

**KIELTEINEN SYNNYTYSKOKEMUS JA SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN
TUEN SAANTI**

Sirpa Turtiainen
Pro gradu –tutkielma
Hoitotiede
Terveystieteiden opettajankoulutus
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Elokuu 2014

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 KIELTEINEN SYNNYTYSKOKEMUS JA SYNNYTTÄJIEN SAAMA TUKI .	3
2.1 Synnytys fysiologisena, emotionaalisena ja sosiaalisena tapahtumana.....	3
2.2 Tiedonhaku	4
2.3 Kielteinen synnytyskokemus	5
2.4 Synnytyskeskustelu.....	10
2.5 VAS-mittari synnytyskokemuksen arvioinnissa.....	13
2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.....	14
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	16
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
4.1 Tutkimusaineisto.....	17
4.2 Aineiston keruu	18
4.3 Aineiston analyysi.....	18
5 TULOKSET	22
5.1 Aineiston kuvailu	22
5.2 Kielteiseen synnytyskokemukseen liittyvät tekijät	23
5.2.1 Synnyttäjän hallinnan järkkäminen.....	24
5.2.2 Synnyttäjän fyysisen tai psyykkisen eheyden järkkäminen	27
5.2.3 Synnytykseen liittyvä kipu	28
5.2.4 Synnytyksen odottamaton kulku	30
5.2.5 Ongelmat henkilökunnan kanssa.....	32
5.2.6 Huoli lapsen ja perheen varhaisen vuorovaikutuksen järkkämisestä.....	34
5.2.7 Poikkeamat ennakkoon sovituista asioista	36
5.3 Synnyttäjien saama tuki kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen.....	36
5.4 Synnyttäjien odotukset tuelle kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen.....	39
5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista.....	42
6 POHDINTA.....	44
6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset	44
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	45
6.3 Tulosten tarkastelua	48
6.3.1 Naisten kielteiseen synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät.....	48
6.3.2 Kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen annettu ja toivottu tuki	52

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	54
LÄHTEET	56

LIITTEET

- LIITE 1. Kirjallisuushaku vuosilta 2009–2014.
- LIITE 2. Tutkimuksia kielteisestä synnytyskokemuksesta.
- LIITE 3. Tutkimuksia synnytyskeskustelusta.
- LIITE 4. Tutkimuksia VAS-mittarista.
- LIITE 5. Kirjallisuuskatsauksen julkaisujen taustatiedot.
- LIITE 6. Eettisen toimikunnan puoltolausunto.
- LIITE 7. Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus ja -päätös.

Turtiainen, Sirpa

Kielteinen synnytyskokemus ja synnytyksen jälkeinen tuen saanti

Tutkielman ohjaajat:

Pro gradu -tutkielma, 60 sivua, 7 liitettä (14 sivua)
Professori, THT Katri Vehviläinen-Julkunen ja
tutkijatohtori, TtT Taina Pitkäaho

Elokuu 2014

Synnytyskokemuksen pitäisi olla positiivinen elämää vahvistava tapahtuma naiselle, vaikka synnytykseen liittyy luonteeltaan ennakoimattomia asioita. Synnyttäjistä noin 6 % kokee synnytyskokemuksen kielteiseksi. Kielteinen synnytyskokemus vaikuttaa naisen ihmissuhteisiin ja varhaiseen kiintymyssuhteeseen lapsen kanssa sekä vaikeuttaa suhtautumista luonnollisesti uuteen raskauteen ja synnytykseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat kielteisen synnytyskokemuksen muodostumiseen. Lisäksi tässä tutkimuksessa kuvataan naisten saamaa ja odottamaa tukea hoitohenkilökunnalta kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen.

Tutkimuksen aineistona oli yhden sairaalan synnytystietojärjestelmän tiedot. Tietojärjestelmästä kerättiin vapaamuotoiset synnytyskeskustelukirjaukset (n = 144) vuodelta 2012, joissa naiset olivat arvioineet synnytyskokemuksensa kielteiseksi (VAS 1-5). Visual Analogue Scale (VAS) -laatumittari on numeerinen 1–10 oleva sovellus, jossa yksi kuvaa erittäin kielteistä ja kymmenen erittäin myönteistä synnytyskokemusta. Alhaisten pisteiden katsotaan kuvaavan kielteistä kokemusta. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Naisten kuvaamat syyt kielteiselle synnytyskokemukselle muodostuivat hallinnan tunteen puutteesta, oman kehon koskemattomuuden menetyksestä, synnytyskivusta, odottamattomista ongelmista ja seikoista, joihin ei ollut osannut valmistautua synnytyksessä, ongelmista henkilökunnan kanssa, varhaisen vuorovaikutussuhteen järkkymisestä vastasyntyneen kanssa ja ennalta sovittujen asioiden toteutumattomuudesta.

Naisten kuvaamat odotukset tuelle kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen muodostuivat kannustavasta ja tiedollisesta tuesta eri ammattiryhmien kanssa käytävissä jälkikeskusteluissa ja mahdollisuudesta tehdä synnytyssuunnitelma seuraavaa synnytystä ajatellen. Osalle naisista riitti läheisiltä saatava tuki.

Tutkimuksen tulokset ovat yhteneviä aiempien tutkimustulosten kanssa sekä kielteiseen synnytyskokemukseen liittyvistä tekijöistä että synnytyskeskustelun tukea antavan vaikutuksen osilta. Hoitohenkilöstön ymmärtävä asenne ja oikea tieto synnytyksen kulusta jo raskauden ja synnytyksen aikana vahvistavat emotionaalisesti naisen hallinnan tunnetta sekä positiivista synnytyskokemusta. Tietoa voidaan hyödyntää, suunniteltaessa äitiyshuollon palveluja tukemaan perheen voimavaroja.

Asiasanat: Kielteinen synnytyskokemus, synnytyskeskustelu, VAS-mittari

Turtiainen, Sirpa:

Negative childbirth experience and support after childbirth

The level of the thesis:

Thesis 60 pages, 7 appendices (14 pages)

Supervisors:

Professor, PhD Katri Vehviläinen-Julkunen and

Post doc Researcher, PhD Taina Pitkääho

August 2014

The experience of childbirth should be a positive life-affirming event for a woman even though it is inherently unpredictable. About 6 % of laboring women describe their experience as negative. A negative childbirth experience affects to a woman's human relations and early bonding to a newborn child and generates difficulties how a woman relates to a new pregnancy and childbirth.

The objective of this study is to portray those factors women associate to a negative childbirth experience. Another goal is to portray the support women have gotten or they expected to have after negative childbirth experience.

The material of this study consisted of one hospital's childbirth information data. Post labor discussions (n = 144) in 2012 were collected from a data register, where women had estimated with the VAS-method (VAS 1–5) their childbirth experience as negative and described the elements of their poor experience. Visual Analogue Scale (VAS) is an application for a numerical measure of quality from 1 to 10, where one describes a very negative and ten very positive birth experience. Low marks explain a negative experience. Content analysis was performed.

The negative childbirth experiences generated from issues such as lack of overall control, integrity of one's own body, pain during the labor, unexpected situations and factors woman were not prepared for, problems with medical staff, problems with early interaction with the newborn and not obtaining issues agreed on pre-labor.

The needs and expectations for support from the nursing staff mothers described after a negative child birth experience consisted of encouraging and informative support in post labor discussions with various professional groups, and about the possibility of making birthing plan for the subsequent labor. For some women it was sufficient to have this support from their own friends and relatives.

The study results are similar to earlier research findings about factors of a negative child birth experience as well as about factors of supporting post natal debriefing. The nursing staff's understanding attitude and communication skills as well as right information of normal birth already during the pregnancy promotes woman's feeling of being in control and a positive child birth experience. Study results can be utilized when planning maternity care services to support family's resources.

Keywords: Negative childbirth experience, post natal debriefing, VAS-measure

1 JOHDANTO

Synnytys on kokemuksena yksilöllinen ja siihen vaikuttavat sekä fyysiset että psykososiaaliset tekijät (O'Hare & Fallon 2011). Synnyttäjät kuvaavat, että myönteinen synnytyskokemus muodostuu kiireettömästä ja turvallisesta ilmapiiristä, normaalista synnytyksen kulusta ja kestosta sekä henkilökunnan kunnioittavasta ja kuuntelevasta asenteesta (Melender 2002). Kielteinen synnytyskokemus voidaan jakaa tekijöihin, jotka liittyvät synnyttäjän hallinnan tunteeseen tai elämäntilanteeseen, odottamattomiin ongelmiin synnytyksessä, synnyttäjän odotusten tai toiveiden toteutumattomuuteen sekä vaikeuksiin henkilökunnan kanssa synnytyksen aikana (Waldenström ym. 2004).

Suomalaisessa äitiyshuollon palvelujärjestelmässä pyritään synnyttäjälähtöiseen raskauden seurantaan ja synnytyksen hoitoon sekä siihen, että synnyttäjällä on mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon hoidon aikana. Tämä ei ole ristiriidassa nykyisen käytännön kanssa, jossa synnytykset hoidetaan lähes yksinomaan sairaaloissa. Sairaalassa on saatavilla nopeasti lääkkeellistä kivunlievitystä ja tarvittaessa lääketieteellistä tehohoitoa äidille tai lapselle. Synnytysten keskittäminen suuriin yksiköihin on ollut trendinä turvallisuuden näkökulmasta. (Ryttyläinen 2005, STM 2007, Äitiysneuvolaopas 2013.) Raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeistä hoitoa on kansallisesti ohjeistettu äitiyshuollon toimijoille siten, että raskaana olevat naiset, ja heidän puolisonsa saisivat hoitoa yksilöllisesti tarpeen mukaan. Tämä edistää vanhempien kasvua vanhemmuuteen ja perheiden hyvinvointia. (Ritamo ym. 2010.) Jotkut naiset tarvitsevat paljon tukea jo äitiysneuvolassa ja he saattavat haluta tehdä synnytyssuunnitelman koskien tulevaa synnytystään. Neuvolassa raskauden seurannan aikana rutiininomaista synnytyssuunnitelmaa kuitenkin vältetään, sen sijaan tuodaan esiin synnytystapahtuman luonnollista kulkua. (Äitiysneuvolaopas 2013.) Voimakasta, hoitoa tarvitsevaa synnytysspelkoa kokee noin 6–10 % suomalaisista naisista Tavallisimmin hoito tarkoittaa keskustelua kättilön, synnytyslääkärin tai terveydenhoitajan kanssa ennen synnytystä. (Melender 2002, Rouhe & Saisto 2013.) Synnytyskeskustelu synnytyksen jälkeen käydään jokaisen synnyttäneen naisen kanssa synnytyssairaalassa (STM 2007).

Synnytyskokemusta on yleensä tutkittu enemmän myönteisyyden kuin kielteisyyden näkökulmasta (Overgaard ym. 2012, Spaich ym. 2013). Suomessa Ryttyläinen (2005)

tutki väitöskirjassaan naisten arviointia hallinnasta synnytyksen aikana. Hänen mukaansa vaikea synnytyskokemus merkitsi äidin kokemusta heikosta omasta hallinnasta, riittämättömästä tiedonsaannista ja kivunlievityksestä sekä hoitohenkilökunnan ymmärtämättömästä asenteesta ja yksipuolisesta päätöksenteosta. Kansainvälisissä tutkimuksissa kielteiseen synnytyskokemukseen liittyviä tekijöitä kuvataan hyvin samansuuntaisesti (Cook & Loomis 2012, Spaich 2013) lisäksi Mercer ym. (2012) esittivät, että kielteisen synnytyskokemuksen tunteet pysyivät useita kuukausia mielessä synnytyksen jälkeen. Kielteiset tunteet saattavat heikentää äidin mielialaa ja tämä voi estää luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen muodostumisen äidin ja lapsen välille (Haines ym. 2012).

Synnytyskokemuksen laatua arvioidaan eri tavoin (Melender ym. 2006), esimerkiksi voidaan käyttää Visual Analogue Scale - eli VAS-mittaria, joka on herkkä ja nopea seulontamenetelmä kuvaamaan synnytyskokemusta (Larsson ym. 2011, Grove ym. 2013). VAS-sovellusta on käytetty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin synnytysyksiköissä (Kätilöopisto, Naistenklinikka, Jorvi, Lohja, Porvoo ja Hyvinkää) vuodesta 2010 siten, että synnyttäjät arvioivat synnytyskokemustaan synnytyskeskustelussa vuodeosaston kätilön tai synnytyslääkärin kanssa lapsivuodeosastolla 1–3 päivää synnytyksen jälkeen. He pisteyttävät synnytyskokemustaan asteikolla 1–10. Yksi on huonoin mahdollinen, erittäin negatiivinen ja kymmenen paras, erittäin positiivinen. Alhaisten pisteiden (alle 6 pistettä) katsotaan kuvaavan asteikon kielteistä puolta. Matalan pistemäärän arvioinneissaan antaneille synnyttäjille tarjotaan mahdollisuutta työstää kokemustaan käymällä uusi synnytyskeskustelu synnytystä hoitaneen henkilökunnan ja psykologin kanssa tai he voivat tulla haluamansa ajan kuluttua jälkikeskusteluun. (Rouhe & Saisto 2013.)

Vuonna 2012 Suomessa syntyi 59 856 lasta (Vuori & Gissler 2013). Jorvin sairaalassa synnytti kyseisenä vuonna 3398 naista, heistä 90 %:lta saatiin luotettavasti VAS-arvio ja heistä 4,8 % arvioi synnytyskokemuksensa kielteiseksi (VAS 1–5) (Saisto 2013). Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat kielteisen synnytyskokemuksen muodostumiseen. Lisäksi tässä tutkimuksessa kuvataan naisten saamaa ja odottamaa tukea hoitohenkilökunnalta kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen.

2 KIELTEINEN SYNNYTYSKOKEMUS JA SYNNYTTÄJIEN SAAMA TUKEA

Synnytyskokemuksella tarkoitetaan synnyttäjän yksilöllistä kokemusta omasta synnytyksestään. Kielteinen synnytyskokemus muodostuu useista tekijöistä kuten hallinnan puutteesta, vuorovaikutusongelmista henkilökunnan kanssa tai synnytyksen odottamattomista tapahtumista. Synnytyskokemuksen arviointi voi tapahtua esimerkiksi VAS-mittarilla yhdestä kymmeneen. Alhaiset pisteet viittaavat kielteiseen synnytyskokemukseen. Synnytyskokemusta synnytyksen jälkeen nainen käy läpi synnytyskeskustelussa hoitohenkilökunnan kanssa, saa tietoa ja tukea ymmärtää tapahtumat sekä voi esittää mitä tukea itselleen tarvitsee.

2.1 Synnytys fysiologisena, emotionaalisena ja sosiaalisena tapahtumana

Fysiologisesti synnytystä ei osata täysin selvittää, mutta sen tiedetään olevan monimutkainen yhdistelmä äidistä, sikiöstä, istukasta ja kohtulihaksesta johtuvia tapahtumia (Raivio 2011). Normaali alatiesynnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisellä eli avautumisvaiheella tarkoitetaan sitä aikaa, jolloin kohdunsuu avautuu niin, että sikiö pääsee laskeutumaan kohdusta lantion pohjaan. Tämä vaihe on lähes aina useita tunteja kestävä ja kivulias. Synnytyksen toisessa vaiheessa eli ponnistusvaiheessa synnyttävä ponnistaa lapsen syntymään kohdun supistusvoiman avulla. Kolmannessa eli jälkeisvaiheessa syntyy istukka kohdun edelleen supistuessa. Synnytys on raskas fyysinen prosessi, jonka kestoa ja kulkua ei etukäteen tiedetä. (Raussi-Lehto 2007.)

Synnytykset jaetaan säännöllisiin ja epäsäännöllisiin synnytyksiin. Säännöllinen synnytys tarkoittaa, että se alkaa spontaanisti, siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä, se etenee ilman ongelmia synnytyksenä, jossa sikiö syntyy päätilassa eli pää syntyy ennen vartaloa 37.–42. raskausviikolla. Äiti ja lapsi voivat hyvin synnytyksen jälkeen, eikä heitä eroteta toisistaan. Epäsäännölliseksi synnytys määritellään silloin, kun edellä mainitut asiat eivät toteudu esimerkiksi keisarileikkaus, imukuppisynnytys, synnytyksen jälkeiset ongelmat kuten runsas verenvuoto kohdusta tai leikkaustoimenpidettä vaativa synnytysvaurio. (Raussi-Lehto 2007, Iivanainen & Syväoja 2012.)

Synnytys on synnyttäjälle ja hänen lähipiirilleen voimakas emotionaalinen ja sosiaalinen tapahtuma. Yleensä lapsen syntymä tuo perheelle iloa, mutta se saattaa herättää myös

kielteisiä tunteita vanhemmissa erityisesti, jos synnytyksen aikana on ilmennyt ongelmia. Lisäksi raskaus ei aina ole odotettu eikä lapsen syntymäkään muuta asiaa positiiviseksi, perheen arki saattaa järkkyyä ja parisuhde vaikeutua. (Michels ym. 2013.) Lapsen syntymä muuttaa äidin ja perheen elämän pysyvästi, heidän sosiaalinen ympäristönsä tunnistaa ja hyväksyy muutoksen (Melender 2002).

2.2 Tiedonhaku

Kirjallisuuskatsaus tutkielman teoreettisiin lähtökohtiin tehtiin marraskuussa 2013 – maaliskuussa 2014. Tämän jälkeen hakuja päivitettiin koko tutkielman analyysi- ja tulostenkirjoittamisvaiheen ajan noin kahden viikon välein. Artikkeleita haettiin sähköisistä viitekannoista PubMed, Cinahl ja Scopus sekä kotimaisesta tietokannasta Medic. Kirjallisuuskatsauksen aihepiiri rajattiin tutkielman teeman mukaisesti (Metsämuuronen 2006). Haussa tietoa etsittiin kolmessa linjassa: kielteisestä synnytyskokemuksesta, synnytyskeskustelusta ja VAS-sovelluksen käytöstä synnytyskokemuksen arvioinnissa.

Tiedonhaku koskien kielteistä synnytyskokemusta tehtiin hakusanoilla: synnyt*, negative, traumatic, childbirth, labour, delivery ja experience. Synnytyskeskustelusta haettiin edellä mainituista tietokannoista kirjallisuutta käyttäen hakusanoja: synnytyskeskustelu, counselation, postnatal care ja birth experience. VAS-mittarista tehtiin haut sanoilla: vas, visual analog scale ja birth experience. Rajaukseksi hakuihin otettiin englannin kieli, julkaisuvuodet 2009–2014, peer reviewed ja koko teksti saatavilla. Medicissa rajauksena olivat vuodet 2009–2014, ei pro gradu -tutkielmia ja koko teksti saatavilla. Lisäksi haettiin vanhempia artikkeleita manuaalisesti, sillä perusteella, että joku tutkimus oli monen valitun tutkimuksen lähteissä (esim. Waldenström ym. 2004) tai jonka tutkimuslähtökohdat oleellisesti liittyivät tämän tutkielman kirjallisuushaun aiheisiin, kuten kirjallisuuskatsaus synnytyksen hoidon laatumittareista (Melender ym. 2006). Tiedonhaku on kuvattu liitteessä 1.

Haut tuottivat 887 viitettä, joissa ovat mukana julkaisujen kaksois- ja kolmoiskappaleet, koska samat julkaisut löytyvät useista eri tietokannoista. Näistä tiivistelmän perusteella 57 luettiin kokonaan, joista valittiin 30 artikkelia analyysiin. Hyväksymiskriteerinä oli, että julkaisuissa oli tutkittu tai käsitelty synnytyskokemusta synnyttäjän itsensä

arvioimana, synnytyskeskustelua synnytyskokemuksen tai muun kokemuksen läpikäymiseksi ja VAS-mittaria synnytykseen tai kokemukseen liittyen. Poissulkukriteerinä tutkimukselle tai artikkelille olivat otsikossa tai abstraktissa ilmaistu lääketieteellinen ongelma synnytykseen liittyen kuten ennenaikainen synnytys tai vaikea synnytysvaurio. Jokainen haku antoi useita samoja osumia kaikissa hakulinjoissa ja tietokannoissa. Valitut tutkimukset ja artikkelit on valittu kuitenkin vain yhdestä tietokannasta sattuman mukaan löytöjärjestyksessä.

Kirjallisuuskatsauksen julkaisuista 12 on kvantitatiivista ja seitsemän kvalitatiivista tutkimusta, seitsemän katsausartikkelia, kaksi väitöskirjaa ja kaksi systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tutkimukset on tehty useassa eri maassa. Julkaisujen taustatiedot on esitetty liitteessä 5.

2.3 Kielteinen synnytyskokemus

Kielteinen synnytyskokemus voi aiheutua monista syistä. Synnyttäjän hallinnan puutteen tunne, kokemus fyysisestä tai psyykkisestä järkkymisestä, synnyttäjän sosiaalinen tilanne ja synnytyskipu johtavat usein kielteiseen synnytyskokemukseen. Odottamattomat ongelmat synnytyksessä kuten vastasyntyneen joutuminen tehostettuun hoitoon ja synnyttäjän itselleen asettamat odotukset ja henkilökunnalta saatu vähäinen tuki lisäävät heikon synnytyskokemuksen todennäköisyyttä. Synnytyspelko liittyy vahvasti synnytyskokemukseen ja altistaa kielteiselle synnytyskokemukselle.

Synnyttäjän heikko hallinnan tunne lisää kielteisen synnytyskokemuksen todennäköisyyttä. Hallinnan puutteita ovat synnyttäjän kyky vaikuttaa omiin fyysisiin ja psyykkisiin tapahtumiin ja tuntemuksiin synnytyksen aikana. Hallintaa rajoittavat tunteet, että synnyttäjää estetään tai alistetaan jollain tavoin tilanteessa. (Ryttläinen 2005, Cook & Loomis 2012.) Äidit, jotka kokivat synnytyksen luonnollisena prosessina ja uskoivat, että voivat itse myötävaikuttaa valinnoillaan ja tekemisillään raskauden ja synnytyksen kulkuun, kokivat synnytyksen myönteisempänä kuin äidit, jotka kokivat hallinnan puutetta. (Haines ym. 2012.) Hyvä hallinta ei merkitse sitä, että lopputulos ja omat ratkaisut olisivat ennalta täysin tiedossa, vaan tapahtumiin voi suhtautua

luottamuksellisesti ja selvitä niistä myös ennakoimattomissa tilanteissa (Ryttyläinen 2005).

Synnyttäjän sosiaalista tilannetta koskevat seikat kuten ei-toivottu raskaus tai puolison riittämätön tuki raskauteen, synnytykseen ja lapsivuodeaikaan liittyvissä toiminnoissa (Waldenström ym. 2004) lisäävät kielteisen synnytyskokemuksen mahdollisuutta. Myös synnyttäjän mielenlaadun on todettu vaikuttavan synnytyskokemukseen. Huono itseluottamus ja/tai tunne elämän hallinnan puutteesta saattaa johtaa heikkoon vuorovaikutukseen henkilökunnan kanssa ja omien tuntemusten jääminen näin huomiotta voi aiheuttaa huonon synnytyskokemuksen (Waldenström ym. 2004, Larsson ym. 2011, Cook & Loomis 2012).

