

Saija Karjalainen, Anna-Kaisa Korjonen

JOS SYNNYTYKS PELOTTAA

Esite synnytyspelosta kärsivälle odottajalle

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Toukokuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

		Opinnäytetyön päivämäärä 13.5.2014
Tekijä(t) Saija Karjalainen, Anna-Kaisa Korjonen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma
Nimeke Jos synnytys pelottaa – esite synnytyspelosta kärsivälle odottajalle		
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa teoreettisen viitekehyksen pohjalta esite synnytyspelosta kärsiville odottajille. Esitettä voidaan jakaa äitiysneuvolakäynneillä, ja sen on tarkoitus toimia terveydenhoitajan antaman ohjauksen tukena. Esitteen avulla odottavan äidin on helpompi ymmärtää ja jäsentää raskauteen, synnytykseen ja vanhemmuuteen liittyviä negatiivisiakin tunteita. Myös raskaana olevan naisen puolison olisi tärkeää tutustua esitteeseen, jotta hän osaisi paremmin tukea ja ymmärtää synnytystä pelkäävää odottajaa. Koemme synnytyspelon ajankohtaisena ja tärkeänä aiheena. Huhtikuun 2014 alussa uutisoitiin synnytyspelon vuoksi tehtävien keisarileikkausten kasvaneesta määrästä. Synnytyspelkoon on alettu myös hakea aiempaa herkemmin apua, ja tämä näkyy esimerkiksi Etelä-Savon sairaanhoitopiirin synnytyspelkopoliklinikan lähes kaksinkertaistuneissa asiakasmäärissä. Myös synnytyskulttuuri ja ihmisten suhtautuminen synnytykseen luonnollisena tapahtumana on muuttunut vuosien myötä. Nykyään normaali synnytys on medikalisoitunut ja raskaana oleva nainen nähdään lääketieteessä riippuvaisena potilaana. Terve synnytykseen liittyvä jännitys voi muuttua vakavaksi synnytyspeloksi, johon voivat johtaa esimerkiksi suunnittelematon raskaus, aiempi traumaattinen synnytyskokemus tai raskaana olevan riittämätön tukiverkosto. Synnytyskivun pelko on yksi yleisimmistä pelon kohteista. Voimakas synnytyspelko johtaa usein keisarileikkaustoiveeseen, mutta hyvällä ja varhain aloitetulla synnytyspelon hoidolla voidaan edistää naisen hallinnantunnetta raskauttaan ja synnytystä kohtaan. Tutkimusten mukaan myös odottava isä voi kokea synnytyspelkoa. Esite tuotettiin yhteistyössä Itä-Savon sairaanhoitopiirin kanssa, ja sen laatimisessa hyödynnettiin Jämsän ja Mannisen sosiaali- ja terveysalan tuotekehitysprosessin vaiheita, hyvän esitteen kriteereitä sekä toimeksiantajan toiveita. Esitteen asiasisällön perustana toimivassa teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään normaalia synnytystä, keisarileikkausta, synnytyskivun lievitystä, synnytyspelon eri osa-alueita sekä synnytyspelon hoidon pääperiaatteita.		
Asiasanat (avainsanat) synnytyspelko, synnytys, pelko, keisarileikkaus, äitiysneuvola, tuotekehitysprosessi, esite		
Sivumäärä 54 sivua + 3 liitettä	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä) Sähköisessä muodossa julkaistavasta esitteestä puuttuvat toimeksiantajan logo ja yhteystiedot		
Ohjaavan opettajan nimi Tiina Lybeck	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri, Savonlinnan äitiysneuvola	

DESCRIPTION

		Date of the bachelor's thesis 13 May 2014
Author(s) Saija Karjalainen, Anna-Kaisa Korjonen		Degree programme and option Degree Programme in Nursing
Name of the bachelor's thesis Afraid of Labour – Booklet for expectant mothers affected by labour and delivery fears		
Abstract <p>The purpose of this Bachelor's Thesis is to produce a booklet for expectant mothers, who are affected by labour and delivery fears, based on a theoretical frame of reference. The booklet can be distributed at maternity clinics and it is intended to support the guidance given by the maternity clinic nurses. The booklet helps expectant mothers to understand and structure even the negative emotions towards pregnancy, childbirth and parenthood. It is important that also the spouse of a pregnant woman familiarizes with the booklet, so that he can better support and understand the mother with labour fears.</p> <p>We see labour and delivery fears as a current and important topic. At the beginning of April 2014, the news reported an increased number of Caesarean sections due to labour and delivery fears. In addition, mothers have begun to seek help more and this can be seen, for example, in the almost doubled quantity of clients at the labour fears clinic of South Savonia Hospital District. Also the culture of childbirth, and people's attitudes towards it as a natural event, has changed over the years. Even normal labour is medicalised today and a pregnant woman is seen as a patient dependent on the medicine.</p> <p>Healthy childbirth-related excitement may develop into a serious fear of labour, to which may lead, for example, an unplanned pregnancy, a previous traumatic delivery experience or an insufficient support network of the expectant mother. Fear of labour pains is one of the most common objects of fear. An intense fear of labour often leads to a request for a Caesarean section, but with a thorough and early treatment of the fears, it is possible to advance the control women feel over the pregnancy and childbirth. According to studies, also the expectant father can feel labour and delivery related fears.</p> <p>The booklet was produced in cooperation with the East Savonia Hospital District, and Jämsä and Maninen's product development processes of health and social care, as well as criteria for a good brochure and client's wishes were utilized during the product development process. The theoretical framework serving as the basis of content for the booklet deals with normal childbirth, Caesarean section, alleviating labour pains, various areas of labour and delivery fears and key principles of their treatment.</p>		
Subject headings, (keywords) Labor and Delivery Fears, Childbirth, Fear, Caesarean Section, Maternity Clinic, Product Development Process, Booklet		
Pages 54 pages + 3 appendices	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices The client's logo and contact details are missing from the online version of the booklet		
Tutor Tiina Lybeck		Bachelor's thesis assigned by East Savonia Hospital District, Maternity Clinic of Savonlinna

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3	TAUSTATIETOA.....	2
3.1	Myyttinen äitiys	3
3.2	Normaali synnytys	4
3.2.1	Synnytyksen vaiheet	5
3.3	Synnytyskivun lievitys.....	6
3.3.1	Lääkkeettömät menetelmät	6
3.3.2	Lääkkeelliset menetelmät.....	7
3.4	Keisarileikkaus eli sektio	10
3.4.1	Suunniteltu eli elektiivinen keisarileikkaus	10
3.4.2	Päivystyskeisarileikkaus	11
3.4.3	Keisarileikkauksen riskit.....	11
3.5	Synnytystavan arviointi	13
4	SYNNYTYSPELKO.....	13
4.1	Pelko käsitteenä	13
4.2	Synnytyspelolle altistavat tekijät	14
4.3	Synnytyspelon kohteet.....	17
4.4	Isän kokema synnytyspelko.....	18
4.5	Synnytyspelon vaikutukset ja sen aiheuttamat haasteet hoitotyössä	20
5	SYNNYTYSPELON HOITO JA SYNNYTYSPELKOISEN ODOTTAJAN OHJAAMINEN.....	22
5.1	Äitiysneuvolatyo.....	24
5.2	Kun neuvolan tuki ei riitä	26
5.2.1	Rentoutuminen ja ryhmäterapia synnytyspelon hoidossa.....	27
5.3	Synnytyssuunnitelma	30
5.4	Ohjaamisen keinot	30
6	ESITE TIEDON VÄLITTÄJÄNÄ	32
6.1	Hyvän esitteen kriteerit.....	33
7	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	35
7.1	Tuotekehitysprosessi opinnäytetyön menetelmänä	35

7.1.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen.....	36
7.1.2	Ideavaihe	37
7.1.3	Luonnosteluvaihe.....	39
7.1.4	Tuotteen kehittäminen	41
7.1.5	Tuotteen viimeistely.....	43
8	POHDINTA	47
8.1	Esitteen eettisyys ja luotettavuus	48
8.2	Johtopäätökset.....	49
8.3	Oma oppiminen	50
	LÄHTEET	51

LIITTEET

- 1 Haastattelu synnytyspelosta kokemuksia omaavalle äidille
- 2 Tutkimuksia synnytyspelosta
- 3 Jos synnytys pelottaa – esite synnytyspelosta kärsivälle odottajalle

1 JOHDANTO

Voimakkaasta ja raskautta varjostavasta synnytyspelosta kärsii jopa 6 - 10 % odottavista äideistä, ja se on yksi tavallisimmista elektiivisten keisarileikkausten syistä (Rouhe & Saisto 2013, 521). Yle uutisoi huhtikuun 2014 alussa synnytyspelon vuoksi tehtävien keisarileikkausten kasvaneesta määrästä. Synnytyspelkoon on alettu myös hakea aiempaa herkemmin apua, ja tämä näkyy esimerkiksi Etelä-Savon sairaanhoitopiirin synnytyspelkopoliklinikan lähes kaksinkertaistuneissa asiakasmäärissä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärin Kati Myllymäen arvion mukaan naiset eivät miellä synnytystä enää niin luonnolliseksi asiaksi kuin ennen ja uskaltavat ilmaista pelkonsa paremmin. Lisäksi tietoisuus terveydenhuoltoalan ammattilaisten keskuudessa on lisääntynyt, ja siksi synnytystä pelkäävä odottaja ohjataan hoitoon herkemmin. (Husu 2014.)

Tämän opinnäytetyön myötä tuotamme synnytyspelosta kärsivien hoidon tueksi esitteen Itä-Savon sairaanhoitopiirin äitiysneuvoloille. Esitettä voidaan jakaa neuvolassa synnytystä pelkääville odottajille, ja sen on tarkoitus toimia ammattilaisen antaman ohjauksen tukena. Aiheen valinta perustui Savonlinnan pääterveysaseman neuvolasta esitettyyn toiveeseen saada kirjallista materiaalia kyseisestä aiheesta. Koemme aiheen hyödylliseksi ja ajankohtaiseksi, koska raskaus ja synnytys ovat yksi ihmiselämän luonnollisimmista asioista. Raskauksien ja synnytysten myötä myös synnytyspelkoa esiintyy jatkuvasti. Jokaisella tulisi kuitenkin olla oikeus kokea raskaus, synnytys ja vanhemmuuteen valmistautuminen ilman suurta ahdistusta.

Toimeksiantajanamme toimii Savonlinnan äitiysneuvola, mutta valmista esitettä voivat hyödyntää kaikki Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkunnat eli Savonlinnan lisäksi Enonkoski, Punkaharju, Sulkava, Kerimäki ja Rantasalmi. Työelämäohjaajanamme toimii terveydenhoitaja Kerimäen äitiysneuvolasta. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän eli Sosterin alueen väestöpohja on noin 45 500 asukasta, ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palvelut on koottu samaan organisaatioon. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2014.)

Tuotteen kehittämissä keskitymme asiakaslähtöisyyteen, joka on yksi laadun varmistuksen keskeisistä asioista sosiaali- ja terveysalan tuotetta kehitettäessä. Tuotetta suunniteltaessa tulisi tuotteen käyttäjän tarpeet huomioida mahdollisimman

osuvasti. Laadukas tuote tyydyttää käyttäjän odotukset ja aiheuttaa vähemmän korjaustarvetta ja negatiivista palautetta. (Jämsä & Manninen 2000, 127.) Tuotteemme laatua varmistamme tutkitun tiedon pohjalta kerätyn asiasisällön, asiantuntijoiden näkemysten, hyvän potilasoppaan kriteerien, tuotekehitysprosessin vaiheiden tarkan noudattamisen sekä lopullisen käyttäjän mielipiteen avulla.

Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat synnytyspelko, raskausaika, synnytyskipu, synnytys, keisarileikkaus, synnytyskivun lievitys, vanhemmuus, tuotekehitysprosessi, potilasohjaus, perhe ja äitiysneuvola. Olemme perehtyneet teoriatietoa etsiessämme myös tutkimustietoon. Esimerkkejä opinnäytetyön teoriaosuudessa hyödyntämistämme aikaisemmista tutkimuksista olemme koonneet liitteenä olevaan kirjallisuuskatsaukseen (ks. liite 2).

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuotekehitysprosessin avulla tuottaa esite synnytyspelosta kärsivän odottajan ohjaamisen ja auttamisen tueksi perusterveydenhuoltoon. Lisäksi tavoitteenamme on oppia tuotekehitysprosessin vaiheiden hyödyntäminen uutta tuotetta kehitettäessä sekä laatia mahdollisimman käyttökelpoinen ja elinkaareltaan kestävä tuote. Tavoitteena on, että esite toimii hyvänä lisänä ammattilaisen antaman ohjauksen tukena. Pyrimme laatimaan esitteen sanomasta mahdollisimman kannustavan ja toivoa herättävän, mikä osaltaan lisääisi synnytystä pelkäävän odottajan tunnetta siitä, että hänen ajatuksena otetaan vakavasti ja häntä voidaan auttaa. Esitteen tarkoitus on antaa tietoa raskaana olevalle synnytyspelosta kärsivälle odottajalle sekä hänen läheisilleen ja näin lievittää synnytyspelkoa.

3 TAUSTATIETOA

Raskaus ja synnytys saavat aikaan huomattavia muutoksia sekä naisen ruumiissa että mielessä. Ensimmäisen lapsen syntymä vie mennessään entisen huolettomamman elämän, ja kuvaan astuu suuri vastuu. Raskauden myötä nainen arvioi elämäänsä uudelleen ja valmistautuu vastaanottamaan pysyvän muutoksen. Joskus ilo tulevasta lapsesta saattaa jäädä tämän vastuun taakan ja tulevaisuuden huolien alle varjostaen raskausaikaa. (Rautaparta 2003, 11.) Vaikka pari odottaisi lasta yhdessä, muutokset

tapahtuvat juuri naisen kehossa. Miehen kokemuksia isyyteen kasvamisessa ei toki pidä mitenkään väheksyä, mutta odotusajan vastuuta ei voida täysin tasapuolisesti jakaa odottavan äidin ja isän kesken. (Rönkä & Kinnunen 2002, 72–73.)

Synnytys on jokaiselle siihen valmistautuvalle naiselle jännitystä herättävä asia. Jos jännitys kuitenkin muuttuu peloksi alkaen varjostaa liikaa raskaana olevan naisen elämää ja raskauden etenemistä, saattaa kyse olla vakavasta synnytyspelosta. Tavallisimmin synnytyspelosta kärsivät naiset, joilla raskaaksi tuleminen on ollut epätarkoituksenmukaista, mutta pelko saattaa varjostaa myös toivottua ja suunniteltua raskautta. Suunnittelematon raskaus voi aiheuttaa psyykkisiä sopeutumisvaikeuksia odotusaikaan ja synnytykseen. Aina synnytyspelko ei välttämättä liity itse synnytykseen, vaan tuleva vanhemmuus tai huoli lapsen terveydestä voi aiheuttaa ahdistusta. Itse synnytykseen liittyviä pelonkohteita voivat olla muun muassa kipu ja komplikaatiot. Suomi ja Ruotsi ovat edelläkävijöitä synnytyspelon tutkimisessa, ja vuonna 1997 se kirjattiin kansainväliseen tautiluokitukseen, jolloin se sai myös oman diagnoosinumeronsa. (Saisto 2003.) Suomessa synnytyspelon hoitoon on syvennytty tarkemmin 1990-luvun puolivälistä lähtien (Kauliomäki & Hupli 2009, 38).

3.1 Myyttinen äitiys

Nykypäivänä raskauden annetaan näkyä, toisin kuin sata vuotta sitten. Ympärillä olevat ihmiset, jopa tuntemattomat puuttuvat ”hanakammin” raskaana olevan naisen elämään katsoen sen täysin oikeutetuksi. Nainen saattaa joutua elintapojensa arvostelun ja utelun kohteeksi. Huomautukset pikkuhiljaa muuttuvasta kehosta ovat tuttuja monille odottajille ja neuvoja tarjotaan pyytämättäkin. (Rautaparta 2003, 11–12.)

Äitiydestä on monilla vanhanaikainen ja myyttimäinen käsitys. Ihmisillä on ihannekuvia ja stereotyyppioita siitä, mitä äitiyden pitäisi olla, miltä sen tulisi tuntua ja minkälainen on hyvä äiti. Tätä ihannekuvaa särkevät tunteet ja samanaikaisesti täydellisen äitiyden tavoittelu saattavat saada odottavan äidin epävarmaksi omasta sopivuudestaan äidiksi. Lisäksi jatkuvat vertailut muihin äiteihin ruokkivat omaa äitinä selviytymisen epäilyä, vaikka muiden elämästä nähdään usein vain se siloinen ulkopinta. Raskaana olevan naisen oletetaan olevan poikkeuksetta onnellinen ja rakastavan kohdussaan kehittyvää lastaan yli kaiken. Kaikille odotusaika ei ole

täydellisen auvoista, vaan jo fyysisen rasittavuutensa vuoksi aikaa, jonka toivoisi olevan nopeasti ohitse. Olisi tärkeää pystyä puhumaan avoimesti myös negatiivisista tunteista, kuten esimerkiksi väsymyksestä, riittämättömyydestä, vihasta, katkeruudesta, pelosta, epävarmuudesta ja yksinäisyydestä sekä negatiivisten tunteiden aiheuttamasta syyllisyydestä. Odottava äiti saattaa murehtia, pystyykö hän kokemaan täydellisen pyyteetöntä äidinrakkautta tai tuottaako tuleva synnytystapa sen täydellisen synnytyskokemuksen vai jäävätkö odotukset täyttymättä. (Janhunen & Oulasmaa 2008, 12–32.) Raskaudesta on tarjolla paljon tietoa, joka toisaalta vähentää naisen tietämättömyyttä ja on hyvä asia mutta myös samalla luo mielikuvia siitä, millaista oikeanlaisen odotusajan tulisi olla (Rönkä & Kinnunen 2002, 73).

3.2 Normaali synnytys

Täysiaikainen synnytys tarkoittaa, että raskaus on kestänyt vähintään 37 viikkoa, yliaikaiseksi lasketaan synnytys, jossa raskauden kesto on ylittänyt 42 viikkoa. Synnytyksestä terminä taas voidaan puhua, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai sikiö painaa vähintään 500 grammaa. (Tiitinen 2013.) Vuonna 2008 ainoastaan 4,5 % yksisikiöisistä raskauksista päättyi ennenaikaiseen synnytykseen eli sikiö syntyi ennen 37. raskausviikkoa (Raivio 2011, 2475).

Synnytyksen käynnistymismekanismeja ei tunneta tarkasti, mutta siitä on monia teorioita. Erityisesti progesteroni-hormoni tunnetaan yhtenä kohdun supistumisherkkyyttä vähentävänä tekijänä, mutta synnytyksen lähestyessä on edelleen epäselvää, miksi ja miten kohdun supistumisherkkyyttä lisäävät tekijät ottavat yllötteen. (Nienstedt ym. 2008, 465.) Estrogeenin tuotanto lisääntyy voimakkaasti synnytyksen lähestyessä, mikä puolestaan saa kohtulihassoluja stimuloivan oksitosiinin vapautumaan aivolisäkkeen takalohkosta. Lisäksi istukka tuottaa prostaglandiineja, jotka omalta osaltaan lisäävät lihaksien supistumista. Kohtulihaksen supistuminen alkaa jopa viikkoja ennen synnytystä, ja supistusten voimakkuus lisääntyy, mitä lähemmäs synnytystä ollaan tulossa. Supistusten tarkoitus on työntää sikiö pikkuhiljaa kohdunkaulaa kohti niin, että tarjoutuvana osana on pää. Tämä tapahtuu yli 90 %:n varmuudella. Synnytyksen katsotaan käynnistyneen, kun lapsivesi valuu ulos sikiökalvojen puhjettua tai kun supistukset alkavat muuttua asteittain säännöllisiksi. (Bjälje ym. 2010, 427.) Jos synnytys ei ala, toisin sanoen säännölliset supistukset eivät käynnisty muutaman tunnin kuluessa lapsiveden

menosta, on supistukset käynnistettävä. Tämä tapahtuu joko tiputtamalla oksitosiinia tai asettamalla emättimen pohjukkaan prostaglandiinigeeliä tai -tabletti. (Tiitinen 2013.)

3.2.1 Synnytyksen vaiheet

Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen: avautumisvaiheeseen, ponnistusvaiheeseen ja jälkeisvaiheeseen. Avautumisvaiheen alkaessa supistukset tulevat säännöllisesti, vähintään 10 minuutin välein tihentyen jatkuvasti. Avautumisvaiheessa kohdunsuun avautuu täysin aina 10 senttimetriin asti. (Tiitinen 2013.) Kun kohdunsuu on avautunut äärimmilleen, ei sisätutkimuksessa voida enää tuntea kohdunsuun reunoja (Ihme & Rainto 2008, 110). Ensisynnyttäjällä avautumisvaihe kestää noin 12–18 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä jonkin verran vähemmän. Avautumisvaiheen päätyttyä sikiön tarjoutuva osa on painautunut tiiviisti äidin pikkulantioon ja äiti tuntee voimakasta ponnistamisen tarvetta sikiön painaessa välilihaa ja peräsuolta. (Nienstedt ym. 2008, 467.)

Synnytyksen toisen vaiheen eli ponnistusvaiheen aikana äiti ponnistaa supistuksen aikana työntäen sikiötä synnytyskanavan kautta ulos (Nienstedt ym. 2008, 467). Äidin välilihaa tuetaan repeämien ehkäisemiseksi, ja joskus joudutaan tekemään välilihan leikkaus eli episiotomia. Ponnistusvaiheen kesto vaihtelee muutamasta minuutista pariin tuntiin. Uudelleensynnyttäjän ponnistusvaihe kestää vähemmän aikaa. (Tiitinen 2013.)

Lapsen synnyttyä alkaa synnytyksen kolmas vaihe eli jälkeisvaihe, jonka aikana syntyvät istukka, napanuora ja sikiökalvot kohdun jatkuvien supistusten myötä. Tämä tapahtuu yleensä viimeistään tunnin kuluessa. Istukan irtoamista voidaan edistää painamalla vatsan päältä ja samalla vetäen kevyesti napanuorasta. (Tiitinen 2013.) Istukkaa ei pidä kuitenkaan vetää voimakkaasti napanuorasta, koska kohtu voi luiskahtaa ulos tai napanuora katketa. Napanuoran katkeamisen seurauksena voi kehittyä suuri verenvuoto. Normaali verenvuoto synnytyksessä on 500 - 1000 millilitraa. (Ihme & Rainto 2008, 110.) Joskus istukka ei irtoa kohdun supistumisheikkoudesta eli atoniasta johtuen. Tällöin voidaan turvautua kohdun hierontaan ja/tai lääkehoitoon esimerkiksi antamalla oksitosiinia infuusiolla

laskimoon. Jos istukka ei irtoa ja verenvuoto jatkuu, joudutaan tekemään kirurgisesti istukan käsinirrotus sekä kohtuontelon kaavinta. (Ahonen ym. 2008, 43.)

Vastasyntynyttä arvioidaan Apgar-pistejärjestelmällä minuutin, viiden minuutin ja 10 – 15 minuutin kuluttua syntymästä. Arvioitavat ominaisuudet ovat sydämen lyöntitiheys, ärtyvyys, hengitys, lihastonus ja ihon väri. Näistä viidestä ominaisuudesta lapsi voi saada kustakin nollassa kahteen pistettä. (Nienstedt ym. 2008, 467.)

3.3 Synnytyskivun lievitys

Kipu voidaan määritellä ikäväksi subjektiiviseksi tuntemukseksi, jota ulkopuolisen on vaikea arvioida. Synnytyskivussa on kyse voimakkaasta psyykkisestä reaktiosta, jonka vuoksi sen objektiivinen arviointi on haastavaa. Kipua arvioidessa tärkeintä on kipua kokevan itsensä antama kuvaus kivun laadusta ja voimakkuudesta. Myös kipua kokevan ilmeistä ja eleistä voi päätellä paljon. (Liukkonen ym. 1998, 27.) Arvioinnin tukena voidaan käyttää esimerkiksi kipujanaa, johon synnyttäjä voi merkitä kivun kokemuksensa asteikolla 0 - 10. 0 tarkoittaa ”ei kipuja” ja 10 ”sietämätöntä kipua”. (Terveyskirjasto 2012.)

3.3.1 Lääkkeettömät menetelmät

Synnytyksen alkuvaiheessa pyritään yleensä käyttämään lääkkeettömiä keinoja kivun lievittämiseen. Niihin sisältyvät liikkuminen ja asentojen muutokset, vyöhyketerapia, veden käyttäminen synnytyksessä, akvarakkulat, akupunktio sekä hypnoosi ja synnytyslaulu. (Rouhe ym. 2013, 63.)

