytysyrityksen ennustetta perätilarjonnassa ja päätarjonnassa. | Retrospektiivinen tutkimus. | Perätilassa olevan lapsen alatiesynnytyksen kokeilun kokemus oli keskimäärin samankaltainen kuin normaalisti tarjoutuvan lapsen alatiesynnytyksen kokeilun kokemus. Sikiön sykekäyrissä perätilasynnytyksen aikana nähtiin enemmän vähentynyttä sykkeenvaihtelua sekä myöhäisiä hidastumia kuin päätarjontaisen synnytyksen aikana. |
| Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. Ioannis Mylonas & Klaus Friese. 2015. | Työn tarkoituksena oli koota tutkimustietoa keisarileikkauksista, niihin johtavista syistä sekä mahdollisista komplikaatioista. | Kirjallisuuskatsaus. | Viime vuosina keisarileikkausten esiintyvyys on lisääntynyt. Yleisimmin mainittu syy keisarileikkauksen haluamiselle on ei-lääketieteellinen syy – äidin oma pyyntö. |
| Breech presentation and delivery in singleton term pregnancies in Finland. Georg Macharey. 2018. | Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisissa olosuhteissa perätilassa olevaa sikiötä on turvallista kantaa raskauden loppuun saakka. | Retrospektiivinen havainnointitutkimus. Väestöpohjainen kohorttitutkimus. | Perätila on yhdistettynä moniin raskauden aikaisiin riskitekijöihin peri- ja neonataliseen lopputulemaan. Yhtä tärkeänä tuloksena pidetään sitä, että perätila on yhdistettynä myös kasvaneeseen riskiin prenataalikuolemista. |

LIITE 2: KYSELYN TUTKIMUSTIEDOTE

Suunnitellut keisarileikkaukset

Tutkimustiedote

Hei, olemme kaksi kättilöopiskelijaa Savonia ammattikorkeakoulusta. Kyselymme koskee erityisesti elektiivisiä sektioita, eli suunniteltuja keisarileikkauksia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millä syillä olet saanut suunnitellun keisarileikkauksen, onko sinulta evätty suunniteltu keisarileikkaus ja olisiko muita syitä, joilla toivoisit saavasi suunnitellun keisarileikkauksen.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoon suunniteltuun keisarileikkaukseen johtavat syyt, sekä lisätä tietoutta suunnitelluista keisarileikkauksista.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää kyselyn missä tahansa vaiheessa. Kysely on täysin anonymi, eikä yksittäisiä vastauksia julkaista missään. Kyselyn vastauksista tullaan tekemään kooste opinnäytetyöhömmme.

Hey, we're two midwifery students from Savonia University of applied sciences. Our survey concerns elective or planned caesarean sections.

The purpose of the thesis is to determine what reasons you have received a planned caesarean section, whether you were denied a planned caesarean section, and whether there were other reasons you would hope to have a planned caesarean section.

The aim of the thesis is to be informed of the causes leading to the planned caesarean section, as well as to increase knowledge of planned caesarean sections.

Participation in the study is entirely voluntary and you can interrupt the survey at any point. The poll is completely anonymous, and individual responses are not published anywhere. A compilation of the responses to the survey will be compiled into our thesis.

Rosana David rosana.david@edu.savonia.fi

Niia Sulkala niia.sulkala@edu.savonia.fi

Voit zoomata kuvaa isommaksi

Seuraava

LIITE 3: KYSELY

Suunnitellut keisarileikkaukset**Ikäsi**

- Alle 18-vuotias
- 18-29-vuotias
- 30-34-vuotias
- 35-40-vuotias
- yli 40-vuotias

Kuinka monta kertaa olet synnyttänyt?

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 tai enemmän |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Alateitse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Suunnitellulla keisarileikkauksella | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kiireellisellä keisarileikkauksella | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hätäsektiolla (Sektio= keisarileikkaus) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Perussairauksia

- Sydän- ja verisuonisairaudet (Korkea verenpaine, sydänsairaudet)
- Reumasairaudet (Nivelreuma, lonkan tai polven nivelten liikerajoitteet)
- Endokrinologiset sairaudet (Diabetes, kilpirauhassairaudet)
- En halua kertoa
- Ei perussairauksia
- Muu, mikä?

Yleiskysymyksiä synnytyksestä

| | Alle 18- vuotiaana | 18-29- vuotiaana | 30-34- vuotiaana | 35-40- vuotiaana | Yli 40- vuotiaana | En ole vielä synnyttänyt |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Minkä ikäisenä synnytit ensimmäisen kerran? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minkä ikäisenä synnytit ensimmäistä kertaa suunnitellulla keisarileikkauksella? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*Jos olet nyt raskaana ja synnytät **suunnitellulla** keisarileikkauksella, vastaa tällöin myös se, kuinka mones tuleva synnytyksesi tulee olemaan.*

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. tai myöhempi synnytys | En ole vielä synnyttänyt suunnitellulla keisarileikkauksella |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|---|
| Mikä synnytyksistäsi oli ensimmäinen suunniteltu keisarileikkaus? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Millä syyllä/syillä sait suunnitellun keisarileikkauksen?

- Synnytyspelko
- Äidin terveydentila (Synnytystapaan vaikuttava terveydentilan muutos)
- Äidin perussairaus
- Sikiön terveydentila
- Sikiön tarjonta/asento kohdussa (mm. perätila)
- Sikiön koko
- Äidin lantion ahtaus
- Aiempi traumaattinen synnytyskokemus
- Komplikaatiot alatiesynnytyksessä
- Muu, mikä?

Edellinen

Seuraava

50% Valmis (1 / 2)

Millä muulla syyllä olisit halunnut saada suunnitellun keisarileikkauksen, mutta et saanut?

Onko sinua suositeltu hakeutumaan suunniteltuun keisarileikkaukseen lääkärin tai terveydenalan ammattilaisen (terveydenhoitaja, kätilö) toimesta?

Esimerkiksi sikiön tai sinun terveydentilan vuoksi.

Kyllä

Ei

Oletko itse ottanut puheeksi toiveen suunnitellusta keisarileikkauksesta? Ja jos niin missä?

Kyllä

En

Koetko, että suunnitellun keisarileikkauksen saaminen oli helppoa?

Kyllä

Ei, miksi?

En ole synnyttänyt keisarileikkauksella

Koetko, että suunnitellun keisarileikkauksen saaminen pitäisi olla helpompaa?

- Kyllä
- Ei
- En tiedä

Lopuksi voit halutessasi tuoda esille omia ajatuksia aiheesta

Edellinen

Lähetä

100% Valmis (2 / 2)