Tunne kehon toimimattomuudesta ja ruumiin koskemattomuuden järkkymisestä liittyvät kielteisen synnytyskokemuksen muodostumiseen. Synnyttäjälle tuleva tunne oman kehon toimimattomuudesta erityisesti tilanteissa, joissa synnytys ei edisty normaalilla tavalla tai jos synnytys joudutaan käynnistämään, voi lannistaa synnyttäjää ja lisätä kielteisiä tunteita. (O'Hare & Fallon 2011, Nilsson 2013.) Kehon synnytysvauriot kuten repeämät aiheuttavat vahinkoa fyysiselle koskemattomuuden tunteelle, kivun lisäksi vauriot lisäävät huolta kehon pysyvistä ja mahdollisimman täydellisestä palautumisesta (Waldenström ym. 2004, Hildingsson ym. 2013).

Synnytyksessä koettu kipu kaikissa synnytyksen vaiheissa ja riittämätön kivunlievitys myös synnytyksen jälkeen lisäävät kielteisen synnytyskokemuksen esiintyvyyttä (Larsson ym. 2011). Vaikea synnytyskipu, joka vaikuttaa synnyttäjän kokemukseen synnytyksestä, on tavallisempaa ensi- kuin uudelleensynnyttäjillä. Synnyttäjät kokevat myös, että synnytyksestä huolehtiva henkilökunta arvioi heidän kivunkokemuksensa pienemmäksi kuin he itse. Näin heille annettu kivunlievitys voi jäädä riittämättömäksi. (Waldenström ym. 2004, Alves ym. 2009.) Tehokas ja toimiva kivunlievitys tekee synnytyskokemuksesta myönteisemmän, mutta synnyttäjät myös sietävät synnytyskipua paremmin, jos he kokevat tulevansa kuulluksi synnytyksen aikana omista tuntemuksistaan ja toiveistaan (Nilsson ym. 2013, Spaich ym. 2013).

Synnytyksessä odottamattomat ongelmat kuten sikiön tai äidin voinnista johtuva synnytyksen jouduttaminen toimenpiteillä, joita voivat olla lapsen syntymän avustaminen

vetämällä lasta ulos päähän kiinnitetyllä imukupilla (Hildingsson ym. 2013) tai suunnittelematon keisarileikkaus, saattavat vaikuttaa kielteiseen synnytyskokemukseen. Lisäksi synnytyksen kolmannen vaiheen ongelmat kuten runsas verenvuoto tai istukan jääminen kiinni kohtuun voivat aiheuttaa kielteisen synnytyskokemuksen. (Waldenström ym. 2004.)

Synnyttäjät asettavat itselleen ja synnytykselleen odotuksia, jotka eivät välttämättä täyty, koska synnytyksen kulkua ei voi etukäteen määrätä. Ristiriita odotusten ja todellisten tapahtumien välillä lisää kielteisyyttä synnytyskokemuksesta erityisesti, jos koettu on odotettua vaikeampaa. (Mercer ym. 2012, Spaich ym. 2013.) Synnyttäjän kielteinen asenne synnytystä ja raskautta kohtaan tuo synnytyskokemukseen negatiivisia piirteitä. Kokemuksen laatuun vaikuttavat potilaan henkilökohtaiset toiveet, arvot ja odotukset sekä kokemus toteutuneesta hoidosta. (Rytyläinen 2005, Melender ym. 2006.)

Synnytysyksiköiden henkilökunnan käytös ja asenne vaikuttavat synnytyskokemuksen muotoutumiseen. Kätilön aliarvioiva asenne synnyttäjää kohtaan lisää kielteisen synnytyskokemuksen todennäköisyyttä. Henkilökunnan odotetaan olevan ammattitaitoista, synnyttäjää ja perhettä kunnioittava sekä tukea antava. Perheillä pitäisi olla mahdollisuus saada osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin ja saada tietoa eri vaihtoehtoista sekä synnytyksen aikana että ennen synnytystä. (Gamble & Creedy 2009, O'Hare & Fallon 2011, Overgaard ym. 2012, Spaich ym. 2013.) Kätilön läsnäolo ja synnyttäjää kunnioittava tapa työskennellä tekevät synnytyskokemuksesta myönteisemmän, vaikka synnytys menisi toisin kuin synnyttäjä on ennakoanut (Melender 2002, Nilsson ym. 2013).

Lapsen ja perheen varhaisen vuorovaikutussuhteen häiriintyminen lisää kielteisen synnytyskokemuksen todennäköisyyttä. Varhaista kiintymystä pidetään tärkeänä ja ajatellaan, että lapsen suotuisalle kehitykselle tulisi luoda jo synnytyssalissa lämmin vuorovaikutuspiiri. Äitiä kannustetaan pitämään lasta ihokontaktissa heti synnytyksen jälkeen. Tämän vuoksi usein tilanteet, joissa synnyttäjä ei esimerkiksi pitkän ja väsyttävän synnytyksen vuoksi jaksa heti iloita lapsestaan voi aiheuttaa ahdistusta ja kielteisyyttä synnytyskokemuksesta. (Pesonen 2010.) Toinen vaikea varhaisen vuorovaikutussuhteen häiriötilanne tilanne syntyy silloin, kun vastasyntynyt tarvitsee virvoittelua. Virvoittelulla tarkoitetaan lapsen tehostettua hoitoa kuten elvytystä heti

synnytyksen jälkeen jonkin elintoiminnon ongelman esimerkiksi hengitysvaikeuksien vuoksi. (Iivanainen & Syväoja 2012.) Tämä tarkoittaa sitä, että lapsi joutuu pois äidin ja perheen välittömästä läheisyydestä tehostetun hoidon ajaksi (Waldenström ym. 2004). Lapsesta eroon joutuminen aiheuttaa huolta ja voi kestää ennen kuin vanhemmat alkavat luottaa itseensä lapsen hoitajina (Pesonen 2010).

Synnytyspelko heijastuu kielteiseen synnytyskokemukseen (Nilsson & Lundgren 2009, Rouhe & Saisto 2013). Suomalaisissa tutkimuksissa on esitetty, että hoitoa vaativaa synnytyspelkoa tuntee 6–10 % naisista (Melender 2002, Rouhe & Saisto 2013), mutta Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa Hall ym. (2009) esittivät, että jopa 25 % naisista pelkää synnytystä. Synnytyspelkoisilla naisilla on usein taustalla mielialahäiriöitä ja masennusta (Rouhe ym. 2011, Räisänen ym. 2014). He pelkäävät synnytyksessä seikkoja, jotka liittyvät kielteiseen synnytyskokemukseen. Yleisimmät pelot ovat kipu ja huoli siitä, että synnytyksessä jotain menee vikaan. Siihen liittyy naisen epävarmuus itsestään ja tilanteenhallinnasta (Waldenström ym. 2004, Nilsson & Lundgren 2009, Rouhe & Saisto 2013) sekä huolta siitä, onko oikeutettu kokemaan synnytyspelkoa (Melender 2002). Pelokas ihminen on jännittynyt ja ahdistunut eikä pysty omin avuin rentoutumaan ja sietämään synnytyksen ennustamattomuutta (Rouhe & Saisto 2013).

Synnytyspelko on riskitekijä odottamattomille tapahtumille kuten päivystyssektiolle synnytyksessä (Nilsson & Lundgren 2009, Rouhe ym. 2011, Räisänen ym. 2014). Odottamattomat ongelmat voivat johtaa komplikaatioihin synnytyksessä. Tästä seurauksena synnyttäjää altistuu entistä vakavimmille pelko- ja ahdistustiloille tulevaisuudessa. (Rouhe & Saisto 2013.) Se voi johtaa synnytyksen jälkeiseen masennukseen, heikkoon vuorovaikutussuhteeseen lapsen kanssa (Rouhe ym. 2011, Räisänen ym. 2014) tai traumaperäiseen stressireaktioon, jota edeltää usein tunteita pelosta, kauhusta, avuttomuudesta ja jopa kuolemanuhasta (Alcorn ym. 2010, Zimmerman 2013).

Synnytyspelkopotilaat tarvitsevat erityishuomiota raskauden ja synnytyksen aikana, jotta synnytyskokemus olisi myönteinen, koska heidän pelkonsa voi heikentää kokemusta. Synnytyspelkoisen naisen synnytyksen hoidossa hänen kuulemisensa ja toiveiden huomioiminen on keskeistä. Synnyttäjälle ja synnytyksen kululle olisi eduksi, jos naisen synnytyspelkokeskusteluissa esiintuoduista toiveista voitaisiin pitää kiinni ja niistä

tingittäessä syyt perustellaan. Joissain tilanteissa, kuten ponnistusvaiheessa jopa synnytysopillisesti ylimitoitettu kivunhoito synnytyspelkoiselle synnyttäjälle on hyväksi, koska tiedetään, että kivulias ja hermostunut ihminen ei kykene yhteistyöhön. (Rouhe & Saisto 2013.)

Siitä huolimatta, että synnytystä pelkäävien naisten kanssa jo raskauden aikana työestetään ja suunnitellaan tulevaa synnytystä, heille synnytyskokemus on usein kielteinen. He ovat herkkiä kokemaan saamansa hoidon kielteisenä, koska he kokevat luottamuspulaa henkilökunnan kanssa useammin kuin ei-pelkäävät synnyttäjät ja he kokevat myös monet hoitotoimenpiteet kuten kivunlievityksen riittämättöminä. (Nilsson & Lundgren 2009.) Usein synnytyspelkoiset naiset toivovat synnytystavaksi keisarileikkausta. Operatiivista hoitoa ei kuitenkaan pidetä ratkaisuna synnytyspelolle, mutta vaikean synnytyspelon vuoksi sektio on mahdollinen, ketään ei voida pakottaa synnyttämään alateitse. (Tekay 2012, Rouhe & Saisto 2013.) Synnytyspelon hoidon tavoitteena on, että synnytyspelko ei muodostu esteeksi hankkia lapsia (Iivanainen & Syväoja 2012).

Yhteenvetona kirjallisuushakuun perustuen voidaan sanoa, että kielteinen synnytyskokemus muodostuu odottamattomista ongelmista, joihin synnyttäjä ei ole osannut varautua (Waldenström ym. 2004, Hidingsson 2013). Siihen liittyy myös kokemus riittämättömästä tai väärin ajoitetusta kivunlievityksestä (Larsson ym. 2011). Synnyttäjä tuntee, että häntä ei kunnioiteta ja hänellä on elämän hallinnan sekä itseluottamuksen puutetta, jonka vuoksi hän kokee epävarmuutta ja epäonnistumista (Nilsson & Lundgren 2009, Haines ym. 2012). Hyvää synnytystä ja sen aikaista hallintaa puolestaan edistävät hoitohenkilökunnan huomioiva ja taitava toiminta, synnyttäjälle annettu mahdollisuus osallistua synnytystään koskevaan päätöksentekoon sekä riittävä kivunlievitys ja tiedonsaanti (Ryttyläinen 2005, Michels ym. 2013). Synnyttäjän tunne omasta hallinnasta ja hoidon päätöksenteosta lisää synnytyskokemuksen myönteisyyttä, jos hänelle suodaan tilaisuus kokea tapahtumat niin. Synnyttäjät osaavat arvostaa hoitohenkilökunnalta saamaansa kuuntelevaa ja lempeää kohtelua odottamattomissa ja vaikeissakin tilanteissa synnytyksen aikana, vaikka kaikki ei tapahtuisikaan odotusten mukaisesti. Pettymykset on helpompi sietää, jos synnyttäjä saa tukea ja kokee, että häntä ei jätetä yksin eikä ohiteta hoitoa koskevassa päätöksenteossa. (Cook & Loomis 2012.)

2.4 Synnytyskeskustelu

Synnytyskeskustelulla tarkoitetaan synnytyksen jälkeistä keskustelua ja synnytystapahtumien läpikäymistä synnytystä hoitaneen kätilön kanssa. On myös tavallista, että synnyttäjän kanssa keskustelee lapsivuodeosaston kätilö, koska erityisesti isommissa synnytysyksiköissä synnytys- ja lapsivuodeosastot toimivat erillään toisistaan. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen toimintaohjelma seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä ohjeistaa, että synnyttäneelle äidille on järjestettävä synnytyskeskustelu. (STM 2007.) Synnytyskeskustelun tarkoituksena on antaa äidin kertoa, mitä hän on synnytyksessään kokenut ja mitä siinä on hänen mielestään tapahtunut. Synnyttäjä voi kysyä hänelle epäselväksi jääneitä asioita ja läpikäydä niitä asiantuntijan, yleensä kätilön, kanssa. Keskustelun tavoitteena on, että synnyttäjä ymmärtää synnytyksessä tapahtuneet asiat ja myös sellaiset tapahtumat, joita on tehty äidille, sikiölle tai lapselle synnytyksen aikana. Keskustelussa kuunnellaan äitiä ja käsitellään hänen toivomiaan aiheita. Laajempaan tavoitteena on vahvistaa äidin psyykkistä hyvinvointia ja turvata vastasyntyneen suotuisaa kasvuilmapiiriä perheessä. (Gamble & Greedy 2009, Koskela & Kääriäinen 2009.)

Synnytyskeskustelua voi ohjata joko kätilö- tai äitilähtöisyys. Kätilölähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että kätilö käy synnytystä läpi synnytyskertomusten ja vastaavien dokumenttien pohjalta ja esittää niistä käsin kysymyksiä ja kommentteja äidille tämän kokemuksesta. Äitilähtöinen synnytyskeskustelu on tavallisempi lähtökohta, jolloin äiti itse kertoo synnytyksensä kulun ja kokemuksensa siitä, tällöinkin kätilö voi esittää avoimia ja tarkentavia kysymyksiä äidille. Molemmissa lähtökohdissa on tärkeää pyrkiä saavuttamaan yhteisymmärrys tapahtumista äidin ja hoitohenkilöstön välillä ja toisaalta havaita ja huomata ne äidit, jotka ovat kokeneet jotain huonoa tai jotka tarvitsevat lisätukea omalle selviytymiselle elää eteenpäin. (Koskela & Kääriäinen 2009, Baxter 2014.)

Katsaustutkimuksen (Baxter ym. 2014) mukaan lähes kaikki synnyttäjät myös ne, jotka ovat kokeneet synnytyksensä esimerkiksi nopeana ja helppona tapahtumana, toivovat saavansa käydä synnytyskeskustelun synnytyksen jälkeen. He haluavat kertoa kokemuksestaan ja tulla kuulluksi. Heillä on näin mahdollisuus saada asiantuntijan

vastaukset kysymyksiinsä, joihin eivät itse tiedä vastausta. Lisäksi on tärkeää käydä synnytystapahtumat läpi tulevaisuutta ajatellen, koska erityisesti vaikea tai kielteinen synnytyskokemus hankaloittaa äidin mahdollista tulevaa raskautta ja synnytystä. Esimerkiksi kivuliaan synnytyksen jälkeen äiti haluaisi lupauksen siitä, että hän voi seuraavalla kerralla saada paremman kivunlievityksen. (Simkin & Hull 2011.) Tulevaisuuden suunnittelun taustalla on pyrkimys ehkäistä synnytyspelkoa ja vahvistaa äitiyttä (Koskela & Kääriäinen 2009, Rouhe ym. 2011). Ilman asianmukaista huomiota jäänyt äiti saattaa toivoa seuraavaksi synnytystavakseen keisarinleikkausta tai pidättäytyä raskaudesta kokonaan, vaikka äidiksi tulo saattaisi muuten hänen toiveissaan ollakin (Rouhe ym. 2011).

Synnytyskeskustelu on tärkeä äidille myös siksi, että hän voi luottamuksellisesti kertoa kaikki ajatukset ihmiselle, jolta saa tarvittaessa erilaista apua ja tukea. Äiti ja perhe voidaan ohjata jatkokontaktiin terveydenhuollon toimijoille, esimerkiksi psykologille, mikäli tarpeen. (Rouhe & Saisto 2013.) Synnytyksessä ahdistunut äiti saattaa välittää ahdistuksen tunnetta lapseen ja turvallisen kiintymyssuhteen kehittyminen voi olla uhattuna. Jo kaksiviikkoinen lapsi osaa reagoida vuorovaikutushäiriöihin ja saattaa alkaa etäännyä äidistä. (Pesonen 2010.) On tavallista, että myös hyvinvoivalla ja kypsästi äitiyteen suhtautuvalla naisella on negatiivisia tunteita lasta tai itseään kohtaan. Tämä on normaalia ja saattaa jopa auttaa äitiä selviytymään lapsen kanssa arjen raskaudessa esimerkiksi pitkän valvomisen tai rintaruokintaongelmien kanssa. On tärkeää ymmärtää elämän nurjempiakin puolia lapsen kanssa, syyttämättä itseään liikaa. (Murray & Finn 2012.) Ahdistuneet, masentuneet tai mielialaongelmiin taipuvaiset synnyttäjät, joilla saattaa olla todellisia vahingoittavia aikomuksia omaa lastaan tai itseään kohtaan pitäisi tunnistaa ajoissa, jotta he voisivat saada tarvitsemaansa tukea. Synnytysyksiköiden ja neuvoloiden henkilöstöt ovat ratkaisevassa asemassa tunnistamaan nämä synnyttäjät. (Turner ym. 2010).

Kielteistä synnytyskokemusta työstetään myönteisemmäksi jälkikeskusteluissa synnytyksessä mukana olleen kättilön ja/tai synnytyslääkärin kanssa, tarvittaessa käytetään myös psykologin tai vastaavien tahojen palveluja. Keskusteluissa on tärkeää vahvistaa synnyttäjän luottamusta itseensä, että hän voi jatkaa elämäänsä, rakentaa rakastavaa vuorovaikutussuhdetta lapseensa ja päästä kielteisen kokemuksensa yli. (Gamble & Creedy 2009, Mercer ym. 2012, Nilsson ym. 2013.)

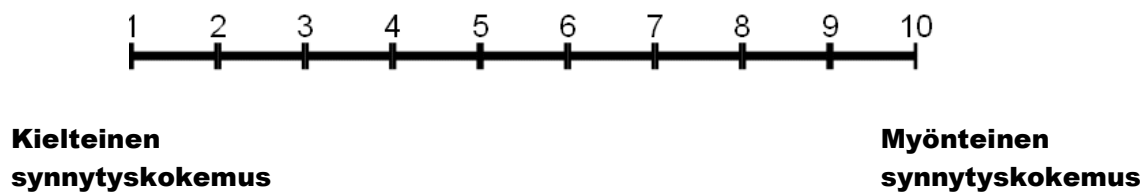
Synnytyskeskustelussa kätilöt saavat tärkeää palautetta toiminnastaan. Synnytyskeskustelun toteuttamiseen ei tavallisesti ole annettu lisäkoulutusta, esimerkiksi siitä miten keskustelut rakentuvat tai miten käydä läpi merkityksellisiä kokemuksia. Kuitenkin kätilön ammattitaitoa ja -tietoa pidetään hyvänä lähtökohtana keskustelun käymiseen. Monissa tapauksissa synnytyksen hoitaneen kätilön kanssa käyty synnytyskeskustelu selvittää tapahtumat, koska mukana olleella kätilöllä on niistä oma tieto. Synnytyskeskusteluissa saatu palaute ja kokemus keskustelun käymisestä antavat arvokasta tietoa koko synnytysyksikölle ja neuvolan henkilökunnalle. Se auttaa työssä kehittymisessä ja sitä voi hyödyntää hoidon kehittämisessä. (Koskela & Kääriäinen 2009, Baxter ym. 2014.)

Synnytyskeskustelun ajankohta vain pari päivää synnytyksen jälkeen voi tulla liian nopeasti, siksi jälkikeskustelut myöhemmin esimerkiksi kotikäyntien yhteydessä voivat palvella tilannetta. Äiti saa vahvistusta tai tarvittaessa tukea omalle toiminnalleen ja voi eritellä tuntemuksia uudelleen tai ajan kuluttua synnytyksestä. Synnyttäjä ei välttämättä osaa eritellä tuntemuksiaan liian pian synnytyksen jälkeen tai tuo huonoja kokemuksiaan esiin, koska he eivät halua loukata henkilökuntaa. Vaikeankin kokemuksen jälkeen he tuovat esiin sen, jos he ovat kokeneet saaneensa hyvää hoitoa henkilökunnalta. (Gamble & Greedy 2009, Simkin & Hull 2011, Baxter ym. 2014.)

On ensiarvoisen tärkeää, että keskustelu kirjataan synnytyskertomusjärjestelmään mahdollisimman tarkasti sen kulun ja sisällön mukaan (Rajalahti & Saranto 2011, Nykänen & Junttila 2012). Kirjaaminen turvaa hoidon jatkuvuuden ja tiedonvaihdon osastojen ja henkilökunnan välillä lisäksi se on keskeistä potilaan tiedonsaantioikeuden ja henkilökunnan oikeusturvan näkökulmasta. Terveystieteiden henkilöstö on velvollinen kirjaamaan potilaskertomuksiin kaiken mikä on potilaan hoidon kannalta tarkoituksellista tietoa ammattieettisiä periaatteita noudattaen. Synnytyskeskustelun kirjauksessa tuodaan esille äidin kokemukset, tuntemukset sekä tulevaisuuden näkymät ja toiveet, siis ne tiedot, jotka tulee olla merkittyinä, jotta tapahtumaan voidaan tarvittaessa palata. (THL 2012.)

2.5 VAS-mittari synnytyskokemuksen arvioinnissa

VAS- eli Visual Analogue Scale -mittaria on käytetty paljon ilmaisemaan ihmisen subjektiivista kokemusta tai asennetta jostain ilmiöstä. VAS-mittari (Kuvio 1.) on yleensä horisontaalinen viiva tai jana, molemmissa päissä on mittarin ääripäitä ja haettua kuvausta vastaava sana kirjoitettuna. Usein VAS-janalle on merkitty myös numerot yhdestä kymmeneen tasaisin välein. (Wewers & Lowe 1990.)



Kuvio 1. Synnytyskokemuksen laadun arvioinnin VAS-mittari (Rouhe 2010).

VAS-mittarista on käytössä useita eri muotoja, kuten lapsille näytetään janalla eriasteisia hymy- ja surunaamoja, josta he voivat näyttää tunteuksensa. (Wewers & Lowe 1990, Grove ym. 2013.) Mittarin avulla saadaan helposti vaikutelma ihmisen kokemuksen laadusta (Larsson ym. 2011). Sitä on myös käytetty synnytyskivun (Alves ym. 2009, Bergh ym. 2012) tai -pelon voimakkuuden arvioimiseen (Rouhe ym. 2009). Mittaria on myös kritisoitu, ihmisen ei ole yksinkertaista osoittaa yhtä kohtaa viivalla silloin, kun on kyse voimakkaasta tunteesta tai psyykkisesti kuormittavasta tapahtumasta. Voisi olla helpompaa osoittaa mittarista tuntemusta sanallisella kuvauksella, esimerkiksi kivusta voi kertoa onko se siedettävää, melkein sietämätöntä tai täysin sietämätöntä, mikä on kuvaavampaa kuin pelkkä numero. (Bergh ym. 2012, Grove ym. 2013.)