Rentoutuminen kuuluu tärkeimpiin ei-lääkkeellisiin kivunhoitomenetelmiin. Rentoutuneena synnytys sujuu usein nopeammin, koska synnyttäjän huomio viedään pois kivusta. Lisäksi kohdun työskentely on aktiivisempaa, jolloin kohdunsuu pääsee avautumaan tehokkaammin. Myös sikiölle on hyötyä äidin rentoutumisesta, sillä istukan verenkierto paranee äidin ollessa rentoutunut. (Terveystieto 2005a.) Myös kivunlievitystä tarvitaan vähemmän ja palautuminen supistusten välissä on nopeampaa rentoutuneena (Toivanen ym. 2002, 4568). Rentoutumista kannattaa harjoitella jo etukäteen raskauden aikana, jolloin siitä saadaan kaikki mahdollinen apu

synnytystilanteessa. Rentoutumisen apuna voidaan hyödyntää erilaisia asentoja, hengitystä, liikkumista, hierontaa ja erilaisia apuvälineitä kuten tyynyjä. (Terveysnetti 2005b.)

Lämmin vesi on ollut kautta aikojen yksi synnytyskipujen lievittäjä. Oikein käytettynä se vaikuttaa myönteisesti äidin elimistöön rentouttamalla, nostamalla kipukynnystä sekä lisäten verenkiertoa, jolloin iho ja lihakset lämpenevät. Se saa kohdun supistelemaan tehokkaammin, mikä edesauttaa avautumista. Lämmin vesi myös edesauttaa hyvän asennon löytymistä, sillä se kannattelee synnyttäjän kehoa. Ammeen koon tulee kuitenkin olla riittävä ja vettä on oltava tarpeeksi. Lämmintä vettä voidaan hyödyntää kivunlievittäjänä myös lämpimien kääreiden ja suihkun muodossa. Lämpimiä kääreitä voidaan käyttää muun muassa kohdun ja ristiselän alueilla. Lämmin, vatsaan ja alaselkään suunnattu suihku on tehokas kivunlievittäjä. (Terveysnetti 2005d.)

Yksi lääkkeetön kivunhoitomuoto on akvarakkulat, jotka ovat ihon sisään ruiskutettavia vesirakkuloita. Steriiliä vettä ruiskutetaan neulalla voimakkaimmille synnytyskipun alueille eli ristiselkään sekä nivustaipeiden etupuolelle. Tätä sekä äidille että sikiölle turvallista hoitomuotoa voidaan käyttää missä vaiheessa synnytystä tahansa muiden kivunlievitysmenetelmien rinnalla. Akvarakkulat eivät vaikuta synnytyksen etenemiseen hidastavasti tai supistuksia heikentävästi. Hoidon tavoitteena on aktivoita elimistön omaa endorfiinituotantoa, jolloin kivun tuntemus vähenee. Akvarakkuloiden vaikutuksesta synnytyksestä aiheutuva kipu voi poistua pariin tunniksi. (Terveysnetti 2005c.)

3.3.2 Lääkkeelliset menetelmät

Lääkkeellinen kivunhoito sisältää aina riskitekijöitä, mutta tarkalla lääkehoidon harkinnalla ja lääkkeiden oikealla käytöllä voidaan varmistaa sekä äidin että sikiön turvallisuus. Synnytyskipun lääkkeellisinä lievityksinä käytetään ilokaasua, kipulääkkeitä ja erilaisia puudutuksia. (Terveysnetti 2005e.) Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät voidaan jakaa kahteen ryhmään: koko kehoon vaikuttaviin ja niihin, jotka vaikuttavat vain osaan kehossa. Kipulääkkeet ja ilokaasu vaikuttavat koko kehoon, kun taas puudutukset vaikuttavat paikallisesti. (Terveyskirjasto 2012.)

Ilokaasu eli typpioksiduuli on tehokas ja helppokäyttöinen kivunlievittäjä (Terveyskirjasto 2013b). Myös sen edullisuus tekee siitä yhden käytetyimmistä synnytyskivunlievitysmenetelmistä. Ilokaasun (50 %) ja hapen sekoitusta hengitetään maskin avulla ennen supistuksen alkamista, sillä kaasun vaikutus alkaa noin puolen minuutin viiveellä. Ilokaasun vaikutusaika on lyhyt, vain muutaman minuutin. Se voi myös usein aiheuttaa hetkellistä huimausta ja sekavuutta, joskus jopa pahoinvointia. (Terveyskirjasto 2012.) Sikiölle tai synnytyksen kululle ilokaasusta ei ole haittaa, sillä kaasu poistuu äidin elimistöstä nopeasti keuhkojen kautta (Terveysnetti 2005f). Ilokaasun kipua lievittävä vaikutus ei monien synnyttäjien mielestä ole tarpeeksi tehokas. Nopeissa synnytyksissä se voi kuitenkin olla ainut käyttökelpoinen kivunhoitokeino, jos puudutusta ei voida enää antaa. (Terveyskirjasto 2012.)

Synnytyskivun lievittämiseen voidaan käyttää myös vahvoja kipulääkkeitä, opioideja. Näistä morfiinin kaltaisista lääkkeistä eniten käytettyjä ovat oksikodoni, petidiini ja tramadoli. Lääkkeet voidaan antaa suun kautta, peräpuikkona tai lihakseen pistettynä. Opioidit saavat aikaan kivunlievityksen lisäksi myös raukeuden tunteen, joten ne voivat auttaa äitiä lepäämään synnytyksen alussa. Haittavaikutuksena lääkkeet voivat aiheuttaa pahoinvointia (Terveyskirjasto 2012) ja vaikuttaa supistuksiin niitä heikentävästi. Vahvat kipulääkkeet siirtyvät istukan välityksellä myös sikiöön ja voivat näin ollen vaikuttaa sikiön hyvinvointiin. Kipulääkkeitä suositellaankin käytettäväksi synnytyksen alkuvaiheessa, sillä lähellä lapsen syntymää annettu lääke voi aiheuttaa vastasyntyneen hengityksen lamautumisen. (Terveysnetti 2005.)

Epiduraalipuudutus on synnytyskipujen hoidossa kaikista tehokkain vaihtoehto. Puudute auttaa sekä avautumis- että ponnistusvaiheen kipuihin. Puudutuksen tekee anestesia lääkäri, ja se toteutetaan vasta, kun synnytys on kunnolla käynnistynyt ja kohdunsuu on alkanut avautua. Epiduraalipuudutusta käytettäessä sikiön sydänääniä on tarkkailtava huolellisesti. Puudute voi aiheuttaa äidille verenpaineen laskua, joten hänen vointiaan ja verenpainettaan tulee tarkkailla jatkuvasti. (Terveysnetti 2005h.) Kerta-annos puudutetta vaikuttaa yleensä noin kahden tunnin ajan, tarvittaessa annoksia voidaan antaa lisää synnytyksen kulusta riippuen. (Terveyskirjasto 2013b.) Mikäli äiti tarvitsee jatkuvan puuduteannostelun, se voidaan toteuttaa kipupumpulla. Epiduraalipuudutus poistaa äidin kipuja, mutta sillä on positiivisia vaikutuksia myös sikiön hyvinvointia ajatellen. Puudute rentouttaa äidin lantionpohjan lihaksia, jolloin sikiön päähän kohdistuva paine vähenee. Koska puudutus vaikuttaa pitkään, äidin

kipujen hellittäessä myös hänen rentoutumisensa ja hengityksensä paranevat. Tämä kiihdyttää hiipunutta verenkiertoa istukassa ja sikiö saa enemmän happea ja ravintoaineita. Puudutuksesta saattaa kuitenkin olla myös haittaa synnytyksen kululle, mikäli se vaikuttaa supistuksiin heikentävästi ja ponnistusvaihe pitkittyy ponnistamisen tunteen häiriintymisen vuoksi. (Terveysnetti 2005h.) Vasta-aiheita epiduraalipuudutuksen käytölle ovat pistokohdan ihotulehdus, suuren vuotoriskin aiheuttavat hyytymisjärjestelmän häiriöt tai verenohennuslääkitys sekä haasteelliset hermosto- ja selkäsairaudet. Alaselässä sijaitseva tatuointi ei ole este puudutukselle, mutta pistokohta täytyy valita niin, ettei se ole tatuointivärin kohdalla. (Terveyskirjasto 2012.)

Lanneselkään voidaan pistää myös spinaali- eli selkäydinpuudutus. Siitä on paljon hyötyä varsinkin uudelleensynnyttäjille, sillä vaikutus alkaa epiduraalipuudutusta nopeammin ja se auttaa tehokkaammin kipuihin ponnistusvaiheessa. Puudutus tehdään kuitenkin vain kerran ja sen vaikutusaika on lyhytkestoinen. Spinaali- ja epiduraalipuudutusta voidaan käyttää myös samanaikaisesti kivunlievityksen keston pidentämiseksi. (Terveyskirjasto 2012.)

Kohdunkaulanpuudutusta eli paraservikaalipuudutusta (PCB) käytetään enimmäkseen uudelleensynnyttäjillä. Puudutuksen tekee synnytyslääkäri, joka annostelee puuduteaineen neulalla kohdunsuun molemmille puolille. (Terveyskirjasto 2013b.) Paraservikaalipuudutus tehoaa hyvin avautumisvaiheen kipuihin. Se alkaa vaikuttaa nopeasti, mutta kivunlievitysteho kestää vain noin 60–90 minuuttia. (Terveyskirjasto 2012.) Puudutteen voi uusia tunnin kuluttua, mikäli siihen on tarvetta. Puudutuksen käyttö tulee kuitenkin harkita tarkkaan, sillä puudute voi kulkeutua äidin verenkierron mukana sikiöön ja aiheuttaa tälle hapenpuutetta. Puudutteen antamisen ehtoja ovatkin synnytyksen normaali edistyminen, sikiön hyvä vointi ja kohdunsuun yli viiden senttimetrin avautuminen. Jos herää pienikin epäily sikiön vajaasta hapensaannista, puudutetta ei voida antaa. Puudutetta käytettäessä sekä sikiön sydänääniä että äidin verenpainetta tulee seurata säännöllisesti. (Terveysnetti 2005i.)

Pudendaalipuudutuksella eli häpyhermon puudutuksella voidaan puuduttaa välilihan seutu ja sitä käytetään ponnistusvaiheen kivunhoitoon (Terveyskirjasto 2013b). Puudutuksen voi tehdä joko kättilö tai synnytyslääkäri, ja sen avulla ponnistusvaihe sekä mahdollinen välilihan leikkaus ja repeämien ompelu aiheuttavat huomattavasti

vähemmän kipua. Yleensä pudendaalipuudutusta käytetään muiden puudutusten rinnalla. (Terveyskirjasto 2012.) Häpyhermon puudutus on hyvä vaihtoehto varsinkin ponnistuspelkoisten äitien synnytyksissä sekä niissä tilanteissa, joissa joudutaan käyttämään avustavia toimenpiteitä, kuten imukuppia tai pihtejä. Puudutus saattaa pitkittää synnytyksen kestoa, sillä se heikentää ponnistamisen tarvetta. Sekä äidille että sikiölle häpyhermon puudutus on kuitenkin vain vähän riskejä sisältävä kivunlievitysmenetelmä. (Terveysnetti 2005j.)

3.4 Keisarileikkaus eli sektio

Enemmistö suomalaisista lapsista syntyy alateitse, mutta myös keisarileikkauksia tehdään useammin kuin ennen. Nykyään keisarileikkauksella syntyy vuosittain noin 16 % kaikista lapsista. Useissa tilanteissa keisarileikkaus voi olla ainut ratkaisu, jolla voidaan pelastaa lapsen henki ja terveys, mutta joskus leikkaus voi olla paras vaihtoehto myös äidin terveydentilan kannalta. Keisarileikkauksiin liittyy kuitenkin paljon enemmän komplikaatioiden riskejä alatiesynnytyksiin verrattuna, joten jos normaali synnytys on mahdollinen, on se yleensä sekä lapselle että äidille turvallisempi tapa. (Terveyskirjasto 2013.)

Yleensä keisarileikkaus tehdään joko epiduraali- tai spinaalipuudutuksessa, mutta erikoistapauksissa, kuten hätätilanteissa, voidaan käyttää myös yleisanestesiaa. Nukutus päätös tehdään kuitenkin aina tarkoin harkiten, sillä yleisanestesia sisältää merkittävästi suuremmat riskit kuin puudutus. (Rouhe ym. 2013, 84; Ylikorkala & Tapanainen 2011, 472.) Keisarileikkaus on yleensä nopea toimenpide, ja vauva syntyykin usein 5 - 10 minuutin kuluttua leikkauksen alkamisesta. Vanhemmat saavat nähdä lapsensa ensimmäistä kertaa heti syntymän jälkeen kättilön tai lääkärin näyttämänä. Kun lapsi on näytetty vanhemmille, kättilö tutkii tämän voinnin ja terveyden. (Terveyskirjasto 2013.) Leikkauksen jälkeen tarkkaillaan äidin vointia, jälkivuotoa, kohdun supistuvuutta, puudutuksen poistumista ja virtsan eritystä (Rouhe ym. 2013, 85).

3.4.1 Suunniteltu eli elektiivinen keisarileikkaus

Noin 50 % kaikista keisarileikkauksista tehdään suunnitellusti (Terveyskirjasto 2013). Etukäteen suunnitellun keisarileikkauksen yleisimpiä syitä ovat aiemmat

keisarileikkaukset, sikiön poikkeava tarjonta, sikiön ja lantion epäsuhta, raskausmyrkytys eli pre-eklampsia sekä äidin muut sairaudet tai synnytyspelko (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 472). Leikkaus tehdään yleensä noin viikkoa ennen laskettua aikaa tai ennen sitä, mikäli se on lapsen tai äidin kannalta välttämätöntä (Rouhe ym. 2013, 85).

3.4.2 Päivystyskeisarileikkaus

Alatiesynnytyksen kulkua ei voi etukäteen ennustaa, ja siihen liittyy monia muuttuvia tekijöitä. Synnytys voi pitkittyä liikaa tai pysähtyä kokonaan. Myös lapsen tai äidin voinnissa voi tapahtua äkillinen muutos, jonka vuoksi alatiesynnytyksen jatkaminen ei ole enää kannattavaa. (Rouhe ym. 2013, 87.) Normaalisti alkanut synnytys loppuu keisarileikkaukseen yleensä kohdun heikkojen supistusten, sikiön tarjontavirheen tai sikiön hapenpuutteen takia (Terveyskirjasto 2013). Ensisynnyttäjillä on hieman suurempi riski joutua keisarileikkaukseen. Keisarileikkauksen kiireellisyys arvioidaan aina sikiön ja äidin voinnin perusteella. (Rainto ym. 2013, 83.)

Valtaosa päivystyksellisistä leikkauksista on kiireellisiä. Kiireellinen keisarileikkaus tehdään synnytyksen aikana, ja vauvan tavoiteltu syntymäaika on noin 30 minuutista tuntiin leikkauspäätöksestä. (Rainto ym. 2013, 83, 87.) Jos leikkauspäätöksenä on tehdä sektio kiireellisesti, äidillä ja lapsella ei yleensä ole akuuttia hengenvaaraa (Rainto ym. 2013, 83). Hätäsektio, jossa lapsen tulisi syntyä alle 20 minuutissa leikkauspäätöksestä, tehdään vain äärimmäisessä hätäessä. Hätäsektion yhteydessä käytetään nukutusta puudutuksen sijaan, jotta leikkaus voitaisiin aloittaa mahdollisimman nopeasti. Hätäsektioon päädytään kuitenkin melko harvoin, onneksi vain arviolta 1 %:ssa kaikista synnytyksistä. (Rainto ym. 2013, 83, 87.)

3.4.3 Keisarileikkauksen riskit

Keisarileikkauksiin liittyy lukuisia riskejä, niistä tavallisimmat liittyvät tulehduksiin ja verenvuotoihin. Runsaan verenhukan riski on suurempi keisarileikkauksessa alatiesynnytykseen verrattuna. Myös verenhukan seurauksena tehtävän kohdunpoiston riski on leikkauksen myötä kuusinkertainen. (Terveyskirjasto 2013.) Runsaat verenvuodot ovat yleensä seurausta kohdun huonosta supistuvuudesta tai lisärepeämistä leikkaushaavassa. Leikkauksen jälkeen ilmenevät infektiot voivat olla hankalia hoitaa,

ja niitä ilmenee leikkauksen yhteydessä annettavasta mikrobilääkeprofylaksiasta huolimatta. Infektioille altistavia tekijöitä ovat synnyttäjän ylipaino, varhainen lapsiveden meno, useat sisätutkimukset, pitkä synnytys, hematoomat sekä repeämät. Yleisinfektio ilmaantuu melko nopeasti leikkauksen jälkeen, noin 1 - 2 vuorokauden kuluttua. Haavainfektiot puolestaan voivat puhjeta vielä viidentenä päivänä leikkauksesta. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 473). Kohtutulehduksen ja keuhkoveritulpan riski on keisarileikatuilla äideillä huomattavasti suurempi kuin alateitse synnyttäneillä. (Terveyskirjasto 2013.) Muiden gynekologisten leikkausten tavoin myös keisarileikkaus sisältää virtsarakon ja virtsanjohdinten vahingoittumisen vaaran ja altistaa keuhkotetroinnin vuoksi virtsatieinfektioille (Saisto & Halmesmäki 2003a, 594–595.)

Keisarileikkaus aiheuttaa riskejä myös lapselle. Alatiesynnytyksessä alkava katekoli-amiinien erityis valmistaa lasta syntymän jälkeiseen elämään. Suunnitellussa sektiossa katekoliamiinien erityis ei pääse alkamaan kohdussa, minkä seurauksena koko sopeutumisprosessi tapahtuu vasta syntymän jälkeen. Näin ollen lapsi sopeutuu kohdunulkoiseen elämään hitaammin. (Rouhe & Saisto 2013, 524.) Keisarileikkauksella syntyneillä lapsilla on suurempi alttius hengitysvaikeuksiin. Leikkauksessa käytettävät puudutusaineet voivat laskea äidin verenpainetta, jolloin istukan verenkierto heikentyy ja lapsi saattaa kärsiä hapenpuutteesta. Myös yleisanestesian nukutusaineet kulkeutuvat istukan läpi lamaten sekä lapsen ärtyvyyttä että hengitystä. (Saisto & Halmesmäki 2003a, 597.) Keisarileikkauksella maailmaan tulleilla lapsilla on lisäksi kasvanut riski joutua vastasyntyneiden teho- tai valvontaosastolle matalan ruumiinlämmön ja alhaisen verensokerin takia. (Saisto & Halmesmäki 2003a, 597.)

Myös keisarileikkauksen jälkeiseen uuteen raskauteen liittyy useita riskejä, erityisesti istukkaongelmia, kuten istukan enneaikaista irtoamista sekä kiinnittymishäiriöitä (Terveyskirjasto 2013). Epätavalliseen paikkaan, yleensä leikkausarpeen tai kohtulihakseen kiinni kasvanut istukka, johtaa usein kohdunpoistoon synnytyksen jälkeen. Heikon arpikudoksen vuoksi kahden sektorin jälkeen ei alatiesynnytystä useimmissa tapauksissa enää suositella. (Saisto & Halmesmäki 2003a, 595–596.) Lisäksi keskenmenon, lapsettomuuden, kohdunulkoisten raskauksien sekä kohdun repeämien vaarat lisääntyvät jo yhden keisarileikkauksen jälkeen (Rouhe & Saisto 2013, 524).

3.5 Synnytystavan arviointi

Synnytystapa arvioidaan viimeisen raskauskuukauden aikana erikoissairaanhoidossa, mikäli sen suhteen on jotain epäselvyyttä. Tähän mennessä sikiön tuleva koko, sen asettuminen synnytyskanavaan, kohdunsuun kypsyminen ja muut synnytykseen vaikuttavat seikat alkavat olla suurin piirtein selvillä. Synnytystapa-arviokäynti on aiheellista toteuttaa aikaisemminkin, jos äidillä on voimakasta ahdistusta tai pelkoa synnytykseen liittyen. Lähetä erikoissairaanhoitoon synnytystavan arvioon on aiheellinen, jos äidillä on taustallaan aiempi komplisoitunut synnytys tai hänellä on kohdussa leikkausarpi, samoin, jos epäillään sikiön koon ja naisen lantion välistä epäsuhtaa. (Uotila 2013.)

4 SYNNYTYSPELKO

Jokaista naista varmasti jännittää tuleva synnytys. Jännitys on ihmisen luonnollinen keino kohdata uusi tilanne. Sopiva jännitys auttaa tiedon etsimisessä sekä tulevan synnytyksen ja siihen liittyvien asioiden, kuten kivunlievityksen pohtimisessa omasta näkökulmasta. Terve jännitys voi kuitenkin muuttua vakavaksi synnytyspeloksi, joka alkaa varjostaa liikaa raskaana olevan naisen elämää ja raskauden etenemistä. (Rouhe ym. 2013, 106.)

Synnytyspelon oireita voivat olla esimerkiksi paniikkikohtaukset, itkuisuus, ahdistuneisuus, painajaisunet sekä useat fyysiset vaivat, kuten erilaiset vatsa- ja selkävaivat, ennenaikaiset supistukset ja unettomuus (Rouhe ym. 2013, 106; Haapio ym. 2013, 162). Synnytyspelosta kärsivällä on usein keskittymisvaikeuksia sekä perhe- että työelämässä, hänen sairauspoissaolonsa lisääntyvät ja parisuhteessa saattaa olla ongelmia pelosta johtuvien tekijöiden vuoksi (Saisto 2003, 4125). Hänen saattaa olla myös vaikea kuvitella itseään vanhemman rooliin tai ylipäätään elämää synnytyksen jälkeen, sillä synnytys voi tuntua mustalta aukolta, jonne hyppäämistä seuraa epätietoisuus (Rouhe ym. 2013, 106).

4.1 Pelko käsitteenä

Pelon sekä ahdistuksen tunteet ovat ihmisen normaaleja reaktioita pelottavissa tilanteissa (Hovatta 2011, 2585). Pelon tunteella on varoittava merkitys, ja se ehkäisee

joutumasta vaarallisiin tilanteisiin. Syvällä aivoissa tapahtuu jatkuvaa, automaattista ja tiedostamatonta arviointia kaikista tilanteista, joissa olemme osallisena. Aivoissa toimiva järjestelmä tekee arvion tilanteen vaarallisuudesta ja turvallisuudesta, miellyttävyydestä ja epämiellyttävyydestä sekä siitä, tarvitaanko tilanteessa erityistä valppautta vai voiko siinä rentoutua. Koska tilanearvio tapahtuu aivojen syvemmillä tasolla kuin tietoinen ajattelu, voi olla itsekin vaikea ymmärtää oman pelon syytä ja kohdetta. (Rouhe 2013, 103.) Joskus aivojen tekemä arvio uhkatilanteesta voi olla myös vääristynyt. Näissä tapauksissa uhkatilanteen arvio tapahtuu aiempiin kokemuksiin nojaten, joten joku aiemmasta huonosta kokemuksesta muistuttava asia voi laukaista pelkoreaktion huolimatta siitä, että nykytilanne olisi turvallinen. Tämän vuoksi esimerkiksi aikaisemmin koetut sairaalakäynnit, lääketieteelliset toimenpiteet ja kipu voivat laukaista aivoissa uhkaavan tilanteen reaktion tulevaa synnytystä ajatellessa. (Rouhe 2013, 104.)

4.2 Synnytyspelolle altistavat tekijät

Synnytyspelon kehittymiseen liittyy monia erilaisia tekijöitä, ja synnytyspelosta kärsiviä löytyykin jokaisesta ikä-, sosiaali- ja koulutusluokasta. Synnytyspelkoisia on kuitenkin enemmän sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattiryhmissä verrattuna muihin ammattialoihin. Selitys tähän löytyy sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien suuremmasta tietämyksestä, joka lisää ahdistusta. (Rouhe & Saisto 2013, 522.) Myös synnytykskulttuuri ja ihmisten suhtautuminen synnytykseen luonnollisena tapahtumana on muuttunut vuosien myötä. Nykyään normaali synnytys on medikalisoitunut ja raskaana oleva nainen nähdään lääketieteestä riippuvaisena potilaana. (Helman 2007, 170.) Synnytysten medikalisaatio on vaikuttanut myös synnyttäjien ja kätilöiden luottamukseen luonnollista synnytystä kohtaan, ja invasiiviset toimenpiteet, kuten synnytyksen käynnistäminen, nähdään normaalina osana synnytystapahtumaa. Teknologian käytön sekä synnytyksessä tapahtuvien interventioiden, esimerkiksi kalvojen puhkaisun ja episiotomian leikkaamisen, myötä käsitys siitä, että synnytyksen kulkua on mahdollista hallita ja manipuloida, on juurtunut länsimaiseen synnytykskulttuuriin. Usein raskaana olevilla naisilla on tiettyjä ennakko-odotuksia synnytystä kohtaan, joiden he olettavat toteutuvan myös omassa synnytyksessään. (Crabtree 2004, 89.) Naisen puutteellinen luottamus oman kehonsa toimintaan synnytyksessä sekä synnytystapahtuman ennalta-arvaamattomuus voivat vaikuttaa synnytyspelon kehittymiseen.

Tutkimusten mukaan synnytyspelon riskiä lisäävät raskaana olevan nykyiset tai aikaisemmat psyykkiset ongelmat, kuten masennus, syömishäiriöt tai paniikkihäiriöt. Näiden psyykkisten häiriöiden syntyyn vaikuttaa liian suuri henkinen kuormitus verrattuna omaan kykyyn käsitellä tunteita, mikä ilmenee psyykkisenä oireiluna. Psyykinen kantokyky joutuu koetukselle raskauden ja vanhemmuuden myötä, joten raskauden ja synnytyksen fyysinen sekä henkinen kuormitus ja tulevan vanhemmuuden vastuu saattavat lisätä psyykkisen oireilun mahdollisuutta. (Rouhe ym. 2013, 108–109.) Myös tietyt psyykkiset piirteet voivat toimia altistavina tekijöinä synnytyspelolle. Tällaisia ominaisuuksia ovat huono itsetunto, yleinen ahdistuneisuus, haavoittuvaisuus ja neuroottisuus. (Rouhe & Saisto 2013, 522.)

Synnytyspelkoon johtavia syitä voivat olla myös naisen oman seksuaalisen koskemattomuuden loukkaukset. Tällaisia ovat muun muassa seksuaalinen väkivalta ja insesti, joiden muistot saattavat palata mieleen raskausaikana. Myös muut kipua tuottaneet seksuaaliset kokemukset, aiemmat traumaattiset sairaalakokemukset tai huonot kokemukset gynekologisista tutkimuksista ja toimenpiteistä, erityisesti raskaudenkeskeytyksestä, voivat myöhemmin johtaa pelkojen puhkeamiseen. (Saisto 2003, 4125–4126.) Aiemmat huonot kokemukset saattavat aiheuttaa myös gynekologisiin tutkimuksiin liittyvää pelkoa ja ahdistusta, sillä tutkimukset voivat tuntua tunkeutumiselta omalle intiimialueelle. Liiallinen tutkimusten jännittäminen kuitenkin tekee niistä epämiellyttävämpiä ja kivuliaampia. (Rouhe ym. 2013, 109.)

Myös parisuhteeseen ja elämäntilanteeseen liittyvät tekijät vaikuttavat siihen, miten tuleva äiti kokee raskauden ja synnytyksen. Synnytyspelosta kärsivän naisen raskaus on usein suunnittelematon. Kun raskaus ei ole suunniteltu, se voi aiheuttaa epävarmuutta ja sopeutumisvaikeuksia uuden tilanteen edessä. (Saisto 2003, 4126.) Joskus raskauteen liittyvät vahvat ristiriitaiset ja negatiiviset tunteet saavat tulevan synnytyksen tuntumaan pelottavalta (Rouhe ym. 2013, 108). Jos parisuhteessa oleva nainen ei koe saavansa tarpeeksi tukea puolisoltaan, hänen on vaikea valmistautua lähestyvään synnytykseen. Nainen saattaa pelätä, että joutuu selviytymään synnytyksestä ja tekemään kaikki siihen liittyvät päätökset yksin, mikäli hänellä ei ole tarvittavaa puolison tukea. Pahimmassa tapauksessa nainen ei saa tukea ja tietoa myöskään parisuhteen ulkopuolelta, kuten ystäviltään ja läheisiltään, tai tieto voi olla pelkästään haitallista, kuten painostusta, pelottelua ja kauhukertomuksia. (Rouhe ym.

2013, 109.) Parisuhde ja muu sosiaalinen tukiverkko, jotka auttavat synnytykseen valmistautumisessa, voivat myös puuttua kokonaan. Tulevan äidin elämäntilanne voi myös olla hankala esimerkiksi tulevan yksinhuoltajuuden, työttömyyden tai taloudellisen epävarmuuden vuoksi. Kaikki nämä tekijät edesauttavat sitä, että raskaana oleva tarvitsee ulkopuolista apua synnytyksen kohtaamiseen, sillä hänen omat voimavaransa eivät ole siihen riittävät. (Saisto & Rouhe 2012, 3007.)

Aikaisemmat, erityisesti lapsena koetut, menetyksen ja turvattomuuden kokemukset, voivat johtaa myöhemmin elämässä pelkoon jonkin tärkeän asian menettämisestä. Lapsen on erittäin hankalaa surra koettuja menetyksiä, joten niihin kohdistuvat tunteet voivat jäädä käsittelemättä ja nousta uudelleen pintaan ennakoimattomissa tilanteissa, kuten synnytyksessä. Myös pitkäkestoiset ja hankalat lapsettomuushoidot, joihin on liittynyt menetyksiä, voivat aiheuttaa pelon tunteita synnytystä ja lapsen menettämistä kohtaan, sillä lapsettomuus ja raskaaksi tuleminen vaikeus ovat voineet heikentää tulevan äidin naisellista itsetuntoa ja uskoa oman kehonsa oikeaan toimintaan synnytyksessä. (Rouhe ym. 2013, 120.)

Uudelleensynnyttäjillä pelon syntymiseen voi riittää ainoastaan aiempi traumaattinen synnytyskokemus (Rouhe & Saisto 2013, 522). Raskauden aikainen synnytyspelko puolestaan lisää synnytyksessä traumatisoitumisen riskiä, joten tämän kierteen katkaiseminen olisi tärkeää (Rouhe ym. 2013, 126). Traumaattisen synnytyskokemuksen syntymiseen ovat voineet vaikuttaa muun muassa synnyttäjän tausta, raskauden ja synnytyksen kulku, synnytyksessä koettu kipu, henkisen tuen puute ja henkilökunnan toiminta (Rouhe ym. 2013, 124–125). Myös normaali synnytys, johon ei liity traumaa, voi johtaa traumahäiriöön ja voimakkaaseen synnytyspelkoon, mikäli nainen omaa psyykkisiä ominaisuuksia (huono itsetunto, yleinen ahdistuneisuus, haavoittuvaisuus ja neuroottisuus) tai hänellä on taustalla psyykkisiä sairauksia (Rouhe & Saisto 2013, 522). Monien tutkimustulosten perusteella on todettu, että mikäli synnytys joudutaan päättämään päivystyskeisarileikkaukseen, voi se johtaa psyykkisen trauman syntymiseen. Synnyttäjät olivat tuollaisissa tilanteissa pettyneitä synnytyksen kulkuun, pelkäsivät oman tai lapsensa hengen puolesta ja tunsivat menettävänsä todellisuudentajun. (Saisto 2003, 4127.)

Posttraumaattisesta stressireaktiosta (PTSD, Post Traumatic Stress Disorder) voidaan puhua, kun henkilöllä esiintyy pitkittynyttä, yleensä yli kuukauden kestänyttä, oireilua tapahtumasta, johon olisi voinut liittyä oma tai läheisen vaikea vammautuminen tai kuolema. Posttraumaattisesta stressireaktiosta kärsivällä on yleensä ahdistuneisuutta, unihäiriöitä, tunteiden turtumista ja toistuvia mielikuvia ahdistavasta tilanteesta. (Saisto 2003, 4127.) Lisäksi he yrittävät kaikin tavoin välttää näkemästä, kuulemasta tai lukemasta mitään, mikä voisi muistuttaa heitä ikävästä tilanteesta. Traumasta kärsivä saattaa reagoida tapahtuneeseen myös keräämällä pakonomaisesti tietoa mieltä painavasta asiasta ja yrittämällä ratkaista ongelman tällä tavalla. Harvoin traumatisoituneet kuitenkin haluavat puhua ongelmastaan vaan pyrkivät unohtamaan asian työntämällä sen syrjään ja välttämään tulevaisuudessa samanlaisiin tilanteisiin joutumista. (Rouhe ym. 2013, 127.) Synnytyksen aiheuttamat traumat johtavat yleensä siihen, että niistä kärsineet naiset eivät hanki koskaan lisää lapsia tai suhtautuvat seuraavaan synnytykseen kauhunsekaisin tuntein (Saisto 2003, 4127). Vahva pelko uudesta raskaudesta voi vaikuttaa myös seksielämään haluttomuutena ja tuplaehkäisyn käyttämisenä. Äärimmäisissä tapauksissa nainen saattaa haluta sterilisaation tai yllätysraskauden ilmetessä toivoa raskauden keskeytystä. (Rouhe ym. 2013, 127.)

4.3 Synnytyspelon kohteet

Synnytyspelkoon kokonaisuutena ja sen syntymiseen vaikuttavat raskaana olevan naisen elämänhistoria, tapa reagoida stressaavissa tilanteissa, mieliala, parisuhdetilanne, aiemmat synnytykokemukset sekä naisen suhde tulevaan vanhemmuuteen (Saisto 2003, 4125). Synnytyspelko voi syntyä biologiselta pohjalta (kivun pelko), sosiaaliseen tai henkilökohtaiseen tilanteeseen liittyen tai sekundaarisesti, kuten aiemmasta traumaattisesta kokemuksesta (Saisto & Rouhe 2012, 3007).

Kivun pelko on yksi yleisimmistä synnytykseen liittyvistä pelon kohteista. Usea nainen kokeekin elämänsä ensimmäisen voimakkaan kipukokemuksen synnytyksen yhteydessä. (Rouhe ym. 2013, 112.) Kivun pelkoa lisää raskaana olevan arvio omasta matalasta kipukynnyksestä. On myös havaittu, että synnytyskivun pelko ei ole yhteydessä synnytysten lukumäärään, vaan itse kipuun. Se, että synnytyskivun pelko on kaikista yleisintä fyysistä pelkoa, johtuu usein epäluottamuksesta riittävään kivunlievityksen saantiin ja sen tehokkuuteen. (Saisto 2003, 4126.)

Monet synnyttäjät pelkäävät menettävänsä hallinnan synnytystilanteessa. Varsinkin ensisynnyttäjät ahdistuvat uudesta tilanteesta, jonka kulkua heidän on mahdotonta ennustaa. Pelko voi liittyä myös henkilökunnan ammatilliseen osaamiseen ja ystävällisyyteen. (Rouhe & Saisto 2013, 521.) Synnyttäjän pelko siitä, että hän ei selviä itse synnytyksestä, on myös yleistä. Tämä voi olla psyykkistä tai fyysistä. Psyykkistä tällainen pelko voi olla silloin, kun tuleva äiti epäilee kykyänsä ja omaa osaamistaan synnyttää lapsi, ja fyysistä silloin, kun hän pelkää omaa tai lapsen vaurioitumista synnytyksen aikana esimerkiksi oman ahtautensa vuoksi. (Saisto 2003, 4126.) Osa synnyttäjistä pelkää jopa omaa tai lapsen kuolemaa (Rouhe & Saisto 2013, 521). Jotkut synnyttäjät pelkäävät synnytyksestä aiheutuvia fyysisiä muutoksia, kuten repeämistä ja sen vaikutuksia ulkonäköön, seksielämään tai muuhun toimintakykyyn. Erityisesti tällaisia muutoksia pelkäävät naiset, jotka ovat jo ennen raskautta kärsineet seksielämän vaikeuksista, kuten yhdyntäkivuista tai haluttomuudesta. (Rouhe ym. 2013, 119.)

Lapsen saaminen kuuluu aikuiselämän suurimpiin muutosvaiheisiin, jossa vastuun ottaminen saa uudenlaisen merkityksen ja uusien taitojen hankkimisesta tulee välttämätöntä. Joskus synnytyspelko saattaa liittyä synnytyksen sijasta tulevaan vanhemmuuteen, ja itse synnytystapahtuma saattaa muodostua epävarman ja sekavan tulevaisuuden symboliksi, joka konkretisoi vanhemmuuden. Pelko voi olla puhtaasti oman vanhemmuutensa epäilemistä. Myös tulevien vanhempien parisuhteella on todettu olevan vaikutusta synnytyspelkoon; jos parisuhde ei voi hyvin ja molemmat osapuolet ovat ahdistuneita eivätkä osaa tukea toisiaan, synnytykseen asennoidutaan pelokkaammin. (Saisto 2003, 4126–4127.)

Uudelleensynnyttäjillä pelko liittyy usein aiempaan huonoon synnytyskokemukseen (Rouhe & Saisto 2013, 521). Pelkoa tulevaa synnytystä kohtaan esiintyy eniten niillä äideillä, joiden aiempi synnytys on päättynyt imukuppi- tai pihtiavusteiseen alatiesynnytykseen tai päivystykselliseen keisarileikkaukseen (Saisto 2003, 4127).

4.4 Isän kokema synnytyspelko

Länsimaissa isän osallistuminen raskausaikana ja hänen läsnäolonsa synnytyksessä koetaan olennaisena osana perheen perustamista. Oletus siitä, että isä osallistuu synnytykseen, on yleistynyt 1970-luvulta lähtien. Tämä ajattelutavan

muokkautuminen muutti merkittävästi länsimaalaistunutta synnytyskulttuuria. Miesten osallistumisen raskaudenaikaisille vastaanotoille ja valmennuksiin samoin kuin synnytykseenkin koettiin kasvattavan heidän osallistumistaan myöhempään lapsen hoitoon ja parantavan isä-lapsisuhdetta. Isien läsnäolo raskauden aikana ja synnytyksessä nähtiin myös keinona inhimillistää lääketieteellistynyttä synnytystapaa. Se myös tarjosi naisille lisää tukea sekä vähensi heidän pelkojaan. Vasta noin 20 vuotta sen jälkeen, kun isien uusi rooli oli jo laajasti omaksuttu, alettiin tutkia isien omia kokemuksia raskausaikaan ja synnytyksiin liittyen. (Hildingsson ym. 2014, 248–249.)

Siirtyminen isyyteen on käännekohta miehen maskuliinisen identiteetin kehittymisessä (Hildingsson ym. 2014, 249). Puolison raskauden aikana tuleva isä käy läpi muistoja ja ajatuksia omaan äitiinsä liittyen. Kyseiset muistot ja ajatukset vaikuttavat miehen kykyyn hyväksyä puolisonsa äitiys sekä yhdistää se hänen naisellisuuteensa ja seksuaalisuuteensa. Myös miehen kokemukset omasta isästään sekä hänen antamastaan esimerkistä vaikuttavat joko myönteisesti tai vaikeuttavat miehen tulevaa vanhemmuutta. (Saisto 2001, 22.)

Miehet ovat usein huolissaan puolisonsa ja syntymättömän lapsensa hyvinvoinnista ja terveydestä. He huolehtivat myös omasta kyvystään antaa puolisolleen riittävästi tukea synnytyksen aikana sekä omasta reaktiostaan synnytystapahtumaan. Jotkut miehet pelkäävät pyörtyvänsä, menevänsä paniikkiin tai menettävänsä tilanteen hallinnan. He pelkäävät myös sitä, että eivät pysty vastaamaan puolisonsa tarpeisiin synnytyksen aikana. (Hildingsson ym. 2014, 252.) Monet miehet kokevat, että heidän roolinsa raskausaikaan, synnytyksessä ja synnytyksen jälkeen jää epäselväksi, usein jopa toissijaiseksi. Heidän mielestään terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät yleensä ota isän roolia riittävästi huomioon. Joillekin miehille raskaus ja odotukset heidän osallistumisestaan synnytykseen aiheuttavat voimakasta ahdistuneisuutta ja pelkoa. (Hildingsson ym. 2014, 249.)

Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan arviolta noin 13 % miehistä kärsii synnytyspelosta (Hildingsson ym. 2014, 249). Tutkimustuloksista käy myös ilmi, että synnytyspelosta kärsivät miehet arvioivat oman psyykkisen ja fyysisen terveytensä huonommaksi kuin pelottomat miehet ja heillä on negatiivisia odotuksia tulevan vanhemmuuden suhteen. He myös mieltävät, että raskaudessa ja tulevassa synnytyksessä todennäköisesti

ilmenee ongelmia. (Hildingsson ym. 2014, 250–251.) Tutkimuksen mukaan synnytyspelkoiset ensi kertaa isäksi tulevat miehet osallistuvat vähemmän raskausajan seurantakäynneille ja valmennuksiin. On todennäköistä, että he yrittävät välttää tietoa, jotta säilyttäisivät tilanteen hallinnan pelkojensa ja ahdistuneisuutensa suhteen. (Hildingsson ym. 2014, 252.) Puolison raskauden aikana masennuksen oireista kärsivillä miehillä on suurempi riski kokea ahdistusta ja vain vähäistä tyytyväisyyden tunnetta synnytyksen aikana. Myös miehille synnytyspelko voi aiheutua aiemmasta traumaattisesta synnytyskokemuksesta. Mitä pelokkaampia miehet ovat, sitä levottomimmiksi he tulevat synnytyksen aikana. Heidän itsetuntonsa laskee, eivätkä he luota omiin tai puolisonsa kykyihin synnytyksessä. (Hildingsson ym. 2014, 252.) Osa miehistä jopa toivoo keisarileikkausta puolisolleen (Saisto & Halmesmäki 2003b, 204).

4.5 Synnytyspelon vaikutukset ja sen aiheuttamat haasteet hoitotyössä

Synnytyspelolla on vaikutusta raskausaikaan, itse synnytykseen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan. Pelokas äiti voi tuntea ahdistuneisuutta, kokea paniikkioireita, nähdä painajaisunia, ja hänellä voi olla vaikeuksia keskittyä sekä perhe-elämään että työhön. Synnytyspelosta kärsivät voivat kokea myös useita ruumiillisia oireita, kuten vatsa- ja selkävaivoja, päänsärkyä ja unettomuutta. Sekä psyykkisiä että fyysisiä oireita ilmenee synnytyspelkoisilla koko raskauden ajan. Synnytyspelko saattaa kokonaan täyttää äidin mielen ja näin ollen vaikuttaa normaaliin synnytykseen valmistautumiseen sekä tulevaan vanhemmuuteen häiritsevästi. Myös raskausaikana kehittyvä äidin ja lapsen vuorovaikutussuhde voi äidin pelon takia häiriintyä tai jäädä kokonaan puuttumaan. (Rouhe & Saisto 2013, 521.)

Häpeäntunne liittyy usein synnytyspelkoon. Tästä johtuen kynnys avun hakemiseen on suuri. Aiheesta ei kehdeta puhua eikä omia tuntemuksia välttämättä osata tulkita oikein, jolloin oireita ei osata yhdistää synnytyspelkoon. Fyysiset oireet ja yleinen huono olo saattavat olla naamioituneita synnytyspelon oireita. Nämä selvittämättömät oireet saattavat johtaa turhiin ja lisääntyneisiin sairaala- tai neuvolakäynteihin. (Saisto 2000, 1484.) Monien oireiden vuoksi myös sairauspoissaolot lisääntyvät synnytyspelkoisilla (Saisto & Rouhe 2012, 3007).

Usein pelokkaat äidit toivovat keisarileikkausta tavallisen alatiesynnytyksen sijasta (Saisto 2000, 1483). Suunniteltujen keisarileikkausten yksi yleisimmistä syistä onkin äidin synnytyspelko. Keisarileikkaustoive on usein naisen keino pyytää apua vaikeassa tilanteessa, jossa hänen omat voimansa ovat loppuneet, eikä hän koe itse pystyvänsä kohtaamaan pelkoaan. (Rouhe & Saisto 2013, 521.) Myös kivunvälttämiskäyttäytyminen aiheuttaa usein keisarileikkauspyyntöjä. Kivunvälttämiskäyttäytyminen on opittu käyttäytymismalli, jonka varjolla kipua pelkäävä pakenee kaikkia mahdollisia tilanteita, joihin voi liittyä kipua. (Saisto 2003, 4126.)

Synnytyspelko vaikuttaa äidin lisäksi myös syntymättömään lapseen. Sikiön kasvu ja kehitys saattaa hidastua ja asfyksian (lapsen heikosti kehittynyt hengitys- ja verenkiertoelimistö) riski kasvaa. Myös synnytyksen päättymisen päivystyskeisarileikkaukseen on todennäköisempi, jos sikiö ei ole kehittynyt kunnolla. (Saisto ym. 2002, 642.) Seurauksia asfyksiasta saattavat olla esimerkiksi CP-vamma, epilepsia tai erilaiset käytöshäiriöt (Kehitysvammahuollon tietopankki 2002). Lasketun ajan lähestyessä äidin pelko voi johtaa myös raskauden yliaikaisuuteen tai enneaikaiseen synnytykseen. Se voi lisäksi pitkittää itse synnytystä ja kasvattaa äidin kivunlievityksen tarvetta synnytyksen aikana. (Saisto 2000, 1483.)

Synnytyspelkoisen äidin synnytyksen hoito aiheuttaa myös haasteita hoitohenkilökunnalle. Äiti voi olla pelkonsa vuoksi hyvinkin jännittynyt eikä kykene rentoutumaan omin avuin. Tämän vuoksi hän usein tarvitsee enemmän hoitohenkilökunnan läsnäoloa, henkistä tukea sekä kannustusta synnytyksen kaikissa vaiheissa. Mikäli synnytyspelkopotilaan pelkoa ei ole saatu raskauden aikana lievitettyä tarpeeksi, on hänen synnytyksensä hoitaminen erittäin haasteellista ja riskialtista. Hoitamattoman synnytyspelon seurauksena monissa synnytyksissä tarvitaankin joko imukuppiavustusta tai pelokkaan äidin synnytys päättyy päivystykselliseen keisarileikkaukseen. (Rouhe & Saisto 2013, 525.)

Synnytyspelosta johtuva ahdistus voi johtaa myös lapsivuodeajan eli synnytyksestä toipumiseen kuluvan ajan pitenemiseen. Tällöin se vaikeuttaa äidin ja vastasyntyneen välisen vuorovaikutussuhteen kehittymistä, koska juuri lapsivuodeajalla suhde syvenee voimakkaasti. (Saisto ym. 2002, 642.) Myös äidin riski sairastua lapsivuodemasennukseen kasvaa (Saisto & Rouhe 2012, 3007).

5 SYNNYTYSPELON HOITO JA SYNNYTYSPELKOISEN ODOTTAJAN OHJAAMINEN

Synnytyspelon hoidon päämääränä on edistää naisen hallinnantunnetta raskauttaan ja synnytystään kohtaan sekä näyttää, että hänen tunteitaan kunnioitetaan. Pyrkimyksenä on, että synnytyspelosta kärsivä nainen pystyisi tuen avulla synnyttämään normaalisti ja kykenisi vastaanottamaan synnytyksen ilman ahdistusta. Eri tutkimusten tulosten perusteella on havaittu, että 50–90 % synnytyspelosta kärsivistä odottajista hyötyy niin paljon hoidosta, että synnytyspelon vuoksi tehtävä keisarileikkaus voidaan välttää ja nainen pystyy valmistautumaan normaaliin synnytykseen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 249.)

Tehokkaimman tuloksen saavuttamiseksi synnytyspelon hoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain. Usein nainen kokee häpeää ja syyllisyyttä, joten synnytyspelon puheeksi ottaminen voi olla vaikeaa. Siksi neuvolassa olisi hyvä keskustella raskauden herättämistä tunteista viimeistään keskiraskaudessa. Apuna voi käyttää esimerkiksi numeerista arviointiasteikkoa, jossa selvitetään odottavan äidin suhtautumista synnytykseen. Arvo 0 tarkoittaa, että äiti suhtautuu tulevaan synnytykseen rauhallisin mielin, ja arvo 10 sitä, että äiti suhtautuu synnytykseen erittäin pelokkaasti. Lähtökohtana on ongelmien tunnistaminen, koska esimerkiksi masennuksen ja synnytyspelon takaa löytyy usein samoja riskitekijöitä, kuten aiempi lapsivuodemasennus tai aiempi traumaattinen synnytyskokemus. Nämä riskitekijät altistavat helposti uudelle synnytyspelolle seuraavassa raskaudessa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 249; Saisto & Rouhe 2012, 3009; Saisto 2013, 523.)