Synnyttäjien synnytyskokemuksen arvioimisessa käytetty VAS-mittari on jaettu yhtä suuriin osiin, siinä on numeeriset arvot yhdestä kymmeneen. Synnyttäjältä kysytään: ”Millainen kokemus synnytysesä oli kokonaisuutena?” Hän arvioi synnytyskokemustaan kokonaisluvulla, yksi on erittäin negatiivinen kokemus ja kymmenen on erittäin positiivinen kokemus. Arvojen 1–5 katsotaan kuvaavan mittarin negatiivista puolta, jolloin voi tulkita, että kokemus on ollut synnyttäjälle kielteinen. (Rouhe & Saisto 2013.)

Synnytyskokemuksen tai -kivun laatua synnyttäjien arvioimana on mitattu muillakin mittareilla. Mittarien ongelmana on, että niiden kehittämiseen on harvoin käytetty systemaattisesti aikaa ja esitestausta. Myös tyytyväisyyden käsite vaihtelee kulttuurisidonnaisuuksien ja hoitotapojen vuoksi. Taustalla on tarkoitus kerätä tietoa synnyttäjien kokemuksista, ja synnytysyksiköiden sekä hoitohenkilöstön tarve saada luotettavaa tietoa hoidon laadusta. (Melender ym. 2006.) Mittareiden käyttökelpoisuuteen ja luotettavuuteen tulee perehtyä huolella ennen juurruttamista. On mietittävä tarkkaan, mitä tietoa mittarin halutaan tuottavan. (Melender ym. 2006, Grove ym. 2013.)

Tieto potilaan tyytyväisyydestä auttaa kehittämään palvelua edelleen. Tyytyväinen asiakas sitoutuu hoitoonsa ja suosittelee sitä myös muille. Terveystieteiden toimijoiden tulee kerätä toiminnastaan tietoa, jota voi hyödyntää laadun arvioinnissa ja parantamisessa sekä edelleen kehittää vertailu- ja käyttökelpoisia laatumittareita yleisesti terveydenhuollon yksiköiden käyttöön. (Melender ym. 2006, Rajalahti & Saranto 2011, Holopainen ym. 2013.)

2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Synnytyksen toivoisi olevan myönteinen kokemus jokaiselle synnyttäjälle, se loisi turvaa äidin toipumiselle synnytyksestä ja huolehtivan vuorovaikutussuhteen muodostumiselle vastasyntyneen kanssa. Kielteinen synnytyskokemus saattaa altistaa äidin mieliala- ja ihmissuhdeongelmille sekä perheessä että elinympäristössä. Kielteistä synnytyskokemusta ennakoivat usein pitkä ja kivulias synnytys, odottamattomat ongelmat kuten synnyttäjän, sikiön tai lapsen vaurioituminen tai sen uhka synnytyksessä. Emotionaalisina tekijöinä oman hallinnan järkkäminen ja heikko vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa lisäävät kielteisen synnytyskokemuksen mahdollisuutta.

Kielteistä synnytyskokemusta pitää työstää synnytyksen jälkeen synnytyskeskustelussa hoitohenkilökunnan kanssa ja tarvittaessa tarjota äidille ja perheelle keskusteluapua psykologin, psykiatrin tai potilasasiamiehen kanssa. Synnytyskeskustelut ovat tärkeitä tilanteita kaikille synnyttäjille, he kokevat haluavansa puhua kokemuksestaan, vaikka kokemus olisi ollut myönteinenkin. Mutta tärkeää on rohkaista synnytykseensä pettynyttä äitiä kertomaan kokemastaan ja ilmaisemaan jatkotoiveensa tilanteessa. Synnytystä

hoitanut kätilö ja lääkäri ovat tärkeässä asemassa selvittämään tapahtunutta äidin kanssa, heidän tulee suhtautua kunnioittavasti ja ymmärtäväisesti äidin kokemukseen, mikä auttaa naista selviämään siitä yli.

Kielteisen synnytyskokemuksen tunnistaminen ei aina ole itsestäänselvyys. Aina äidit eivät halua esimerkiksi arvostella hoitohenkilöstöä tai tuoda esille negatiivisia tunteuksiaan, koska synnytyksen ajatellaan olevan aina iloinen perhetapahtuma. Synnytyskokemusta seulotaan ns. VAS-mittarilla, josta äiti arvioi synnytyskokemuksensa laatua. VAS-sovellus antaa nopeasti viitteen siitä, minkälaiseksi äiti on synnytyksensä kokenut ja synnytyskeskustelu täydentää kokemuksen sanalliseen muotoon.

Kielteistä synnytyskokemusta on arvioitu vähän aikaisemmissa tutkimuksissa. On tärkeää käyttää olemassa olevista sairaaloiden rekistereistä kerättyä aineistoa ja analysoida siitä mistä tekijöistä kielteinen synnytyskokemus muodostuu. Näin voidaan kehittää äitiyshuollon palvelujärjestelmien toimintaa ja parantaa potilastyytyväisyyttä.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata synnyttäjien kielteisiä synnytyskokemuksia ja tuen saantia. Tavoitteena on tuottaa tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat kielteisen synnytyskokemuksen muodostumiseen sekä kehittää synnytysten hoitoa synnyttäjälähtöisemmiksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Mistä tekijöistä kielteiset synnytyskokemukset muodostuvat?
2. Miten synnyttäjiä hoidetaan kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen?
3. Mitkä ovat synnyttäjien kuvaamat odotukset ja toiveet tuelle kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen?

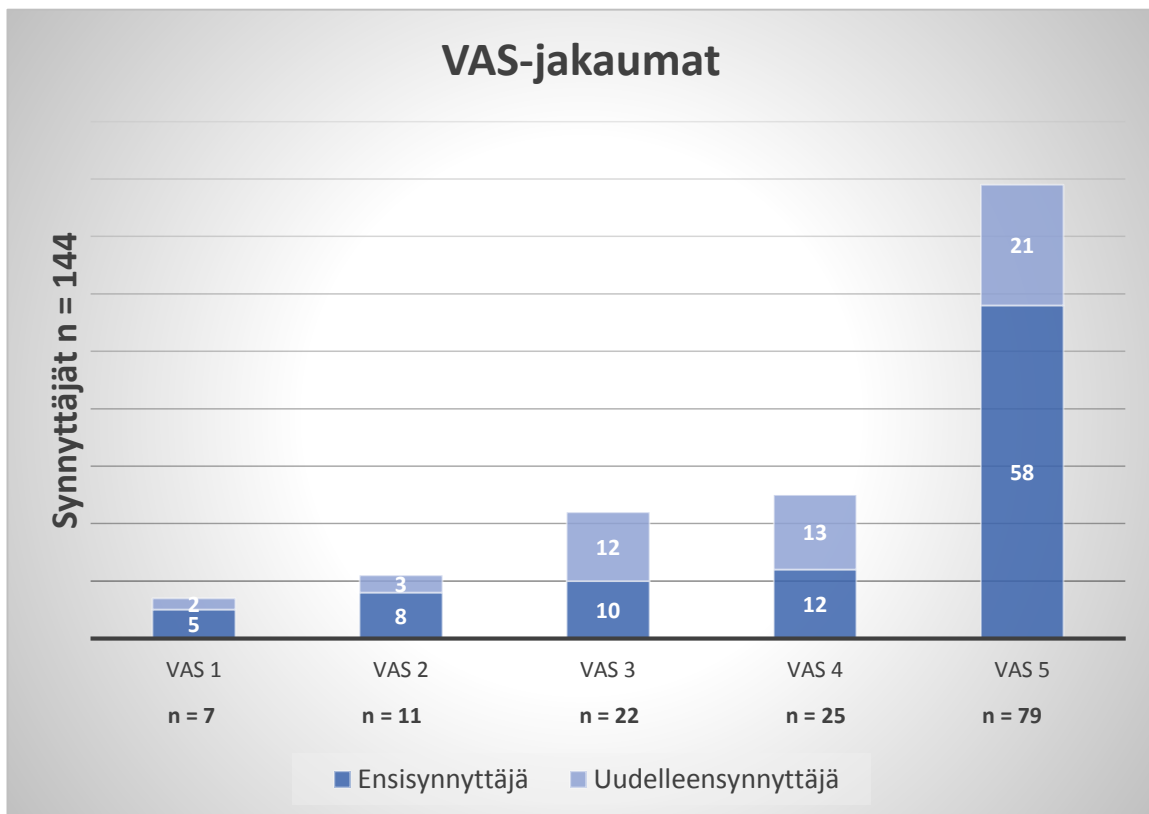
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen aineistona on Jorvin sairaalan synnytyskertomusjärjestelmästä kerätyt synnytyskeskustelujen sisältöjen kirjaukset (n = 147), joissa oli alhaiset VAS-pisteet. Lopulliseen aineistoon jäi 144 kirjausta, koska kolme kirjausta (2,1 %, n = 3) hylättiin niiden epätasällisyyksien ja selvien virheiden vuoksi. Synnytyskeskustelujen kirjauksien pituudet vaihtelivat muutamasta rivistä kokonaiseen sivuun. Aineistoa kertyi 88 sivua (Times New Roman fonttikoko 12, riviväli 1,5). Tutkimusaineistoon kuuluvat myös jälkikeskustelut sekä mahdolliset synnytyspelkopoliklinikan kirjaukset ennen synnytystä, jotka on myös kirjattu tietojärjestelmään (Rouhe 2010). Lisäksi aineistossa on synnyttäjien taustatiedot heidän iästään, synnytysten määrästä, synnytystavasta ja toimenpiteistä. Tutkimuksen perusjoukko on 3398 Jorvin sairaalassa vuonna 2012 synnyttänyttä naista, heiltä 90 %:lta saatiin VAS-arvio synnytyskokemuksesta, joista 4,8 % antoi alhaiset pisteet (alle 6) (Saisto 2013).

HUS-organisaation Jorvin sairaala on mukana tutkijalähtöisesti, koska tutkija työskentelee ko. toimipaikassa. Tekijän asiantuntijuudella, ammattitaidolla ja yksikön tunteuksella voidaan perustella aineiston alkuperää ja tutkimuksen lähtökohtia. (Lukkarinen 2003, Polit & Beck 2008.)

Kirjaukset valikoituivat aineistoon olemassa olevan mittarisovelluksen kautta. Synnytyksen jälkeinen synnytyskeskustelu kättilön tai lääkärin kanssa kirjataan potilaan näkökulmasta hänen saamaansa hoitoon ja kokemukseen. Liiallista ammattiterminologiaa vältetään, jotta dokumentti ei perustuisi eri ammattihenkilöiden työnkuvaamiseen. (Nykänen & Junttila 2012.) Keskustelu on vapaamuotoinen, synnyttäjiltä kysytään, millainen heidän synnytyksensä oli kokemuksena ja minkälainen olo siitä jäi (Rouhe 2010). Aineiston VAS-jakaumat on kuvattu kuviossa 2. VAS-arvojen keskiarvo oli 4,1 ja vaihteluväli (1–5).



Kuvio 2. Kielteisen synnytyskokemuksen VAS-arvioiden jakaumat aineistossa.

4.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin maaliskuussa 2014 Jorvin sairaalan synnytysosaston synnytyskertomusjärjestelmästä siten, että osastonhoitajan avulla saatiin tutkimukseen kuuluvien synnyttäjien tiedot ja heidän kertomuksensa avattiin. Kertomuksista kerättiin kirjatut synnytyskeskustelut ja mahdolliset muut synnytyskokemukseen vaikuttavat merkinnät tekstinkäsittelyohjelman kopioi-liitä -toiminnolla erilliselle tiedostolle ilman henkilötunnuksia. Tulostettua tiedostoa ei tallennettu tietokoneelle.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi, koska aineiston materiaali on vapaata kuvailevaa tekstiä, ja sen analysointiin sopii kyseinen

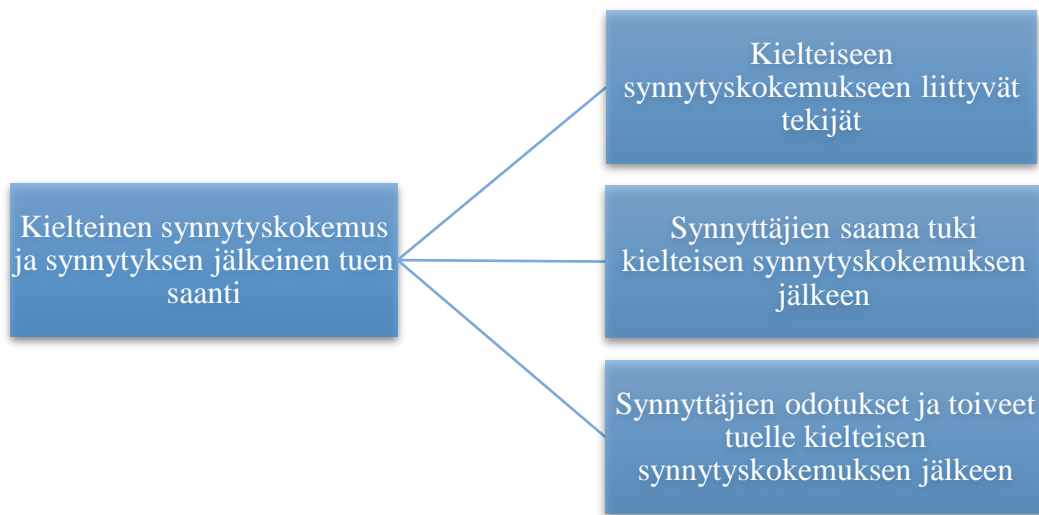
menetelmä (Polit & Beck 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla saadaan tietoa naisten synnytyskokemuksista ja käsityksistä, joissa mielenkiinto kohdistuu siihen, mitkä seikat tekevät kokemuksesta kielteisen. Analysointi etenee vaiheittain prosessina, joita ovat aineistoon tutustuminen, analyysiyksikön määrittely, aineiston pelkistäminen ja luokittelu sekä analyysin luotettavuuden arviointi. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjaavat sisällönanalyysia. Mukana olevasta aineistosta etsitään samankaltaisuuksia synnyttäjien kielteisistä kokemuksista, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, Polit & Beck 2008, Stake 2010.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kielteisen synnytyskokemuksen syitä kirjatuihin vapaamuotoisista dokumenteista sisällönanalyysilla. Laadullinen tutkimus on tulkitsevaa ja ymmärtävää, se selittää todellisuutta ihmisen kokemuksen kautta ja lisäksi se pyrkii tuottamaan lisää ymmärrystä ilmiöstä eikä niinkään yleistettävyydestä. (Polit & Beck 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Aineistoon tutustuminen aloitettiin lukemalla se useaan kertaan läpi. Kirjauksista haettiin ilmauksia, jotka vastasivat tutkimusongelmiin ja joissa oli kuvaavaa ilmisälttöä synnyttäjien omista kokemuksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Synnytyskeskustelukirjauksissa oli myös paljon merkintöjä äidille annetuista ohjeista, kuten rinnanpäiden hoidosta, nämä merkinnät jätettiin yleensä huomiotta, koska katsottiin, että ne eivät kuvaa kielteistä synnytyskokemusta. Alkuperäistä aineistoa luettiin uudelleen koko analyysivaiheen ajan, jotta käsitys alkuperäisilmauksista ei muuttuisi prosessin kuluessa. (Polit & Beck 2008.)

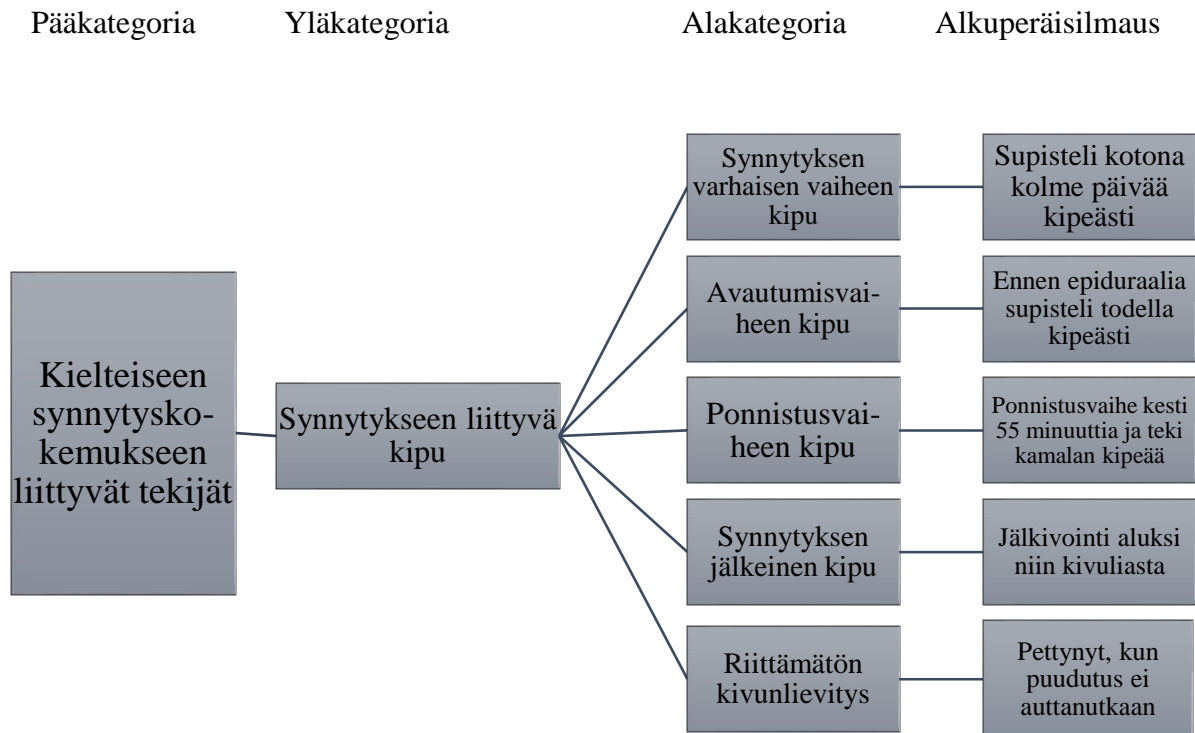
Kun kokonaiskuva aineistosta oli muodostettu, ilmaisut kirjattiin analyysiyksiköiksi, jotka olivat sisällöstä riippuen muutaman sanan tai useamman lauseen mittaisia kuvauksia haetusta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009). Lähes jokaisessa aineiston kirjauksessa mainittiin ”kipu” eri yhteyksissä. Näihin ilmaisuihin paneuduttiin erityisen huolella, koska synnyttäjät kertoivat kivusta sen olleen sietämätöntä, kivunlievityksen ansiosta siedettävää tai hetkellistä. Toinen ilmaus, joka tuli teksteissä usein esiin, oli ”rankka”, tätäkin ilmausta käytettiin kuvaamaan synnytyskokemusta joko negatiivisesti kuormittavana tekijänä tai vertailussa, ”ei se niin rankka ollut, kuin...”.

Analyysiyksiköistä johdetut pelkistetyt ilmaisut luokiteltiin sisällön perusteella ja niistä muodostettiin alakategoriat. Näitä luokkia ryhmittelemällä muotoutuivat yläkategoriat tutkimuskysymysten ohjaamina ja niistä pääkategoriat. (Polit & Beck 2008, Stake 2010.) Yhdistävä luokka on kielteinen synnytyskokemus synnyttäjien kuvaamana ja heidän sen jälkeen saamansa tuki (Kuvio 3).



Kuvio 3. Yhdistävä luokka kielteinen synnytyskokemus synnyttäjien kuvaamana ja synnytyksen jälkeinen tuki muodostui kolmesta pääkategoriasta.

Pääkategoriat luokiteltiin edelleen aiheen mukaan ja tutkimuskysymysten ohjaamina ylä- ja alakategorioihin. Ne muodostuivat alkuperäisilmausten pelkistetyistä ilmauksista (Kuvio 4).



Kuvio 4. Esimerkki analyysistä ja kategorioiden muodostumisesta.

5 TULOKSET

5.1 Aineiston kuvailu

Tutkimuksessa mukana olevista synnyttäjäistä ensisynnyttäjiä oli yli puolet 64,6 % (n = 93), toissynnyttäjiä 27,8 % (n = 40), kolmatta lastaan synnyttäviä 5,5 % (n = 8) ja neljättä lastaan synnyttäviä naisia 2,1 % (n = 3). Raskauden kestot vaihtelivat raskausviikkojen 35+4 ja 42+2 välillä. Synnyttäjien keski-ikä oli 30 vuotta. Nuorin tutkimuksessa mukana ollut synnyttäjä oli 19-vuotias ja vanhin 42-vuotias.

Synnyttäjäistä 13,1 % (n = 19) oli käynyt ennen synnytystä synnytyspelkokeskustelussa joko kättilön tai lääkärin luona. Heistä 58,0 % (n = 11) synnytti normaalisti, kolme (15,8 %, n = 3) joutui kiireelliseen sektioon, yksi (5,3 %, n = 1) synnytti sovitusti sektiolla ja imukuppi tehtiin kolmelle (15,8 %, n = 3) synnytyspelkoiselle synnyttäjälle, joista kahdelle (10,6 %, n = 1) tehtiin istukan käsinirrotukseen ja toiselle heistä komplikaationa oli runsas (yli 1000 ml) verenvuoto toimenpiteen yhteydessä.

Aineiston naisista 24,3 % (n = 35) oli synnyttänyt keisarileikkauksella eli sektiolla. Heistä 14,3 % (n = 5) oli joutunut hätäsektioon, 68,6 % (n = 24) kiireelliseen sektioon ja 17,1 % (n = 6) ennalta sovittuun eli elektiiviseen sektioon. Yksi äideistä (2,9 %, n = 1) oli menettänyt verta yli 1000 ml sektion yhteydessä.

Alatiesynnyttäneitä naisia oli 75,7 % (n = 109). Heistä imukupin avulla oli synnyttänyt 23,9 % (n = 26). Viisi äitiä (4,6 %, n = 5) oli joutunut synnytyksen jälkeen leikkaussaliin istukan käsinirrotukseen ja yhdeksän (8,3 %, n = 9), joista kolmella oli imukuppiavusteinen synnytys, oli saanut toisen, kolmannen tai neljännen asteen synnytysvaurion, joka vaati korjauksen leikkaussalissa synnytyksen jälkeen. Viidelle synnyttäjälle (4,6 %, n = 5) tuli runsas verenvuoto (yli 1000 ml) synnytyksen jälkeen, heistä neljällä oli imukuppiavusteinen synnytys, yhdellä imukupin lisäksi oli istukan käsinirrotus ja yhdellä oli käynnistetty synnytys.