Synnytyspelkoa voidaan ehkäistä tunnistamalla synnytyksessä traumatisoituneet äidit ja aloittamalla hoito ennen kotiutumista, jolloin riski sekundaariselle synnytyspelolle seuraavassa raskaudessa on vähäisempi. Traumatisoituneille äideille tulee järjestää jälkikeskustelumahdollisuus sekä tarvittaessa psykiatrista tukea. Tunnistamista voi edesauttaa äidin käyttäytymisen huomioiminen. Traumatisoituneet äidit saattavat nähdä painajaisia ja takaumia synnytyksestä sekä olla itkuisia ja ahdistuneita. Äiti voi myös suhtautua synnytykseen tunnekylläisesti ja pyrkiä välttämään koko aiheesta keskustelua. Nämä samat merkit saattavat nousta esiin myös silloin, kun traumatisoitunut synnyttäjä tulee uudelleen raskaaksi ja edellinen hankala synnytys on

jäänyt käsittelemättä. Lisäksi hänellä saattaa olla ehdoton keisarileikkausvaatimus tai jopa raskaudenkeskeytystoive. Odottavaa äitiä voidaan myös pyytää arvioimaan edellistä synnytyskokemustaan VAS-asteikolla 1 - 10. Arvo 1 tarkoittaa erittäin negatiivista ja arvo 10 erittäin positiivista synnytyskokemusta. Erityishuomiota tulisi kiinnittää odottajiin, jotka antavat edelliselle synnytyskokemukselle VAS-janalla arvon 1 - 5. (Saisto 2013, 525–526.) Myös lapsivuodemasennuksen seulonnalla voidaan ehkäistä seuraavassa raskaudessa ilmenevää synnytyspelkoa. Tässä käytetään yleisesti kymmenen kysymystä sisältävää EPDS-lomaketta, jonka tulos antaa kuvaa synnyttäneen äidin masennusoireiden vakavuudesta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 275.)

Synnytyspelon hoidossa tulisi ottaa huomioon myös puoliso, koska varsinkin ensisynnyttäjän puoliso on usein itsekin peloissaan eikä kykene antamaan odottavalle äidille riittävää tukea. Parisuhteen ongelmilla on myös tapana kärjistyä uuden tuntemattoman tilanteen edessä, ja äiti saattaa pelätä, tuleeko puoliso osallistumaan vauvan hoitoon tarpeeksi tai miten parisuhteen tulee käymään vauvan synnyttyä. Olisi tärkeää keskustella myös puolison kokemuksista odotusaikana ja antaa neuvoja, kuinka hän voisi paremmin tukea odottavaa äitiä. (Toivanen ym. 2002, 4570.) Synnytystä pelkäävää odottajaa voi kannustaa myös tekemään pelkoa lievittäviä asioita itsenäisesti. Näitä keinoja ovat esimerkiksi rentoutumisen harjoittelu (esimerkiksi *Synnytä rentoutuneena* -CD tai musiikin kuuntelu), synnytyssairaalaan tutustuminen, luotettavan kirjallisuuden lukeminen sekä tulevan lapsen toiseen vanhempaan tai muuhun tukihenkilöön turvautuminen. Tukihenkilö tai puoliso kannattaa ottaa mukaan myös synnytyspelkokeskusteluihin. (Huttunen 2004, 23.)

Synnytyspelon ensisijainen hoitopaikka on neuvola, jonka toiminnasta kerrotaan seuraavan otsikon alla. Lievän synnytyspelon hoidossa voidaan ammattilaisen antamaan tukeen liittää vertaistukea. Doula-tukihenkilötoiminta perustuu vertaistukeen, ja sitä tarjoavat muun muassa Ensi- ja turvakotien yhdistykset. Jos neuvolan tuki ja tiedon tarjoaminen eivät ole riittävät, voidaan lähete synnytyspelkopoliklinikalle synnytyssairaalaan. Erityisen herkästi ja riittävän ajoissa lähete synnytyspelkopoliklinikalle tehdään pelkääville odottajille, joilla on taustallaan aiempi traumaattinen synnytys, vaikeita psyykkisiä ongelmia, ei-toivottu raskaus tai suora keisarileikkaustoive. Tällöin synnytyspelkoisen äidin hoitotiimiin kuuluvat synnytyslääkäri, synnytyspelkoon erikoistunut kättilö sekä mahdollisesti psykologi.

Psykiatrasta konsultaatiota voidaan myös tarvittaessa pyytää. Yhteistyön äitiysneuvolan ja synnytysairaalan välillä tulee olla saumatonta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 249–250.) Vaikka äiti saakin asianmukaista hoitoa synnytyspelkoonsa, on hyvä ottaa jo etukäteen huomioon, että synnytystä pelkäävät naiset tarvitsevat muita enemmän henkistä tukea, läsnäoloa ja kannustusta synnytyksen aikana (Saisto 2013, 252).

5.1 Äitiysneuvolatyö

Keskeinen äitiysneuvolan tehtävä on tiiviiden neuvolakäyntien avulla taata syntyvän lapsen hyvinvointi ja terveys. Odotusaikaan liittyy suuri lääketieteellinen kontrolli, ja jokainen raskauden vaihe on jotenkin normitettu. Neuvolajärjestelmä pyrkii vaikuttamaan äidin käyttäytymiseen niin, että se palvelee syntymättömän lapsen hyvinvointia. Tätä varmistetaan kontrollikäynneillä, synnytysvalmennuksilla, sikiöseulonnoilla ja ultraäänitutkimuksilla. Odotusajalle on määritetty tarkat vaiheet, raskausviikot, joihin sikiön kasvu ja äidin vointi tulisi suhteutua. Ruokavalio-ohjeet ja sikiölle haitallisten aineiden välttämissuosituksiset, äidin painon nousun tarkkailu, fyysisen kunnon ylläpitämiseen ja stressin välttämiseen kannustaminen sekä kaikenlainen ohjaus ja tiedonjakaminen ovat neuvolajärjestelmän keinoja taata kehittyvän lapsen hyvinvointi. Neuvolan asiakkuuteen sitoutumista pyritään myös varmistamaan sillä, että tiettyjen äitiysetuuksien saamisen ehtona ovat säännölliset neuvolakäynnit. (Rönkä & Kinnunen 2002, 83–84.)

Yhtäläillä äitiysneuvolatoiminnan tehtävänä on tukea koko perheen hyvinvointia. Vanhemman tai vanhempien tulee saada kattavasti tietoa ja eväitä siihen, miten raskaus, synnytys sekä lapsen hoito tulee vaikuttamaan osapuolten henkilökohtaiseen elämään tai esimerkiksi parisuhteeseen. Tulevia vanhempia autetaan tulemaan tietoisiksi omista voimavaroistaan sekä tuetaan äidiksi ja isäksi kasvamisessa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 16.) Voimavarojen puheeksi ottamisessa apuna voidaan käyttää *Lasta odottavan perheen voimavaralomaketta*, jolla vanhempi tai vanhemmat saadaan keskustelemaan aiheista, joita muuten ei ehkä tulisi pohdittua ääneen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 34.) Myös parisuhteen hoitamiseen ja keskinäiseen kommunikointiin kannustaminen nähdään keskeisenä, sillä perhe on tulevan lapsen tärkein kehitysympäristö. Perheen voimavarat kulkevat käsikkäin sen kaikkien jäsenten terveyden ja hyvinvoinnin kanssa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen

2013, 17, 20.) Keskiössä on kuitenkin aina ajantasainen tietämys äidin terveydestä sekä kehittyvän lapsen hyvinvointia turvaavista ja vaarantavista tekijöistä (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 21).

Joskus vanhemmuuteen on vaikea suhtautua, ja se saattaa aiheuttaa huolta, epävarmuutta ja pelkoa. Stressi ja ahdistus odotusajalla ovat haitallisia, sillä stressihormonit kulkeutuvat istukan kautta myös sikiöön ja voivat vaikuttaa sikiön kehityksessä olevaan keskushermostoon. Stressi voi vaikuttaa myös raskauden kestoon, lapsen syntymäpainoon, psykososiaaliseen kehitykseen sekä vanhemman ja lapsen väliseen varhaiseen vuorovaikutukseen, joka alkaa jo odotusaikana. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 33.) On havaittu, että vanhemmuuteen epävarmasti suhtautuvat odottajat ja perheet hyötyvät erityisen paljon tiedosta ja emotionaalisesta tuesta, jota äitiysneuvolassa ja perhevalmennuksessa tarjotaan. Myös kolmas sektori voi järjestää esimerkiksi vertaistukea epätavallisessa tilanteessa oleville odottajille tai perheille. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 34.) Kuulluksi tuleminen on uuden asian edessä tärkeää, ja vanhempien tulee saada keskustella myös epävarmuutta ja pelkoa aiheuttavista asioista (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 16).

Äitiysneuvolan tehtävään kuuluu myös tunnistaa erityistuen tarpeessa olevat ja kohdentaa heille oikeanlaisia palveluja. Lisäksi neuvolassa kartoitetaan jo alkuraskaudessa perheen taloudellinen tilanne, ja tarvittaessa ohjataan tukipalvelujen piiriin. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja tai kättilö osaa ohjata perhettä lapsiperheille tarkoitettujen etuuksien hakemisessa Kelalta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 17, 76.)

Perhevalmennusta tulee järjestää jokaiselle ensimmäistä lastaan odottavalle perheelle. Sitä tulee tarjota myös uusperheille, joissa toinen vanhemmista odottaa ensimmäistä lastaan, sekä sellaisille uudelleensynnyttäjille, joiden perheessä on jokin erityistuen tarve. Perhevalmennus toteutetaan moniammatillisesti, ja siihen kuuluu vanhempainryhmätoimintaa sekä synnytysvalmennusta. Perhevalmennuksen avulla perhe voi laajentaa sosiaalista verkostoaan ja saada vertaistukea samassa tilanteessa olevilta. Perhevalmennuksessa keskustellaan muun muassa vauvan herättämistä mielikuvista, raskauden herättämistä erilaisista tunteista, fyysisistä ja psyykkisistä muutoksista, vanhemmuuden kehityshaasteista ja eri rooleista kasvattajana, parisuhteesta ja seksuaalisuudesta sekä perheen voimavaroista ja tukiverkostosta.

Perheelle annetaan tietoa synnytykseen valmistautumisesta, synnytyksestä, kivunlievitysmenetelmistä, vauvan hoidosta, terveellisestä ravitsemuksesta, liikunnasta, päihteiden käytöstä sekä oman kunnan tarjoamista lapsiperheen palveluista ja Kelan etuuksista. Synnytysvalmennukseen voidaan liittää myös tutustumiskäynti synnytysairaalaan. Näin perhevalmennuksella pyritään vahvistamaan perheen ja synnyttäjän voimavaroja, saamaan aikaan kokonaisvaltainen ja myönteinen synnytyskokemus sekä auttamaan perhettä sopeutumaan helpommin vanhemmuuden tuomaan muutokseen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 78–82.)

5.2 Kun neuvolan tuki ei riitä

Erikoissairaanhoidossa ympäri Suomea on hoidettu synnytyspelosta kärsiviä odottajia jo yli 15 vuoden ajan. Äitiyspoliklinikoiden yhteydessä olevilla synnytyspelkopoliklinikoilla työskentelevät erikoiskoulutetut kättilöt ja synnytyslääkäri. Neuvolat voivat lähettää äidin pelkopoliklinikalle jo raskautta suunniteltaessa, sen aikana tai synnytyksen jälkeen. Lisäksi joissakin sairaaloissa on mahdollisuus psykologin, psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykiatrin konsultointiin. (Saisto ym. 2013, 2190.) Myös erikoissairaanhoidon puolella synnytyspelon hoidon perustyökälyt ovat samat kuin perusterveydenhuollossa. Avainasemassa ovat siis kuunteleminen, aito läsnäolo ja asianmukainen tieto. Sairaalan käytännöistä riippuen äidin hoitoon synnytyspelkopoliklinikalla kuuluu joko lääkärin tai kättilön vastaanotto tai molempien. Hoitosuunnitelma tehdään jokaiselle äidille yksilöllisesti. (Huttunen 2004, 22.)

Synnytyspelkopoliklinikkakäyntien määrä vaihtelee sairaaloittain, mutta hyvänä käytäntönä pidetään vähintään kahta keskustelukertaa lääkärin kanssa, jos lääkärin vastaanotto katsotaan tarpeelliseksi. Tällöin ensimmäiseen keskustelukertaan ei liity päätöksenteon aiheuttamaa painostusta. Lääkärin tehtävä on synnytyspelon hoidossa jakaa synnytyspelosta kärsivälle tutkittua tietoa, arvioida alatiesynnytyksen edellytykset, käydä läpi edelliset synnytykset niin potilaan itsensä kertomana kuin synnytyskertomuksen avulla sekä päättää yhteistyössä potilaan kanssa lopullinen synnytystapa viimeisellä synnytyspelkopoliklinikkakäynnillä. Lääkärikäyntien välissä kättilö tarjoaa tarvittaessa vastaanotoillaan tietoa, joka auttaa asiakasta hahmottamaan alatiesynnytyksen vaiheita ja keinoja, joita synnyttäjän auttamiseksi voidaan käyttää. (Saisto ym. 2013, 2190.)

Suunniteltaessa lähetettä synnytyspelkopoliklinikalle olisi potilaan ja terveydenhoitajan hyvä miettiä yhdessä, mitä odotuksia potilaalla on synnytyspelkopoliklinikan käynniltä. Jos taustalla on traumaattinen synnytys tai potilas pohtii vakavasti keisarileikkausta, hyötyy hän luultavasti enemmän lääkärin kanssa keskustelemisesta. Jos askarruttavat kysymykset liittyvät alatiesynnytykseen, kipuun ja saatavilla oleviin kivunlievitysmenetelmiin, katsotaan kättilön antaman neuvonnan olevan ensisijaista. (Rouhe ym. 2013, 166.) Joskus synnytyspelon taustalla on kuitenkin niin suuria ja vaikeita asioita, että synnytyspelkopoliklinikan henkilökunnan osaaminen ei pysty vastaamaan asiakkaan tarpeeseen. Raja on vedettävä ainoastaan synnytystä koskeviin pelkoihin, eikä synnytyspelon hoitoon erikoistuneen kättilön ole tarkoituskaan toimia terapeuttina. Jos äidillä on psyykkisiä ongelmia, tulee hänet lähettää psykiatrian puolelle saamaan tarvitsemaansa jatkohoitoa. (Aaltonen & Västi 2009, 44.)

5.2.1 Rentoutuminen ja ryhmäterapia synnytyspelon hoidossa

Tehokas synnytyspelon hoitomuoto on esimerkiksi terapeutin tai muun ryhmänohjaajan vetämät vertaistukiryhmät. Tämä hoitomuoto on sekä taloudellisesti että tuloksellisesti tehokas, sillä monia pelkääviä äitejä voidaan auttaa samanaikaisesti. Ryhmän jäsenillä on samanlainen ongelma ja sama päämäärä, jolloin on mahdollista jakaa kuormittavia tunteita muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. (Toivanen ym. 2002, 4568.) Pelkoon sisältyy lukuisia tunteita, kuten häpeää, avuttomuutta, toivottomuutta, huonommuutta, vihaa ja syyllisyyttä. Kun näitä tunteita pystytään jakamaan muiden kanssa ja sitä kautta käsittelemään, vaikuttaa se merkittävästi ahdistuksen vähenemiseen ja psyykkiseen paranemiseen. Tuloksia saattaa tapahtua hyvinkin nopeasti, sillä ryhmän rajallinen olemassaolo saattaa vaikuttaa muutosta edistävästi. Ryhmissä voidaan toteuttaa yhdessä esimerkiksi rentoutumisharjoituksia. (Toivanen & Saisto 2003, 108–109.)

Rentoutuminen on yksi hyvä keino erilaisten, joskus ristiriitaistenkin, tunteiden ja odotusten käsittelyssä (Toivanen & Saisto 2003, 108). Rentoutumisen avulla voidaan löytää keinoja itsensä kuuntelemiseen sekä omien tunteiden ja tuntemuksien kohtaamiseen. Rentoutuminen auttaa myös rauhoittumaan ja vähentämään jännittyneisyyttä. (Toivanen & Saisto 2003, 110.) Tutkimusten mukaan rentoutuminen vähentää synnytyspelkoa ja sekä nopeuttaa että helpottaa synnytystä. Rentoutumisen

sekä erilaisten mielikuvaharjoitusten kautta voidaan vaikuttaa autonomisen hermoston toimintaan ja saada aikaan rauhallinen tunnetila esimerkiksi sisäisiä kuvia ja muistioita käyttämällä. (Toivanen & Saisto 2003, 108.) Kaikki voivat oppia rentoutumaan, mutta taidon eteen voi joutua tekemään töitä. Säännöllisesti raskausaikana rentoutumista harjoittelemalla aikaansaadaan hyvät valmiudet käyttää sitä myös synnytyksessä. Rauhallinen ja luottamuksellinen tunnelma on tärkeä edellytys rentoutusharjoitusten onnistumiselle. Rentoutumisen aikana heränneiden tunteiden käsittelyyn on myös varattava riittävästi aikaa. (Toivanen & Saisto 2003, 110.) Rentoutuminen auttaa rauhoittamaan naista ja kasvattaa hänen uskoaan oman kehonsa toimintaan (Toivanen & Saisto 2003, 108).

Suomessa ryhmälähtöistä synnytyspelon hoitoa on kehitetty pääasiassa Helsingin Yliopistollisessa Keskussairaalassa (Rouhe ym. 2013, 171). Vuodesta 1998 asti pelokkaiden ensisynnyttäjien hoitomuotona ovat toimineet Nyytti-ryhmät (Toivanen ym. 2002, 4568), joiden toiminta yhdistää sekä ryhmäterapiain että rentoutumisharjoitukset. Nyytti-ryhmien perustamisen taustalla vaikuttavat positiiviset kokemukset sosiaalisista peloista kärsivien potilaiden ja kipupotilaiden hoidosta psykoedukaatiivisissa ryhmissä. Psykoedukaatio tarkoittaa tietoa antavaa ryhmätyöskentelytapaa, ja sen tavoitteena on osanottajien tiedon ja ymmärryksen lisääminen. Sen avulla myös autetaan osanottajia löytämään tapoja selviytyä esimerkiksi pelon kanssa. Nyytti-ryhmien on tarkoitus lisätä äitien kykyä omien synnytykseen ja vanhemmuuteen liittyvien tunteiden tunnistamisessa, jakaa aiheisiin liittyvää tietoa sekä antaa vertaistukea ja valmiuksia rentoutumisen harjoitteluun. (Rouhe ym. 2013, 171–172.)

Nyytti-ryhmä ei ole varsinainen terapiaryhmä, mutta sen toimintaan kuuluu myös hoidollisia ja terapeuttisia osa-alueita. Ryhmä on niin sanotusti suljettu, ja samat äidit osallistuvat kuuteen raskaudenaikaiseen ja yhteen synnytyksen jälkeiseen tapaamiseen. Jokaisella tapaamisella käsitellään eri teemaa, myös isät ovat tervetulleita yhdelle tapaamiskerralle. Tapaamisten teemat liittyvät synnytykseen ja vanhemmuuteen, synnytyksen vaiheisiin ja synnytykseen valmistautumiseen, synnytykseen liittyviin toiveisiin, lapsen syntymän aiheuttamiin muutoksiin parisuhteessa, vanhemmaksi kasvamiseen ja omasta hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtimiseen. Ryhmässä vierailee myös kätilö, joka kertoo muun muassa sairaalassaoloon liittyviä asioita. Ryhmän jäsenet voivat myös kysyä häneltä mieltä

askarruttaneita kysymyksiä. Osa tapaamisajasta käytetään rentoutusharjoituksiin. Jokaisella kerralla käytetään erilaisia hengitys- ja mielikuvaharjoituksia. Myös aiemmin mainittu *Synnytä rentoutuneena* -CD on tehty alun perin juuri Nyytti-ryhmää varten. (Rouhe ym. 2013, 171–172.)

Nyytti-ryhmien toiminnasta on saatu hyviä tutkimustuloksia; ryhmään osallistuneista 80–90% on synnyttänyt alakautta ja heidän synnytyspelkonsa on helpottunut. Nyytti-ryhmään osallistuneiden synnytykset ovat myös edenneet hyvin, ja ne ovat olleet lyhyempiä kuin ensisynnyttäjien synnytykset normaalisti. Niissä on myös tarvittu vähemmän synnytystä edistäviä toimenpiteitä, kuten imukuppiavustusta. Lisäksi päivystyskeisarileikkauksiin päädyttiin harvemmin kuin ensisynnyttäjillä keskimäärin. Hyvät tutkimustulokset ovat varmasti seurausta rentoutumisen taidosta sekä ryhmästä saadusta vertaistuesta. Nyytti-ryhmään osallistuneet ovat kokeneet saavansa ryhmästä paljon apua ja sellaista tietoa, jota ei usein kirjoissa kerrota. He ovat myös oppineet ilmaisemaan tunteitaan paremmin ja pyytämään tarvittaessa apua ulkopuolisilta. Monet osallistujat kokevat saaneensa ryhmästä hyötyä myös muihin elämänalueisiin kuin synnytykseen liittyen. Myös keisarileikkaukseen lopulta päätyneet ovat mielestään saaneet ryhmään osallistumisesta paljon hyviä eväitä tulevaisuutta ajatellen. Joskus ryhmään osallistuneiden välille syntyy vahvoja ystävyys-suhteita ja yhteydenpito jatkuu myös järjestettyjen ryhmätapaamisten jälkeen. Synnytyksen jälkeen he voivat tukea toisiaan vanhemmuuden haasteissa. (Rouhe ym. 2013, 171–172.)

Valitettavasti Nyytti-ryhmän kaltaisia vertaistukiryhmiä on vaikea perustaa pienemmille paikkakunnille, koska synnyttäjiä ei ole tarpeeksi. Ryhmän perustamisessa tärkeätä olisi juuri se, että osallistujat olisivat samassa raskauden vaiheessa. Tällöin ryhmästä olisi eniten hyötyä. Nyytti-ryhmän toimintaan sisältyviä osa-alueita voidaan kuitenkin hyödyntää synnytyspelkoisten hoidossa myös muualla Suomessa, kuten yksityissektorin tarjoamissa tapahtumissa ja neuvoloiden perhevalmennuksissa. Pääsääntönä pitää kuitenkin muistaa raskaana olevan koko elämäntilanteen perusteellinen huomioiminen. (Rouhe ym. 2013, 172–173.)

5.3 Synnytyssuunnitelma

Synnytystä pelkävälle odottajalle voidaan laatia etukäteen synnytyssuunnitelma, koska sen on todettu edistävän naisen itsemääräämisen ja hallinnan tunnetta. Suunnitelman laadinta antaa myös uskallusta ja luottamusta normaaliin alatiesynnytykseen. Yksilöllinen kirjallinen suunnitelma laaditaan äitiysneuvolassa tai synnytyssairaalassa. Synnytyssuunnitelma auttaa naista työstämään ajatuksiaan lähestyvistä synnytyksestä, ja sen tulisi toimia kommunikaatiovälineenä synnyttäjän ja synnytystä hoitavan henkilökunnan välillä. Suunnitelmaan voidaan kirjata naisen konkreettisia toiveita esimerkiksi ponnistusasennoista ja kivunlievityksestä, ja sitä voidaan tarvittaessa muuttaa ja päivittää. Suunnitelmaa laadittaessa on kuitenkin odottavaa äitiä muistutettava jokaisen synnytyksen ennalta-arvaamattomuudesta. Synnytyssuunnitelman olemassaolo ei saisi myöskään aiheuttaa liiallista joustamattomuutta synnytystilanteessa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 244–245, 249.) Synnytyssuunnitelman tulee varmasti tavoittaa myös synnytyssalin henkilökunta, jolloin synnytystä pelkävä voi luottaa siihen, että hänen toiveensa tiedetään. Tämä tieto auttaa naista suhtautumaan synnytykseen rauhallisemmin. Synnytyssalin henkilökunnan tulisi myös mahdollisuuksia mukaan pitää kiinni sovituista asioista ja perustellen kertoa naiselle eri tapahtumista ja toimenpiteistä synnytyksen aikana. (Saisto 2013, 525.)

5.4 Ohjaamisen keinot

Synnytystä pelkävät äidit tarvitsevat ennen kaikkea tietoa, mutta ennen tiedon omaksumista täytyy löytyä luottamusta. Synnytystä pelkävä äiti vastaanottaa tietoa huomattavasti paremmin, jos ammattihenkilön ja ohjattavan välillä vallitsee luottamus ja turvallisuudentunne. Tämä edellyttää hoitohenkilökunnan ymmärtävää ja tukevaa asennetta sekä senmukaista käytöstä. Myös kiireetön ilmapiiri on tärkeää, ja tapaamiseen tulisi varata riittävästi aikaa. (Aaltonen & Västi 2009, 11, 42.)

Valitettavasti potilailla on usein negatiivisia kokemuksia terveydenhuoltohenkilökunnasta, joten luottamuksen luominen ei aina ole helppoa. Lisäksi synnytystä pelkävät odottajat saattavat kokea olevansa ainoita siinä tilanteessa olevia, ja se saattaa aiheuttaa naiselle häpeää ja epäonnistumisen tunnetta. Siksi ammattihenkilön olisi hyvä korostaa ongelman yleisyyttä, jotta keskustelu

saadaan vapautuneemmaksi. Pelkäävää odottajaa ei ole syytä lähteä kohtelemaan liian hienovaraisesti, mutta pelottelua tulee välttää. Äidille voidaan antaa konkreettista tietoa esimerkiksi keisarileikkauksen riskeistä ja komplikaatioista. Myös konkreettinen tieto synnytyksen kulusta, yleisimmistä toimenpiteistä synnytyksen aikana, synnytyssairaalan kivunlievitysmenetelmistä ja niiden saatavuudesta päivystysaikaan auttavat usein pelkäävää odottajaa. Pelkoa voi lievittää myös yhteinen keskustelu synnytykseen valmistautumisesta. Voimakkaalle keisarileikkaustoiveelle annetaan oikeutus ja korostetaan, että alkuvaiheessa ei vielä tarvitse päättää mitään. Näin keskustelua ei varjosta päätöksenteon aiheuttama painolasti ja odottava äidin mieli on vastaanottavaisempi uusille ajatuksille. Äitiä myös helpottaa tieto siitä, että keisarileikkaustoive kirjataan hänen potilastietoihinsa. Joskus kuitenkin synnytyspelko on niin voimakasta, että asianmukaisella hoidollakaan äiti ei pysty näkemään mitään muuta vaihtoehtoa kuin keisarileikkauksen. Loppuraskaudessa voimakkaan synnytyspelon vuoksi tehtävä keisarileikkauspäätös on eettisesti perusteltua, eikä äitiä tule siitä syyllistää. Äitiä tulee kuitenkin muistuttaa, että mahdollisen ennenaikaisen synnytyksen käynnistymisen sattuessa alatiesynnytys on huomattavasti turvallisempi vaihtoehto. (Saisto 2013, 523–524.)

Joissakin tapauksissa keisarileikkausta toivovan odottajan kanssa voidaan sopia synnytyksen käynnistämisestä suunnitellusti keisarileikkauksen sijaan, jolloin kivunlievityksestä huolehtimiseen jää aikaa ja naiselle taataan turvalliset synnytysolosuhteet. Näin voidaan menetellä esimerkiksi tilanteissa, jossa raskaana olevalla naisella on taustallaan niin nopea synnytys, että on tullut kiire ehtiä sairaalaan ja kivunlievityksestä huolehtimiseen ei ole ollut aikaa. Jos naisen kohdunsuu on kypsynyt tarpeeksi, voidaan synnytyksen käynnistäminen tehdä alkaen 12 viikkoa ennen laskettua aikaa. Vaikeassa synnytyspelossa voidaan keisarileikkausta pitää jonkinlaisena varasuunnitelmana lasketun ajan jälkeen. Tällöin nainen antaa alatiesynnytykselle mahdollisuuden tiettyyn päivään asti, mutta jos synnytys ei käynnisty tähän mennessä, päädytään tekemään keisarileikkaus. (Rouhe 2013, 167.) Tulee kuitenkin muistaa, että keisarileikkaus ei hoida synnytyspelkoa, koska siihen turvautuminen ei tuo helpotusta synnytyspelon taustalla oleviin syihin. On hyvin todennäköistä, että samat asiat tulevat ratkaistaviksi jälleen uuden raskauden myötä. Ketään ei kuitenkaan voida pakottaa synnyttämään alateitse. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 249.)

Terveysalan ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus ja viestintä vaikuttavat tutkimusten mukaan potilaan kokemukseen hoidon tuloksista ja laadusta. Ohjaajan olisi hyvä tiedostaa omat vahvuutensa ja heikkoutensa erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Potilaan kokemaan ohjauksen laatuun vaikuttavat ohjauksen toteutus, hoitopäätösten tekeminen yhteistyössä ja niiden perustelu sekä potilaan ja ohjauksen antajan välinen yhteisymmärrys. Vuorovaikutuksessa käytetään sanallista ja sanatonta viestintää, joiden pitäisi uskottavuuden saavuttamiseksi olla yhteneviä keskenään. Jos sanaton viestintä on ristiriidassa sanallisen viestinnän kanssa, sanatonta uskotaan enemmän. Esimerkiksi ohjaajan huokailu ja haukottelu viestivät negatiivisesti ohjaajan kiinnostuksesta ohjausta kohtaan. Myös jatkuva kiire näkyy ohjaajan kehonkielessä, joka ohjattavan on helppo aistia. Katsekontakti ja kuuntelemisen osoittaminen myötäilemällä antavat puolestaan positiivisen vaikutelman. (Vänskä ym. 2011, 35, 47–48, 50.)

Taitava ohjaaja osaa kysymysten avulla ohjailta keskustelua siten, että potilas saa omin sanoin ilmaista ja kuvata asioita, eikä aseta ”sanoja potilaan suuhun”. Ohjaajan on myös vältettävä päälle puhumista, sillä silloin potilaan huomiointi kärsii ja todenmukainen kuva tilanteesta voi jäädä vajaaksi. Reflektiivisillä kysymyksillä ohjaaja auttaa ohjattavaa ymmärtämään itseään ja toimintaansa sekä huomaamaan mahdollisia menneisyyden vaikutuksia nykyiseen käyttäytymiseensä. Ohjattavan kannustaminen ja rohkaiseminen kuuluvat olennaisesti hyvään ohjaukseen. On tärkeää kyetä löytämään ohjattavan puheesta rohkaisun aineksia, joiden avulla kannustaa ohjattavaa sellaisessakin asiassa, jota hän ei itse pitänyt aluksi merkityksellisenä. Ohjauksen lopuksi olisi hyvä pitää yhteenveto ohjattavan ilmaisemista asioista, jolloin ohjaajallakin on tilaisuus tarkistaa oma tulkintansa. (Vänskä ym. 2011, 37, 39, 41–43, 45.)

6 ESITE TIEDON VÄLITTÄJÄNÄ

Käytämme esitteen työstämisessä ja kokoamisessa apuna hyvän potilasohjeen kriteereitä, sillä potilasesitteet ja potilasohjeet ovat mielestämme sovellettavissa keskenään.

Potilasohjeet ovat tärkeä terveystiedon osa-alue. Useimmissa ohjeissa on käytetty kohdeviestintää, ja ne on suunnattu tietyille potilasryhmälle. Nykyään julkisesti

esimerkiksi Internetissä kaikkien saatavissa olevat potilasohjeet tosin muistuttavat enemmän joukkoviestintää. (Torkkola ym. 2002, 22–23.) Potilasohjeita tehdessä tulee ottaa huomioon ohjeessa annetun informaation lisäksi myös se, miten asiat on tekstissä ilmaistu. Lopullinen tekstin merkitys syntyy sitä luettaessa ja saman tekstin voi tulkita monella tapaa, vaikka tekstin tuottaja olisikin yrittänyt sisällyttää tekstiin tietyn sanoman. Potilasohjetta laadittaessa tulee miettiä, keneen tai mihin ohjeella pyritään vaikuttamaan ja tapahtuuko toivottu muutos lukijan tiedoissa, asenteissa vai käyttäytymisessä. Myös potilasohje tekstilajina herättää lukijassa tiettyjä ennakkoodotuksia, kuten selkeästi ja asiallisesti kirjoitettuja hyödyllisiä neuvoja. (Torkkola ym. 2002, 16–20.)

Sairastuminen tai muu terveydentilan muutos on ihmiselle uusi ja ehkä pelottavakin tilanne. Tilanne voi luoda epävarmuuden ja turvattomuuden tunteita sekä potilaalle itselleen että hänen läheisilleen. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää antaa helposti ymmärrettävää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. On tutkittu, että tiedon saaminen lisää potilaan valmiuksia hoitaa itseään sekä osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Pelkkä potilasohje ei kuitenkaan yksin riitä, vaan onnistuneeseen hoitoprosessiin tarvitaan lisäksi myös ammattihenkilön neuvontaa. Suulliset ja kirjalliset ohjeet sekä neuvot tukevat potilaan hoidossa toinen toisiaan. (Torkkola ym. 2002, 23–24.)

6.1 Hyvän esitteen kriteerit

Tärkein kulmakivi potilasohjeen laatimisessa on tekstin suuntaaminen kohderyhmälle. Hyvä potilasohje puhuttelee kohderyhmään kuuluvaa lukijaa. (Torkkola ym. 2002, 35–36.) Potilasohjeita lukevat yleensä maallikot, joten niissä kannattaa käyttää mahdollisimman yksinkertaista ja ymmärrettävää kieltä, jossa lauserakenteet eivät ole liian monimutkaisia tai pitkiä. Hyvässä potilasohjeessa myös asioiden esittämisjärjestys on looginen, sillä esitteen juonirakenne vaikuttaa asioiden ymmärrettävyyteen. Ohjeessa olevat asiat voidaan esittää esimerkiksi aihepiireittäin, aikajärjestyksessä tai tärkeysjärjestyksessä. (Hyvärinen 2005, 1769, 1771.) Pääotsikolla ja väliotsikoilla voidaan kertoa lukijalle, mitä asioita ohjeessa käsitellään. Pääotsikolla ilmaistaan potilasohjeen aihe, ja sillä pyritään herättämään lukijan mielenkiinto (Torkkola ym. 2002, 39). Väliotsikot taas kertovat, millaisista aihekokonaisuuksista ohje muodostuu. Otsikot myös selkeyttävät ohjetta ja tekevät

siitä kevyemmän. Väliotsikoiden avulla lukija voi myös etsiä tekstistä haluamansa asian. Myös oikeinkirjoitukseen tulee kiinnittää huomiota, sillä kirjoitusvirheet tekstissä saavat aikaan vaikutelman tuotteen huonosta laadusta. Omaperäinen välimerkkien käyttö saattaa johtaa väärinymmärryksiin ja tulkintavaikeuksiin. Valmis potilasohje olisikin hyvä antaa luettavaksi jollekin ulkopuoliselle ennen sen julkaisemista. Näin suurimmat kielioppivirheet karsiutuvat pois. Potilasohjeessa annettavat neuvot ja ohjeet tulee aina perustella; lukija noudattaa ohjeita paremmin, mikäli hän voi itse kokea hyötyvänsä niistä. (Hyvärinen 2005, 1770, 1772.)

Hyvä kuvitus parhaimmillaan auttaa ymmärtämistä sekä herättää mielenkiintoa. Kuvat voivat täydentää kerrottavaa asiaa ja lisätä ohjeen luettavuutta sekä kiinnostavuutta. Kuviin voi lisätä myös kuvatekstejä. Hyvä kuvateksti voi kertoa kuvasta jotain sellaista, jota siitä ei voida suoraan nähdä. Kuvituksen tulisi sopia asiasisältöön. Jokaista tyhjää tilaa ei kuitenkaan tarvitse täyttää kuvalla. Kuvien käyttöön liittyy tiettyjä rajoituksia, koska osa julkisista kuvista on suojattu tekijänoikeuslain tuomalla suojalla. Tekijänoikeudet rajoittavat kuvien kopioimista ilman lupaa. (Torkkola ym. 2002, 40–42.)

Hyvän ohjeen lähtökohta on myös taitto. Taitto tarkoittaa tekstin ja kuvien asettelua paperille. Ohjeen hyvä taitto parantaa ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukemaan. On hyväksyttävä, että kaikkia asioita ei voi sanoa yhdellä potilasohjeella, koska liian täyteen sullotusta ohjeesta ei saa selvää. Ohjeen taiton tekeminen alkaa asettelumallin suunnittelulla. Mallin avulla potilasohjeen elementit, kuten tekstit, otsikot ja kuvat sovitellaan paikoilleen. Asettelumalli ohjaa muun muassa ohjeen fonttien, rivivälin ja palstamäärien valintaa. Kirjasintyyppin valinnassa on olennaisinta se, että kirjaimet ovat selkeästi erotettavissa toisistaan. (Torkkola ym. 2002, 55, 59.)

Viimeisenä potilasohjeessa ovat täydentävät tiedot. Näillä tarkoitetaan yhteystietoja, tietoja ohjeen tekijöistä sekä viittauksia lisätietoihin. Kaikissa ohjeissa, joissa lukijaa ohjeistetaan toimimaan tietyllä tavalla, ovat yhteystiedot välttämättömiä. Hyvässä potilasohjeessa kerrotaan, mihin potilas voi olla yhteydessä, mikäli hänellä on jotain kysyttävää. Ohjeeseen voi lisäksi liittää vinkkejä lisätiedoista, jotka ohjaavat potilasta hyödyntämään tuoretta tietoa. Näihin kelpaavat myös ei-tieteelliset artikkelit ja WWW-sivut. (Torkkola ym. 2002, 44.)

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Tässä luvussa kuvataan tämän opinnäytetyön eteneminen sen eri vaiheissa. Aihe on kypsynyt mielessämme jo ensimmäisestä opiskeluvuodesta lähtien. Kyselimme tuolloin Savonlinnan pääterveysaseman äitiysneuvolasta materiaalia silloiseen koulutehtäväämme, joka sekin käsitteli synnytyspelkoa. Saimme kuulla, että siellä ei ole aiheesta kunnollista potilaalle annettavaa materiaalia ja samalla meille esitettiin idea hyvästä opinnäytetyön aiheesta. Varsinainen opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä, mutta olemme paneutuneet sinä aikana syvälle aiheeseen etsien pikkuhiljaa kattavasti tietoa, sopivaa työelämäohjaajaa sekä omakohtaisia kokemuksia omaavaa henkilöä. Olemme käsitelleet aihetta useissa eri tehtävissä ja kehitelleet muun muassa kuvitteellisen synnytyspelon hoitoon tarkoitetun työkalun sekä punninneet erilaisia vaihtoehtoja juuri tämän opinnäytetyön toteuttamiseksi.

Sovellamme esitteen kehittämisessä Jämsän ja Mannisen (2000) mallia tuotekehitysprosessista. Teos sopii käyttötarkoitukseemme, koska se on tarkoitettu juuri sosiaali- ja terveysalan tuotteen kehittämiseen. Jämsä ja Manninen (2000, 3 - 4, 28) ovat määritelleet tuotekehitysprosessin vaiheiksi kehittämistarpeen tunnistamisen, ideavaiheen, luonnosteluvaiheen, tuotteen kehittelyn ja tuotteen viimeistelyn. Siirtyminen vaiheesta toiseen ei välttämättä edellytä edellisen vaiheen viemistä täysin loppuun. Esimerkiksi asiakkaan haastattelu kesken luonnosteluvaiheen saattaa selkeyttää kehittämistarvetta. Teos opastaa myös, kuinka huomioida tuotteen laadun arviointi, tuotteen elinkaari sekä tuotteen estetiikka. Yhdessä näiden asioiden, hyvän esitteen kriteerien sekä toimeksiantajan toiveiden ja visuaalisten linjausten avulla toteutamme ja kuvaamme oman tuotekehitysprosessimme.

7.1 Tuotekehitysprosessi opinnäytetyön menetelmänä

Tuotteella voidaan tarkoittaa sekä konkreettista tavaraa että jotain palvelua tai se voi olla näiden kahden yhdistelmä. Tuotteen sisältö tulisi olla täsmällisesti rajattu. Kun kyseessä on sosiaali- ja terveysalan tuote, tulisi sen jollain tavalla myös edesauttaa sosiaali- ja terveysalan tavoitteita noudattaen alan eettisiä linjauksia. Kuten tässä opinnäytetyössä toteutettavan tuotteen kohdalla, sosiaali- ja terveysalan tuotteen sisältöä tulisi tukea aina hyvä vuorovaikutustilanne. Tuote yksinään ei pysty vastaamaan avuntarpeeseen, vaan tarvitsee parhaiten toimiakseen

vuorovaikutussuhteen ammattilaisen ja asiakkaan välille. (Jämsä & Manninen 2000, 13–14, 24.) Valmiin tuotteen tarkoitus on toimia ammattilaisen antaman suullisen ohjauksen tukena, ja sen avulla synnytyspelosta kärsivä odottaja voi palata keskustelun esiin tuomiin asioihin kotona. Myös raskaana olevan naisen puolison tutustuminen esitteeseen voi auttaa puolisoa ymmärtämään paremmin tilannetta ja tukemaan paremmin synnytyspelosta kärsivää odottajaa.

Myös sosiaali- ja terveysalan tuotetta kehitettäessä tulisi pohtia aina, kenelle tuote tehdään. Vaikka maksaja ja tilaaja olisikin esimerkiksi jonkin organisaatio, tässä tapauksessa sairaanhoitopiiri, on tuotteen todellinen käyttäjä se synnytystä pelkäävä odottava äiti, joka on saanut esitteen esimerkiksi neuvolakäynnillä. Niinpä meidän tuli ottaa huomioon, että tuotteellamme on useampia asiakkaita, ja kehitellä tuote niin, että kaikkien osapuolten toiveita kuunnellaan. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla tulee olla kykyä tunnistaa asiakkaan tarpeita ja kohdentaa sekä perustella asiakkaalle sopivia ja hänen odotuksiaan vastaavia tuotteita. Ammattilaisen vastuulle jää siis se, tavoittaako oikea tuote oikean asiakkaan. (Jämsä & Manninen 2000, 18–21, 25.)

7.1.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Sosiaali- ja terveysalalla kehittämistarpeita luovat esimerkiksi asiakkaiden terveystarpeet ja heiltä saatu palaute, uusi ja muuttuva tieto, lakimuutokset sekä parantunut ymmärrys toiminnan päämääristä. Tuotteen kehittämisen lähtökohtana on joko täysin uuden tuotteen kehittäminen tai vanhentuneen tuotteen tilalle kehitettävä uusittu tuote, joka vastaa paremmin olemassa oleviin tarpeisiin. Kehittämistarpeen määrittämisessä on tärkeää selventää ongelman laajuus ja yleisyys eli se, kuinka laajaa asiakasryhmää ongelma koskee ja kuinka yleinen ongelma on kyseessä. (Jämsä & Manninen 2000, 29–32.)

Esitteemme hyödynsaajina näemme sekä terveydenhuoltoalan ammattihenkilöt, että synnytystä pelkäävät odottavat äidit. Vaikka Savonlinna on alueena varsin pieni, koskettaa synnytyspelko-ongelma myös tämän alueen synnytykseen valmistautuvia äitejä. Kun tarkastellaan vuosien 2010–2011 sairaalakohtaisia synnytyksiä tilastojen valossa, mainitaan, että Savonlinnan keskussairaalassa verrattuna muuhun Suomeen oli tuona aikana huomattavasti enemmän muita kuin spontaaneja synnytyksiä. Keisarileikkausten määrä oli myös korkeampi ollen 22,6 % kaikista synnytyksistä,

kun koko maan keskiarvo on 15,8 %. Myös ensisynnyttäjien keisarileikkaukset olivat koko maahan verrattaessa yleisempiä Savonlinnan keskussairaalassa. Kuitenkaan suunniteltujen keisarileikkausten osuus ei poikennut mainittavasti koko maan keskiarvosta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Tilastot eivät kerro niin sanottujen pelkosektioiden määrää, joten ongelman alueellista laajuutta on vaikea määrittellä. Siksi ajattelemme, että työ kannattaa, jos yhdenkin äidin synnytyspelon hoitoprosessi täydentyy edes osittain tämän esitteen avulla.

Kehittämistarpeen tunnistaminen lähti käyntiin siis siitä, että saimme konkreettisen toiveen tällaisesta esitteestä Savonlinnan äitiysneuvolan työntekijöiltä 2011 syksyllä. Kun opinnäytetyön aloittamisen ajankohta lähestyi, lähetimme maaliskuussa 2013 sähköpostia Savonlinnan äitiysneuvolan osastonhoitajalle. Sähköpostissa kerroimme ideastamme ja tiedustelimme esitteen tarvetta. Hän kehotti olemaan yhteydessä Kerimäen äitiysneuvolan terveydenhoitajaan, joka oli jo alustavasti luvannut toimia työelämäohjaajanamme. Ohjaamisesta sovittiin hänen kanssaan vielä tarkemmin sähköpostitse maaliskuu-huhtikuun aikana. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä Sosterin hallintoylihoitajan kanssa tehtiin joulukuussa 2013.

7.1.2 Ideavaihe

Ideointiprosessin käynnistyttyä voidaan alkaa pohtimaan eri toteutusvaihtoehtoja ongelman ratkaisemiseksi. Yleisimpiä keinoja ovat esimerkiksi luovan toiminnan menetelmät, joissa ideoita etsitään avoimella, ennakkoluulottomalla ja sallivalla periaatteella. Huumori on osa tällaista menetelmää. Tällainen menetelmä tähtää siihen, että ensin pohditaan, millainen tuote vastaa parhaiten ongelmaan ja eri tahojen tarpeisiin. Sen jälkeen vasta mietitään, kuinka toteuttamiskelpoisia ideat todella ovat. Ideointiprosessiin osallistuvien erilaisuus on rikkautta. Osallistujien poikkeavat näkökannat ja erilaiset roolit tuovat luovaan ongelmanratkaisuun lisäulottuvuutta. Ideoiden arviointia ja niiden toteuttamiskelpoisuutta voidaan pyytää hankkeen toimeksiantajalta sekä muilta asiantuntijoilta. (Jämsä & Manninen 2000, 35–38.)

Aivoriihi tarkoittaa työskentelytapaa, jossa luovuutta käyttämällä pyritään synnyttämään mahdollisimman useita ideoita. Suuri ideoiden määrä lisää potentiaalisten vaihtoehtojen todennäköisyyttä. Tällaisia luovan ongelmanratkaisun menetelmiä ovat lisäksi tuumatalkoot, tuplatiimi ja air-opera. Näissä menetelmissä

työparin voi muodostaa esimerkiksi asiantuntija ja päättäjä. Useilla organisaatioilla on käytössään ideapankki, johon kerätään eri tahoilta tulleita huomioita korjausta kaipaavista asioista sekä mahdollisia ratkaisuehdotuksia niille. Ideoita saadaan muun muassa työntekijöiltä, asiakkailta ja omaisilta. Termi Benchmarking taas tarkoittaa muiden toimijoiden käytössä olevien tuotteiden ja toimintatapojen tarkastelua ja vertaamista. (Jämsä & Manninen 2000, 35–38.)

Pohdimme pitkään, miten esitteen asiasisältö koottaisiin. Ensin ajattelimme tehdä pienen tutkimuksen synnytyspelosta kärsineille äideille, jolla olisimme selvittäneet heidän mielipiteensä asioista, joita esitteeseen kannattaisi nostaa. Sekä tutkimus että tuotekehitysprosessi olisi ollut kuitenkin liian laaja kokonaisuus toteuttaa, joten päädyimme käyttämään työelämäohjaajamme tietotaitoa lopullisten käyttäjien ”äänenä”. Ohjaava opettaja hyväksyi opinnäytetyön ideamme kesäkuun alussa 2013.

Omassa tuotekehitysprosessissamme halusimme ammentaa ideoita jo olemassa olevasta materiaalista, jota aloimme kysellemään sähköpostitse ympäri Suomea. Lähetimme sähköpostia maaliskuussa 2014 useiden isoimpien sairaaloiden äitiyspoliklinikoiden osastonhoitajille muun muassa Mikkeliin, Ouluun, Hyvinkäälle, Rovaniemelle, Tampereelle sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Saimme osastonhoitajan vastauksen Mikkelistä, Oulusta ja Rovaniemeltä, mutta he delegoivat asian muille henkilöille. Tämän jälkeen emme kuulleet näistä paikoista enää mitään lukuun ottamatta Rovaniemeä, jonka sype-kätilö kehotti tutustumaan internetissä tekemäänsä luentomateriaaliin aiheesta. Tampereelta ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä emme saaneet lainkaan vastausta. Keski-Pohjanmaan keskussairaalaasta olimme jo aiemmin saaneet heidän käyttämänsä lehtisen valmennuspoliklinikan toiminnasta, jonka liitteenä on suppeahko, parin kysymyksen kyselykaavake odottavalle äidille synnytyspelon kohteista. Emme kokeneet saavamme tästä apua oman esitteen kokoamiseen.