Synnytys käynnistettiin 15,3 %:lla (n = 22) aineiston naisista. Heistä 59 % (n = 13) synnytti normaalisti, 18 % (n = 4) joutui kiireelliseen sektioon, 18 %:lla (n = 4) synnytystä avustettiin imukupilla ja 4,5 % (n = 1) joutui istukan käsinirrotukseen ja jonka yhteydessä

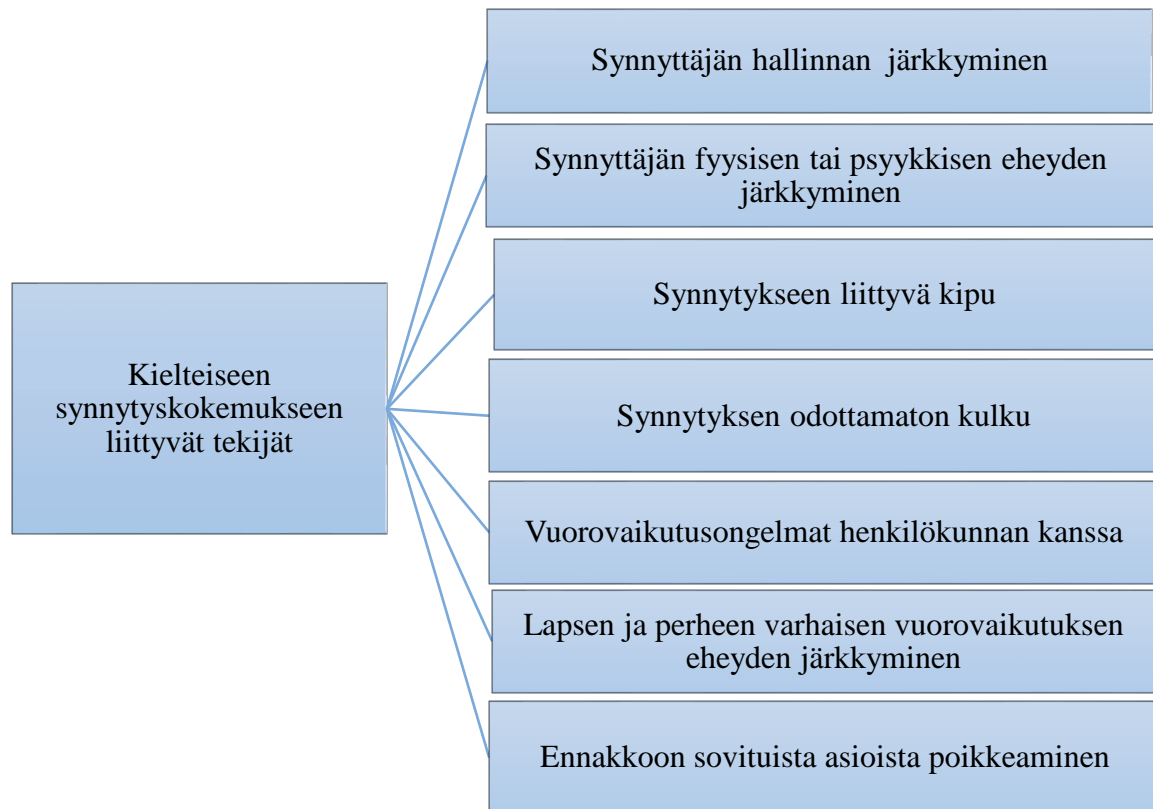
hänelle tuli myös runsas verenvuoto. Koko aineiston synnyttäjien synnytystapatiedot ja toimenpiteet on kuvattu taulukossa 1, suluissa olevia lukuja ei lasketa yhteismäärään.

Taulukko 1. Synnyttäjien synnytystapatiedot ja toimenpiteet.

Synnytystapa	n=144	Synny- tyspelko	Kehon synnytys- vauriot	Synnytyksen jälkeinen verenvuoto yli 1000 ml	Käynnistet- ty synnytys
Säännöllinen alatiesynnytys	81	11			13
Epäsäännöllinen alatiesynnytys	28	4	6		5
Imukuppi	(26)	(3)	3	4	(4)
Istukan käsinirrotus	(5)	(1)	(1)	(1)	(1)
Elektiivinen sektio	6	1		1	
Kiireellinen sektio	24	3			4
Hätäsektio	5				
Yhteensä	144	19	9	5	22

5.2 Kielteiseen synnytyskokemukseen liittyvät tekijät

Naisten kuvaamat tekijät kielteiselle synnytyskokemukselle muodostuivat synnyttäjän hallinnan, fyysisen tai psyykkisen eheyden järkkymisestä, synnytyksen aikaisesta kivusta sekä synnytyksen ennakoimattomasta kulusta. Myös vuorovaikutusongelmat henkilökunnan kanssa, huoli lapsen ja perheen varhaisen vuorovaikutuksen eheydestä ja ennakkoon sovituista asioista poikkeaminen aiheuttivat kielteistä synnytyskokemusta. (Kuvio 5).



Kuvio 5. Kielteiseen synnytyskokemukseen liittyvät tekijät -pääkategoria.

5.2.1 Synnyttäjän hallinnan järkkyminen

Synnyttäjän hallinnan järkkymiseen liittyviä tekijöitä olivat fyysisen ja psyykkisen hallinnan järkkymisen tunteet, tunne synnytyksen ennakoimattomuudesta, suunnittelematon raskaus ja synnyttäjän sosiaalinen tausta (Kuvio 6).

Fyysiset tuntemukset pelottivat ja vaikuttivat synnytystilanteen hallintaan. Fyysiset kokemukset synnytyksen eri vaiheissa kuvattiin niin voimakkaiksi, että naiset eivät kyenneet keskittymään omaan tekemiseen, johon tarvitaan voimia sekä kaikkien osapuolten, synnyttäjän, tukihenkilön ja henkilökunnan pyrkimystä yhteiseen päämäärään eli lapsen turvalliseen syntymään.

”synnytyskokemus oli rankka, kovaa työtä” vas2

”kun vauva syntyi, niin äidin olo oli niin turta, että ei jaksanut edes tuntea helpotusta” vas5, imukuppiavusteinen synnytys

”kokee olleensa pahoinvoiva synnytyksen aikana ja pettynyt itseensä”vas5

”kokee oman kehon pettäneen hänet raskauden ja synnytyksen aikana, koska sai raskausdiabeteksen ja jouduttiin tekemään imukuppi sikiön sydänäänten takia”vas3

”ajatellut, että synnytys olisi rankka, mutta ollut yllättynyt, että se oli niin rankka”vas5

Psyykkisen hallinnan menetys liittyi läheisesti fyysisiin tuntemuksiin. Kun fyysiset tuntemukset olivat niin voimakkaat, että ne estivät toimimisen ja ajattelun synnytyksen aikana, naiset kuvasivat kokeneensa psyykkisen hallinnan menettämistä, paniikkia, muistamattomuutta ja voimakasta uupumusta sekä jaksamattomuutta.

”ei muista tarkalleen mitä tapahtui”vas4

”kokenut, että ei tule selviytymään tästä”vas3

”pettynyt omaan jaksamattomuuteensa synnytyksessä”vas4

”ollut aivan uupunut ponnistusvaiheessa, hallinta pettänyt ja mennyt paniikkiin”vas2

Naisten kuvaama tunne *kyvyttömyydestä ennakoida* synnytyksen ja tapahtumien kulkua koettiin heikentäneen omaa hallintaa. Valmistautumisen vaikeus asioihin, joita ei voi tietää etukäteen vaikutti synnytyskokemukseen, vaikka itse synnytys olisi mennytkin normaalisti.

”oma kyvyttömyys ennakoida, mitä tuleman piti”vas5

”mennyt erilailla, kuin oli odottanut, helpottanut vasta kun vauva oli syntynyt ja sai hoitaa sitä”vas5

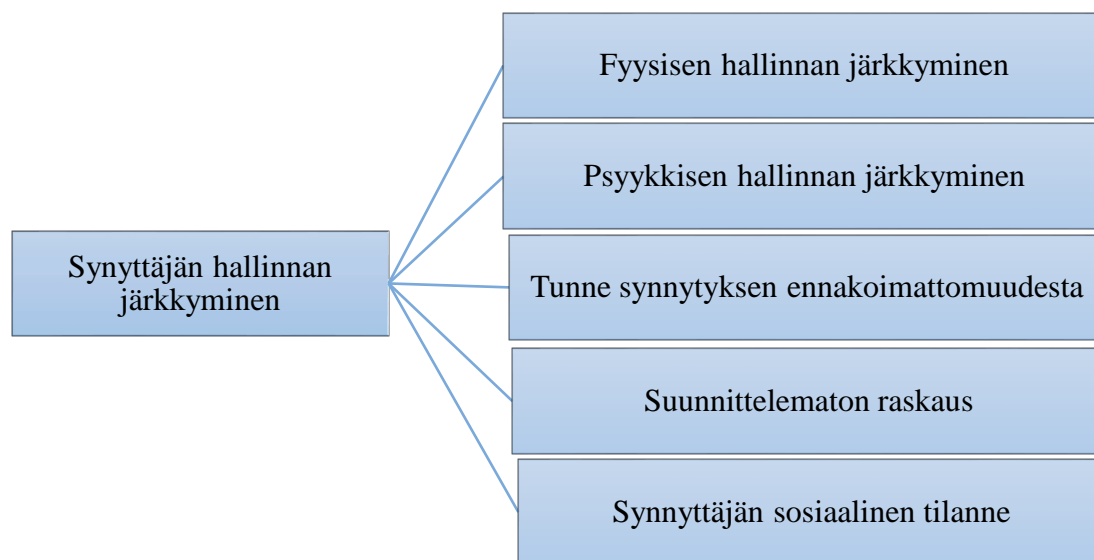
Suunnittelematon eli yllätysraskaus loi hallinnan menetyksen tunnetta jo raskausaikana. Nainen tunsi synnytyspelkoa, johon haki hoitoa synnytyspelkopoliklinikalta. Synnytyksessä pelotti siitä selviytyminen ja erityisesti synnytyskipu. Ystäväpiirissä juuri kellään ei ollut lapsia ja äidiltä puuttui vertaisryhmä, jolta saisi tukea.

”raskaus ei ollut suunniteltu ja sen tultua ilmi iski paniikki... synnytyspelkokeskustelussa kertonut pelkäävänsä koko synnytystä ja kipua...kellään ei ole lapsia ystäväpiirissä”vas5, synnytyspelko

Synnyttäjän sosiaalinen tilanne kuten yksinäisyys ja heikko taloudellinen tilanne vaikuttivat synnytyskokemukseen. Yksinäinen synnyttäjä kertoo joutuneensa selviytymään ilman tukihenkilöä synnytyksestä. Synnytyspelkoinen nainen kuvasi raskaana ollessaan olevansa huolissaan selviytymisestään, koska hänen taloudellinen tilanteensa oli huono. Yksinäisyys ja taloudelliset huolet varjostivat tapahtumaa, vaikka lopputulos oli palkitseva.

”aluksi serkku ollut mukana synnytyksessä, mutta sitten joutui olemaan yksin, onneksi lopputulos oli palkitseva”vas5

”paniikin syynä oli taloudellinen tilanne”vas5, synnytyspelko



Kuvio 6. Synnyttäjän hallinnan järkkyminen – yläkategorian muodostuminen.

5.2.2 Synnyttäjän fyysisen tai psyykkisen eheyden järkkyminen

Synnyttäjän fyysisen tai psyykkisen eheyden järkkyminen aiheutui tunteesta, että oma keho ei toimi, synnytyksessä tulleista fyysisistä vaurioista, nöyryydyksen kokemuksesta synnytyksessä ja synnytyksen käynnistämisestä (Kuvio 7).

Kokemus, että *oma keho ei toimi* aiheutti synnyttäjille psyykkistä eheyden tunteen järkkymistä. Vaikeudet synnytyksessä johtuen omasta osaamattomuuden tunteesta tai siitä, ettei oma keho voi toimia siten kuin synnytyksessä pitäisi, ahdistivat synnyttäjiä ja loivat huonommuuden tunnetta.

”kokee, ettei hänen elimistöään ole tarkoitettu lasten tekemistä varten, eikä aio hankkia lisää lapsia” vas5

”koki, että ei osannut ponnistaa tarpeeksi hyvin” vas5

”ollut kovin alatiesynnytysmyönteinen... pettynyt itseensä, kun ei ole onnistunut” synnyttämään alakautta ja joutunut sektioon... nyt tästä keskusteltaessa itkee” vas5

Synnytyksessä tulleet *kehon synnytysvauriot* heikensivät synnytyskokemusta. Emättimen repeämä- ja peräaukon sulkijalihasvauriot olivat aiheuttaneet pelkoa jo etukäteen ja niiden parantumisesta koettiin huolta synnytyksen jälkeen.

”synnytyksen jälkeen toimenpiteet (ompele) ja hematoomaan liittyvät asiat mietityttävät” vas3

”kertoo muistavansa synnytyksen olleen yllättävän raju, kyselee lähinnä sulkijalihasvaurion paranemisesta, pelkäsi lähtökohtaisesti niitä” vas3

”sfinktervaurio harmittaa” vas4

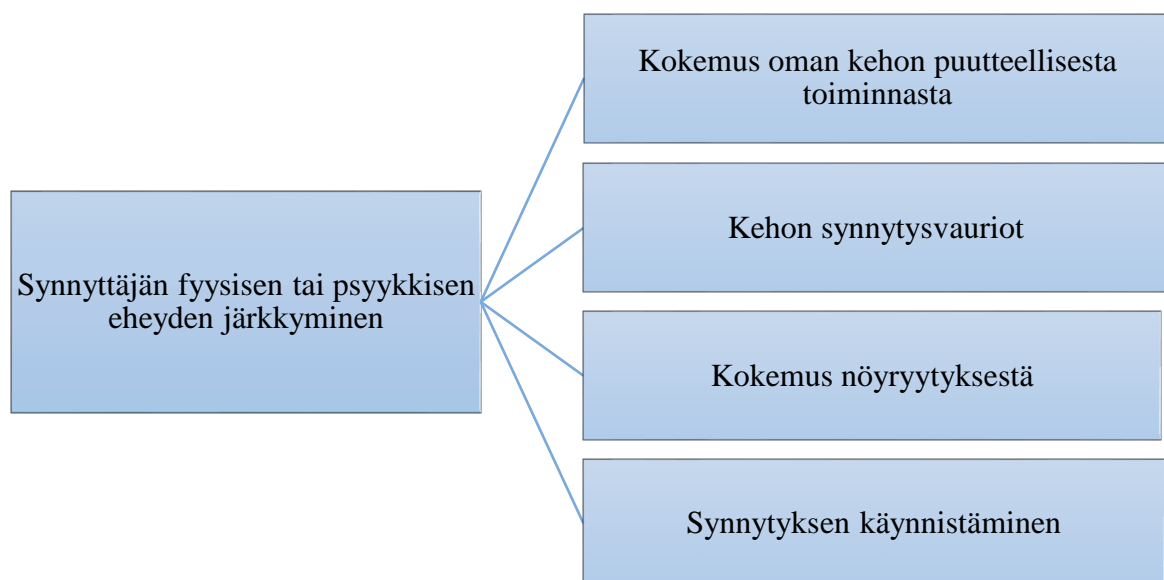
Synnytyksessä *nöyryydyksen kokemus* lisäsi kielteistä synnytyskokemusta. Synnytyksessä kohdun supistuksiin ja tyhjentymiseen liittyi, että myös virtsarakko ja peräsuoli saattoivat tyhjentyä tahdottomasti. Tämä koettiin nöyryyttävänä, kun itselle läheinen ihminen oli paikalla.

”oli kokenut nöyryyttävänä, että virtsaa ja ulostetta oli tullut sängylle miehen silmien edessä”vas5

Synnytyksen käynnistäminen lisäsi synnytyskokemuksen kielteisyyttä. Synnytyksen käynnistäminen saattoi kestää niin kauan, että siihen väsyi ja toisaalta synnytys saattoi käynnistyä niin nopeasti, että sen rajuus teki siitä kielteisen.

”koki pitkän käynnistysprojektin todella rankkana”vas3

”koki, että synnytyksen käynnistäminen tipalla teki siitä kielteisen, supistukset tulivat niin rajuina ja keinotekoisesti”vas5



Kuvio 7. Synnyttäjän fyysisen tai psyykkisen eheyden järkkäminen –yläkatgoria.

5.2.3 Synnytykseen liittyvä kipu

Synnytykseen liittyvä kipu edesauttoi kielteisen synnytyskokemuksen muodostumista. Kipua koettiin synnytyksen kaikissa vaiheissa (Kuvio 8). Synnytyskipu mainittiin lähes jokaisessa keskustelussa. Sitä kuvailtiin odotettua pahemmaksi, yllättävän kovaksi tai rajuksi vaikka siihen olisi etukäteen yrittänyt valmistautua.

”kipu yllätti täysin”vas4

”vaikka tiesin, että synnytys on kivulias, en odottanut sen olevan näin kova”vas5

Synnytyksen varhaisen vaiheen kipu vaikutti synnytyskokemukseen kielteisesti. Supistuksia saattoi olla kotona ennen sairaalaan tuloa jo kipeinä ja häiritsevinä. Vaikka supistukset olivat olleet kivuliaat, niin synnytys ei kuitenkaan ollut käynnissä ja se teki tilanteesta raskaan.

”supistukset erittäin kipeät, mutta sanottu, että synnytys ei ole vielä käynnissä”vas2

”epäsäännöllisiä supistuksia ollut pitkään ja ne äiti kokenut kivuliaina”vas5

Avautumisvaiheen kipu koettiin kovaksi ja aiheutti kielteisyyttä synnytyskokemukseen, vaikka kivunlievitys olisi auttanutkin.

”epiduraalipuudutuksesta jäi positiivinen kokemus, auttoi äidin kivuissa, kuitenkin synnytys oli todella paljon odotettua kivuliaampi, siksi alhainen numero”vas3

Ponnistusvaiheen kipu lisäsi kielteistä synnytyskokemusta pitkäkestoisuuden ja kivuliaisuuden vuoksi.

”ponnistusvaihe kesti 55 minuuttia ja teki aivan kamalan kipeää”vas2

Synnytyksen jälkeinen kipu koettiin niin hankalaksi, että se aiheutti kielteisyyttä synnytyskokemukseen. Sekä toimenpide- että alatiesynnytyksen jälkeen kipu kuvattiin ikäväksi ja voimaa vieväksi.

”sektion jälkeinen kipu yllätti ikävästi”vas3

”lähinnä erityisen ikävää, kun jälkivointi aluksi ollut niin kivuliasta, tämä vei voimia”vas2

Riittämätön kivunlievitys liittyi kielteiseen synnytyskokemukseen. Huolimatta kaikista saaduista kivunlievityksistä ja puudutuksista, kipua koettiin liiallisena. Hankaluutta aiheutti se, että kipu oli kovaa, mutta synnytyksen varhaisen vaiheen vuoksi puudutusta ei voitu synnytyso pillisest i laittaa. Useissa tapauksissa nopeissa synnytyksissä

puudutuksia ei ehditty antaa tai ne auttoivat riittämättömästi. Synnytysrepeämien ompelussa paikallispuudutuksen koettiin tehoavan huonosti.

”supistukset olleet kivuliaat, eikä k-suu ollut riittävän auki epiduraalipuudutusta varten” vas1

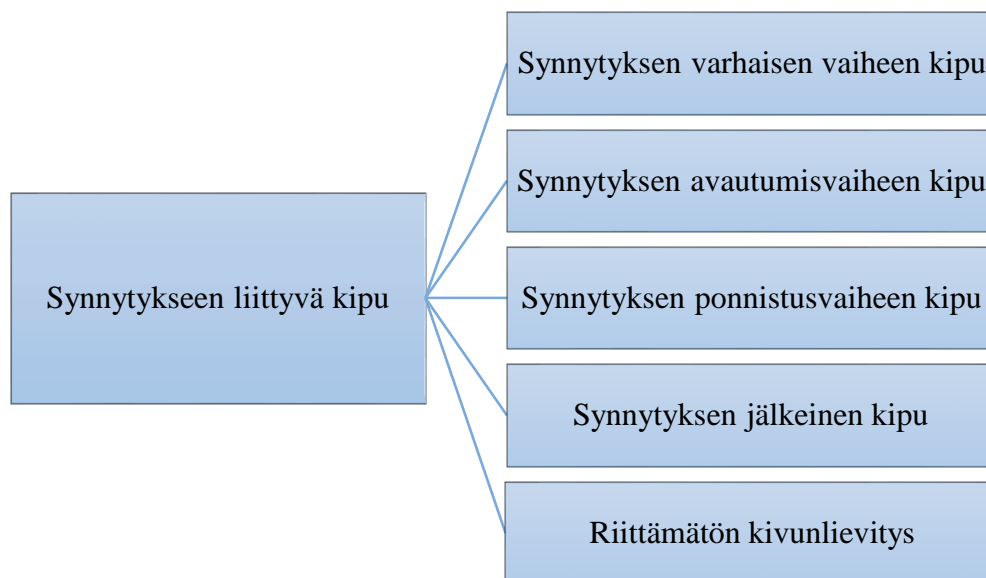
”oli luullut puudutuksen auttavan paremmin” vas1

”pettynyt, kun puudutus ei auttanutkaan” vas3

”repeämän ompelu ollut kivuliasta” vas4

”pahinta oli, kun ei kerennyt saada puudutusta” vas5

”pettynyt, koska ei saanut mitään kivunlievitystä, oli nimenomaan toivonut tältä synnytykseltä, että tulisi tarpeeksi ajoissa ja saisi puudutuksen” vas5



Kuvio 8. Synnytykseen liittyvä kipu –yläkatgoria.

5.2.4 Synnytyksen odottamaton kulku

Äkilliset toimenpiteet synnytyksessä johtuen synnyttäjän, sikiön tai lapsen akuutista tarpeesta saada tehostettua hoitoa lisäsivät epävarmuutta ja kielteistä synnytyskokemusta.

Toisaalta omien odotuksien poikkeaminen toteutuneesta aiheutti pettymystä synnytyksessä (Kuvio 9).

Äkilliset toimenpiteet eli yleensä tilanteet, joissa jouduttiin edistämään synnytyksen kulkua äidin tai lapsen hyvinvointia tai henkeä uhkaavan tilanteen vuoksi koettiin heikentävän synnytyskokemusta.

”imukuppi epäonnistui ja jouduttiin hätäsektioon”vas3

”vuoto ja istukan käsinirrotus laskevat arvosanaa”vas5

”napanuora neljä kertaa kaulan ympärillä ja jouduttiin hätäsektioon”vas3

”pettynyt, koska joutui leikkaukseen, sillä vauva oli yllättäen perätilassa”vas5

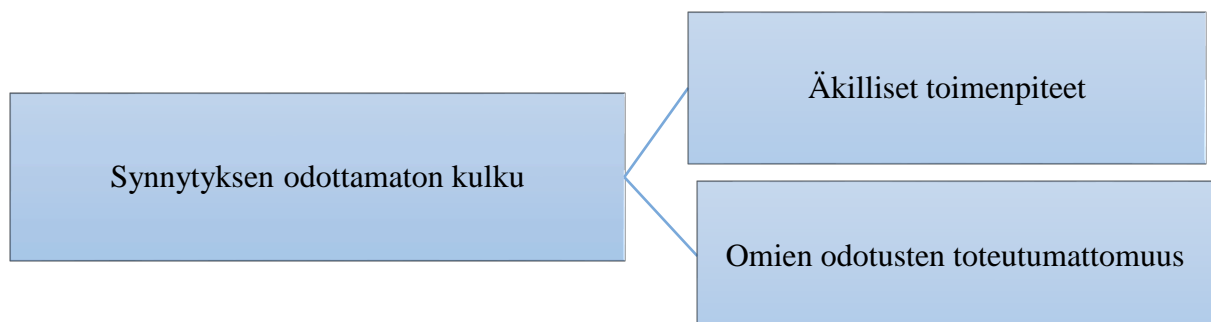
”pettynyt, koska oli ajatellut kokeilla jakkaraa ja suunnitellut toisenlaisen ponnistusvaiheen, ymmärtää kuitenkin imukupin välttämättömyyden”vas4

Jos omat odotukset, joihin oli valmistautunut tai valmentautunut, olivat poikkeavat synnytyksen toteutuneesta kulusta, niin kokemus tuotti pettymyksen.

”synnytys kesti kolme vuorokautta, ei mennyt ollenkaan niin kuin oli ajatellut”

”odotukset omaan suoritukseen olivat korkealla ja pettynyt kun meni toisin”vas5

”mikään ei mennyt kuten piti, kaikki meni pieleen”vas1



Kuvio 9. Synnytyksen odottamaton kulku –yläkategori.

5.2.5 Ongelmat henkilökunnan kanssa

Synnytyskokemusta huononsivat ongelmat henkilökunnan kanssa. Synnyttäjät kuvasivat sekä henkilökunnan ammatillisen osaamisen puutteita että synnyttäjien toiveiden vähäistä huomiointia. Näitä olivat mm. riittämätön tieto synnyttäjälle synnytyksen kulusta ja asioista, joita synnyttäjän olisi hyvä tietää (Kuvio 10).

Henkilökunnan puutteet tiedoissa ja ammattitaidoissa aiheuttivat huolta. Synnyttäjät arvioivat tapaa, miten kätilö työskenteli eivätkä voineet luottaa, että kätilö ymmärsi heidän tarpeitaan ja heidän synnytyksensä kulkua.

”kokee, että synnytys oli henkilökunnan puolelta sähläystä, kätilö ei ollut tilanteen tasalla” vas4

”kätilöiden erilaiset hoitotavat mietityttivät” vas5

Synnyttäjien oli vaikea hyväksyä, jos henkilökunta ei heti onnistunut tekemään sitä mitä piti, vaikka mitään vahinkoa ei olisi tapahtunutkaan.

”epiduraalin laitto sattui, sillä asennossa piti pysyä pitkään ja onnistui vasta toisella kerralla” vas5

”kyselee leikkauksen pitkästä kestosta, puudutuksen odottelusta moneen kertaan ja lisäksi sulkemiseen mennyt normaalia enemmän aikaa...mitään poikkeavaa ei kuitenkaan todettu” vas2, elektiivinen sektio perätilan vuoksi

Selvien hoito- tai mittausvirheiden koettiin heikentävän synnytyskokemusta.

”äiti ollut huolissaan, koska vauva saanut 2 kertaa K-vitamiiniannoksen” vas4

”vauvan pituudeksi merkattu 48 cm ja vanhemmille sanottu 53 cm. Luvattu selvittää asia” vas5

Henkilökunnan puutteet kohtaamisessa ja huomioimisessa mainittiin keskusteluissa usein. Synnyttäjät olisivat toivoneet enemmän kätilön läsnäoloa synnytyksen aikana. He toivoivat myös, että heille olisi annettu synnytyksen kulusta tietoa ja tukea sekä ohjausta

siihen, mitä synnytyksen eri vaiheissa olisi hyvä tehdä voidakseen auttaa synnytystä edistymään.

”kokee, että jäi yksin, kätilö oli niin vähän paikalla tukemassa ja ohjaamassa”vas2

”kuvailee epä tietoisuutta negatiivisimpana kokemuksena”vas3

”olisi toivonut enemmän tukea ja tietoa”vas3

Joissain tapauksissa kätilö kuvattiin ihmiseksi, jonka kanssa ei vain pysty toimimaan.

”kemat eivät kohdanneet synnytystä hoitaneen kätilön kanssa, se jäänyt harmittamaan”vas3

Pitkään synnyttämässä ollut synnyttäjä koki kätilön vuorojen vaihtumisen turvattomana.

”kohdannut kahdeksan eri kätilöä ja se tuntunut turvattomalta”vas1

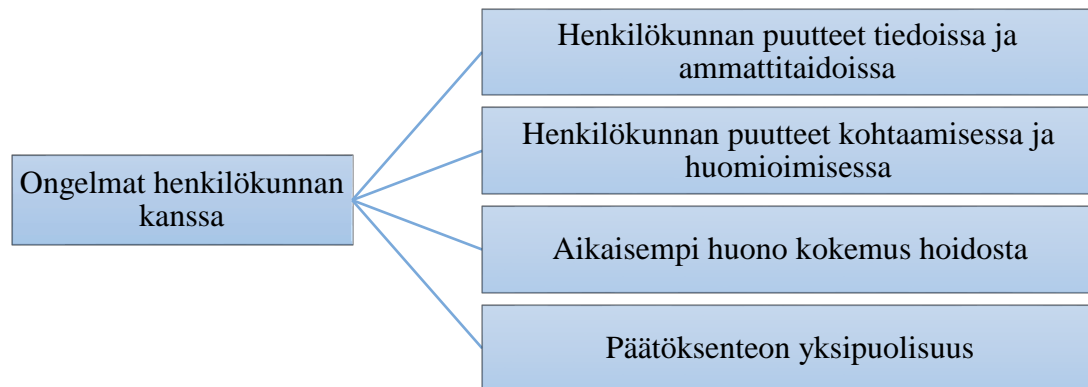
Aikaisempi huono kokemus hoidosta teki kielteisen myös tästä synnytyskokemuksesta. Synnyttäjä oli mielestään edellisellä hoitokerralla sairaalassa ollessaan saanut huonoa kohtelua. Asia oli jäänyt selvittämättä ja painamaan mieltä, että sinänsä onnistunut synnytyskokemus ei riittänyt eheyttämään sitä.

”puhuu eniten edellisestä sairaalakokemuksestaan, jolloin oli hoidossa keskenmenon takia, sai silloin mielestään huonoa kohtelua henkilökunnalta, eikä kerrottu miksi vauva silloin kuoli”vas4

Kokemus päätöksenteon yksipuolisuudesta lisäsi kielteistä synnytyskokemusta. Synnyttäjät kokivat, että heille ei tarpeeksi hyvin selitetty miksi päätökset tehtiin siten kuin tehtiin ja näissä päätöksissä ei huomioitu synnyttäjien toiveita. Lisäksi he kokivat, että päätökset olisi voitu tehdä nopeammin tai ei kunnolla selitetty, miksi päätöstä ei tehty aiemmin.

”harmissaan, että lääkäri pitkitti sektiopäätöstä”vas5

”mieltii, olisiko leikkauspäätös voitu tehdä nopeammin”vas4



Kuvio 10. Ongelmat henkilökunnan kanssa – yläkategoria.

5.2.6 Huoli lapsen ja perheen varhaisen vuorovaikutuksen järkkymisestä

Lapsen ja perheen varhaisen vuorovaikutussuhteen vaarantuminen heti synnytyksen jälkeen aiheutti huolta ja lisäsi kielteisiä tunteita synnytystä kohtaan. Synnyttäjät toivat esiin huolta vastasyntyneen hyvinvoinnista ja huolta vastasyntyneen kanssa selviytymisestä (Kuvio 11).

Synnyttämään tullessaan synnyttäjät ja heidän perheensä toivoivat tervettä lasta ja että kaikki menisi synnytyksessä hyvin. *Huoli lapsen hyvinvoinnista* oli sujuvankin synnytyksen kuluessa todellista ja erityisesti, jos synnytys vaikeutui, pitkittyi tai päädyttiin tekemään synnytystä jouduttavia toimenpiteitä. Hätäsektion jälkeen äidit olivat usein ahdistuneita, koska he voivat huonosti nukutuksesta johtuen ja toisaalta huoli lapsesta oli voimakas, kun ei tiennyt miten lapsi voi.

”epävarmuus heräämössä herätessä hätäsektion jälkeen teki heikottavan olon ja huolen onko vauvalla kaikki hyvin”vas2

”huonon ktg:n takia hätäsektioon, miettii mitä olisi tapahtunut, jos ei olisi tullut silloin sairaalaan”vas2

Lapsesta eroon joutuminen heti synnytyksen jälkeen loi pettymystä ja avuttomuuden tunnetta. Tieto lapsen tarkasta voinnista puuttui eikä kukaan myöskään varmuudella

pystynyt sanomaan, kuinka kauan lapsi joutuu olemaan erossa vanhemmistaan tai minkälaisiin hoitoihin joutuu.

”vauvakin oli alkuun lastenosastolla, tunsin avuttomuutta kun ei tiennyt mitään eikä voinut hoitaa vauvaansa”vas2

”pettynyt, koska vauva joutui heti syntymän jälkeen virvoiteltavaksi ja lastenosastolle”vas5

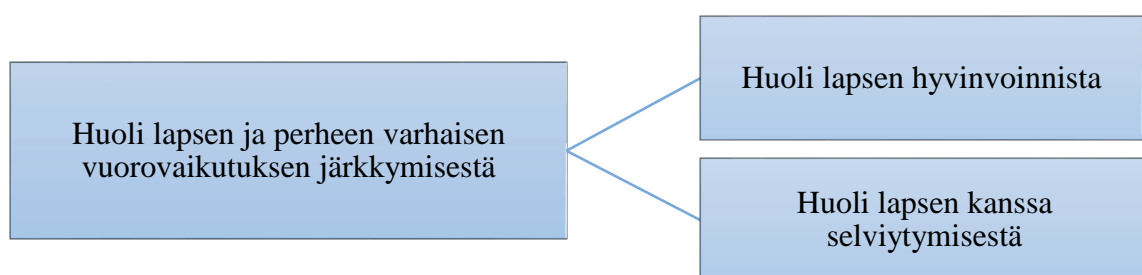
Synnyttäjää kuvasi tapahtunutta, jossa äkillisesti tuli epäily sikiön ahdinkotilasta, synnyttäjää itsekin hätääntyi ja tunsin, ettei pysty ponnistustyöhön.

”vauvan syntymää jouduttiin imukupilla auttamaan, ponnistusvaiheessa iski paniikki, tuntui, että ei saa lasta terveenä ulos”vas1

Äidit kantoivat huolta lapsen kanssa selviytymisestä ja siitä kuinka jaksavat pienokaistaan hoitaa.

”synnytyksen loppuvaihe pitkittynyt, oli vertaillut itseään toiseen äitiin ja tuntenut avuttomuutta, kun ei pystynyt hoitamaan vauvaansa, oli yrittänyt olla vahva”vas3

”harmittaa imetyksen hankaluus”vas5



Kuvio 11. Lapsen ja perheen varhaisen vuorovaikutuksen eheyden järkkyminen – yläkategoria.

5.2.7 Poikkeamat ennakkoon sovituista asioista

Erityisesti synnytyspelkoiset äidit, jotka olivat raskauden aikana käyneet synnytyspelkopoliklinikalla keskustelemassa tulevasta synnytyksestä kättilön tai lääkärin kanssa toivat esiin pettymyksen siitä, että sovituista asioista ei pystytty pitämään kiinni. Asia muodostui heikentäväksi tekijäksi heidän synnytyskokemukselleen.

”pettynyt ettei saanut synnytyksessä puudutusta, vaikka siitä oli etukäteen sovittu” vas1, synnytyspelko

”elektiivinen sektio sovittu H39 synnytyspelon vuoksi, synnytys käynnistyi H 36+2 ja joutui synnyttämään alateitse, pettynyt sen takia” vas2, synnytyspelko

”ennen synnytystä käynyt synnytyspelkokeskustelussa, pelännyt lähinnä kipua. Synnytyksen aikana saanut sekä epiduraali- että spinaalipuudutuksen lisäksi parakervikaalipuudutuksen, kyseisistä kivunlievitysmenetelmistä ei ole kokenut saaneensa mitään apua, jota nimenomaan pelkäsi” vas5, synnytyspelko

5.3 Synnyttäjien saama tuki kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen

Synnyttäjille annettu tuki kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen synnytyskeskusteluissa muodostui tiedollisesta tuesta, kannustavasta tuesta ja mahdollisen seuraavan synnytyksen synnytyssuunnitelmasta sekä lupauksesta ottaa yhteys synnytyssairaalaan myöhemmin, jos synnyttäjä kokee sille tarvetta (Kuvio 12).

Synnyttäjät saivat jälkikeskusteluissa käydä synnytyksessä tapahtuneet asiat läpi uudelleen ja saivat näin *tiedollista tukea*. Se auttoi heitä ymmärtämään oman synnytyksensä kulun ja he kokivat, että heillä oli keskustelun jälkeen totuudenmukainen kokonaiskuva tapahtuneesta. Äidit ilmaisivat keskustelun jälkeen ymmärtävänsä paremmin tapahtuneen ja miettivät myös jo seuraavia mahdollisia synnytyksiä. Toisinaan jälkikeskustelu koettiin perustelluksi pienen viiveen jälkeen synnytyksestä, jolloin äiti oli ehtinyt pohtia omaa synnytystään ja ajatukset olivat ehtineet tasaantua.

”ymmärtää, että ensisynnyttäjänä tuntemuksia voi olla vaikea arvioida ja kättilö arvioi tilannetta kuitenkin äidin tuntemuksien mukaan”vas5

”ymmärtää, ettei puudutus enää olisi ehtinyt auttaa”vas1, keskustelun jälkeen vas4-5

”synnytyksestä nyt kulunut 3 viikkoa, kuluneet viikot ovat olleet tunteiden myllerrystä ja on miettinyt synnytystä paljon...keskustelun jälkeen kokee, että sype-keskustelu olisi toivottava seuraavan raskauden aikana... nyt ajattelee pääasian olevan hyvä lopputulos eli hyvävointinen vauva...tämä keskustelu eheytti synnytyskokemusta ja oli tärkeää, vas olisi nyt parempi kuin aiemmin antamansa VAS4”

”kaikki oli niin kivuliasta...vauvasta oikein onnellinen, keskustelu sivusi uutta raskautta, vieläkö joskus uskaltais?”vas2

”nyt tuntuu, että kaikki on jotenkin aika selkeätä, eikä suurempia pelkoja tule enää esille”vas5

”rauhoituu keskustelun aikana ja sanoo, että on paljon parempi mieli, osaa nähdä myös positiiviset asiat synnytyksessä”vas5

Tiedollista keskustelutukea järjestettiin myös usean eri kriisiterapiaan perehtyneen ammattihenkilön kanssa.

”saanut jutella psykiatrisen konsultaatioryhmän kanssa”vas4

”sovitaan keskustelu psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa”vas5

Jälkikeskustelussa synnyttäjää rohkaisemalla ja kannustamalla välitettiin tukea jatkaa eteenpäin. Synnyttäjät kokivat saaneensa vahvistuksen siitä, että heidän ei tarvitse syyttää itseään mistään synnytyksen kulussa. He kokivat sen myönteisenä kannustimena.

”perhettä tapaamassa jälkikeskustelun merkeissä... Loppuvaihe sujui todella hienosti, äiti jaksoi hyvin, vaikka vaikeaa oli, koska vauva avotarjonnassa... sai nyt tarpeeksi infoa ja tukea, vauva on palkitseva”vas4

”kertoo synnytyksen läpikäymisen auttaneen suhteuttamaan asioita ja antoi varmuuden siitä, ettei ole tehnyt mitään väärin”vas3

Synnyttäjät tunsivat synnytyksen jälkeen pelkoa siitä, etteivät enää uudelleen selviä synnytyksestä ja miten sitten käy. Heille tarjottiin tukea siten, että heille vakuutettiin, että synnytys pystytään hoitamaan turvallisesti mahdollisella tulevalla kerralla.

”vakuutettu, että meillä (sairaalalla) on keinot auttaa vauva syntymään taatusti joko imukupilla tai sektiollla, mikäli synnytys ei etene ja tästä tiedosta helpottunut” vas5

Synnyttäjille tarjottiin tukea tekemällä *synnytyssuunnitelma* heidän kanssaan valmiiksi seuraavaa mahdollista synnytystä varten.

”seuraavassa raskaudessa ei syytä lähteä käynnistämään yliaikaisena, odotetaan synnytyksen käynnistymistä hieman lasketun ajan yli, ja jos ei käynnisty spontaanisti, niin sitten sektio” vas4

”seuraava raskaus voidaan käynnistää lasketun ajan tuntumassa siten, että epiduraalikatetri on jo paikoillaan, jolloin kivunlievitys onnistuu” vas3

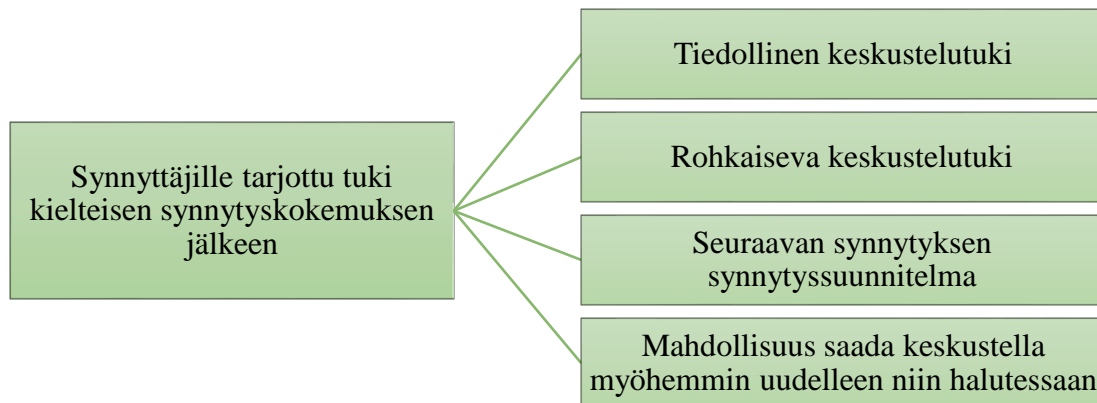
Kaikissa tilanteissa synnytyssuunnitelmaa ei lähdetty tekemään heti, vaan tueksi tarjottiin keskustelua seuraavasta synnytyksestä hyvissä ajoin asian ollessa enemmän ajankohtainen.

”sektio sovittu H 39 synnytyspelon vuoksi...synnytys käynnistynyt kuitenkin H 36+3 ja joutui synnyttämään alateitse... lopuksi äiti kysyy, mitä tehdään mahdollisessa seuraavassa synnytyksessä – siitä keskustellaan sitten hyvissä ajoin” vas2, synnytyspelko

Kaikille synnyttäjille tarjottiin myös *mahdollisuus* itse päättää siitä, jos he haluavat *ottaa uudelleen yhteyttä synnytyssairaalaan* ja saada keskustelutukea kielteiselle synnytyskokemukselle.

”ei koe enää tarvetta jutella kenenkään kanssa tämän osastojakson aikana, ohjataan ottamaan yhteyttä milloin vaan jos kokee tarvetta jutella asiasta ja muutenkin ottamaan asian puheeksi jos tulee vielä raskaaksi” vas2

”tietää ottaa yhteyttä mikäli tarve tulee” vas5



Kuvio 12. Synnyttäjille tarjottu tuki kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen – pääkategoria.

5.4 Synnyttäjien odotukset ja toiveet tuelle kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen

Synnyttäjien kuvaukset tuen tarpeesta ja sen muodoista kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen muodostuivat luottamuksesta prosessoida kokemusta synnytyksen jälkeen omilla voimavaroilla, toistuvasta tai toivotun henkilön kanssa käydystä synnytyskeskustelusta ja mahdollisuus saada keskustelutukea seuraavan raskauden ja synnytyksen aikana sekä tehdä synnytyssuunnitelma (Kuvio 13).

Äidit *luottivat omiin voimavaroihinsa* prosessoida kielteistä synnytyskokemusta. Kun synnyttäjät olivat saaneet synnytyskeskustelussa kertoa omista tuntemuksistaan synnytyksessä, ja saaneet vastauksia kysymyksiinsä, he kykenivät itsekin käymään läpi tapahtumia ja ratkaisemaan ongelmia niihin liittyen.

”haluaa prosessoida omassa rauhassaan eikä toisaalta ole enää mitään epäselvyyttä mihin tarvitsisi tarkennusta”vas4

Äidit kokivat, että synnytyskeskustelussa saatu tuki auttoi uskomaan ja luottamaan siihen, että kielteinen kokemus unohtuu ja kun se on ohi, siitä selviytyy.

”uskoo, että ajan kanssa kipukokemus unohtuu”vas5

”ei kumminkaan jäänyt trauma, ohi nyt”vas4

”kaiken kaikkiaan synnytykokemus alkanut tuntua vähän helpommalta ajan mentyä eteenpäin”vas5

Jotkut äidit tarvitsivat *keskustelutukea useampaan kertaan* synnytyssairaalassa hoitohenkilöstön kanssa. Toisaalta heillä ei aina ollut tarvetta keskustella heitä hoitaneen henkilöstön kanssa, vaan näkivät parempana keskustelun myöhäisemmän ajankohdan ja toisen henkilön.

”äiti keskustellut jo lääkärin ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa synnytyksestä, mutta palattu vielä siihen. Ei tunne tarvetta keskustella oman kättilön kanssa, tyytyväinen neuvolan kautta järjestettävään keskusteluapuun”vas3

”on sopinut keskustelewansa oman terveydenhoitajan kanssa vielä asioista neuvolassa”vas3

Äidit halusivat keskustella synnytyksessään erityisesti joistain asioista, jotka mietityttivät.

”käyty vielä potilaan pyynnöstä keskustelemassa synnytyksen kulusta, erityisesti kysyttävää episiotomiasta ja sen paranemisesta... synnytyksen kulku muuten pääosin selkeä”vas4

Jälkikeskustelua toivottiin käytävän myöhemmin *oman kättilön tai lääkärin* kanssa. Synnyttäjät kokivat, että siitä on hyötyä, kun voi läpikäydä synnytyksessä tapahtuneet asiat sellaisen henkilön kanssa, jolla on myös omakohtainen kokemus tapahtumista.

”kokee, että synnytyksestä olisi hyvä jutella synnytystä hoitaneen kättilön kanssa”vas3

”toivoo näkevänsä vielä hoitaneen lääkärin”vas4

Jotkut äidit mainitsivat toiveensa keskustella synnytyksestä sellaisen *henkilön* kanssa, jonka kokivat *turvalliseksi* aiemman hoitokontaktin perusteella.

”mainitsee synnytyssalissa työskentelevän kättilön, joka ei osallistunut synnytyksen hoitoon, mutta joka hoiti häntä kerran raskausaikana, tämä

kättilö tuntui turvalliselta ja juttelisi synnytyksestä mielellään hänen kanssaan”vas5

”on halukas jälkikeskusteluun polikliinisesti, haluaisi, että keskustelussa olisi mukana sama kättilö, jonka kanssa keskusteli jo raskausaikana”vas1

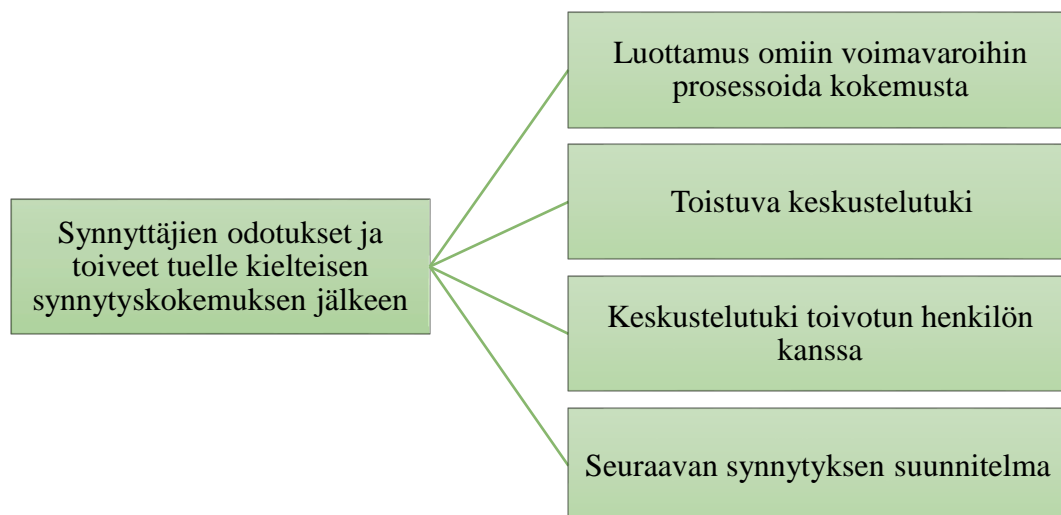
Äidit katsoivat, että läheisiltään saama tuki on riittävä synnytyksen jälkeen.