Huhtikuun 2014 puolivälissä Anna-Kaisa aloitti harjoittelun Mikkelin keskussairaalassa synnytysvuodeosastolla, jolloin hän pääsi tapaamaan myös Mikkelin sype-kätilöitä. Kävi ilmi, että sähköpostimme vastaaminen oli päässyt unohtumaan. He olivat kuitenkin kannustavia projektiamme kohtaan ja pitivät esitettä tärkeänä sekä lupautuivat antamaan mielipiteensä valmiista esitteestä.

Lähetimme sähköpostia myös Savonlinnan äitiysneuvolan sype-kätilöille jo toukokuussa 2013, jolloin he lupautuivat antamaan tarvittaessa konsultaatioapua. Maaliskuussa 2014 lähestyimme heitä sähköpostilla uudestaan koskien juuri tämän alueen sype-toimintaa, koska Savonlinnan keskussairaala ei toimi varsinaista synnytyspelkopoliklinikkaa. Pitkän odottelun jälkeen saimme heiltä vastauksen huhtikuun loppupuolella, jossa he kertoivat Savonlinnan sype-toiminnasta, asiakkaaksi tulemisesta ja hoidon toteuttamisesta. Heiltä tuli kuitenkin toive, että Savonlinnan synnytysten jatkumisen epäselvän tilanteen vuoksi emme laittaisi esitteeseen kovin yksityiskohtaista tietoa muun muassa sype-toiminnan yhteystiedoista. He toivoivat myös saavansa esitteen luettavaksi ennen sen julkaisua. Lyhenne ”sype” tulee siis sanasta synnytyspelko.

7.1.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaiheessa on tarkasteltava niitä eri tekijöitä ja näkökohtia, jotka ohjaavat tuotteen suunnittelussa ja valmistamisessa. Tuotteen luonnosteluvaiheessa huomio kiinnittyy tuotteen ensisijaisiin hyödynsaajiin sekä heidän tarpeisiinsa, ominaisuuksiinsa ja kykyihinsä käyttää tuotetta. Myös palvelujen tarjoajien näkökanta on selvitettävä. Näin tuotteen asiasisältö vastaa tarpeisiin parhaiten. Tuotteen asiasisällön määrittäminen edellyttää usein myös tutkimustietoon perehtymistä. Tuotteen suunnittelijan tulisi tutustua organisaation toimintaa ohjaaviin säädöksiin ja ohjeisiin, kun valitaan tuotteen asiasisältöä ja tyyliä. Viimeistään luonnosteluvaiheessa tulisi keskustella suunnitteilla olevasta tuotteesta sellaisten ammattilaisten kanssa, joilla on asiasta riittävää kokemusta. Tuotteen laadun kannalta on siis tärkeää perehtyä kirjallisuuteen ja hankkia asiantuntijatietoa. (Jämsä & Manninen 2000, 43–50.)

Siihen, että ensisijaiset hyödynsaajat voivat hyötyä esitteestä, tarvitaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Heidän vastuullaan on antaa asianmukaista suullista ohjausta synnytyspelosta kärsiville odottajille, mutta he voivat käyttää ohjauksen tukena kehittämäämme esitettä. Apuna esitteen sisällön määrittämisessä käytimme työelämäohjaajamme pitkäaikaista kokemusta äitiysneuvolatyöstä. Tapasimme työelämäohjaajamme ensimmäisen kerran joulukuun puolivälissä 2013, jolloin saimme häneltä paljon vinkkejä niin teoriaosuuden kirjoittamiseen kuin esitteeseen nostettavien asioiden valitsemiseen. Hän kehotti etsimään tietoa esimerkiksi isien kokemasta synnytyspelosta ja ottamaan aiheen huomioon myös

valmiissa esitteessä. Myös esitteen alkuperäinen nimi ”Kun synnytys pelottaa” muutettiin muotoon ”Jos synnytys pelottaa”, koska esitteemme olisi ollut samanniminen vastikään ilmestyneen ”Kun synnytys pelottaa” -teoksen kanssa.

Teoriatiedon kokoamiseksi perehdyimme useisiin tutkimuksiin ja tutkimusartikkeleihin sekä muuhun aiheesta kirjoitettuun tieteelliseen tietoon. Teoriatieto koottiin käyttäen eri tietokantoja, kuten CINAHL, Science Direct, Theseus, Medic, Kaakkuri, Terveysportti ja Google Scholar. Hakusanoina olemme käyttäneet esimerkiksi ”synnytyspelko”, ”synnytys” and ”pelko”, ”pelko”, ”vanhemmuus” + ”ahdistus” or ”pelko”, ”keisarileikkaus”, ”äitiysneuvola”, ”fear of childbirth”, ”synnytys” and ”kipu” ja ”potilasohjaus”.

Halusimme lisäksi edes yhden omakohtaisia kokemuksia omaavan henkilön äänen kuuluviin, joten toteutimme epävirallisen sähköpostihaastattelun eräälle synnytyspelkoonsa hoitoa saaneelle kahden lapsen äidille (ks. liite 1). Hänen kohdallaan synnytyspelkoon oli johtanut aikaisempi synnytyskokemus. Liitimme opinnäytetyön raporttiosuuteen ainoastaan esittämämme kysymykset, koska tässä tapauksessa haastattelun vastausten avaaminen tarkemmin ei ollut mielestämme tarkoituksenmukaista. Laitoimme tästä haastattelusta suoria lainauksia esitteeseen; lauseiden tarkoitus on tuoda esitteen lukijalle kosketuspintaa todellisuuteen, jossa jollain muullakin odottajalla on ollut samankaltaisia ajatuksia ja kokemuksia. Suoria lainauksia etsittiin myös Internetin keskustelupalstoilta, joita olivat muun muassa vauva.fi, suomi24.fi ja kaksplus.fi. Mielestämme tämä tuo esitteeseen inhimillisyyttä, johon lukijan on helpompi samaistua. Haastattelemamme äiti lupasi myös antaa lopullisen käyttäjän mielipiteen valmiista esitteestä.

Esitteen kuvituksen suhteen halusimme käyttää apunamme graafisen suunnittelun opiskelijan osaamista, sillä tiedostimme Internetistä ladattaviin kuviin liittyvät käyttörajoitukset. Maaliskuussa 2014 olimme yhteydessä kolmannen vuoden graafisen suunnittelun opiskelijaan Heini Karjalaiseen, joka lupasi suunnitella esitteemme kuvituksen toiveidemme mukaan sekä auttaa meitä esitteen rakenteen asettelussa. Lähetimme tuolloin hänelle sähköpostitse ehdotuksia kansilehden ja sisäsivujen kuvituksesta ja sovimme, että kuvitus olisi valmis huhtikuun 2014 loppuun mennessä.

Luonnosteluvaiheessa päätimme, että esitteen asiasisältö tulisi koostumaan pääasiassa kirjoittamassamme raporttiosuudessa jo esiin tulleista asioista. Halusimme kuitenkin liittää myös alueellista tietoa esimerkiksi erilaisista paikallisista auttamistahoista yleisen teorian joukkoon. Siksi kartoitimme myös muita auttamistahoja ja olimme näiden osalta yhteydessä Itu-projektin Savonlinnan toiminnasta vastaavaan tahoon sekä Savonlinnassa doulana toimivaan henkilöön. He antoivat suostumuksensa yhteystietojensa liittämistä esitteen loppuun, jossa listataan vaihtoehtoisia auttamistahoja. Esitteen sisällön kannalta keskeisimmät osiot raporttiosuudessa ovat kohdat 4 ja 5 eli Synnytyspelko sekä Synnytyspelon hoito ja synnytyspelkoisen odottajan ohjaaminen. Asiasisällön on tarkoitus välittää kannustava ja ymmärtävä viesti esitteen käyttäjälle. Siksi oli vältettävä käsittelemästä liikaa esimerkiksi synnytyspelon negatiivisia vaikutuksia, koska se saattaisi vain lisätä lukijan ahdistusta.

7.1.4 Tuotteen kehittäminen

Kehittelyvaiheessa tuotetta voidaan alkaa hahmottelemaan mallipiirrosten avulla. Kun tuotteen keskeinen tehtävä on informaation välittäminen, voidaan asiasisältöä luonnostelemalla tehdä niin sanottu työpöytämuoto. Informaation välittämisessä käytettävän tuotteen keskeinen sisältö koostuu tosiasioista, jotka kerrotaan täsmällisesti ja ymmärrettävästi. Ongelmia tällaisen tuotteen kohdalla voi aiheuttaa asiasisällön valinta sekä se, että sisällön välittämä tieto muuttuu tai vanhenee. Haastetta aiheuttaa myös se, että tuotteen kehittäjä pystyy asettumaan tiedon vastaanottajan asemaan ja unohtamaan omat henkilökohtaiset ja ammatilliset tiedontarpeensa. Sosiaali- ja terveysalan painotuotteen tavoitteena on vastaanottajan informointi, ja siksi tekstin tyyliksi valitaan asiatyyli. Tekstin hyvä jäsentely ja otsikoiden muotoilu helpottavat viestin ydinajatuksen aukeamista lukijalle. (Jämsä & Manninen 2000, 54–57.)

Aloitimme esitteen raakaversio kokoamisen Word-ohjelmalla huhtikuun 2014 alussa. Näin saimme hahmotettua esitteen pituutta, joka oli noin 12 sivua. Päätimme, että esite kootaan käyttäen kolmea A4-kokoista paperiarkkia, jotka taitetaan keskeltä ja näin saadaan yhteensä 12 sivua mukaan lukien kansilehti ja takasivu. Esitteen koko on siis A5. Raakaversio lähetettiin työelämäohjaajallemme, äitiysneuvolan osastonhoitajalle sekä Mikkelin keskussairaalan syöpä-kätilöille. Raakaversio

laadinnassa ei kovinkaan tarkasti vielä noudatettu aikaisemmin tässä raportissa käsiteltyjä hyvän esitteen kriteerejä. Raakaversion tarkoitus oli lähinnä auttaa meitä hahmottamaan asiasisällön laajuuden tarvetta ja lopulliseen esitteeseen panostimme sekä sisällöllisesti että rakenteellisesti huomattavasti enemmän. Esittelimme raakaversion myös suunnitelmaseminaarissamme huhtikuussa 2014. Juuri tämän tuotteen kohdalla luonnosteluvaihe ja viimeistelyvaihe kulkivat rinnakkain, sillä toteutimme tuotteen esitestausta jo tässä vaiheessa.

Suunnitelmaseminaarissa 17.4.2014 saimme kuulla paljon hyviä huomioon otettavia seikkoja lopullisen esitteen kokoamisen suhteen opettajalta ja opponenteilta. Heti suunnitelmaseminaarin jälkeen tapasimme myös opinnäytetyön tilaajan edustajan, perhetyöntekijän, joka vastaa suuresta osasta opiskelijoiden ohjauksesta Savonlinnan pääterveysaseman neuvolassa. Keskusteluun osallistui puhelimen kaiuttimen välityksellä myös työelämäohjaajamme sekä tietohallinnon projektipäällikkö.

Tapaamisen ja suunnitelmaseminaarin tuloksena esitteen lopullisen version suunnittelu sai hyvän alun. Sekä suunnitelmaseminaarissa että tapaamisessa keskustelua herätti esitteeseen laitettava tieto Savonlinnan synnytyspelkotoiminnasta. Meidän oli otettava huomioon Savonlinnan synnytysten jatkumisen epäselvä tilanne ja sen mahdollinen vaikutus myös sype-toimintaan. Lisäksi organisaatorakenteisiin voi tulevan sosiaali- ja terveystalvelujen uudistuksen myötä tulla muutoksia, minkä vuoksi esitteen asiasisältö tuli olla tilaajan toiveiden mukaan mahdollisimman yleisellä tasolla. Lopullisen esitteen sisältö kertoo siis synnytyspelosta ja sen hoidosta ainoastaan yleisellä tasolla, minkä lisäksi terveydenhoitaja pystyy antamaan kohdennettua ja ajankohtaista ohjausta erilaisissa tilanteissa. Näin vältytään esitteen jatkuvalta päivitystarpeelta. Myös esitteen sisällön muokkaamisen mahdollisuus muutosten ilmaantuessa on tärkeää, jotta esitteen käyttöikä olisi mahdollisimman pitkä. Toimeksiantaja toivoi, että valmiin esitteen tiedostomuodoksi valitaan Word-tiedosto, jota on helppo muokata ja tulostaa aina, kun käyttöä esitteelle ilmenee. Jouduimme luopumaan ajatuksesta käyttää esitteen teossa erityistä taitto-ohjelmaa, koska silloin myös muutoksien tekijällä tulisi olla sama ohjelma käytössään.

Tapaamisessa keskusteltiin myös esitteen julkisuudesta eli siitä, tuleeko esite ainoastaan äitiysneuvolan käyttöön, vain julkaistaanko myös esite kokonaisuudessaan opinnäytetyön raporttiosuuden liitteenä. Osastonhoitajan myöhemmin lähettämässä

sähköpostissa saimme luvan julkaista koko esitteen sekä sähköisesti että kirjallisessa muodossa. Esitteen ulkoasun eli värien ja kuvien suhteen saimme ”vapaat kädet”. Fontin tuli olla selkeä ja yksinkertainen, ja organisaation logo tuli sijoittaa esitteen kanteen. Muita ohjeistuksia visuaalisen linjan suhteen emme saaneet. Yhteystiedotkohtaan tuli laittaa jokaisen Savonlinnan alueen äitiysneuvolan yhteystiedot. Lisäksi raakaversiossa mainitulle ”isä-nimitykselle” tuli pohtia jotain sukupuolineutraalimpaa nimitystä, koska esitteessä oli otettava huomioon myös monimuotoperheet. Sovimme, että käytämme nimitystä ”puoliso”, mutta varsinaiseen isän synnytyspelosta kertovaan osioon emme nähneet tarpeelliseksi muuntaa isä-nimitystä joksikin muuksi, sillä luku perustuu tutkimuksiin, joissa on tutkittu juuri isien synnytyspelkoa. Myös esitteen pituus rajattiin keskustelun myötä korkeintaan 12 sivuun, jonka olimme itsekin raakaversion myötä havainneet sopivaksi pituudeksi.

Esitteen asiasisältöä oli raakaversiossa vielä todella paljon ja siihen toivottiinkin selkeyttämistä. Työelämäohjaajamme kävi raakaversion sisällön läpi, ja sen jälkeen lähetti meille postissa siihen tekemänsä ehdotukset asiasisällön selkeyttämisen suhteen. Hän toivoi asioiden kertomista sujuvasti ja epäolennaisen tiedon pois jättämisestä. Hän kehotti myös välttämään pitkiä luettelomaisia kappaleita sekä miettimään tarkasti sanoman kohdistamista juuri synnytyspelkoisille odottajille eikä esimerkiksi ammattilaiselle. Hän kertoi myös kätilön ohjaamista rentoutumisharjoituksista synnytyksen aikana, joista olisi hyvä olla maininta esitteessä. Kätilön ohjaamia rentoutusharjoituksia ei ole käsitelty opinnäytetyön raporttiosuudessa. Mikkelin sype-kätilöiden ehdotukset liittyivät lähinnä esitteen kirjoitusasuun ja rakenteeseen. Lopullisen esitteen osa-alueiksi valittiin alkusanat, synnytyspelon taustatekijät, pelon kohteet, isän kokema synnytyspelko, synnytyspelon vaikutukset, synnytyspelon hoito ja sen periaatteet sekä auttamistahojen yhteystiedot. Lopullisessa esitteessä lukujen otsikoinnit poikkeavat näistä karkeista osa-alueiden kategorioista.

7.1.5 Tuotteen viimeistely

Tuotteen viimeistely käynnistyy saatujen palautteiden pohjalta. Viimeistelyksi katsotaan esimerkiksi tuotteen yksityiskohtien hiominen. Myös tuotteen jakelun suunnittelu sisältyy viimeistelyvaiheeseen. Jakeluun liittyy tuotteen markkinointi, jolla

edistetään tuotteen kysyntää ja varmistetaan sen käyttöönottoa. Viimeistelyvaiheen tuloksena syntyy käyttövalmis tuote. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.)

Esitteen lopullisen version kokoamisessa rakenne ja luettavuus olivat tärkeitä. Ennen esitteen kuvituksen valmistumista Saija tapasi kuvien suunnittelijan, jolloin käytiin vielä yhdessä läpi toiveitamme kuvituksen suhteen. Halusimme esitteen alkupään kuvista synnytyspelkoa ja äidin ahdistusta viestiviä ja loppupään kuvista positiivisia. Pilvenhattarat, jotka sisältävät synnytyspelosta kärsineiden kokemuksia sitaatteina, on pyritty asettelemaan niin, että ne sopivat aihealueeseensa ja pilven väri muuttuu koko ajan tummasta vaaleampaan. Tämä oli graafisen suunnittelijamme idea.

Työn tässä vaiheessa korostuivat hyvän esitteen kriteerien huomioiminen sekä raakaversiosta saamamme palautteen hyödyntäminen. Esitteen sisältö koottiin sekä tutkimustiedon perusteella, että työelämäohjaajamme ja organisaation edustajan visioiden ja näkemysten perusteella. Otimme myös opponenttien ja opinnäytetyötämme ohjaavan opettajan mielipiteet huomioon. Kun olimme saaneet asiasisällön valmiiksi, lähetimme sen graafiselle suunnittelijalle, joka lisäsi esitteeseen kuvituksen, suunnitteli otsikoinnin tyylin paremmaksi sekä työsti esitteen taiton kuntoon. Olemme erittäin tyytyväisiä hänen aikaansaannokseensa.

Kun saimme valmiiksi lopullisen version esitteestä, lähetimme sen vielä arvioitavaksi työelämäohjaajalle, toimeksiantajalle ja lopullista käyttäjäryhmää edustavalle synnytyspelosta kärsineelle äidille. Lopullinen versio lähetettiin myös Savonlinnan ja Mikkelin keskussairaaloiden sype-kätilöille heidän toiveestaan. Valitettavasti Savonlinnan sype-kätilöt eivät antaneet meille palautetta. Mikkelin sype-kätilöt ilmoittivat, että heidän mielestään esite on hyvä, eivätkä he löytäneet siitä korjattavaa.

Muuten saimme kyllä runsaasti palautetta lopullisen version testauksessa. Osa palautteesta oli hyvin ristiriitaista, koska niin moni eri henkilö antoi omat kommenttinsa. Savonlinnan pääterveysaseman äitiysneuvolassa esitteeseemme oli tutustunut myös yksi neuvolan terveydenhoitaja. Hän ehdotti esimerkiksi sitä, että lisäisimme esitteeseen tietoa perhevalmennuksesta, vaikka työelämäohjaajamme oli juuri sen kohdan pyytänyt karsimaan pois raakaversiovaiheessa. Hän kaipasi myös tarkempia tietoja keisarileikkauksen riskeistä. Esitteessä mainitaan, että tietoa näistä riskeistä saa omalta terveydenhoitajalta, kätilöltä tai synnytyslääkäriltä, joten emme

nähneet tarpeelliseksi alkaa listaamaan riskejä esitteeseen. Esitteen ei ole tarkoituksaan toimia synnytyspelon hoitona, vaan ainoastaan yhtenä pienenä tietoa antavana osatekijänä terveydenhoitajan ja muiden ammattihenkilöiden antaman hoidon ja tiedon tukena. Myös hyvän esitteen kriteerit varoittavat yrittämästä kertoa liikaa yhdellä esitteellä.

Saimme edellä mainitulta terveydenhoitajalta myös todella hyviä lisäysehdotuksia, kuten synnytyspelon taustalla vaikuttavan sosiaalisen paineen. Joskus odottavan äidin lähipiiri saattaa olettaa äidin synnyttävän tietyllä tavalla, koska kaikki muutkin ovat niin tehneet. Äiti voi myös tuntea huonommuutta jos lähipiirin naiset ovat synnyttäneet aina alakautta tai esimerkiksi ilman kivunlievitystä. Hän mainitsi myös Internetin keskustelupalstojen sisältämät ”kauhukertomukset” ja väärän informaation synnytyspelkojen taustavaikuttajina. Lisäksi hänen ehdotuksestaan lisäsimme synnytyksen käynnistämistä kertovaan kappaleeseen, että käynnistämiseen liittyy myös muita kriteerejä synnytyspelon lisäksi.

Työelämäohjaajamme kehotuksesta jatkoimme hieman isän synnytyspelosta kertovaa kappaletta. Hän halusi loppuun lauseen ” Mahdolliset puolison pelkotunteet tulisi ottaa rohkeasti puheeksi neuvolakäynneillä.” Tämä tehtiin siksi, ettei isän pelosta kertova osuus loppuisi ”tylysti ilman positiivista loppukommenttia”, niin kuin se aiemmin loppui. Työelämäohjaajan kehotuksesta paransimme myös Ituprojektin paikallisia yhteystietoja kattavimmiksi.

Osastonhoitaja antoi myös omat kommenttinsa esitteestä. Hän kertoi, että Savonrannan äitiysneuvolatoiminta on siirretty kokonaan Kerimäelle, joten poistimme Savonrannan äitiysneuvolan yhteystiedot. Hän myös pyysi meitä lisäämään kahden terveydenhoitajan nimet ja puhelinnumerot Savonlinnan pääterveysaseman tietojen yhteyteen. Osastonhoitajan toiveesta myös esitteen ensimmäinen lause vaihdettiin muotoon ”Sinuakin saattaa jännittää tuleva synnytys”, kun se aiemmin oli muodossa ”Sinuakin varmasti jännittää tuleva synnytys”.

Kaikkein tärkein palaute saatiin kuitenkin lopullista käyttäjäryhmää edustavalta henkilöltä. Kyseessä on kahden lapsen äiti, joka alkoi kärsiä synnytyspelosta ensimmäisen negatiivisen synnytyskokemuksen jälkeen. Vaikka hän sai käydä läpi synnytystään lääkärin ja psykologin kanssa, hänestä tuntui, että pelkoa ei kuitenkaan

osattu hoitaa aivan oikein. Hän koki tullessa jotenkin väärinymmärretyksi auttajiensa osalta ja pelko varjosti taas seuraavaa raskautta. Onneksi toinen synnytyskokemus oli positiivinen ja nyt synnytyspelko on helpottunut.

Hänen mielestään olemme esitteessä ”saaneet tiivistettyä ilmiömäisen määrän tekstiä kompaktiin pakettiin erittäin monipuolisesti”. Hän uskoo, että ”esite tulee tarpeeseen ja varmasti osaltaan madaltaa synnytyspelon puheeksi ottamista asiakkaan näkökulmasta ja toisaalta se antaa terveydenhoitajalle ’kättä pidempää’ ohjaustilanteeseen”. Hän on sitä mieltä, että erityisesti ensimmäistä lastaan odottavat synnytyspelosta kärsivät saisivat varmasti apua esitteestä. Myös isän huomioiminen synnytyspelon kokijana oli hänen mielestään hyvä asia. Lopuksi hän halusi sanoa meille: ”olkaa ylpeitä tekemästänne työstä, sillä tämä opinnäytetyö on tehty oikeaan tarpeeseen, eikä vain siksi, että opinnäytetyö on se ’pakollinen’ osio opintoja”.

Yhteystiedoissa mainitulle doulalle lähetimme myös sähköpostilla valmiin esitteen. Hän hyväksyi yhteystietonsa ja lupasi ilmoittaa Savonlinnan äitiysneuvolan osastonhoitajalle, jos hänen yhteystietonsa muuttuvat joskus.

Valmiin esitteen testausvaiheessa kävi ilmi, että sivunasettelut saattavat kärsiä jos Word-muotoinen esite avataan vanhemmassa Word-ohjelmassa. Lisäksi esitteen otsikoissa on käytetty erikoisfontteja, jotka tulee ladata aina sille tietokoneelle, jossa esite avataan ensimmäistä kertaa. Ilman tätä esitteen sivunasettelut muuttuvat. Tapasimme toimeksiantajan edustajan vielä maanantaina 12.5., jolloin keskusteltiin esitteen asetteluista ja niiden toimivuudesta terveyskeskuksen tietokoneilla. Havaitsimme, että Word-muodossa olevan version kanssa oli ongelmia, joten toimeksiantajan kehotuksesta lähetimme esitteen sekä PDF- että Word-muodoissa tietohallinnon projektipäällikölle. Hän huolehtii, että esitteen asettelut saadaan kohdalleen ja toimittaa asianmukaisesti toimivan Word-muotoisen esitteen osastonhoitajalle. Lähetimme hänelle lisäksi Word-muotoisessa esitteessä tarvittavat erikoisfonttien asennustiedostot ja pyysimme, että hän huolehtii niiden asennuksesta.

Tapaamisessa myös ehdotimme toimeksiantajan edustajalle, että Word-muotoinen esite olisi neuvolassa ainoastaan yhden henkilön, luultavasti osastonhoitajan tietokoneella. Aina muutoksien ilmaantuessa hän tekisi tarvittavat korjaukset ja sen jälkeen lähettäisi PDF-muodossa olevan, muokatun esitteen jokaiseen toimipisteeseen

ja jokaiselle esitettä käyttävälle terveydenhoitajalle. PDF-tiedostomuodon ansiosta esitteen sivunasettelut säilyvät oikein. Jotta esite tulostuu oikein, on tulostusasettelusta valittava ”kirjanen”.

Olimme aikaisemmin sopineet, että esitteen voi julkaista kokonaisuudessaan opinnäytetyön liitteenä. Viimeisessä tapaamisessa toimeksiantaja esitti kuitenkin toiveen siitä, että esitteestä julkaistaisiin vain muutama esimerkkisivu. Tätä toivetta perusteltiin sillä, että esite halutaan hyväksyttäväksi vielä kaikilla neuvolan terveydenhoitajilla ennen sen käyttöönottoa. Tarkempi paneutuminen esitteeseen voidaan aloittaa työyhteisössä vasta ensi syksynä ja muutoksia tehdään saatujen palautteiden perusteella. On ymmärrettävää, että tilaaja ei halua julkaistavan omalla nimellään sellaista materiaalia, mitä ei ole vielä hyväksytty organisaation viralliseksi esitteeksi. Heillä on halutessaan oikeus muuttaa esitteen asiasisältöä. Päätimme kuitenkin julkaista esitteen kokonaisuudessaan opinnäytetyömme liitteenä, mutta olemme poistaneet siitä toimeksiantajan logon ja yhteystiedot.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tuotekehitysprosessia hyödyntäen esite synnytyspelosta kärsiville odottajille Itä-Savon sairaanhoitopiirin äitiysneuvoloiden käyttöön. Neuvoloiden on tarkoitus jakaa esitettä synnytystä pelkääville äideille terveydenhoitajan antaman tiedon ja ohjauksen tueksi. Tavoitteenamme oli löytää luotettavaa ja ajankohtaista tietoa synnytyspelosta ja sen hoitomuodoista. Kirjallisessa raporttiosuudessa käsitelimme synnytyspelon ja sen hoidon ja ohjausmenetelmien lisäksi myös normaalia synnytystä ja siihen liittyviä kivunlievitysmenetelmiä sekä keisarileikkausta. Lisäksi kävimme läpi tuotekehitysprosessin vaiheet sekä hyvän esitteen kriteerit. Tutustuimme moniin eri tutkimuksiin ja teoretietoon aiheeseen liittyen ja kokosimme esitteeseen mielestämme tärkeimmät asiat. Nämä asiat ovat sellaisia, jotka toistuvat useissa eri tutkimuksissa ja muissa lähteissä.

Halusimme esitteestä mahdollisimman kannustavan ja rohkaisevan, joten varoimme laittamasta esitteeseen mitään syyllistävästä tekstistä tai pelkoa lisäävää tietoa. Pyrimme sanavalinnoillamme antamaan vaikutelman myös siitä, että esite on tarkoitettu juuri sen lukijalle. Otimme huomioon esitteen kokoamisessa myös sen, että jokaisen tilanne ja pelkoon johtaneet syyt ovat erilaisia, joten siksi pyrimme kirjoittamaan esitteen

sanoman niin, että se ei ole mitään lukijan puolesta. Toivomme, että esite antaa synnytyspelosta kärsiville odottajille ajattelun aihetta ja erilaisia näkökulmia pelon tunnistamiseen ja kohtaamiseen.

Aihe oli mielestämme kiinnostava, sillä toinen meistä haaveilee kättilön ammatista. Lisäksi molempia motivoi se, että toive esitteelle tuli käytännön työelämästä. Oli mielekästä tehdä työtä, josta muokkautui lopulta konkreettinen tuote, joka tulee palvelemaan omalla tavallaan synnytyspelkoisten naisten hoidossa. Aihe on lisäksi tärkeä ja ajankohtainen, sillä synnytyksiä ja sitä kautta myös synnytyspelkoa esiintyy jatkuvasti. Aiheesta on uutisoitu lähiaikoina ja tietoisuus synnytyspelosta on lisääntynyt, samoin hoitoon hakeutuminen. Synnytyspelkoa on myös tutkittu melko vähän, emmekä löytäneet yhtään pelkkään synnytyspelkoon keskittynyttä esitettä tai tietopakettia.

8.1 Esitteen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön raporttiosuudessa käyttämämme lähteet ovat pääosin 2000-luvulta. Tiedonhaussa on käytetty useampia eri tietokantoja, jotka sisältävät tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia. Joukossa on sekä kotimaisia että ulkomaisia tutkimuksia. Lähteitä olemme käyttäneet laajasti, koska halusimme, että esitteen asiasisältö koostuu mahdollisimman monipuolisesta lähdeaineistosta. Useissa tutkimuksissa ja artikkeleissa on kuitenkin ollut tekijöinä samoja henkilöitä, erityisesti Saisto, Rouhe ja Halmesmäki. Suomalainen tutkimustieto perustuukin lähinnä muutaman alan asiantuntijan saamiin tuloksiin. Lisäksi muut asiasta kirjoittaneet ovat käyttäneet lähteinään heidän saamiaan tutkimustuloksia ja kirjoittamiaan artikkeleita. Nämä asiat mielestämme hieman kaventavat näkökulmaa.

Luotettavuutta lisää mielestämme se, että laatimamme esitteen raakaversio tarkistutettiin ammattilaisilla ennen lopullisen esitteen laatimista. Esitestaukseen osallistuivat työelämäohjaajamme, Mikkelin keskussairaalan sype-kättilöt sekä toimeksiantajamme edustaja. Esitteen lopullisesta versiosta pyydettiin mielipide vielä ennen valmiin työn esittämistä. Mielipiteensä antoivat toimeksiantaja, työelämäohjaaja, Mikkelin sype-kättilöt sekä haastattelemamme synnytyspelosta kärsinyt äiti.

Kuvien osalta käytimme suunnittelijaa, joten esitteen kuvitus on tekijänoikeuslain mukainen. Sairaanhoidopiirille ei siis tule maksuja kuvien käytöstä. Toimeksiantajamme pystyy myös tarvittaessa muokkaamaan esitteen tietoja niin, että ne ovat ajan tasalla. Esite tulee toimeksiantajallemme Word-tiedoston muodossa, joten muokkaus onnistuu helposti. Tämä lisää esitteen käyttöikä ja luotettavuutta. Kuvituksen laatijan kanssa tehtiin kirjallinen toimeksianto, ja hän tekee kuvituksen osana omia opintojaan saaden työstään opintopisteitä.

8.2 Johtopäätökset

Koska tutkimuksia ovat tehneet varsinkin Suomessa vain muutama tutkija, ei tuloksissa ole havaittavissa juurikaan ristiriitoja. Useat tutkimukset käsittelevät naisen kokemusta omasta synnytyspelon hoidosta ja tutkimusten tuloksissa toistuvat samankaltaiset pääpiirteet. Suomalaisia isien synnytyspelkoa käsitteleviä tutkimuksia emme löytäneet, ja ruotsalainen tutkimuskin oli juuri valmistunut. Tästä aiheesta olisi kiinnostavaa tietää esimerkiksi se, kuinka hyvin ruotsalaistutkimuksen tulokset ovat verrattavissa suomalaisiin isiin. Mielestämme erityisesti isien kokemasta synnytyspelosta tarvittaisiin myös suomalaista tutkimustietoa.

Synnytyspelon hoidossa pääkaupunkiseudulla käytössä oleva Nyytti-ryhmä on hoitomuotona tehokas juuri vertaistuen ansiosta. Olemme kuitenkin sitä mieltä, että ryhmä tulisi olla avoin kaikille synnytyspelkoisille eikä ainoastaan ensisynnyttäjille. Ryhmät olisi kuitenkin hyvä järjestää erikseen ensi- ja uudelleensynnyttäjille ja ryhmissä voitaisiin näin ollen käydä läpi erityyppisiä asioita. Lisäksi puolisoiden osallistuminen useampaan kuin yhteen ryhmäkokoonumiseen olisi mielestämme tärkeää, sillä puolison antama tuki on merkittävä osa synnytyspelon hoitoa.

Tarkoituksemme oli ennen esitteen lopullisen version kokoamista etsiä asiasisällön tueksi suoria lainauksia keskustelupalstoilta. Lukemiemme keskustelujen sävy oli kuitenkin niin tuomitsevaa ja syyllistävää, ettemme löytäneet kuin yhden sopivan kommentin esitteeseen. Tämä osaltaan kertoo mielestämme ihmisten tietämättömyydestä sekä jäykistä asenteista synnytyspelkoa kohtaan.

Omaan opinnäytetyöhömmme liittyvät jatkotutkimusideat voisivat käsitellä tuotteemme käyttöä ja siitä saatuja hyötyjä. Tällaisia tutkimuksia voisi tehdä sekä terveysalan

ammattilaisten että tuotteen varsinaisten käyttäjien näkökulmasta. Synnytystoiminnan jatkuminen Savonlinnassa on tällä hetkellä epävarmaa, ja synnytysten siirtämisestä Mikkeliin on keskusteltu. Jos tulevaisuudessa käy niin, että Savonlinnan synnytystoiminta loppuu ja toiminta siirtyy kokonaan Mikkelin keskussairaalaan, voisi tutkimuksen kohteena olla tämän muutoksen aiheuttamat seuraukset synnytyspelon hoidolle Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella.

8.3 Oma oppiminen

Kaikki läpikäymämme teoriatieto lisäsi osaamistamme ja antoi meille eväitä esitteen kokoamiseen. Mielestämme meidän tämän opinnäytetyön tekijöinä on tärkeää ymmärtää normaalin synnytyksen kulku sekä keisarileikkauksen syyt ja riskit, jotta osaisimme tarvittaessa itsekkin antaa synnytyspelkoiselle asianmukaista ohjausta ja tietoa. Tärkeitä ideoita ja vinkkejä sekä teoriaosuuden että esitteen kokoamiseen saimme työelämäohjaajaltamme. Meille aikaisemmin tuntematon asia, isien synnytyspelko, tuli myös vastaan työelämäohjaajamme kautta. Olemme saaneet positiivista palautetta siitä, että otimme myös isät huomioon esitteen tekemisessä.

Olemme oppineet paljon myös synnytyspelosta, sen tunnistamisesta, vaikutuksista sekä hoidosta. Aikaisemmin emme edes ymmärtäneet, kuinka paljon synnytyspelko voi vaikuttaa naisen raskausaikaan ja synnytykseen. Oma asenteemme on selkeästi muuttunut opinnäytetyön tekemisen myötä ymmärtäväisempään suuntaan. Lisäksi koimme saavamme lisäarvoa työllemme synnytyspelosta kärsivän äidin haastattelun myötä, koska juuri se konkretisoi synnytyspelon olemassaolon ja sen oikeanlaisen hoitamisen tärkeyden.

Opinnäytetyön tekeminen opetti meille myös kärsivällisyyttä, asioiden organisoimista ja suunnittelua sekä yhteistyön tekemistä työelämän ja toimeksiantajan kanssa. Opimme työtä tehdessämme aikataulutuksen tärkeyden sekä sen, että kommunikointi muiden tahojen kanssa vaatii joskus aikaa. Osaamme opinnäytetyön myötä hyödyntää myös tuotekehitysprosessia ja samantyyppinen tuotekehitys olisi varmasti huomattavasti helpompi toteuttaa tämän työn ansiosta.

LÄHTEET

Aaltonen, Susanna & Västi, Riikka 2009. Asiakkaiden ja kätilöiden kokemuksia synnytyspelon hoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkimus.

Ahonen, Jouni, Sainio, Susanna & Pakarinen, Päivi 2008. Synnytykseen liittyvä massiivinen verenvuoto. Duodecim. WWW-dokumentti. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96964.pdf>. Päivitetty 2008. Luettu 24.11.2013.

Bjålie, Jan, Haug, Egil, Sand Olav, Sjaastad, Øystein & Toverud, Kari 2010. Ihminen – fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Crabtree, Sue 2004. Midwives constructing `normal birth`. WWW-dokumentti. <http://books.google.fi/books?id=zgjhoc8LjCgC&pg=PA97&lpg=PA97&dq=Midwives+constructing+%60normal+birth&source=bl&ots=K4ywiRaXIZ&sig=94tGdHhRWoXJDDdVxOaWb7DG6z8&hl=fi&sa=X&ei=L0xjU6GnHleK5ATvjIHwAg&ved=0CEYQ6AEwAw#v=onepage&q=Midwives%20constructing%20%60normal%20birth&f=false>. Päivitetty 2004. Luettu 25.4.2014.

Haapio, Sari, Arffman, Martti, Kaunonen, Marja & Åstedt-Kurki, Päivi 2013. Ensisynnyttäjien synnytyspelot raskauden alkuvaiheessa. Hoitotiede 25, 160–170.

Helman, Cecil 2007. Culture, health and illness. London: Hodder Education.

Hildingsson, Ingegerd, Haines, Helen, Johansson, Margareta, Rubertsson, Christine & Fenwick, Jennifer 2014. Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health. Midwifery 30, 248–254.

Hovatta, Iris 2011. Ahdistuneisuuden biologiaa. Suomen lääkärilehti 36, 2585–2590.

Husu, Petra 2014. Synnytyspelon vuoksi tehtävät keisarileikkaukset yleistyneet. Yle uutiset. Kotimaa. WWW-dokumentti. http://yle.fi/uutiset/synnytyspelon_vuoksi_tehtavat_keisarileikkaukset_yleistyneet/7181623. Päivitetty 10.4.2014. Luettu 11.4.2014.

Huttunen, Eija 2004. Mikä auttaa pelkäävää synnyttäjää? Terveystieteitä 3, 22–23.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on hyvä potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 121, 1769–1773.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2014. Itä-Savon sairaanhoitopiiri. Organisaation WWW-sivut. <http://www.isshp.fi/index.asp>. Päivitetty 2014. Luettu 11.4.2014.

Ihme, Anu & Rainto, Satu 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Janhunen, Kristiina & Oulasmaa, Minna (toim.) 2008. Äidin kielletyt tunteet. Väestöliitto. Vantaa: Nykypaino Oy.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kauliomäki, Kirsi & Hupli, Maija 2009. Synnytyspelon tunnistaminen ja asiakkaan tukeminen äitiysneuvolassa. *Terveydenhoitaja* 3, 38–39.

Kehitysvammahuollon tietopankki 2002. Sikiön ja vastasyntyneen hapenpuute. Hypoksia, asfyksia, RDS-tauti.. WWW-dokumentti
<http://archive.is/xeaH#selection-95.1-107.88> Päivitetty 26.5.2012. Luettu 9.4.2014

Klemetti, Reija & Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juvenes Print- Suomen yliopistopaino Oy.

Liukkonen, Anja, Heiskanen, Päivi, Lahti, Anneli & Saarikoski, Seppo 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Nienstedt, Walter, Hänninen Osmo, Arstila, Antti & Björkqvist, Stig-Eyrik 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Raivio, Kari 2011. Mikä syntymässä on niin ihmeellistä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Verkkolehti.
<http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi>. Päivitetty 2011. Luettu 23.11.2013.

Rautaparta, Malla 2003. Kantamisen kausi – aika raskaudesta sylihoitoon. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Rouhe, Hanna & Saisto, Terhi 2013. Synnytyspelko. *Duodecim* 129, 521–527.

Rouhe, Hanna & Saisto, Terhi 2012. Synnytyspelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. *Lääkärilehti* 42, 3007–3012.

Rouhe, Hanna, Saisto, Terhi, Toivanen, Riikka & Tokola, Maiju 2013. Kun synnytys pelottaa. Juva: Minerva Kustannus Oy.

Rönkä, Anna & Kinnunen, Ulla (toim.) 2002. Perhe ja vanhemmuus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Saisto, Terhi 2003. Synnytyspelko- mitä se on? *Suomen lääkäri-lehti* 41, 4125–4127.

Saisto, Terhi & Halmesmäki, Erja 2003a. Keisarileikkauksen riskit. *Duodecim* 119, 593–598.

Saisto, Terhi & Halmesmäki, Erja 2003b. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82, 201 - 208.

Saisto, Terhi, Rouhe, Hanna & Gissler, Mika 2013. Synnytyspelon hoitokäytännöissä on vielä eroja. *Suomen Lääkäri-lehti* 36, 2190 - 2191.

Saisto, Terhi 2001. Obstetric, psychosocial, and pain-related background, and treatment of fear of childbirth. Helsingin yliopisto. Synnytysten ja gynekologian laitos. Akateeminen väitöskirja.

Saisto, Terhi 2000. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. Duodecim 14, 1483–1488. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91649.pdf>. Päivitetty 2013. Luettu 9.4.2014.

Saisto, Terhi, Salmela-Aro, Katariina, Nurmi, Jari-Erik, Könönen, Teija & Halmesmäki, Erja 2002. Synnytyspelkoa kannattaa hoitaa. Duodecim 6, 642–643. PDF-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92859.pdf>. Päivitetty 2013. Luettu 9.4.2014.

Terveyskirjasto 2013a. Keisarileikkaus. WWW-dokumentti http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00873 Päivitetty 14.10.2013. Luettu 18.3.2014.

Terveyskirjasto 2013b. Synnytyskivun hoito. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883 Päivitetty 14.10.2013. Luettu 4.4.2014.

Terveyskirjasto 2012. Synnytyskipu - anestesia­lääkärin opas potilaalle. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904. Päivitetty 12.9.2012. Luettu 23.3.2014.

Terveyskirjasto 2009. Stimulaatiomenetelmät. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00067 Päivitetty 22.1.2009. Luettu 3.4.2014.

Terveysnetti 2005a. Synnytyspelko. Rentoutuminen ja hengitys. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/rentoutuminen.htm>. Päivitetty 2005. Luettu 23.3.2014.

Terveysnetti 2005b. Synnytyspelko. Asennot ja liikkuminen. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/asennot.htm>. Päivitetty 2005. Luettu 23.3.2014.

Terveysnetti 2005c. Synnytyspelko. Akvarakkulat. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/akvarakkulat.htm>. Päivitetty 2005. Luettu 23.3.2014.

Terveysnetti 2005d. Synnytyspelko. Vesi. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/vesi.htm>. Päivitetty 2005. Luettu 23.3.2014.

Terveysnetti 2005e. Synnytyspelko. Lääkkeet avuksi? WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/laakkeita.htm>. Päivitetty 2005. Luettu 23.3.2014.

Terveysnetti 2005f. Synnytyspelko. Ilokaasu. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/ilokaasu.htm>. Päivitetty 2005. Luettu 4.4.2014.

Terveysnetti 2005g. Synnytyspelko. Lihaksensisäiset kipulääkkeet. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/lihas.htm> Päivitetty 2005. Luettu 4.4.2014.

Terveysnetti 2005h. Synnytyspelko. Epiduraalipuudutus. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/epiduraali.htm> Päivitetty 2005. Luettu 6.4.2014.

Terveysnetti 2005i. Synnytyspelko. Paraservikaalipuudutus. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/paraservikaali.htm> Päivitetty 2005. Luettu 7.4.2014.

Terveysnetti 2005j. Synnytyspelko. Pudendaalipuudutus. WWW-dokumentti. <http://terveysnetti.turkuamk.fi/perhenetti/synnytyssivut/pudendaali.htm> Päivitetty 2005. Luettu 7.4.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain. Suomen virallinen tilasto. WWW-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103098/Tr27_12.pdf?sequence=1. Päivitetty 12.12.2012. Luettu 8.4.2014.

Tiitinen, Aila 2013. Normaali synnytys. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160. Päivitetty 14.10.2013. Luettu 23.11.2013.

Toivanen, Riikka, Saisto, Terhi, Salmela-Aro, Katariina & Halmesmäki, Erja 2002. Synnytyspelon hoito terapeuttisen ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla. Suomen lääkärilehti 45, 4567 - 4572.

Toivanen, Riikka & Saisto, Terhi 2003. Rentoutumisen käyttö synnytyspelon hoidossa. Kätilölehti 3, 108–110.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväiksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Uotila, Jukka 2013. Äitiysneuvola ja erikoissairaanhoido: konsultaatiot, lähetteet, hoitolinjat . Lääkärin käsikirja. Terveysportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=synnytystavan%20arviointi. Päivitetty 31.8.2013. Luettu 9.4.2014.

Vänskä, Kirsi, Laitinen-Väänänen, Sirpa, Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita.

Ylikorkala, Olavi & Tapanainen, Juha 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Hämeenlinna: Karisto.

Haastattelu synnytyspelosta kokemuksia omaavalle äidille

1. Mitkä tekijät ovat omalla kohdallasi vaikuttaneet synnytyspelon syntymiseen?

2. Miten pelko ilmeni?

3. Tunnistitko pelon itse vai tuliko se esille esimerkiksi neuvolassa käydyissä keskusteluissa?

4. Miten puolisesi on suhtautunut pelkoosi? Oletko pystynyt keskustelemaan pelostasi hänen kanssaan?

5. Minkälaista tukea sait synnytyspelkopoliklinikalla? Mitkä asiat erityisesti koit tärkeänä?

6. Koitko saavasi poliklinikalta tarvittavan avun? Jäitkö kaipaamaan jotain muuta apua? Millaista?

7. Miten toisen lapsen synnytys eteni? Olitko tyytyväinen synnytyksen kulkuun?

8. Mitä haluaisit sanoa muille synnytyspelosta kärsiville?

Kiitos vastauksistasi! ☺

Tutkimuksia synnytyspelosta

Tutkimuksen tiedot	Kohdejoukko	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>1. Aaltonen, Susanna, Västi, Riikka 2009. Asiakkaiden ja kätilöiden kokemuksia synnytyspelon hoidosta. Pro gradu – tutkimus. Hoito-tiede. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin kuuden synnytyspelopoliklinikan asiakkaan pelkoja sekä heidän odotuksiaan ja kokemuksiaan synnytyspelon hoidosta. Tutkimuksessa oli mukana sekä raskaana olevia että jo synnyttäneitä naisia. Valintakriteerinä oli, että haastateltava oli tämän raskauden aikana tulossa ensimmäistä kertaa synnytyspelopoliklinikalle. Haastateltavista viisi oli uudelleensynnyttäjä ja yksi ensisynnyttäjä. Tutkimukseen haastateltiin myös kuutta synnytyspelopoliklinikan kätilöä. Kätilöntyöstä heillä oli kokemusta 20–28 vuotta ja toimimisesta synnytyspelokokätilönä 3 - 8 vuotta. Kriteerinä oli jatkuva työskentely synnytyspelopoliklinikalla.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen, jolla pyrittiin selvittämään asiakkaiden ja kätilöiden omakohtaisia kokemuksia ja kuvauksia. Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Haastatteluun osallistuvilta kysyttiin samat kysymykset samassa järjestyksessä. Osallistujia haastateltiin kaksi kertaa; ennen synnytyspelopoliklinikalla käyntiä sekä kaksi - kolme päivää synnytysjälkeen lapsivuodeosastolla. Kätilöitä haastateltiin työaikana heidän työpaikallaan.</p>	<p>Tutkimuksessa saatiin paljon tietoa asiakkaiden pelon kohteista, odotuksista synnytyspelopoliklinikkaa kohtaan sekä heidän avunsaannin kokemuksistaan. Yksi yleisimmistä syistä synnytyspelkoon oli synnytyskivun pelko, joka vaikutti naiseen jo raskausaikana. Juuri alatiesynnytys koetaan pelottavana, joka näkyy sektiotoineena. Pelkojen kohteena olivat myös muun muassa toimenpiteet (imukuppi, episiotomia), synnytyskulkuun liittyvät asiat ja mahdolliset poikkeavuudet ja komplikaatiot, oma käytös ja hallinnan tunteen menettäminen synnytysajan aikana sekä avuttomuuden ja taitamattomuuden tunne. Aikaisempi huono synnytyskokemus (tai raskauskokemus) oli suurin yksittäinen syy synnytyspelkoon. Synnytyspelopoliklinikan käynneistä koettiin olevan paljon apua. Tärkeää oli henkilökunnan suhtautuminen vakavasti pelkoihin. Asiakkaat toivoivat erityisesti paljon tietoa. Uudelleensynnyttäjille oli tärkeää purkaa aiempaa synnytyskokemustaan ja ensisynnyttäjiä rauhoitti juuri oikeanlainen tieto</p>

Tutkimuksia synnytyspelosta

			<p>sekä synnytyksestä puhuminen ja sen ennakkoon suunnittelu.</p> <p>Kätilövastaajien mukaan vuorovaikutussuhde on helppo muodostaa. Kätilöt korostavat voivansa hoitaa vain synnytyspelkoa, eikä heillä ole resursseja keskittyä suurempiin psyykkisiin ongelmiin. Työ koetaan haastavaksi, mutta palkitsevaksi. Moniammatillinen yhteistyö koettiin hyvin toimivaksi, erityisesti vastuulääkäreiden ja psykiatrian suuntaan. Kätilöt kuvaavat, että synnytyspelkopoliklinikka - työ on intensiivistä ja vaativaa, mutta mukavaa vastapainoa osastotyölle. Kätilöt haluavat kehittyä työssään ja olisivat halukkaita vastaanottamaan enemmän koulutusta työtänsä koskien.</p>
<p>2. Toivanen, Riikka, Saisto, Terhi, Salmela-Aro, Katariina & Halmesmäki, Erja 2002. Synnytyspelon hoito terapeuttisen ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 45, 4567–4572</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 76 synnytyspelosta kärsivää ensisynnyttäjää vuosina 1998–2001. Heistä 93,8 % oli vakituisessa parisuhteessa.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin Nyytti-ryhmän toimivuutta. Nyytti-ryhmässä toteutetaan ryhmäterapiaa ja rentoutusta ensisynnyttäjille. Ryhmät ovat suljettuja ja ne on tarkoitettu ainoastaan ensisynnyttäjille. Nyytti-ryhmän toimivuudesta saatiin tietoa palautelomakkeiden vastauksista, jotka jaettiin</p>	<p>Palautelomakkeiden tuloksista selviää, että ryhmään osallistuneet kokivat hyötynensä ryhmästä asteikolla 1-10 keskiarvolla 8,6. Äidit kokivat saaneensa eniten apua keskustelemalla muiden äitien kanssa. Toiseksi tärkeintä heidän mielestään oli tiedonsaanti. He kokivat tärkeäksi myös sen, että askarruttavat asiat pystyi ottamaan puheeksi saman tien ryhmässä. Äidit arvioivat oppineensa rentoutumista asteikolla 1-10 keskiarvolla 7,0. 26 %</p>

Tutkimuksia synnytyspelosta

		<p>viimeisellä tapaamiskerralla. Tutkittavien piti arvioida asteikolla, kuinka paljon heille oli ollut hyötyä ryhmästä ja miten he olivat oppineet rentoutumista. Näitä arvioitiin asteikolla 1-10. Tutkittavien piti myös kirjata tärkeänä pitämiään asioita sekä kuvata muuttunutta suhtautumistaan tulevaan synnytykseen avointen kysymysten avulla. Nyytti Lomakkeet palautettiin nimettöminä. Tutkijat seurasivat myös ryhmähoidon jälkeisiä toteutuneita synnytyksiä.</p>	<p>äideistä toivoi, että työskentelyaikaa olisi ollut enemmän. Enemmän tietoa toivottiin myös synnytyksen jälkeisestä ajasta. Myös isille toivottiin samantyyppistä ryhmäterapiaa. Isillä oli mahdollisuus osallistua vain yhden kerran ryhmätapaamiseen.</p>
<p>3. Haapio, Sari, Kaunonen, Maria, Arffman, Martti & Åstedt-Kurki, Päivi 2013. Ensisynnyttäjien synnytyspelot raskauden alkuvaiheessa. Hoitotiede 25, 160–170.</p>	<p>Tutkimuksen perusjoukoksi määriteltiin kaikki ensisynnyttäjät, jotka vuoden aikana tulivat äitiyspoliklinikalle ensimmäiseen ultraääneseen. Heidän tuli myös täyttää sisäänottokriteerit, joita olivat suomenkielisyys, 18–40 vuoden ikä, normaalilöydös ultraäänitutkimuksessa sekä halukkuus</p>	<p>Tutkimukseen valituille annettiin kyselylomake ultraäänitutkimuksen jälkeen. Taustatietoina selvitettiin vastaajan ikä, koulutus, siviilisäätö, tämän raskauden kulku ja raskausviikot, aikaisemmat raskaudet, neuvola sekä valittu</p>	<p>Osallistujien keski-ikä oli 29 vuotta. 90 %:lla raskaus oli suunniteltu. Vastaajista 87 % kärsi kohtalaisesta tai vaikeasta synnytyspelosta. Mielialansa kielteisesti koki melkein puolet vastaajista. Kaksi kolmasosaa kertoi kuululleensa kielteisiä kertomuksia raskausajasta, synnytyksestä tai vanhemmuudesta. Yksi kolmannes oli joko oman terveydenhuoltoalan ammattinsa tai</p>

Tutkimuksia synnytyspelosta

	tutkimukseen osallistumisesta.	synnytystapa. Kysymykset liittyivät synnytyspelkoon ja niiden vastaamiseen käytettiin joko Likertin asteikkoa (täysin samaa mieltä- täysin eri mieltä) tai dikotomista asteikkoa (Kyllä/Ei).	ammattilaisen kertoman seurauksena kuullut pelottavaa tietoa. Vastaajista kaksi kolmesta kärsi stressioireilusta. Voimakkaasti pelkäävät toivoivat keisarileikkausta muita useammin.
4. Kauliomäki, Kirsi & Hupli, Maija 2009. Synnytyspelon tunnistaminen ja asiakkaan tukeminen äitiysneuvolassa. Terveystiedot 3, 38–39.	Tutkimukseen osallistui yhteensä 14 terveydenhoitajaa ja kättilöä. He työskentelivät yhdeksässä eri äitiysneuvolassa.	Tutkimuksen aineisto kerättiin keväällä ja syksyllä 2008 haastattelemalla terveydenhoitajia ja kättilöitä.	Synnytyspelon tunnistamisen lähtökohtina ovat keskustelu, asiasta kysyminen ja äidin voinnin sekä käytöksen tarkkaileminen. Synnytyspelkopotilaan hoidon kulmakiviksi tutkimukseen osallistuvat nimesivät kuuntelemisen, keskustelun sekä tiedon välittämisen. Haastateltavat kokivat, että heidän roolinsa potilaan hoidon kannalta oli tärkeä. Osa haastateltavista koki äitiysneuvolan roolin synnytyspelon hoidossa merkityksellisemmäksi kuin äitiyspoliklinikan, mutta äitiyspoliklinikan tuki nähtiin kuitenkin tärkeänä ja yhteistyön toimivuuteen oltiin tyytyväisiä.
5. Hildingson, Ingegerd, Haines, Helen, Johansson, Margareta, Rubertsson, Christine & Fenwick, Jennifer 2014.	Osallistujat olivat raskaana olevien puolisoita. Osallistujien raskaana olevalle puolisoille tehtiin rutiini ultraäänitutkimus vuonna 2007.	Jos tuleva isä oli kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen, annettiin hänelle esikyselylomake heti ultraäänitutkimuksen jälkeen, jonka	Tuloksista kävi ilmi, että synnytyspelosta kärsivät isät olivat ilmoittaneet fyysisen ja psyykkisen terveydentilansa huonommaksi, kuin synnytykseen pelotta suhtautuvat. Heillä oli myös negatiivisia ajatuksia

Tutkimuksia synnytyselosta

<p>Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health. Midwifery 30, 248-254.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuvia hoidettiin kolmessa Pohjoisruotsalaisessa sairaalassa. Tutkimukseen osallistuvilta vaadittiin ruotsin kielen osaaminen ja puolison normaali tulos ultraäänitutkimuksessa.</p>	<p>hän täytti kotona ja palautti postitse. Lisäkyselylomakkeet lähetettiin osallistujille kotiin kahden kuukauden ja vuoden kuluttua synnytyksestä. Isät täyttivät Fear Of Birth Scale-kaavakkeen (FOBS), jossa vastaus annetaan VAS- janan avulla. Taustatiedot (ikä, siviilisääty, tupakointi, ym.) kartoitettiin keskiraskaudessa. Isiä pyydettiin myös arvioimaan oma fyysinen ja psyykinen terveydentilansa.</p>	<p>raskaudesta ja synnytyksestä ja he olettivat, että niissä tulee ilmenemään ongelmia. Ensimmäistä kertaa isäksi tulossa olevat osallistuivat harvoin neuvolakäynteihin ja sen tutkijat ovat selittäneet isien halulla välttää tietoa, joka saattaisi horjuttaa heidän hallinnantunnettaan. Miehillä, jotka kärsivät synnytyselosta jo raskausaikana, havaittiin olevan enemmän vanhemmuuteen liittyvää stressiä vuoden kuluttua lapsen syntymästä.</p>
---	--	---	--



Jos synnytys pelottaa – esite synnytyspelosta kärsivälle odottajalle



Tämä esite on toteutettu hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyönä yhteistyössä Savonlinnan äitiysneuvolan kanssa. Esitteen asiasisällön lähteenä on käytetty opinnäytetyön raporttiosuutta, joka on koottu tutkimustiedon pohjalta.

Tekijät: Saija Karjalainen ja Anna-Kaisa Korjonen

Opinnäytetyö: Jos synnytys pelottaa – esite synnytyspelosta kärsivälle odottajalle

Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonniemen kampus, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja AMK

Kuvitus ja taitto: Heini Karjalainen, Karelia ammattikorkeakoulu

Toukokuu 2014

ALKUSANAT

Sinuakin saattaa jännittää tuleva synnytys. Jännitys on ihmisen luonnollinen keino kohdata uusi tilanne. Sopiva jännitys auttaa tiedon etsimisessä sekä tulevan synnytyksen ja siihen liittyvien asioiden pohtimisessa. Mikäli terve jännitys muuttuu peloksi, voi se alkaa varjostaa liikaa elämääsi ja raskautesi etenemistä. Voimakkaasta synnytyselosta kärsii jopa 6 - 10 % odottavista äideistä. Et siis ole yksin tuntemuksiesi kanssa.

Ihmisillä on ihannekuvia siitä, miltä äitiyden tulisi tuntua ja millainen on hyvä äiti. Odotusaika on harvoille täysin mutkaton. Olisi tärkeää pystyä puhumaan avoimesti myös negatiivisista tunteista, kuten väsymyksestä, riittämättömyydestä, pelosta sekä negatiivisten tunteiden aiheuttamasta syyllisyydestä.

Tämän esitteen tarkoituksena on auttaa Sinua tunnistamaan pelkosi taustalla olevia asioita sekä rohkaista Sinua ottamaan ne puheeksi. Kannustamme myös puolisoasi tai tukihenkilöäsi tutustumaan esitteeseen, jotta hän voisi paremmin tukea Sinua synnytykseen liittyvien pelkojen ja huolien kanssa.

MISTÄ SYNNYTYSPELOSSA ON KYSE?

Pelon tunteella on varoittava merkitys, ja sen on tarkoitus ehkäistä joutumasta vaarallisiin tilanteisiin. Tilanteen arviointi tapahtuu tiedostamatta ja syvemmällä tasolla kuin tietoinen ajattelu. Siksi voi olla itsekkin vaikea ymmärtää oman pelon syytä ja kohdetta. Joskus uhkatilanteen arvio tapahtuu aiempien kokemusten pohjalta, jolloin aiemmasta huonosta kokemuksesta muistuttava asia voi laukaista pelkoreaktion.

Tavallisimmin synnytyspelosta kärsivät naiset, joiden **raskaus on suunnittelematon**, tai uudelleensynnyttäjät, joilla on taustallaan **aikaisempi traumaattinen synnytyskokemus**. Pelko saattaa varjostaa myös toivottua ja suunniteltua raskautta. Aina synnytyspelko ei liity itse synnytykseen, vaan **tuleva vanhemmuus tai huoli lapsen terveydestä voivat aiheuttaa ahdistusta**. Myös odottava puoliso voi kokea synnytyspelkoa.

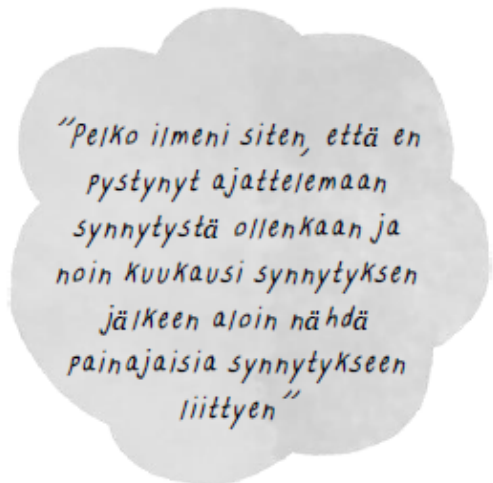
”Aloin kärsiä synnytyspelosta ensimmäisen synnytyskokemukseni jälkeen, joka oli negatiivinen kokemus”



Jos synnytys pelottaa – esite synnytyspelosta kärsivälle odottajalle

Synnytyspelon oireita voivat olla

- Ahdistuneisuus
- Paniikkikohtaukset
- Painajaisunet ja unettomuus
- Vatsa- ja selkävaivat
- Ennenaikaiset supistukset
- Keskittymisvaikeudet
- Ruokahaluttomuus



Synnytyspelko saattaa vaikuttaa myös haitallisesti työ- ja perhe-elämään ja aiheuttaa lisääntyneitä sairauspoissaoloja.

Pelkojen taustalla voi olla

- Aikaisemmat tai nykyiset psyykkiset ongelmat
- Huono itsetunto ja haavoittuvaisuus
- Oman seksuaalisen koskemattomuuden loukkaukset
- Kipua tuottaneet seksuaaliset kokemukset
- Traumaattiset sairaalakokemukset
- Huonot kokemukset gynekologisista toimenpiteistä
- Vaikea tai epävarma elämäntilanne
- Parisuhteen ongelmat
- Riittämätön tukiverkko tai naisen kokema tuen puute
- Asianmukaisen tiedon puute ja Internetin keskustelut
- Aikaisemmat menetykset ja turvattomuuden kokemukset
- Pitkäkestoiset ja hankalat lapsettomuushoidot
- Aiempi traumaattinen synnytyskokemus
- Sosiaalinen paine synnyttää tietyllä tavalla

Joskus peloille ei löydy selittävää syytä. Kaikki riippuu Sinun henkilökohtaisesta kokemuksestasi, jota kenenkään ei tulisi vähätellä.

PELON KOHTEITA

Kivun pelko on yksi yleisimmistä synnytykseen liittyvistä peloista. Moni nainen kokee elämänsä ensimmäisen voimakkaan kipukokemuksen synnytyksen yhteydessä.

”Pelkään synnytyksen aiheuttavan joko itselleni tai vauvalle jonkinlaisia komplikaatioita”

Monet synnyttäjät ja myös puoliset **pelkäävät menettävänsä hallinnantunteen synnytystilanteessa**. Varsinkin ensisynnyttäjä voi ahdistua uudesta tilanteesta, jonka kulkua on mahdotonta ennustaa. Äiti voi **epäillä omia synnytyskykyjään tai pelätä lapsen tai itsensä vaurioitumista**. Joskus synnytyspelko saattaa liittyä synnytyksen sijasta **tulevaan vanhemmuuteen** ja synnytystapahtumasta muodostuu epävarman tulevaisuuden symboli.

ISÄKIN VOI KOKEA SYNNYTYSPELKOA

Siirtyminen isyyteen on **käännekohta** miehen maskuliinisen identiteetin kehittämisessä. Miehet ovat usein **huolissaan puolisonsa ja syntymättömän lapsensa hyvinvoinnista**. He huolehtivat myös omasta **kyvystään** antaa puolisolleen riittävästi tukea sekä omista synnytystapahtuman aikaisista **reaktioistaan**. Mies saattaa pelätä, että hän menettää hallinnan tai, että hän ei pysty vastaamaan synnyttävän äidin tarpeisiin. Myös miehen synnytyspelko voi aiheutua **aiemmasta traumaattisesta synnytyskokemuksesta**. Monet miehet myös kokevat, että heidän roolinsa raskausaikana ja synnytyksessä **jää epäselväksi**, usein jopa toissijaiseksi. Mahdolliset puolison pelontunteet tulisi ottaa **rohkeasti puheeksi neuvolakäynneillä**.

SYNNYTYSPELON VAIKUTUKSIA

Häpeäntunne liittyy valitettavan usein synnytyspelkoon ja **kynnys avun hakemiseen voi olla suuri**. Omia tuntemuksia ei välttämättä osaa tulkita oikein, eikä **oireita osaa yhdistää synnytyspelkoon**.

Synnytyspelko saattaa kokonaan täyttää äidin mielen, mikä **vaikeuttaa normaaliin synnytykseen sekä vanhemmuuteen valmistautumista**. Myös raskausaikana kehittyvä äidin ja lapsen **vuorovaikutussuhde voi kärsiä äidin synnytyspelon vuoksi**.

Usein pelokkaat äidit **toivovat keisarileikkausta** tavallisen alatiesynnytyksen sijasta. Yleensä keisarileikkaustoive ilmenee tilanteessa, jossa äiti ei koe pystyvänsä kohtaamaan pelkoaan. **Keisarileikkaus ei kuitenkaan hoida synnytyspelkoa**, koska siihen turvautuminen ei tuo helpotusta synnytyspelon taustalla oleviin syihin. On hyvin todennäköistä, että **samat asiat tulevat ratkaistaviksi jälleen uuden raskauden myötä**. Lisäksi keisarileikkaukseen liittyy **paljon riskitekijöitä**, joista Sinun tulee saada tietoa terveydenhoitajaltasi, synnytyslääkäriltäsi tai kättilöltäsi.



SYNNYTYSPELKOON SAA APUA!

Synnytyospelon hoidon päämääränä on **edistää naisen hallinnan-tunnetta** raskauttaan ja synnytystään kohtaan, sekä osoittaa, että hänen tunteitaan kunnioitetaan. Parhaimman tuloksen saavuttamiseksi synnytyospelon **hoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain**. Sinultakin on luultavasti neuvolakäynneillä tiedusteltu suhtautumistasi synnytykseen. Mahdollisen synnytyospelon myöntämistä ei tarvitse häpeillä, sillä hoidon aloittamisen **lähtökohtana on ongelman reilu tunnustaminen**.

Synnytyospelon **ensisijainen hoitopaikka on neuvola**. Ammattilaisen antamaan tukeen voidaan liittää esimerkiksi **vertaistukea** alueen tarjonnan mukaan. Kannustamme Sinua tekemään **pelkoa lievittäviä asioita myös itsenäisesti**. Näitä keinoja ovat esimerkiksi rentoutumisen harjoittelu (esimerkiksi Synnytä rentoutuneena -CD tai musiikin kuuntelu), synnytyssairaalaan tutustuminen, luotettavan kirjallisuuden lukeminen sekä puolisoon tai tukihenkilöön turvautuminen.

Rentoutumisen avulla voidaan löytää keinoja itsensä kuuntelemiseen sekä omien tunteiden ja ajatuksien kohtaamiseen. Tutkimusten mukaan **rentoutuminen nopeuttaa ja helpottaa synnytystä**. Rentoutumisen sekä erilaisten mielikuvaharjoitusten avulla voidaan vaikuttaa autonomisen hermoston toimintaan ja saada aikaan rauhallinen tunnetila. Terveystoimittajasi voi kertoa lisää rentoutumisen harjoittelusta. Lisäksi kätilöt voivat ohjata ja tukea rentoutumista synnytyksen aikana. Myös oikeanlainen **hengitystekniikka** lisää rentoutumista synnytyksessä, ja sitä kannattaa harjoitella jo etukäteen.

Jos synnytys pelottaa – esite synnytyspelosta kärsivälle odottajalle

Jos mahdollista, niin myös **puolisosi olisi hyvä osallistua** synnytyspelkokeskusteluihin. Varsinkin ensisynnyttäjän puoliso on usein **itsekin peloissaan**, eikä kykene antamaan odottavalle äidille riittävästi tukea. Teitä halutaan tulevina vanhempina **tukea vanhemmiksi kasvamisessa** sekä kannustaa **parisuhteen hoitamiseen**. Keskinäinen kommunikaatio on tärkeää, sillä **perhe on tulevan lapsen tärkein kehitysympäristö**.

APUA SYNNYTYSPELKOVASTAANOTOLTA

Jos neuvolan tarjoama tuki ja tieto eivät riitä, voidaan tehdä **lähete synnytyspelkovastaanotolle**, jossa apua antaa erikoiskoulutettu henkilökunta. Erityisen herkästi lähete tehdään pelkääville odottajille, joilla on taustalla aiempi traumaattinen synnytyskokemus tai suora keisarileikkaustoive. Äitiysneuvola tekee yhteistyötä synnytys sairaalan kanssa, ja jokaiselle äidille laaditaan **yksilöllinen hoitosuunnitelma**.

Synnytyspelkovastaanottoja toimii synnytys sairaaloiden äitiyspoliikklinikoiden yhteydessä. Terveystieteiden osasto antaa Sinulle aluekohtaista tietoa erikoissairaanhoidon tarjoamasta synnytyspelon hoidosta.



SYNNYTYSPELON HOIDON PERIAATTEITA

Konkreettinen tieto synnytyksen kulusta, yleisimmistä toimenpiteistä synnytyksen aikana ja synnytyssairaalan kivunlievitysmenetelmistä auttavat usein pelkäävää odottajaa. Myös **keskustelut** synnytykseen valmistautumisesta ja esimerkiksi synnytyksen käynnistymisen merkeistä rauhoittavat monia. Aikaisemmassa synnytyksessä traumatisoituneen odottajan kanssa **käydään läpi edellistä synnytystä**.

Voimakkaalle **keisarileikkaustoiveelle annetaan oikeutus** ja se kirjataan sähköisiin potilastietoihisi. Varsinkaan alkuvaiheessa Sinun ei vielä tarvitse päättää mitään, joten voit keskittyä rauhassa tiedon vastaanottamiseen ja omien tunteiden käsitteilyyn.

Halutessasi Sinulle voidaan laatia etukäteen **synnytyssuunnitelma**, joka auttaa Sinua työstämään ajatuksiasi lähestyvistä synnytyksestä. Suunnitelma toimii **kommunikaatiovälineenä** synnyttäjän ja synnytystä hoitavan henkilökunnan välillä. Suunnitelmaan voidaan kirjata **konkreettisia toiveitasi** esimerkiksi ponnistusasennosta ja kivunlievityksestä ja sitä voidaan tarvittaessa myös muuttaa. Aina on kuitenkin muistettava jokaisen **synnytyksen ennalta-arvaamattomuus**. Synnytyssuunnitelman laatija huolehtii, että suunnitelma tavoittaa synnytyssalin henkilökunnan.

Jos synnytys pelottaa – esite synnytyselosta kärsivälle odottajalle

Joissakin tapauksissa keisarileikkausta toivovan odottajan kanssa voidaan sopia **synnytyksen käynnistämisestä suunnitellusti** keisarileikkauksen sijaan. Näin voidaan menetellä esimerkiksi tilanteissa, joissa raskaana olevalla naisella on taustallaan niin nopea synnytys, että on tullut kiire ehtiä sairaalaan ja kivunlievityksestä huolehtimiseen ei ole ollut aikaa. **Käynnistämiseen liittyy kuitenkin muitakin kriteereitä.**

Vaikeassa synnytyselossa **voidaan keisarileikkausta pitää jonkinlaisena varasuunnitelmana** lasketun ajan jälkeen. Tällöin nainen antaa alatiesynnytykselle mahdollisuuden tiettyyn päivään asti. Joskus synnytyspelko on kuitenkin niin voimakasta, että **asianmukaisella hoidollakaan äiti ei pysty näkemään mitään muuta vaihtoehtoa** kuin keisarileikkauksen. Loppuras-kaudessa voimakkaan synnytyspelon vuoksi tehtävä keisarileikkauksen päätös on **eettisesti perusteltua, eikä äitiä ole tarkoitus siitä syyllistää.**

LOPUKSI

Synnytystä pelkäävistä **50–90 %** hyötyy niin paljon hoidosta, että pystyy valmistautumaan normaaliin synnytykseen. Kannustamme Sinua ottamaan pelkosi ja tuntemuksesi **puheeksi, tukeutumaan läheisiisi ja ottamaan vastaan** kaiken hoidon, mitä synnytyspelkoon on tarjolla.



YHTEYSTIETOJA JA NETTIOSOITTEITA