”uskoo saavansa riittävän tuen puolisoilta ja ystäviltä”vas5

Seuraavaa raskautta ja synnytystä ajatellen, äidit näkivät tarpeelliseksi saada myöhemmin keskustelutukea ja tietoa synnytykseen liittyvistä asioista. Ajatus, että suunnittelemalla synnytystä etukäteen ja tuomalla esiin pelot synnytyksestä auttavat, että seuraava synnytyskokemus olisi erilainen, positiivisempi.

”toivoo saavansa seuraavaa synnytystä varten enemmän vaihtoehtoja ja synnytyssuunnitelman”vas4

”haluaa tulla seuraavassa raskaudessa synnytyspelkopoliklinikalle suunnittelemaan synnytystä ja kertomaan peloistaan”vas4



Kuvio 13. Synnyttäjien odotukset ja toiveet tuelle kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen -yläkategoriassa.

5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista

Synnyttäjät kuvasivat useita tekijöitä, jotka liittyivät kielteiseen synnytyskokemukseen. Naisen kokemus oman hallinnan menettämisestä tai puutteesta synnytyksen eri vaiheissa vaikutti synnytyskokemukseen, huolta kannettiin sekä omasta että syntyvän lapsen hyvinvoinnista. Synnytyksen aikaiset tapahtumat kuten odotukset omasta suoriutumisesta ja toisaalta synnytyksessä tapahtuvat ennakoimattomat ongelmat liitettiin kielteiseen synnytyskokemukseen. Synnytyksen aikainen kipu yllätti kielteisesti monen synnyttäjän, vaikka siihen olisi yrittänyt valmistautua, ja olemassa olevia kivunlievitysmenetelmiä olisi käytetty. Hoitohenkilökunnan kanssa syntyvät ongelmat vaikuttivat synnytyskokemukseen. Erityisesti kätilöiltä toivottiin enemmän tietoa synnytyksen aikana sen eri vaiheista ja tilanteista sekä ohjeita ja tukea synnyttäjän omalle toiminnalle edesauttamaan synnytyksen kulkua. Lääkäreiltä toivottiin tarkempia perusteluja sille, miksi jokin päätös tehtiin ja toivottiin, että synnyttäjä olisi saanut osallistua päätöksentekoon. Synnytyspelkoiset synnyttäjät pettyvät siihen, että heidän etukäteen esittämiään toiveita ei aina pystytty toteuttamaan synnytyksen aikana.

Synnyttäjät kuvasivat, että synnytyskeskustelu kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen hoitohenkilökunnan kanssa antoi heille oikeaa tietoa synnytyksessä tapahtuneista asioista. Keskustelu tuki synnyttäjää hyväksymään kokemuksen, näkemään hyvätkin seikat kaikessa ja suhtautumaan siihen yhtenä kokemuksena elämässä. Kielteistä kokemusta työstettiin usean eri terveydenhuollon toimijan kanssa ja uskottiin, että ajan kulku tasoittelee synnytystapahtuman kielteisiä muistoja. Yhteenveto tutkimuksen keskeisistä tuloksista on kuvattu kuviossa 14.



Kuvio 14. Yhteenvedo kielteiseen synnytyskokemukseen liittyvistä tekijöistä ja sen jälkeisestä tuesta.

6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata synnyttäjien kielteisiä synnytyskokemuksia ja synnytyksen jälkeistä tuen saantia synnytystietojärjestelmiin kirjatun materiaalin pohjalta. Tutkimuksessa hyödynnettiin olemassa olevia rekisteritietoja. Lähestymistapa oli laadullinen, analysoimalla rekistereistä kerättyjen vapaamuotoisten kirjauksien sisällöt saatiin tutkittavien todelliset kokemukset nostettua esiin.

6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen toteuttamiselle saatiin puolto HUS:in tutkimuseettiseltä toimikunnalta (Liite 6) ja sen jälkeen varsinainen tutkimuslupa (Liite 7) samalta organisaatiolta, joka on synnytysrekisteriä pitävä viranomainen (Räisänen & Gissler 2012). Rekisteritutkimuksen tietosuojamääräykset pyrkivät turvaamaan rekistereissä olevien henkilöiden tunnistamattomuutta siten, että rekisteritietoja annetaan esimerkiksi tutkimuskäyttöön vain poikkeustapauksissa ja hyvin perustellusti (Perustuslaki 731/1999). Mainittuja lupia haettaessa tutkija selvitti luvanmyöntäjälle tutkimuksen tarkoituksen, esitti hyväksytyt tutkimussuunnitelman ja laati henkilötietolain (523/1999) määräämän rekisteriselosteen niistä rekisteritiedoista, joita tutkimuksessa käytettiin. Tutkimus tehtiin hyvää tieteellistä tapaa noudattaen, jo suunnitelmavaiheessa huomioitiin mahdolliset vastaantulevat eettiset kysymykset, jotka koskivat työn toteutusta. (Tenk 2012, Räisänen & Gissler 2012.)

Tässä tutkimuksessa, jossa aineistona oli potilasrekisteristä kerätty tieto, ei tarvittu tutkittavien synnyttäjien henkilökohtaista suostumusta, koska heiltä itseltään ei hankittu tietoja haastatellulla tai kyselyllä (Henkilötietolaki 523/1999). Ihmisen itsemääräämisen periaatteen toteutumisen kannalta kuitenkin oli ensiarvoisen tärkeää huolehtia tutkittavien yksityisyyden suojasta ja anonymiteetista, koska synnyttäjät eivät saaneet hoitosuhteensa aikana tietoa siitä, että heidän tietojaan käytetään tutkimustarkoitukseen. (Räisänen & Gissler 2012, HUS 2013.)

Myös aineiston keräysvaiheessa huomioitiin siinä esille tulevien henkilöiden anonymiteetti. Aineisto kerättiin Jorvin synnytysosastolla osastonhoitajan avulla ja valvonnassa yhdessä huoneessa ja käytettiin vain yhtä tulostinta. Potilasasiakirjoista aineistoon ei kerätty synnyttäjien tai heitä hoitaneen henkilökunnan henkilöllisyyttä paljastavia tietoja, paperille tulostettu aineisto säilytettiin ulkopuolisten ulottumattomissa ja tutkimuksen valmistuttua se hävitettiin sekä sähköisistä laitteista aineisto poistettiin. (HUS 2013, Räisänen ym. 2013). Lisäksi tutkimuksen tekijän täytyi hoitotyön ammattilaisena, vaitiolovelvollisena ja synnytysyksikön työntekijänä tuntea vastuunsa siitä, mitä tietoa lopullisessa raportissa pystyi käyttämään (HUS 2013). Kaikki aineistossa ollut arkaluontoinen tieto, josta saattoi etäisestikään tunnistaa mainittujen ihmisten henkilöllisyyden tai sitä paljastavia merkkejä, jätettiin aineistosta kokonaan pois (Henkilötietolaki 523/1999). Eettiset näkökohdat huomioitiin huolellisesti koko prosessin ajan (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003).

Tutkimuksen eettisyyttä voi pohtia perustellen kysymyksiä, onko tutkittava aihe yhteiskunnallisesti merkittävä, hyödyttääkö se tutkittavia ja voiko sen tuloksia hyödyntää eri hoitoympäristöissä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Kielteinen synnytyskokemus on yhteiskunnallisesti merkittävä aihe, se saattaa heijastua perheen sisäisiin suhteisiin ja selviytymiseen arjessa. Perheiden hyvinvoinnin edistäminen ja vanhemmuuden tukeminen onkin asetettu painopistealueiksi kansallisissa ja eurooppalaisissa äitiyshuollon toimintasuosituksissa. (STM 2007, Äitiysneuvolaopas 2013.) Tästä tutkimuksesta ei koitunut välitöntä hyötyä tutkittaville, eivätkä he tule saamaan lopullista raporttia luettavakseen, sen sijaan tämän tutkimuksen tuloksista tehtyjä johtopäätöksiä voidaan käyttää kehitettäessä äitiyshuollon ja synnytysyksiköiden toimintaa ja siten se hyödyttää laajasti synnyttäjiä. Lisäksi se sopii suomalaiseen toimintaympäristöön, koska se on Suomessa kerättyä materiaalia Suomessa asuvilta synnyttäjiltä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Räisänen ym. 2013.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkijan, aineiston laadun ja analyysin sekä tulosten esittämisestä käsin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2009). Sisällönanalyysin luotettavuuteen liitetään kriteereitä, joita tässä tutkimuksessa ovat läpinäkyvyys, uskottavuus, vahvistettavuus, kriittisyys, aineistolähtöisyys ja oivaltava tulkinta (Polit & Beck 2008). Laadullisessa tutkimuksessa siirrettävyyttä ei pidetä yhtä tärkeänä tekijänä kuin määrällisessä tutkimuksessa, mutta sitäkin on syytä pohtia (Polit & Beck 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009).

Tutkimuksen läpinäkyvyys merkitsee sitä, että tutkimusasetelma, lähestymistapa teoriaan ja menetelmävalinnat ovat perusteltuja, ilmiön olemassa olevaan tietoon on perehdytty ja tuloksiin ja johtopäätöksiin on kuvatun prosessin mukaisesti päädytty (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2009). Tämä tutkimus on opinnäytetyö oppilaitokselle, joka on antanut työn eri vaiheille ohjeet, miten se tulee toteuttaa ja näin tutkija on tehnyt. Lisäksi koko tutkimusprosessin ajan tutkija on saanut säännöllisesti ohjausta toteuttaa työtään tutkimusperiaatteiden mukaisesti sekä oppilaitoksen ohjaajilta että pro gradu -seminaareissa opiskelijakollegoiltaan.

Uskottavuus merkitsee, että tutkimuksen aihe ja toteutus ovat uskottavia (Tuomi & Sarajärvi 2009). Synnytyskokemus on todellinen hoitotyön ilmiö ja sitä on tässä tutkimuksessa tutkittu rekisteritietojen avulla. Rekisteritietojen luotettavuuteen oleellisesti liittyy kirjauskäytäntöjen oikeellisuus ja asianmukaisuus, kirjauksien virheellisyys voi heikentää tulosten paikkansapitävyyttä. (Räisänen & Gissler 2012.) Uskottavuutta olisi lisännyt toisen luokittelijan osallistuminen analyysintekoon, mutta opinnäytetöissä tähän on harvoin mahdollisuuksia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Sen sijaan oppilaitoksen ohjaajilta ja sairaalan muilta asian parissa työskenteleviltä hoitotyön ammattilaisilta saatiin tukea tulosten ja johtopäätösten muodostamiseen (Polit & Beck 2008).

Tutkimuksen vahvistettavuus perustuu asioiden tarkistamiseen, varmistamiseen, ja varmuuteen. Tutkija paneutui alkuperäiseen aineistoon lukemalla sitä yhä uudelleen, teki analyysia ja tulkintaa aineistosta arvioimalla työskentelyään koko prosessin ajan riittävän pitkän ajan ja työn edetessä piti myös tarkoituksellisia taukoja analyysin teosta pystyäkseen kyseenalaistamaan tulkintojaan. (Polit & Beck 2008.)

Kriittisyys pitää sisällään jatkuvan itsetutkiskelun omista olettamuksistaan aiheesta ja omasta vastuustaan tutkimuksen johdonmukaisesta toteuttamisesta (Polit & Beck 2008,

Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2009). Tämän tutkimuksen tekijällä on vahva esiyymmärrys synnyttäjien ajatuksista ja tuntemuksista, koska hän on työskennellyt synnytysosastolla vuosikymmeniä. Tutkija kiinnitti erityistä huomiota siihen, että tulokset nousivat tutkimuksen aineistosta. Virheellistä tulkintaa tutkijan vaikutuksesta tutkittaviin ei tässä tutkimuksessa ollut, koska tutkija ei tavannut osallisia henkilökohtaisesti. (Polit & Beck 2008, Stake 2010.)

Aineistolähtöisyys tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset on saatu todellisen elämän kuvaamisesta. Tutkimuksen teoreettinen tausta nousi aineistosta, sen tueksi käytettiin runsaasti olemassa olevaa ja monipuolista tutkimustietoa (Liitteet 2–4). (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2009.) Tässä tutkimuksessa haasteeksi muodostui tulkita synnyttäjien omia kokemuksia, koska synnytyskeskustelut oli kirjannut eri henkilö kuin tutkija (Polit & Beck 2008). Keskustelut oli kirjattu synnytysyksikön sovittujen kirjaamiskäytäntöjen mukaan, mikä edisti aineiston tulkinnan paikkansapitävyyttä. Kirjaukset olivat noin puolen sivun mittaisia ja niissä kuvattiin synnytyskokemusta synnyttäjän näkökulmasta. (Rouhe 2010, Räisänen & Gissler 2012). Tulosten raportoinnissa on esitetty runsaasti alkuperäisilmaisuja aineistosta, jotta ymmärrys aiheesta välittyisi tutkimusraportissa (Stake 2010).

Laadullisen tutkimukseen liittyy oivaltava tulkinta (Polit & Beck 2008). Oivaltamiseen tarvitaan halua ymmärtää elämän monimuotoisuus. Tässä tutkimuksessa synnyttäjien kokemukset olivat yksilöllisiä, mutta niistä pyrittiin oivaltavalla tulkinnalla tekemään yleisiä johtopäätöksiä. (Lukkarinen 2003.)

Laadullisen tutkimuksen rehellinen kuvaaminen on tärkeämpää kuin sen siirrettävyys. Tämä tutkimus olisi mahdollista toistaa tai toteuttaa toisessa sairaalassa, jossa olisi käytössä synnytyskokemusta kuvaava laatumittari ja sen kirjaustapa potilasrekisteriin. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tämän tutkimuksen aineisto on uutta sekä ajallisesti että laadullisesti, käytetyt rekisteritiedot on merkitty järjestelmään vasta vuodesta 2010 lähtien ja tämän tutkimuksen aineisto on vuodelta 2012, jolloin tietojen kirjaaminen ja mittarin käyttö oli vielä alkuvaiheessa (Melender ym. 2006). Sisällönanalyysi on perusteltu kirjausdokumenteista, joista aiemmin ilmiötä ei tällaisessa muodossa ja ympäristössä ole tutkittu (Tuomi & Sarajärvi 2009).

6.3 Tulosten tarkastelua

Tarkasteltaessa tämän tutkimuksen tuloksia, niin erityisesti esiin nousee pohdittavaksi naisen oman toiminnan ja tuntemusten, kuten synnytyspelon, sekä synnytyksen ennakoimattoman luonteen vuoksi tapahtuvien odottamattomien ongelmien vaikutukset synnytyskokemukseen. Henkilökunnan ammattitaito ja asenne synnyttäjää kohtaan liittyvät voimakkaasti synnytyskokemukseen sekä synnytyksen aikana että synnytyskeskustelussa synnytyksen jälkeen. Vaikeat tapahtumat synnytyksen aikana ja kielteiseksi koettu synnytys ovat helpompia hyväksyä, jos synnyttäjää saa kunnioittavaa kohtelua hoitohenkilökunnalta.

6.3.1 Naisten kielteiseen synnytyskokemukseen vaikuttavat tekijät

Synnyttäjät kokivat hallinnan puutteen merkittäväksi tekijäksi kielteisen synnytyskokemuksen muodostumiselle. He kokivat tilanteen hallinnan menetystä sekä fyysisesti että psyykkisesti. Naiset kuvasivat, että raskas synnytystapahtuma uuvutti heidät niin, että he eivät jaksaneet tehdä mitä olisi pitänyt. Psyykkistä hallinnan menetystä he kuvasivat niin, että eivät mielestään olleet tietoisia siitä, mitä synnytyksessä tapahtui. Aiemmat tutkimustulokset tukevat tätä tulosta. Huono hallinnan tunne vaikeuttaa ja lisää synnytyskokemuksen kielteistä mahdollisuutta, koska synnyttäjät reagoivat herkästi tilanteisiin, joissa heiltä vaaditaan jotain, mitä he eivät ymmärrä tai eivät koe osaavansa tai he kokevat, että heidät alistetaan suoriutumaan jostain. (Rytyläinen 2005, Cook & Loomis 2012, Haines ym. 2012.)

Myös heikko elämän hallinnan tilanne kuten huono taloudellinen tilanne tai ei toivottu raskaus tekivät synnytyskokemuksesta kielteisen. Tutkimusten mukaan synnyttäjän sosiaalinen tausta vaikuttaa synnytyskokemukseen. Alemman sosiaaliluokan synnyttäjät eivät luota itseensä synnytystilanteessa ja menettävät hallinnan tunteen tai eivät koe, että heillä on sitä alun alkaenkaan ollut. (Waldenström ym. 2004, Haines ym. 2012.)

Tässä tutkimuksessa tuli esiin synnyttäjien kuvaamana tunne kehon eheyden järkkymisestä, mikä edesauttoi tyytymättömyyttä synnytykseen. Psyykkistä kehon vaurioitumista kuvasi tunne siitä, että keho ei toimi kuten pitäisi ja tunne kehon

tahdottomasta toiminnasta, jolloin naiset kokivat myös nöyryytetyksi tulemisen tunnetta. Synnyttäjien uskomus, että he eivät sovi synnyttäjiksi, koska heidän kehonsa ei toimi esitetään myös aiemmissa tutkimuksissa. Erityisesti tilanteissa, joissa synnytyksen kulku poikkeaa tavallisesta tai synnytys joudutaan käynnistämään luo tällaista ajattelua. (O'Hare & Fallon 2011, Nilsson 2013.)

Tunne kehon fyysisen eheyden säilymisestä kohdistui lähinnä synnytysvaurioihin. Leikkaussalihoitoa vaativat repeämävauriot aiheuttivat tyytymättömyyttä ja niiden paranemisesta kannettiin huolta. Useissa aiemmissa tutkimuksissa on myös esitetty, että synnytysvauriot heikentävät synnytyskokemusta (Waldenström ym. 2004, Hildingsson ym. 2013.) Vaikka synnytysvauriot pystytään korjaamaan hyvin ja ne pääsääntöisesti palautuvat ennalleen, ne vaikuttavat naisten kokemukseen ja he miettivät asiaa myös seuraavien synnytysten ja oman seksuaaliterveytensä kannalta (STM 2007, Tekay 2012).

Synnyttäjät kuvasivat synnytyksen aikaisen kivun aiheuttavan kielteisen synnytyskokemuksen. He kokivat liiallista kipua synnytyksen eri vaiheissa synnytystavasta riippumatta ja olivat saattaneet jäädä kokonaan ilman kivunlievitystä tai se oli ollut liian vähäistä. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että riittämätön tai epäonnistunut kivunlievitys vaikuttaa kielteisesti synnytyskokemukseen (Alves ym. 2009, Simkin & Hull 2011). Synnytyskipua yritetään hoitaa mahdollisimman hyvin ja oikea-aikaisesti, mutta synnytyksen luonteen ja kivun yksilöllisen kokemuksen takia kivunhoito synnytyksessä on haastavaa. Synnytyksen nopeuden takia on tilanteita, että kivunlievitystä ei ehditä antaa synnyttäjälle ja toisaalta on tilanteita, että synnytyksen pitkittyessä kivunlievitykset menettävät tehoaan. (Alves ym. 2009, Larsson ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa tuli esiin se, että odottamattomat ongelmat lisäävät kielteisyyttä synnytyskokemukseen, mikä tukee aiempia tutkimustuloksia (Waldenström ym. 2004, Hildingsson ym. 2013). Ongelmiksi koettiin toimenpiteet kuten kiireellinen tai hätäkeisarileikkaus ja imukuppiavusteiset synnytykset. Myös synnytyksen jälkeiset runsaat kohtuverenvuodot ja istukan käsiniirrotus huononsivat synnytyskokemusta. Hildingssonin ym. (2013) mukaan äkilliset toimenpiteet synnytyksessä vaikuttavat synnyttäjän ja hänen tukihenkilönsä tunteisiin. He tuntevat suurta huolta synnytyksen kulusta ja omasta selviytymisestään synnytyksen jälkeen. Se vaikuttaa myös heidän haluunsa tulevaisuudessa saada lisää lapsia.

Tuloksista käy ilmi, että synnyttäjien itselleen asettamat odotukset, jotka jäivät täyttymättä, aiheuttivat pettymyksen synnytyksessä. Synnyttäjät olisivat toivoneet esimerkiksi voivansa synnyttää spontaanisti ilman toimenpiteitä ja toisaalta he olisivat halunneet synnyttää keisarileikkauksella eikä alateitse niin kuin oli tapahtunut. Aiemman tutkimustiedon perusteella voi sanoa, että naiset kokevat synnytyksensä huonommaksi erityisesti, jos koettu on ennakoitua vaikeampaa (Spaich ym. 2013). On myös todettua, että synnyttäjän odotukset voivat olla epärealistisia, esimerkiksi ensisynnyttäjää harvoin synnyttää nopeasti ilman toimenpiteitä (Waldenström ym. 2004, Nilsson ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa ongelmat henkilökunnan kanssa lisäsivät kielteistä synnytyskokemusta. Naiset kuvasivat, etteivät saaneet riittävästi tukea, ohjausta ja aikaa kättilöltä. Kättilöt saatiin kokea myös ammattitaidoiltaan puutteellisiksi ja käytökseltään sopimattomiksi. Lääkärit saivat moitteita yksipuolisesta päätöksenteosta. Lisäksi naiset kuvasivat, etteivät osanneet suhtautua positiivisesti synnytyskokemukseen, koska olivat joskus pettyneet saamaansa hoitoon. Aiemmissa tutkimuksissa nousee keskeisesti esiin henkilökunnan rooli onnistuneen synnytyksen kokemisessa. Synnyttäjät kokevat synnytyksen ja sen aikaiset tapahtumat myönteisimmiksi, kun he saavat ystävällistä, kunnioittavaa ja kuuntelevaa kohtelua hoitohenkilökunnalta, erityisesti kättilöltä. Vaikeat ja odottamattomat ongelmatkin on helpompi hyväksyä, jos ne kerrotaan perheelle perustellusti ja synnyttäjää arvostavasti. (Melender 2002, Alves ym. 2009, Larsson ym. 2011, Nilsson ym. 2013.) Päätöksenteko aiheuttaa ongelmia, vaikka naiset ymmärtävätkin, että hoitopäätösten teko kuuluu hoitohenkilökunnalle, erityisesti lääkäreille. Synnyttäjät haluavat kuitenkin mahdollisuuden osallistua päätöksiin. (Spaich ym. 2013.)

Varhaisen vuorovaikutussuhteen häiriöt vastasyntyneen kanssa koettiin lisäävän kielteisyyttä synnytyksessä. Synnyttäjät kokivat oman vointinsa niin huonoksi, etteivät osanneet tai jaksaneet hoitaa lasta ja kantoivat huolta lapsen kanssa pärjäämisestä. Jos vastasyntynyt tarvitsi virvoittelua tai muuta tehostettua hoitoa synnytyksen jälkeen, koettiin sen myös heikentävän synnytyskokemusta. Tutkimusten mukaan vastasyntynyt tarvitsee syntymän jälkeen jatkuvan vuorovaikutuskontaktin kehittyäkseen tunne-elämältään suotuisalla tavalla, tämän äidit yleensä tiedostavat ja ymmärrettävästi tuntevat huolta aiheesta, jos varhainen kiintymyssuhde häiriintyy (Pesonen 2010, Murray & Finn 2012).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että synnytyspelko altistaa kielteiselle synnytyskokemukselle. Aineiston synnyttäjistä 13,1 %:lla oli synnytyspelko, tilastollisesti Suomessa 7 %:lla synnyttäjistä on synnytyspelko (Räisänen ym. 2014). Synnytyspelkoiset naiset olivat pettyneitä synnytyksessään erityisesti siihen, että etukäteen sovittuja asioita kuten kivunlievitystä tai synnytystapaa ei pystytty toteuttamaan. Synnytyspelkoiset naiset käyvät jo raskauden aikana keskustelemassa tulevasta synnytyksestään synnytyssairaalassa kättilön tai lääkärin kanssa. Synnytyspelkokeskustelun tarkoituksena on valmistaa naista synnytykseen sellaisena kuin se tulee, ja usein heidän kanssaan tehdään alustava synnytyssuunnitelma. (Rouhe & Saisto 2013.) Synnytyspelosta tehdyt tutkimukset osoittavat, että synnytyspelon taustalla on usein masennusta (Rouhe ym. 2011, Räisänen ym. 2014), heillä voi olla heikko itseluottamus, mikä osaltaan vaikuttaa kielteisen synnytyskokemuksen muodostumiseen (Haines ym. 2012). He ovat myös alttiita reagoimaan henkilökunnalta saamaansa kohteluun vetäytyvästi. He kokevat, etteivät tule kuulluksi ja että heidät ohitetaan hoitoa koskevissa päätöksissä. (Nilsson & Lundgren 2009.)

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan arvioida myös tilastojen kautta. Aineiston synnyttäjien keski-ikä oli 30 vuotta, mikä on sama kuin kaikkien synnyttäjien keski-ikä Suomessa vuonna 2012 (Vuori & Gissler 2013). Arvioitaessa muista tilastoista tämän tutkimuksen tuloksia, saadaan vahvistusta aiemmin tutkittuun tietoon. Tämän tutkimuksen synnyttäjistä 64,6 % (n = 93) oli ensisynnyttäjiä, vuonna 2012 koko maassa heidän osuus oli 58,6 %. Ensisynnyttäjille kielteinen synnytyskokemus on tavallisempi kuin uudelleen synnyttäjille (Alves ym. 2009, Larsson ym. 2011)

Toimenpiteet lisäävät kielteisen synnytyskokemuksen todennäköisyyttä (Waldenström ym. 2004, Hildingsson ym. 2013). Imukuppiavusteisia synnytyksiä tässä tutkimuksessa oli 16,5 % (n = 24), joita koko maan tilastossa oli 8,7 %, kaikista synnytyksistä. Synnytysvaurioiden korjauksia leikkaussalissa oli yhdeksällä (6,3 %, n = 9) synnyttäjällä, koko maassa esiintyi kolmannen ja neljännen asteen vaurioita 1,2 %:lla synnyttäjistä (Vuori & Gissler 2013). Luvut eivät ole aivan vertailukelpoisia, koska tämän tutkimuksen tulos sisältää myös toisen asteen vaurioita. Istukan käsinirrotuksia oli viidellä ja runsasta verenvuotoa yli 1000 ml synnytyksen jälkeen viidellä naisella.

Keisarileikkaus oli tehty 24,3 %:lle (n = 35) synnyttäjistä, joista kuusi oli elektiivisiä, viisi hätäsektioita ja 24 kiireellisiä sektioita. Vuonna 2012 Suomessa oli sektioita 16,3 % kaikista synnytyksistä, näistä kiireellisiä leikkauksia oli 8,9 %, hätäleikkauksia 1,2 % ja elektiivisiä leikkauksia 6,2 % (Vuori & Gissler 2013). Spaich ym. (2013) ovat tutkimuksessaan todenneet, että synnytystapa ei vaikuta synnytystyytyväisyyteen. Tässä tutkimuksessa naiset eivät sinänsä esitä synnytystapaa kielteisyyden tekijäksi, vaan taustalla oli äkillisen toimenpiteen aiheuttama huoli ja rasitus. Keisarileikkauksella elektiivisesti synnyttäneet naiset olivat yleensä pettyneitä, etteivät pystyneet synnyttämään normaalisti.

Synnytys oli käynnistetty 15,3 %:lla (n = 22), koko maassa käynnistyksiä oli 20,9 %:lla synnyttäjistä (Vuori & Gissler 2013). Tämän tutkimuksen synnyttäjät kuvasivat käynnistetyn synnytyksen olleen liian raskas, koska se oli liian nopea tai liian hidas. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että synnytyksen käynnistäminen ja edistäminen liittyvät kielteiseen synnytyskokemukseen. Naiset kokevat, että puuttuminen synnytyksen kulkuun vaikeuttaa sitä ja tekee siitä naiselle rankemman. (Waldenström ym. 2004, Hildingsson ym. 2013.)

6.3.2 Kielteisen synnytyskokemuksen jälkeen annettu ja toivottu tuki

Tämän tutkimuksen synnyttäjille annettu tuki voidaan jakaa tukeen, mitä synnyttäjät saivat ja tukeen, mitä he odottivat ja toivoivat synnytyksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa mukana olleiden synnyttäjien kanssa käytiin synnytyskeskustelu ja kaikille tarjottiin mahdollisuus jälkikeskusteluun naisen toivoman henkilön tai ryhmän kanssa hänelle sopivana ajankohtana. Naiset kävivät synnytyskeskustelun tavallisimmin kättilön kanssa. Pyrkimys oli, että hoitoon osallistunut henkilökunta olisi käynyt keskustelun äidin kanssa, mutta tähän ei aina ollut mahdollisuutta.

Synnytyskeskusteluissa naisille tarjottiin tiedollista keskustelutukea. Heidän kanssaan käytiin synnytyksen tapahtumia läpi yksityiskohtaisesti. Tutkimusten mukaan synnytyskeskustelun tarkoituksena on, että synnyttäjä ymmärtää synnytyksessä tapahtuneet asiat. Oikean tiedon välittäminen ja päätösten perusteleminen edesauttaa äidin ja perheen hyvinvointia ja antaa voimavaroja jatkaa eteenpäin. (Gamble & Greedy

2009, Koskela & Kääriäinen 2009.) Synnyttäjät toivoivat myös toistuvaa keskustelua tapahtumista synnytyksen kulussa, joskus heitä jäivät mietityttämään erityisesti jokin yksityiskohta. Kaikki synnytysopilliset asiat eivät välttämättä ole synnyttäjälle tuttuja, sen vuoksi on tärkeää käydä niitä asioita, mitä äiti toivoo, läpi uudelleen (Baxter 2014).

Synnyttäjät tunsivat epävarmuutta erityisesti, jos asiat olivat menneet normaalista poikkeavasti. Tiedollisen tuen lisäksi synnyttäjille annettiin rohkaisevaa ja kannustavaa tukea heidän suoriutumisestaan synnytyksessä. Aiemmat tutkimukset vahvistavat, että keskustelussa välitetty tunne siitä, että nainen on tehnyt kaiken parhaansa mukaan ja selvinnyt poikkeavastakin tilanteesta hyvin, auttaa naista selviytymään eteenpäin (Rouhe ym. 2011, Baxter ym. 2014).

Tämän tutkimuksen synnyttäjistä osa halusi käydä synnytyskeskustelun tietyn henkilön kanssa. He kokivat, että olivat saaneet hyvää ja turvallista hoitoa joltain henkilökunnan jäseneltä ja halusivat tavata hänet uudelleen. Tutkimusten mukaan onnistunut vuorovaikutus henkilökunnan ja synnyttäjän välillä on onnistuneen hoitosuhteen kannalta tärkeää (Ryttyläinen 2005, Turner ym. 2010, Overgaard ym. 2012, Nilsson ym. 2013). Jälkikeskustelun luottamuksellinen ilmapiiri auttaa äitiä ymmärtämään itseään ja perhettään kohdanneet tilanteet ja hän voi turvallisesti tuoda esiin mieltä painavat asiat (Gamble & Creedy 2009).

Synnyttäjille kerrottiin synnytyskeskustelussa mahdollisuudesta tulevan raskauden yhteydessä tulla synnytyspelkopoliklinikalle suunnittelemaan seuraavaa synnytystä. Monet tämän tutkimuksen äideistä myös toivoivat sitä. Synnytyssuunnitelman tarkoituksena on auttaa naista suhtautumaan synnytykseen luottavaisin mielin. Suunnitelmaan kirjataan naisen toiveet esimerkiksi kivunlievityksistä ja synnytyksen aikana nämä toiveet huomioidaan sekä pyritään toteuttamaan. Aina on kuitenkin kerrottava synnyttäjälle myös se, että synnytys on luonteeltaan ennakoimaton. (Gamble & Creedy 2009, Rouhe & Saisto 2013.)

Tutkimuksen tuloksista nousee esiin se, että osa naisista ei toivonut lisäkeskusteluja ensimmäisen synnytyskeskustelun jälkeen, vaan he luottivat omiin voimavaroihinsa käsitellä tapahtunutta ja toisaalta he uskoivat saavansa riittävän tuen omalta lähipiiriltään. Myös aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että naisen oma halu selviytyä auttaa

jatkamaan eteenpäin kielteisen kokemuksen jälkeen (Melender ym. 2006, Turner ym. 2010).

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen aineisto antoi monipuolista tietoa kielteiseen synnytyskokemukseen vaikuttavista tekijöistä ja tuesta sen jälkeen.

Johtopäätöksinä voidaan todeta:

1. Naisen hallinnan tunteen puute tai järkkäminen sekä oman kehon koskemattomuuteen kohdistuvat seikat vaikuttavat kielteisen synnytyskokemuksen muodostumiseen.
2. Äkilliset ongelmat ja toimenpiteet synnytyksessä, saattavat uhata myös sikiön tai lapsen hyvinvointia ja ne lisäävät naisten kielteisyyttä synnytyskokemukseen.
3. Naisten omat ennako-odotukset synnytyksen kulusta vaikuttavat synnytyskokemukseen.
4. Vuorovaikutusongelmat henkilökunnan kanssa, liian vähäinen tiedonsaanti ja naisen sivuuttaminen päätöksenteossa vaikuttavat hänen ymmärrykseen synnytyksen kulusta ja aiheuttaa tyytymättömyyttä synnytyksessä.
5. Synnytyspelko heijastuu kielteiseen synnytyskokemukseen.
6. Synnytyskeskustelussa naiselle annetaan tiedollista, kannustavaa ja seuraavaan synnytykseen auttavaa tukea.
7. Kielteisen synnytyskeskustelun jälkeen moniammatillinen ja monitahoinen tuki eheyttävät naisen kielteistä synnytyskokemusta.

Jatkotutkimusaiheet:

Hallinnan tunteen ongelmat liittyvät vahvasti kielteiseen synnytyskokemukseen. Jatkossa pitäisi tutkia, miten hoitohenkilökunta, erityisesti kätilö, neuvolan terveydenhoitaja ja synnytyslääkäri voivat vahvistaa naisen hallinnan tunnetta raskauden ja synnytyksen aikana.

Synnytyspelkoiset naiset ovat erityisryhmä äitiyshuollon piirissä. Synnytyspelko vaikuttaa naisen elämään ja synnytyskokemukseen. Synnytyspelkoa pitäisi tutkia edelleen.

Mielenkiinnon kohteeksi nousee myös muut mahdolliset kielteisen synnytyskokemuksen taustatekijät. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan miten naisen aiemmat tai olemassa olevat mielenterveysongelmat ja traumat sekä aiemmat ikävät sairaalokokemukset vaikuttavat synnytyskokemukseen.

Synnytyskeskustelut käydään yleensä jo synnytyssairaalassa pian synnytyksen jälkeen. Jatkossa pitäisi tutkia keskustelun ajoitusta, onko keskustelun kulussa ja naisen vastaanottavaisuudessa eroja, jos jälkikeskustelut käytäisiin myöhemmin kotikäynneillä.

LÄHTEET

Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D & Devilly GJ. 2010. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine* 40(11), 1849–1859.

Alves B, Zakka T, Teixeira MJ, Siqueira JT & Siqueira SR. 2009. Evaluation of pain before and after vaginal delivery. *Clinical Experimental Obstetrics & Gynecology* 36(4), 241–244.

Baxter JD, McCourt C & Jarrett PM. 2014. What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery* 30(2), 194–219.

Bergh I, Söderlund T, Vinterskog L & Mårtensson L.B. 2012. Reliability and validity of the Acceptance Symptom Assessment Scale in assessing labour pain. *Midwifery* 28(5), 684–688.

Cook K & Loomis C. 2012. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *Journal of Perinatal Education* 21(3), 158–168.

Gamble J & Creedy DK. 2009. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery* 25(2), 21–30.

Grove S K, Burns N & Gray J R. 2013. *Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Seventh Edition. Elsevier Saunders. St Louis, Missouri.

Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF & Hildingsson I. 2012. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/55>. Luettu 28.2.2014.

Hall W , Hauck Y , Carty E , Hutton E, Fenwick J & Stoll K. 2009. Childbirth Fear, Anxiety, Fatigue, and Sleep Deprivation in Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 38(5), 567–576.

Henkilötietolaki 523/1999.

Hildingsson I, Karlström A & Nystedt A. 2013. Parents' experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare* 4(1), 3–8.

Holopainen A, Junttila K, Jylhä V, Korhonen A, Seppänen S. 2013. *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Fioca Oy, Helsinki.

HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2013. <http://www.hus.fi/tutkijalle/lomakkeet/Documents/Eettisten%20toimikuntien%20toimin%20taohjeet%20-%20j%C3%A4senen%20ohje.pdf>. Luettu 22.1.2014.

- Iivanainen A & Syväoja P. 2012. *Hoida ja kirjaa*. 7. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1. painos. WSOY Pro Oy, Helsinki.
- Koskela M & Kääriäinen M. 2009. Kätilöiden käsitykset synnytyskeskustelusta ja sen merkityksestä kätilötyössä. *Tutkiva hoitotyö* 7(4), 20–26.
- Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I & Andolf E. 2011. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2(2), 83–89.
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uudistettu painos. WSOY, WS Bookwell Oy, Juva.
- Lukkarinen H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uudistettu painos. WSOY, WS Bookwell Oy, Juva.
- Melender H-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth: experiences reported before and after childbirth. Turun yliopisto. *Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja*.
- Melender HL, Hanhiova M & Rautava P. 2006. Laatu synnytyksen hoitoon: systemaattinen katsaus tyytyväisyyssmittareihin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43(4), 261 – 271.
- Mercer J, Green-Jervis C & Brannigan C. 2012. The legacy of a self-reported negative birth experience. *British Journal of Midwifery* 20(10), 717–723.
- Metsämuuronen J. 2006. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: opiskelijalaitos*. 2. laitos, 3. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Michels A, Kruske S & Thompson R. 2013. Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 31(2), 172–182.
- Murray L & Finn M. 2012. Good mothers, bad thoughts: New mothers' thoughts of intentionally harming their newborns. *Feminism and Psychology* 22(1), 41–59.
- Nilsson C & Lundgren I. 2009. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25(2), 1–9.
- Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E & Ekström A. 2013. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research Practice*. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/349124>. Luettu 10.11.2013, 26.02.2014.

Nykänen P, Junttila K. (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti – suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 40/2012.

O'Hare J & Fallon A. 2011. Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery* 19(3), 164–169.

Overgaard C, Fenger-Grøn M & Sandall J. 2012. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine* 74(7), 973–981.

Perustuslaki 731/1999.

Pesonen A-K. 2010. Varhainen vuorovaikutus on suotuisan psyykkisen kehityksen edellytys. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(5), 515–520.

Polit D.F & Beck C.T. 2008. *Nursing research. Principles and methods. Eighth Edition.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Raivio K. 2011. Mikä syntymässä on niin ihmeellistä? *Duodecim* 127(23), 2474–2479.

Rajalahti E & Saranto K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen - haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 23(4), 243–257.

Raussi-Lehto E. 2007. *Syntymän hoito.* Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi - Lehto E, Väyrynen P & Äimälä AM. (toim.), *Kättilötyö.* Helsinki, Edita.

Ritamo M, Pelkonen M & Nikula M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Yliopistopaino, Helsinki.

Rouhe H. 2010. Tuliko synnytyksestä traumaa - Synnytyskokemus VAS-asteikolla. Kirjaus- ja hoito-ohje HUS:in sairaaloiden synnytysyksiköille. Julkaisematon lähde.

Rouhe H & Saisto T. 2013. Synnytyspelko. *Duodecim* 129(5), 521–527.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E & Saisto T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 118(9), 1104–1111.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E & Saisto T. 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116, 67–73.

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

Räisänen S & Gissler M. 2012. Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede* 47(1), 62–69.

Räisänen S, Heinonen S, Sund R & Gissler M. 2013. Rekisteritietojen hyödyntämisen haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti* 47(68), 3075–3082.

Räisänen S, Lehto S, Nielsen H, Gissler M, Kramer M & Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014 Feb 4.

Saisto T. 2013. Sähköpostiviestit. Julkaisematon lähde.

Simkin P & Hull K. 2011. Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *Journal of Perinatal Education* 20(3), 166–176.

Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M & Kehl S. 2013. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*. 170(2), 401–406.

STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Julkaisuja17.

Stake R. E. 2010. *Qualitative Research. Studying how things work*. The Guilford Press. New York.

Tenk 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.

Tekay A. 2012. Onko naisella oikeus päättää synnytystavasta? *Lääkärilehti* 67(48), 3552–3553.

THL. 2012. Nykänen P & Junttila K (toim.) Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 40.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Tammi. Hansaprint Oy, Vantaa.

Turner KM, Chew-Graham C, Folkes L & Sharp D. 2010. Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. *Patient Education & Counseling* 78(2), 234–239.

VAS (Visual Analog Scale) -mittarin kuva luvussa 2.4. <http://www.ck-wissen.de/ckwiki/index.php>. Haettu 20.5.2014.

Vuori E & Gissler M. 2013. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL.

Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. 2004. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31(1), 17–27.

Wewers M.E. & Lowe N.K. 1990. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing & health* 13(4), 227–236.

Zimmerman G H. 2013. Birth Trauma: Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *International Journal of Childbirth Education* 28(3), 61–66.

Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. 2013. Klemetti R & Hakulinen-Viitanen T (toim.) Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (kirj.)
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL Opas 29. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Liite 1. Kirjallisuushaku vuosilta 2009–2014 (1/2).

Liitetaulukko 1. Kielteinen synnytyskokemus. Kirjallisuushaku vuosilta 2009–2014.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Medic	synnyt*	Ei pro gradu -tutkielmia 2009–2014	104	2
PubMed	(negative OR traumatic) AND	Englanninkie- liset, koko teksti 2009-2014	174	7
Cinahl	(birth OR labor OR childbirth OR delivery) AND	Peer Reviewed	177	5
Scopus	experience		127	3
Manuaalinen haku				3
Yhteensä			582	20

Liitetaulukko 2. Synnytyskeskustelu. Kirjallisuushaku vuosilta 2009–2014.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Medic	synnytyskeskus- telu, counseling	Ei pro gradu -tutkielmia 2009–2014	78	1
PubMed	(counseling OR postnatal care OR debriefing) AND	Englanninkie- liset, koko teksti 2009-2014	159	2
Cinahl	experience	Peer Reviewed	21	0
Scopus		Scopus: nursing	87	1
Manuaalinen haku				1
Yhteensä			345	5

Liite 1. Kirjallisuushaku vuosilta 2009–2014 (2/2).

Liitetaulukko 3. VAS-mittari synnytyskokemuksen arvioinnissa. Kirjallisuushaku vuosilta 2009–2014.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Medic	VAS	Ei pro gradu -tutkielmia 2009–2014	19	1
PubMed	(visual analogue scale) AND	Englanninkie- liset, koko teksti	9	0
Cinahl	(birth experience)	2009-2014 Peer Reviewed	10	0
Scopus		Scopus: nursing	20	2
Manuaalinen haku				2
Yhteensä			58	5

Liite 2. Tutkimuksia kielteisestä synnytyskokemuksesta (1/5).

Liitetaulukko 4. Tutkimuksia kielteisestä synnytyskokemuksesta vuosilta 2009–2014.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D & Devilly GJ. 2010. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. <i>Psychological Medicine</i> 40(11), 1849–1859. (Australia)	Selvittää PTSD-oireyhtymän esiintyvyyttä synnyttäjillä raskauden viimeisellä kolmanneksella ja synnytyksen jälkeen niillä, joilla aiemmin PTSD- tai mielialahäiriöiden oireita.	933 raskaana olevaa naista.	Haastattelut raskauden viimeisellä kolmanneksella ja 4–6, 12, ja 24 viikkoa synnytyksen jälkeen. Tilastolliset mallit.	PTSD-oireyhtymä synnytyksen jälkeen voi aiheutua vaikeasta synnytyskokemuksesta.
Alves B, Zakka T, Teixeira MJ, Siqueira JT & Siqueira SR. 2009. Evaluation of pain before and after vaginal delivery. <i>Clinical Experimental Obstetrics & Gynecology</i> 36(4), 241–244. (Brasilia)	Kuvata synnyttäjien arvioimaa kipua ennen ja jälkeen alatiesynnytyksen ja verrata sitä lääkärin kipuarvioon synnyttäjällä.	20 synnyttävää naista.	Mixed method. Kyselyt synnyttäjille eri kipumittareilla (VAS, ASS, McGill), ja elämän laadun hallintamittarilla (WHOQOL), haastattelut lääkäreille.	Synnyttäjät, joilla oli häiriöitä elämänhallinnassa, oli voimakkaampi kivunkokemus synnytyksessä. Yleisempää ensisynnyttäjällä. Lääkärit arvioivat synnyttäjän kivun vähäisemmäksi kuin synnyttäjät.
Cook K & Loomis C. 2012. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. <i>Journal of Perinatal Education</i> 21(3), 158–168. (Kanada)	Selvittää miten synnyttäjien mahdollisuudet vaikuttaa synnytykseensä ja päätöksentekoon siinä. Synnytyssuunnitelman vaikutus.	15 synnyttävää naista.	Laadullinen analyysi. Semistrukturoidut haastattelut, fenomenologinen lähestymistapa.	Naisten positiivinen tai negatiivinen synnytyskokemus oli enemmän yhteydessä hyvään tunteeseen, omiin valintoihin ja hallintaan kuin erityisiin yksityiskohtiin synnytyksessä.

Liite 2. Tutkimuksia kielteisestä synnytyskokemuksesta (2/5).

<p>Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF & Hildingsson I. 2012. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. BMC Pregnancy.</p> <p>http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/55. (Ruotsi & Australia)</p>	<p>Selvittää vaikuttavatko synnyttäjien asenteet ja pelot siihen hoitoon mitä he saavat ja synnytyksen kulkuun.</p>	<p>386 ruotsalaista ja 123 australialaista raskaana olevaa naista.</p>	<p>Kyselylomakkeet naisille 18–20 viikolla raskaana ja kaksi kuukautta synnytyksen jälkeen sisältäen asenneväittämiä synnytyksestä (BAPS) ja pelkomittarin (FOBS). Tilastolliset menetelmät.</p>	<p>Synnyttäjät voitiin jakaa kolmeen ryhmään. 1. Itsetietoiset (ei synnytyspelkoa, itseluottamusta omaan kehoon ja arviointikykyyn), 2. tulee mitä tulee -asenteelliset (ei synnytyspelkoa, heikko itseluottamus) ja 3. pelkäävät (synnytyspelko ja heikko itseluottamus). 2. ja 3. ryhmällä todennäköisemmin negatiivinen synnytyskokemus ja -komplikaatioita.</p>
<p>Hildingsson I, Karlström A & Nystedt A. 2013. Parents' experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden. Sexual & Reproductive Healthcare 4(1), 3–8. (Ruotsi)</p>	<p>Selvittää vaikuttaako instrumenttiavusteinen synnytys synnytyskokemukseen verrattuna spontaaniin alatiesynnytykseen.</p>	<p>936 äitiä ja 827 isää.</p>	<p>Kyselylomakkeet, joista tilastolliset mallit 95 % luottamusvälillä.</p>	<p>Intrumentaali alatiesynnytys 9 %, joilla myös enemmän muita komplikaatioita esim. ongelmia vastasyntyneellä. Äidit ja isät molemmat kokivat avusteisen synnytyksen negatiivisempänä kuin spontaanin synnytyksen.</p>
<p>Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I & Andolf E. 2011. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. Sexual & Reproductive Healthcare 2(2), 83–89. (Ruotsi)</p>	<p>Arvioida persoonallisuuden, sosio-ekonomisen taustan ja obstetristen faktojen vaikutusta synnytyskokemukseen terveillä ensisynnyttäjillä.</p>	<p>541 naista.</p>	<p>Kyselylomakkeet loppuraskaudessa ja 9 kuukautta synnytyksen jälkeen. Mittareina Wijma DEQ B ja VAS. Looginen regressioanalyysi.</p>	<p>Synnytyskipu, synnytyksen jälkeinen analgesia, pitkittynyt sairaalassa olo, raskauden aikaiset huolet ja itsetunnon häiriöt lisäävät kielteisen synnytyskokemuksen todennäköisyyttä, kun taas luottamuksellinen suhde kättilöön lisää positiivisen synnytyskokemuksen todennäköisyyttä.</p>

Liite 2. Tutkimuksia kielteisestä synnytyskokemuksesta (3/5).

<p>Melender H-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth : experiences reported before and after childbirth. Turun yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. (Suomi)</p>	<p>Selvittää synnytyspelon ja turvallisuuden tunteen yhteyttä raskauteen ja synnytyskokemukseen ennen ja jälkeen synnytyksen.</p>	<p>830 naista.</p>	<p>Kyselylomakkeet, tilastolliset menetelmät. Haastattelut, sisällönanalyysi.</p>	<p>Naisten pelot raskaudessa ja synnytyksessä johtuvat useista syistä, kuten huoli äidin ja lapsen hyvinvoinnista. Pelot aiheuttavat fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia. Turvallisuuden tunnetta lisäävät useat asiat kuten tieto ja hyvä suhde neuvolaan.</p>
<p>Mercer J, Green-Jervis C & Brannigan C. 2012. The legacy of a self-reported negative birth experience. British Journal of Midwifery 20(10), 717–723. (Iso-Britannia)</p>	<p>Selvittää negatiivisen synnytyskokemuksen syitä.</p>	<p>5 synnyttänyttä naista, jotka olivat kokeneet synnytyksen kielteiseksi.</p>	<p>Semistrukturoidut haastattelut. Fenomenologinen analyysi (IPA).</p>	<p>Äidillä oli tunteita, että heitä ei kuunnella synnytyksessä nämä tunteet pysyivät pitkään synnytyksen jälkeen.</p>
<p>Michels A, Kruske S & Thompson R. 2013. Women’s postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. Journal of Reproductive & Infant Psychology 31(2), 172–182. (Australia)</p>	<p>Selvittää yhteyttä naisten synnytyksen jälkeisen psyykkisen hyvinvoinnin ja raskauden aikaisen huolenpidon ja synnytyskokemuksen välillä.</p>	<p>Valmis aineisto useasta aiemmasta tutkimuksesta.</p>	<p>Dikotominen tutkimus. Faktorianalyysi.</p>	<p>Äidit, jotka kokivat tulleen hoidetuksi hyvin raskauden aikana ja joilla oli positiivinen synnytyskokemus voivat psyykkisesti paremmin synnytyksen jälkeen.</p>

Liite 2. Tutkimuksia kielteisestä synnytyskokemuksesta (4/5).

<p>Nilsson C & Lundgren I. 2009. Women's lived experience of fear of childbirth. <i>Midwifery</i> 25(2), 1–9. (Ruotsi)</p>	<p>Kuvailla äitien kokemaa synnytyspelkoa</p>	<p>Kahdeksan 24–37 raskausviikolla olevaa naista</p>	<p>Haastattelut, fenomenologinen analyysi.</p>	<p>Synnytyspelko aiheuttaa epäilyjä itsestään synnyttäjänä. Uudelleen synnyttäjillä aikaisempi negatiivinen kokemus aiheutti pelkoa, erityisesti huono kohtelu henkilökunnalta.</p>
<p>Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E & Ekström A. 2013. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. <i>Nursing Research Practice</i>. http://dx.doi.org/10.1155/2013/349124. (Ruotsi)</p>	<p>Kuvailla ensisynnyttäjien synnytyskokemuksia.</p>	<p>14 synnyttänyttä naista.</p>	<p>Äitien kirjoittamat tarinat synnytyksestään, laadullinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Positiivinen synnytyskokemus on todennäköisempi silloin, kun äiti saa yksilöllistä ja kunnioittavaa kohtelua hoitohenkilökunnalta, vaikka kaikki ei synnytyksessä menisikään ilman komplikaatioita.</p>
<p>O'Hare J & Fallon A. 2011. Women's experience of control in labour and childbirth. <i>British Journal of Midwifery</i> 19(3), 164–169. (Irlanti)</p>	<p>Kuvailla itsehallinnan merkitystä synnytyskokemuksessa.</p>	<p>Yhdeksän ensisynnyttäjää.</p>	<p>Semistrukturoidut haastattelut. Analyysi Smith ym. ja Manen menetelmillä.</p>	<p>Itsensä hallinta on tärkeää synnytyskokemuksen arvioinnissa. Naisia tulisi valmistaa synnytykseen ja vahvistaa heidän omaa hallintaansa.</p>
<p>Overgaard C, Fenger-Grøn M & Sandall J. 2012. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. <i>Social Science & Medicine</i> 74(7), 973–981. (Tanska)</p>	<p>Verrata naisten tyytyväisyyttä synnytykseen kätälöjohtoisessa ja obstetrisessa klinikassa.</p>	<p>218 ja 218 naista eri klinikoilta.</p>	<p>Kyselylomakkeet postitse, survey tutkimus.</p>	<p>Synnytyskokemus oli positiivisempi ja tyytyväisyys hoitoon oli parempi kätälöjohtoisessa synnytysklinikassa.</p>

Liite 2. Tutkimuksia kielteisestä synnytyskokemuksesta (5/5).

Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E & Saisto T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. <i>BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> 118(9), 1104–1111. (Suomi)	Selvittää onko synnytyspelkoisilla äideillä enemmän mielialan häiriöitä kuin muilla äideillä.	2405 synnytyspelkoista naista, 4676 verrokkiryhmän naista.	Rekisteritiedot synnytys-, sairaalasta kotiutumis- ja lääkekorvausrekisteristä. Tilastolliset menetelmät.	Mielialan ongelmat ovat kaksi kertaa yleisempiä synnytyspelkoisilla naisilla kuin ei pelkäävillä naisilla.
Ryttyläinen K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. (Suomi)	Kuvata ja selittää naisen hallintaa raskauden aikana ja synnytyksessä.	3000 synnyttänyttä naista, josta n=1625	Kyselylomake, tilastolliset analyysimenetelmät; tilastolliset testit, Spearman, faktori- ja regressioanalyysi. Avoimet kysymykset; sisällönanalyysi.	Naisten hallinta mahdollistui eri asiantuntijoiden kanssa hyvin, huonoiten synnytyslääkärin ja parhaiten neuvolan terveydenhoitajan kanssa. Hallintaa edisti hyvä vuorovaikutus henkilökunnan kanssa, riittävä tiedonsaaminen ja oma osallistuminen sekä synnytyksessä riittävä kivunlievitys.
Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M & Kehl S. 2013. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. <i>European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology</i> . 170(2), 401–406. (Irlanti)	Selvittää mitkä tekijät vaikuttavat ja vaikuttaako synnytystapa synnytystytyväisyyteen	335 ensisynnyttäjä	Kyselylomakkeet, tilastolliset testit: khiin neliö, Fisher's, Kruskal-Wallis. Regressioanalyysi.	Synnytystapa ei vaikuta synnytystytyväisyyteen. Tärkeimmät tekijät synnytystytyväisyydelle ovat synnyttäjää tukeva henkilökunta, mahdollisuus osallistua päätöksentekoon, ja riittävä kivunlievitys.
Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. 2004. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. <i>Birth</i> 31(1), 17–27. (Ruotsi)	Selvittää negatiivisen synnytyskokemuksen taustoja ja syitä.	2541 naista.	Kolme kyselylomaketta, loppuraskaudessa, 2 kk ja 1 v synnytyksen jälkeen. Tilastomenetelmät.	Kielteistä synnytyskokemusta ennakoivat odottamattomat ongelmat synnytyksessä ja osallisten sosiaalinen tausta. Äidin kivuntuntemusta ja tuen tarvetta saatetaan aliarvioida.

Liite 3. Tutkimuksia synnytyskeskustelusta (1/1).

Liitetaulukko 5. Tutkimuksia synnytyskeskustelusta vuosilta 2009–2014.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Baxter JD, McCourt C & Jarrett PM. 2014. What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. <i>Midwifery</i> 30(2), 194–219. (Iso-Britannia)	Kuvata nykyistä käytäntöä synnytyskeskusteluista synnytyksen jälkeen ja selvittää naisten odotuksia ko. palvelusta.	20 tutkimusta, artikkelia tai kirjallisuuskat-sausta aiheesta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, metaetnografinen lähestymistapa.	Esiintyi kahta erilaista synnytyskeskustelutapaa, strukturoitua ja ei-strukturoitua. Psykoterapeutit toteuttivat enemmän strukturoitua mallia kuin kättilöt, jotka käyttivät vapaampaa keskustelu-muotoa. Kaikkien osallisten mielestä synnytyskeskustelu on tärkeä osa synnytyksen jälkeisistä tapahtumista.
Koskela M & Kääriäinen M. 2009. Kättilöiden käsitykset synnytyskeskustelusta ja sen merkityksestä kättilötyössä. <i>Tutkiva hoitotyö</i> 7(4), 20–26. (Suomi)	Kuvata kättilöiden käsityksiä synnytyskeskustelusta.	Yhdeksän kättilöä.	Teemahaastattelut, joista induktiivinen sisällönanalyysi.	Äiti voi antaa palautetta hoidostaan. Keskustelulla voidaan tukea äitiyttä, vahvistaa perheen läheistä vuorovaikutusta. Kättilöt saavat palautetta työstään.
Turner KM, Chew-Graham C, Folkes L & Sharp D. 2010. Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. <i>Patient Education & Counseling</i> 78(2), 234–239. (Iso-Britannia)	Selvittää naisten kokemuksia terveydenhuollon toimijan kotikäynneistä ja synnytyskeskustelusta hoitona synnytyksen jälkeiseen masennukseen.	22 naista, joiden luona käytiin keskustele-massa	Syvähaastattelut, joista laadullinen analyysi sähköisen NVivo ohjelman avulla.	Osa naisista piti käyntejä auttavina tilanteelleen mutta riittämättöminä hoitamaan depressiota. Hyödyllinen käynti riippui depression syistä, kävijän persoonasta ja toimintatavasta.

Liitetaulukko 6. Tutkimuksia VAS-mittarista vuosilta 2006–2012.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Bergh I, Söderlund T, Vinterskog L & Mårtensson L.B. 2012. Reliability and validity of the Acceptance Symptom Assessment Scale in assessing labour pain. Midwifery 28(5), 684–688. (Ruotsi)	Tutkia ASAS-mittarin luotettavuutta ja toistettavuutta synnytyskivun arvioinnissa.	47 synnyttämässä olevaa naista	Synnyttäjät arvioivat synnytyskipuaan 5 kertaa synnytyksen aikana ASAS- ja VAS-mittareilla. Tilastolliset menetelmät.	Molemmat mittarit kuvasivat hyvin ja oleellisen synnytyskivun määrystä. Synnyttäjät pitivät ASAS-mittaria parempana, koska siinä oli sanallisesti kuvaavia vaihtoehtoja kivusta numeraalisen arvioinnin sijaan.
Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I & Andolf E. 2011. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. Sexual & Reproductive Healthcare 2(2), 83–89. (Ruotsi)	Verrata VAS-mittarin ja Wijma DEQ B -mittarin käyttöä synnytyskokemuksen arvioimisessa.	541 naista	Kyselylomakkeet loppuraskaudessa ja 9 kk synnytyksen jälkeen. Tilastolliset menetelmät, looginen regressioanalyysi.	Synnytyskokemuksen arvioinnin vertailussa mittareilla ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa, mutta VAS on yksinkertainen tapa arvioida synnytyskokemusta.
Melender HL, Hanhiova M & Rautava P. 2006. Laatusynnytyksen hoitoon: systemaattinen katsaus tyytyväisyysmittareihin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43(4), 261 – 271. (Suomi)	Arvioida synnytyksen hoidon laadun olemassa olevien mittareiden ominaisuuksia ja käyttökelpoisuutta käytännön hoidossa ja tutkimuksessa.	14 Likert-asteikollista laatumittaria 22 eri julkaisussa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Tyytyväisyyden käsitteen määrittely oli artikkeleissa puutteellista. Mittareiden kehittäminen ja testaaminen vaihtelivat suuresti otoskokojen ja luotettavuuden sekä keston osalta. Usea mukana ollut tyytyväisyysmittari sopii suomalaiseen äitiyshuoltojärjestelmään.

Liite 5. Kirjallisuuskatsauksen julkaisujen taustatiedot (1/1).

Liitetaulukko 7. Julkaisujen taustatiedot.

Tekijä(t)	Kval. tutkimus	Kvant. tutkimus	Väitöskirja	System. kirjallisuuskatsaus	Katsausartikkeli	Maa
Alcorn ym. 2010		x				Australia
Alves ym. 2009		x				Brasilia
Baxter ym. 2014				x		Iso-Britannia
Bergh ym. 2012		x				Ruotsi
Cook & Loomis 2012	x					Kanada
Gamble & Creedy 2009					x	Australia
Haines ym. 2012		x				Ruotsi ja Australia
Hildingsson ym. 2013		x				Ruotsi
Koskela & Käriäinen 2009	x					Suomi
Larsson ym. 2011		x				Ruotsi
Melender 2002			x			Suomi
Melender ym. 2006				x		Suomi
Mercer ym. 2012	x					Iso-Britannia
Michels ym. 2013		x				Australia
Murray & Finn 2012					x	Iso-Britannia
Nilsson & Lundgren 2009	x					Ruotsi
Nilsson ym. 2013	x					Ruotsi
O'Hare & Fallon 2011	x					Irlanti
Overgaard ym. 2012		x				Tanska
Pesonen 2010					x	Suomi
Rouhe & Saisto 2013					x	Suomi
Rouhe ym. 2011		x				Suomi
Ryttyläinen 2005			x			Suomi
Räsänen ym. 2014		x				Suomi
Simkin & Hull 2011					x	Yhdysvallat
Spaich ym. 2013		x				Irlanti
Turner ym. 2010	x					Iso-Britannia
Waldenström ym. 2004		x				Ruotsi
Wewers & Lowe 1990					x	Yhdysvallat
Zimmerman 2013					x	Yhdysvallat

Liite 6. Eettisen toimikunnan puoltolausunto (1/2).

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OTE/LAUSUNTO

1 (4)

Naisten, lasten ja psykiatrian eettinen § 34 27.02.2014
toimikunta

48/13/03/03/2014 UUSI TUTKIMUSSUUNNITELMA

48/13/03/03/2014

TMK03 § 34

Esittelijä	Erikoislääkäri Päivi Härkki
Julkisuus	Salassa pidettävä (JulkL 621/1999, 24 §)
Tutkimuksen nimi	SYNNYTTÄJIEN KUVAUSTA KIELTEISISTÄ SYNNYTYSKOKEMUKSISTA
Kuvaus	Toimikunnan käsiteltäväksi on toimitettu uusi tutkimussuunnitelma. Kyseessä on hoitotieteellinen rekisteritietoja hyödyntävä tutkimus, jonka tavoitteena on selvittää jo käytössä olevan mittarin avulla kielteisen synnytyskokemuksen syitä.
Tutkimuksesta vastaava henkilö	TtK, kättilö Sirpa Turtiainen, Jorvin synnytysosasto
Tutkijat	TtK, kättilö Sirpa Turtiainen, Jorvin synnytysosasto HUS-vastuuhenkilö Marjaana Hanhiova
Tutkimuksen toimeksiantaja	Tutkijalähtöinen tutkimus, tutkintoon (terveystieteiden maisteri) kuuluva tutkimus
Tutkimuksen rahoitus	Ei ulkopuolista rahoitusta
Toimitetut asiakirjat	- hakemuslomake, 5.2.2014 - lausunto tutkimuksen eettisyydestä, 25.1.2014 - tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste, 5.2.2014 - tutkimussuunnitelma, tammikuu 2014
Päätösesitys	Eettinen toimikunta päättää 1. asiasta kokouskäsitellyssä, 2. periä lausuntomaksuna 0 euroa (STM:n asetus 650/2013, 1 § 3 mom.).
Päätös	Toimikunta katsoo, että tutkimussuunnitelma ja sen liiteasiakirjat noudattavat lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain (488/99 myöh. muutoksineen) ja asetuksen (986/99 myöh. muutoksineen) säännöksiä, tietosuojasäännöksiä sekä niitä lääketieteellistä tutkimusta ja tutkimuspotilaiden asemaa koskevia kansainvälisiä velvoitteita, joita ihmiseen kohdistuvalta lääketieteelliseltä tutkimukselta edellytetään. Eettinen toimikunta pitää tutkimussuunnitelmaa eettisesti hyväksyttävänä ja päättää 1. antaa siitä puoltavan lausunnon.

Liite 6. Eettisen toimikunnan puoltolausunto (2/2).

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS

OTE/LAUSUNTO

2 (4)

Päätöstä koskeviin asiasisällöllisiin kysymyksiin vastaa tarvittaessa esittelijä.

2. periaate lausuntomaksun esityksen mukaisesti.

Eettisen toimikunnan antamasta lausunnosta ei voi valittaa. Jos eettisen toimikunnan lausunto on kielteinen, toimeksiantaja voi saattaa asian uudelleen eettisen toimikunnan käsiteltäväksi. Alueellisen eettisen toimikunnan on toimeksiantajan pyynnöstä hankittava asiasta ennen uuden lausuntonsa antamista valtakunnallisen lääketieteellisen tutkimuseettisen toimikunnan lausunto (Tutkimuslaki 488/1999 myöh. muutoksineen).

Maksuvelvollinen, joka katsoo, että maksun määräämisessä on tapahtunut virhe, voi vaatia oikaisua. Oikaisuvaatimusohje on liitteenä.

Lisätietoja

Esittelijä Päivi Härkki, p. 050 427 2328
Toimikuntas sihteeri Piia Paavilainen, p. 050 427 9493

Otteen tarkastamattomasta pöytäkirjasta oikeaksi todistaa

Helsingissä 5.3.2014



Piia Paavilainen
sihteeri Naisten, lasten ja psykiatrian
eettinen toimikunta

Lähetetty tiedoksi

5.3.2014

Liite

Oikaisuvaatimusohje

Jakelu

Turtiainen Sirpa

Liite 7. Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus ja -pätös (1/2).

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI


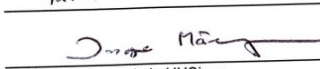
OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Sirpa Turtiainen	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Terveystieteiden kandidaatti, kättilö	
	HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä Jorvin sairaalan synnytysosasto <input type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm sirpa.turtiainen@kolumbus.fi	
	Kotiosoite Jäspilänpiha 9 A, 04250 Kerava	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Itä-Suomen yliopisto	
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos, PL 1627, 70211 Kuopio	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Katri Vehviläinen-Julkunen, TtT, professori, katri.vehvilainenjulkunen@uef.fi, 050 338 1957 Taina Pitkäaho, TtT, tutkijatohtori, taina.pitkaaho@uef.fi, 050 348 4705	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Ilmoitus hyväksytystä tutkimussuunnitelmasta tullut opinnäytetyöntekijälle sähköpostitse 17.1.2014.	
	Suku- ja etunimi/virka/toimi HUS:in vastuuhenkilö: Marjaana Hanhirona, Synnytysten osastoryhmän päällikkö	
	Työpaikan osoite Naistenklinikka, PL 140, 00029 HUS	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm marjaana.hanhirona@hus.fi, 09 471 72827	
	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Naistentautien ja synnytysten klinikaryhmä	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Synnyttäjien kuvausta kielteisistä synnytyskokemuksista	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Kyseessä on hoitotieteellinen rekisteritietoja hyödyntävä tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää kielteisten synnytyskokemusten syitä käytössä olevan mittarin avulla.	
	Asiasanat (max 5 kpl) Kielteinen synnytyskokemus, synnytyskeskustelu, VAS-mittari	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensoititutkinto <input checked="" type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 1.1.2014
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Sydän-keuhkokeskus <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

Liite 7. Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus ja -päättös (2/2).

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Henkilökunta <input checked="" type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä Noin 147 synnytyskertomusjärjestelmän kirjausta
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input checked="" type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot -		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin tuloksia käytetään synnytysyksiköiden hoitokäytäntöjen kehittämisessä <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 10.3.2014  Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys Sirpa Turtiainen		Päiväys HUS:n vastuhenkilö nimenselvennys

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE-PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että _____ _____
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) _____ _____
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä 25.3.2014	Tutkimusluvan päättymispäivä 31.12.2014
Päiväys Hlu 25.3.2014  Tutkimusluvan myöntäjä Juhana Tapanainen nimenselvennys Professori, ylitähtäjä HYKS Naistenlinnikka Käynti: Haartmaninkatu 2, Helsinki Postiosoitte: PL 140, 00029 HUS	Päiväys 12.3.2014  Tutkimusluvan puoltaja HUSissa Jinger Mäenpää nimenselvennys Johtava ylläpitäjä HYKS Naisten- ja lastentautilinikoiden tutkimuskeskus

Tarvitavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste