

TERHI SAISTO

LT, dosentti, synnytysten, naistentautien ja perinatologian erikoislääkäri
HYKS Naistentaudit ja synnytykset
terhi.saisto@hus.fi

HANNA ROUHE

LT, synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri
HYKS Naistentaudit ja synnytykset

Kun synnyttäjä toivoo keisarileikkausta

- Keisarileikkausten määrä on viime vuosikymmeninä lisääntynyt, maailmalla huomattavasti enemmän kuin Suomessa.
- Suomessa merkittävin syy keisarileikkaustoiveeseen on synnytyspelko.
- Leikkaustoiveeseen tulee suhtautua vakavasti ja tarjota mahdollisuus keskusteluun.
- Keisarileikkaukseen ei koskaan tulisi päätyä ilman synnytyspelon asianmukaista hoitoa ja päätöksenteon tukea.
- Hyvällä synnytyspelon hoidolla suurin osa keisarileikkaustoiveista väistyy, mutta ketään ei tule kuitenkaan painostaa eikä pakottaa synnyttämään alateitse.
- Suunniteltuun keisarileikkaukseen liittyy vastasyntyneen hengitysvaikeuksien suurentunut riski.
- Joka neljännessä keisarileikkauksessa äidille tulee jokin komplikaatio.

Äitiysneuvolan ja -poliklinikan lääkärin potilas saattaa toivoa synnytystavaksi keisarileikkausta, vaikka hänellä ei olisi estettä tai tiedossa olevaa normaalin synnytyksen riskiä. Keisarileikkaustoiveen taustalla on usein voimakas pelko alatiesynnytystä kohtaan. Tässä artikkelissa käsittelemme niitä asioita, jotka tulee ottaa huomioon keskusteltaessa keisarileikkausta toivovan kanssa sekä myös tällaisen potilaan kohtaamista vastaanottotilanteessa.

Ilman perinteistä lääketieteellistä indikaatiota tehtävien keisarileikkausten yleistyminen on viime vuosikymmeninä havaittu maailmanlaajuisesti. Synnyttäjän toive leikkauksesta on suurelta osin selittänyt niiden määrän kasvun (1). Kun vielä 1970-luvulla alle 6 % lapsista syntyi

nyttyspelkodiagnoosi (O99.80) tuli Kansainvälisen tautiluokituksen lisäosaan vasta vuonna 1998. Tätä ennen keisarileikkauksia toki tehtiin synnytyspelon takia, usein erikoismaksuluokassa. Tuolloin diagnoosikoodina oli usein O33.9 Suhteellisesti ahdas lantio (4).

Muualla kuin Pohjoismaissa keisarileikkaustoiveen taustalla saattaa olla myös erilaiset uskomukset ("oikeana" hetkenä syntymisen merkitys), sosiaalipoliittiset vaikutukset (yhden lapsen politiikka, ympäristön kokemukset, parempiosaisuuden osoitus) ja yleinen asenne ("mukavuussektiot", hyväksyttävyyys). Keisarileikkausten määrään vaikuttaa myös synnytyslääkäreiden asenne. Esimerkiksi Turkissa kaksi kolmasosaa synnytyslääkäreistä valitsisi itselleen tai puolisolleen keisarileikkauksen synnytystavaksi (5). Pohjoismaisten tutkimusten mukaan kuitenkin 50–88 % synnytyspelon vuoksi keisarileikkausta toivoneista luopuu keisarileikkaustoiveesta synnytyspelon hoidon aikana (6–12) (taulukko 1).

Suunnitellun keisarileikkauksen riskit, toipuminen ja myöhemmät raskaudet

Keisarileikkauksen ja alatiesynnytyksen edut ja haitat on syytä käydä läpi vastaanotolla. Keisarileikkaukseen liittyy 3–15-kertainen tulehdus-, tukos- ja vuotokomplikaatoriski (2,13,14,15,16,17,18). Suomalaisessa tutkimuksessa osoitettiin, että keisarileikkauksessa 27 % äideistä sai jonkin komplikaation leikkauksen aikana tai sen jälkeen, ja että 10 %:lla komplikaatio oli vakava (19). Kuolemanriski keisarileikkauksessa on noin kolminkertainen alatiesynnytykseen verrattuna.

Ketään ei tule painostaa eikä pakottaa synnyttämään alateitse.

länsimaissa keisarileikkauksella, keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä on nyt Suomessa noin 15 %, ja monissa maissa jopa yli 40 % (2).

Suomessa ja muissa Pohjoismaissa keisarileikkaustoiveen takana on pääosin synnytyspelko. Se tunnustetaan neuvolassa hyvin, ja synnytyspelkopoliklinikat toimivat Suomen synnytys-sairaaloissa. Hoitokäytännöissä on vielä selviä eroja, joita pyritään tasoittamaan koulutuksen avulla (3). Suomessa keisarileikkausta toivotaan hyvin harvoin sillä perusteella, että alatiesynnytyksen pelätään pilaavan ulkosynnyttimet tai vaikuttavan seksuaaliseen tyytyväisyyteen. Syn-



TAULUKKO 1.

Synnytyspelon hoidon tulokset (keisarileikkaustoiveen väistyminen ja valmistautuminen normaaliin synnytykseen hoidon jälkeen) (6–12).

Tutkimus ja viite	Tutkimusasetelma	Hoitomuoto	n	Pariteetti	Käyntien määrä	Valmistautuu normaaliin synnytykseen hoidon jälkeen
Ryding 1993 (6)	Prospektiivinen seurantatutkimus	Psykologinen tuki ja lyhytterapia	33	85 % uudelleen-synnyttäjiä	1–13	50 %
Sjögren 1997 (7)	Prospektiivinen seurantatutkimus	Tuki ja psykoterapia tarvittaessa	100	64 % uudelleen-synnyttäjiä	2–10	50 %
Saisto 2001 (8)	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kognitiiviseen lähestymistapaan perustuva lääkärin antama neuvonta ja kättilön tuki	176	49 % uudelleen-synnyttäjiä	2–6	62 %
Nerum 2006 (9)	Prospektiivinen seurantatutkimus	Kriisi-orientoituneeseen lähestymistapaan perustuva kättilön antama neuvonta (lääkärin ja sosiaalityöntekijän konsultaatiomahdollisuus)	86	85 % uudelleen-synnyttäjiä	1–10	86 %
Saisto 2006 (10)	Prospektiivinen seurantatutkimus	Ryhmässä annettu psykoedukaatio ja rentoutusharjoitukset psykologin antamina	102	Kaikki ensi-synnyttäjiä	2–6	87 %
Sydsjö 2012 (12)	Tapaus-verrokki-tutkimus	Yksilöllinen synnytyspelon hoito (lääkäri- ja kättilökäynnit)	353	61 % uudelleen-synnyttäjiä	1–15	70 %
Rouhe 2013 (11)	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Ryhmä: psykoedukaatio ja psykologi: rentoutusharjoitukset vrt. perinteinen hoito (neuvola ja osalle lääkäri- ja kättilökäynnit)	371	Kaikki ensi-synnyttäjiä	2–7 käyntiä ryhmähoidossa 1–10 käyntiä perinteisessä hoidossa	88 % ryhmähoito 77 % perinteinen hoito

KIRJALLISUUTTA

- 1 Robson M ym. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:297–308.
- 2 Berg CJ ym. Pregnancy related mortality in the United States, 1998–2005. *Obstet Gynecol* 2010;116:1302–9.
- 3 Saisto T ym. Synnytyspelon hoitokäytännöissä on vielä eroja. *Suom Lääkäril* 2013;68:2190–1.
- 4 Rouhe H ym. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset HYKS:n alueella vuosina 1999–2005. *Duodecim* 2007;123:2481–6.
- 5 Arikian DC ym. Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284:543–9.
- 6 Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:280–5.

Keisarileikkauksesta toipuminen on hitaampaa kuin alatiesynnytyksestä, ja ero on vielä huomattavampi uudelleensynnyttäjillä. Mikäli perheessä on jo ennestään lapsia, on tärkeä miettiä, miten äiti pärjää kotona vauvan ja muiden lasten kanssa keisarileikkauksen jälkeen. Jos perheeseen toivotaan useita lapsia, olisi tärkeää pyrkiä alatiesynnytyksiin. Keisarileikkaus vaikuttaa myös seuraaviin raskauksiin, sekä hedelmällisyyteen että raskauksien sujumiseen ja erityisesti seuraavaan synnytykseen. Keisarileikkauksen jälkeen keskenmenojen, kohdunulkoisten raskauksien sekä istukan kiinnittymishäiriöiden riski on suurentunut (20,21,22,23).

Suunniteltu keisarileikkaus syntyvän lapsen kannalta

Helposti ajatellaan, että syntyvälle lapselle keisarileikkaus on turvallinen ja ongelmaton. Jo pitkään on kuitenkin ollut tiedossa, että suunniteltuun keisarileikkaukseen liittyy vastasyntyneen välittömän sopeutumisen eli adaptaation

ongelmia (24). Keisarileikkauksella syntyneillä esiintyy enemmän hengitysvaikeuksia sekä lämpötilan ja verensokerin säätelyn ongelmia. Nämä saattavat vaatia lastenosaston hoitoa ja jopa tehohoitoa, ja siten vaarantaa myös imetyksen toteutumisen. Ongelmia esiintyy sitä enemmän mitä varhaisemmilla viikoilla suunniteltu keisarileikkaus tehdään. Vielä raskausviikon 39 jälkeenkin suunnitellulla keisarileikkauksella syntyneistä lapsista 2 % kärsii hengitysongelmista; osuus on kaksinkertainen alateitse syntyneisiin verrattuna (25).

Uusimpien tutkimusten mukaan suunnitellulla keisarileikkauksella syntyneillä lapsilla on suurempi ylipainon, diabeteksen, astman ja autoimmuuni- sekä allergisten sairauksien riski (24,25,26,27). Hapenpuutteesta johtuvat ongelmat ovat harvinaisempia suunnitellusti keisarileikkauksella syntyneillä lapsilla. Synnytyksenaikaisen seurannan ansiosta hapenpuutteesta kärsivien vastasyntyneiden osuus on erittäin pieni (Suomessa 0,3–1,2 %) (28,29).

- 7 Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:948–52.
- 8 Saisto T ym. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001;98:820–6.
- 9 Nerum H ym. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006;33:221–8.

Saako nainen valita synnytystapansa?

Naisen oikeutta valita synnytystapansa on pohdittu paljon sekä naisen itsemääräämisoikeuden että lääketieteellisen hyöty- ja riskiajattelun näkökulmasta (1,30,31,32,33,34,35). Kansallisten gynekologiyhdistysten maailmanjärjestön (FIGO) kanta on, että keisarileikkausta ei tule tehdä ilman lääketieteellistä syytä (36). Maailmalla suhtautuminen keisarileikkaukseen on vuosien kuluessa muuttunut myönteisemmäksi.

Sietämättömän kivun pelko ja itse arvioitu huono kivunsietokyky ovat tavallisimmat synnytyspelon syyt.

- 10 Saisto T ym. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1315–9.
- 11 Rouhe H ym. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG* 2013;120:75–84.
- 12 Sydsjö G ym. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:44–9.
- 13 Brown CE ym. Cunningham FC. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;818:143–8.
- 14 Koroukian SM. relative risks of postpartum complications in the Ohio Medicaid population: vaginal versus cesarean delivery. *Med Care Res Rev* 2004;61:203–24.
- 15 Pallasmaa N ym. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:662–8.
- 16 Schutte JM ym. Indirect maternal mortality increases in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:762–8.
- 17 van Dillen J ym. Severe acute maternal morbidity and mode of delivery in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:1460–5.
- 18 Farchi S ym. Severe postpartum morbidity and mode of delivery: a retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:1600–3.
- 19 Pallasmaa N ym. Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:896–902.

si. Britanniassa hoitosuosituksen (NICE guidelines) mukaan keisarileikkaus tulee tehdä, jos äiti sitä toivoo asianmukaisen näyttöön perustuvan informoinnin ja yksilöllisen tuen jälkeenkin (34). Monissa maissa laki potilaan oikeuksista antaa synnyttäjälle valinnanvapauden synnytystavan suhteen. Suomessa laki potilaan oikeuksista (37) määrittelee, että potilas voi kieltäytyä tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, mutta hän ei voi valita itselleen tiettyä hoitoa. Toki potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (30). Tämä velvoittaa synnytysairaalan järjestämään keisarileikkausta toivovalle mahdollisuuden keskusteluun ja tiedonsaantiin sekä omien mielipiteiden kuulluksi tulemiseen (37).

Pohjoismaissa on pitkä synnytyspelon hoidon perinne, ja synnytyspelko katsotaan yhdeksi keisarileikkauksen aiheeksi (O99.80 Synnytyspelko). Suomen eri synnytysairaaloissa synnytyspelon takia hoidetuista potilaista päätyi suunniteltuun keisarileikkaukseen 20–60 %, keskimäärin 25 % (3). Kaikkiaan synnytyspelon vuoksi tehtiin keisarileikkaus 1,1 %:lle synnyttäjistä vuonna 2005 ja 1,5 %:lle vuonna 2011 (3,4). Mielestämme tätä lukua on pidettävä erinomaisena: se varmistaa, että alatiesynnytykseen ei pakoteta, mutta että suurin osa keisarileikkaustoiveista väistyy synnytyspelon hoidon myötä.

Kuka toivoo keisarileikkausta ja miksi sitä toivotaan?

Toive synnyttää keisarileikkauksella on hätähuuto tilanteessa, jossa itsellä ei ole voimia, ky-

kyä tai uskallusta kohdata omaa pelkoa ja valmistautua tulevaan synnytykseen ja vanhemmuuteen. Kun valmistautuminen synnytykseen omin avuin ja voimin ei onnistu, keisarileikkaus tuntuu ainoalta mahdollisuudelta. Median luoma kuva voi saada toiveen tuntumaan jopa nykyaikaiselta ja hyväksyttävältä. Mielikuva keisarileikkauksesta voi olla hallittavampi, sitä pidetään vähemmän kivuliaana ja riskittömämpänä alatiesynnytykseen verrattuna. Kokemuksemme mukaan kuitenkin suurin osa haaveilee voivansa synnyttää oma lapsensa normaalisti.

Sietämättömän kivun pelko ja itse arvioitu matala kivunsietokyky ovat tavallisimmat synnytyspelon syyt. Synnytyskivun pelko on yhteydessä kivun pelkoon yleensä, riippumatta siitä, kuinka mones synnytys on tulossa (38). Kivun pelko ja siihen liittyvä kivunvälttämiskäyttäytyminen johtavat usein keisarileikkauspyyntöön. Kivunvälttämiskäyttäytymisellä tarkoitetaan käyttäytymismallia, jossa vältetään tai paetaan mitä tahansa tilannetta, jossa voisi mahdollisesti kokea kipua (39). Tällöin jo itse näiden tilanteiden ajattelemisen lisäksi ahdistusta, vaikka kipua ei olisi koettukaan. Kivunvälttämiskäyttäytymisen tiedetään liittyvän neuroottiseen persoonallisuuteen (40).

Keisarileikkaustoive on yleisempi uudelleen-synnyttäjillä, mutta yhä yleisempää myös ensisynnyttäjillä (6,7,8,9). Uudelleensynnyttäjän synnytyspelon taustalla on usein negatiivinen synnytyskokemus, mahdollisesti päivystyskeisarileikkaus, imukuppsynnytys tai muuten traumatisoiva kokemus (8,9,11,12). Ensisynnyttäjät pelkäävät usein kipua, kontrollin menettämistä tai repeämistä (38,41). Tutkimusten mukaan myös hyväksikäyttötausta, yhden lapsen toive, sairaalakammo, paniikkihäiriö ja huono sosiaalinen tuki liittyvät keisarileikkaustoiveeseen (42,43,44). Usein lähipiirissäkin on ikäviä synnytykseen liittyviä kokemuksia, jotka osaltaan voimistavat toivetta synnyttää keisarileikkauksella (46). Kahdessa suuressa pohjoismaisessa tutkimuksessa (42,44) merkittävimmät keisarileikkaustoiveen takana olevat tekijät olivat synnytyspelko, aiempi keisarileikkaus ja aiempi huono synnytyskokemus (taulukko 2).

Keisarileikkaustoiveen taustalla voi olla myös aiemman lapsen menettäminen tai sairaan lapsen synnyttäminen. Aiempi traumaattinen kokemus aktivoituu uuden raskauden aikana ja menetykseen liittyneet tunteet tulevat uudel-

TAULUKKO 2.

Keisarileikkaustoiveen taustalla olevia tekijöitä.

Tekijä synnytyspelon taustalla	Tutkimus ja viite
Synnytyspelko	Saisto 1999 (41), Hildingsson 2002 (42), Fuglenes 2011 (43)
Negatiivinen synnytyskokemus Päivystyskeisarileikkaus Imukuppsynnytys Hallitsematon kipu Pelko lapsen menettämisestä Kuolemanpelko	Saisto 1999 (41), Hildingsson 2002 (42), Kringeland 2009 (43)
Korkeampi ikä yli 35 vuotta	Hildingsson 2002 (42), Fuglenes 2011 (43)
Aiemmat raskaudenkeskeytykset	Hildingsson 2002 (42), Fuglenes 2011 (43)
Keinoalkuinen raskaus	Hildingsson 2002 (42), Kringeland 2009 (44)
Gynekologisten tutkimusten pelko, sairaalakammo	Hildingsson 2002 (32), Kringeland 2009 (44)
Mielenterveyden ongelmat	Fuglenes 2011 (43)
Huono itsetunto, huolestuneisuus, yleinen tyytymättömyys elämään ja parisuhteeseen	Hildingsson 2002 (42), Kringeland 2009 (44)
Huono sosiaalinen tuki Yksin asuminen, työttömyys, yllätysraskaus	Hildingsson 2002 (42)
Matalampi koulutustaso	Hildingsson 2002 (42), Kringeland 2009 (44)
Tupakointi	Hildingsson 2002 (42)
Hyväksikäyttötausta	Lukasse 2011 (45)
Inkontinenssioireet, lantion kiputilat	Hildingsson 2002 (42), Fuglenes 2011 (43)
Yhden lapsen toive	Fuglenes 2011 (43)

20Hemminki E. Impact of caesarean section on future pregnancy—a review of cohort studies. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996;10:366–79.

21 Silver RM. Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. *Semin Perinatol* 2010;34:258–66.

22 Fitzpatrick KE ym. Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. *PLoS ONE* 2012;7:e52893.

23 Kainu JP ym. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. *Int J Obstet Anesth* 2010;19:4–9.

24 Pallasmaa N ym. Synnytystavan vaikutus äidin ja lapsen terveyteen Suom Lääkäril 2016;71:sivut merkittään myöhemmin.

25 Hansen AK ym. Risk of respiratory morbidity in term 6 infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008;336:85–7.

leen käsiteltäviksi. Synnyttäjän voi olla mahdollon luottaa uuden synnytyksen olevan erilainen, varsinkaan jollei saa asian käsittelyyn tukea.

Synnytyspelkopotilaan kohtaaminen

Potilaalla tulee olla lupa toivoa keisarileikkausta ja mahdollisuus päästä keskustelemaan siitä. Keskustelussa tulee säilyttää asiallinen, turvallisuutta ja luottamusta luova sekä empaattisen ohjaava asenne. Käytännössä hyväksi todettu tapa on aloittaa sanomalla, että ketään ei pakoteta synnyttämään alateitse. Tämä on hyvä kertoa jo neuvolassa (47). Päätöksen pitkittäminen sitoo naisen energiaa ja estää synnytyspelon muun käsittelyn. Hoitavan lääkärin on vakuuttettava potilaansa jo ensi käynnillä siitä, että he yhdessä tulevat etsimään kyseiselle naiselle parhaan tavan synnyttää. Ensimmäinen tapaaminen on suositeltavaa järjestää ennen 30. raskausviikkoa. Silloin kannattaa antaa riittävä

suullinen sekä kirjallinen informaatio (välittömät komplikaatiot, kotona pärjääminen, vaikutukset seuraaviin raskauksiin), kirjata potilaan toive ja sen perustelut sekä sopia kontrolliaika loppuraskauteen lopullista päätöstä varten. Näin potilas motivoidaan ja veloitetaan käsittelemään asiaa (kuvio 1). Mikäli taustalla on traumaattinen synnytyskokemus tai ensisynnyttäjän pelko on erittäin voimakas, on ensimmäinen vastaanotto tärkeä järjestää jo aiemmin.

Vastaanottotilanteeseen latautuu valtavasti tunteita, toive tulla kuulluksi ja ymmärretyksi, odotus onnistuneesta kohtaamisesta ja toisaalta häpeää ja pelkoja mahdolliseen painostukseen ja synnytykseen liittyen. Monen on myös vaikea luottaa sekä henkilökuntaan että omaan itseensä. Tämä tekee tilanteesta hyvin stressaavan. Kuulluksi tulemisen kautta luottamus kasvaa ja samalla herää myös toivo siitä, että asia voidaan ratkaista. Vastaanoton alkuun on tärkeä luoda positiivinen ja turvallinen ilmapiiri, jolloin potilas pääsee sopivaan tunnetilaan pystyäkseen kertomaan asiansa avoimesti ja ottamaan vastaan annettua tietoa ja tukea. Mikäli potilas jää agitoituneeseen ylivireystilaan tai paniikinomaiseen lamaantuneeseen tilaan, hän ei pysty antamaan tai ottamaan vastaan mitään ja keskustelu jää hedelmättömäksi.

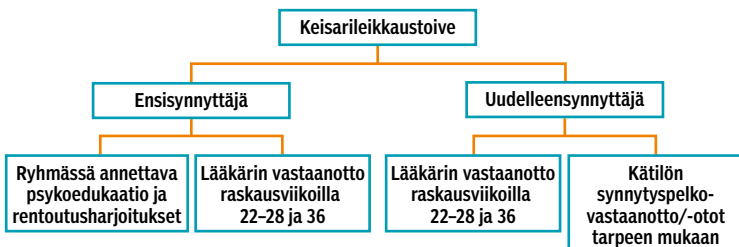
Vaikka potilaan keisarileikkaustoive tuntuisi ehdottomalta eikä keskustelussa tunnutta etenevän, on tärkeää motivoida hänet miettimään synnytykseen liittyviä asioita. Joskus asiaan pääsee paremmin kiinni ennenaikaisen synnytyksen miettimisen kautta: entä jos synnytys käynnistyykin huomattavasti ennen aikaisesta? Siinä tapauksessa, että synnytys käynnistyy ennen sovitua leikkauksaika, on alatiesynnytys entistä parempi vaihtoehto sekä äidin että vastasyntyneen kannalta. Vastasyntyneen hengitysongelmien riski on sitä suurempi, mitä aikaisemmin keisarileikkaus tehdään, esimerkiksi raskausviikolla 37 vaara on seitsenkertainen alatiesynnytykseen verrattuna (esiintyvyyys 7,4 %), (25). Ennen aikaisesta käynnistynyt alatiesynnytys on yleensä nopeampi ja etenee hyvin. Tämä herättää pohtimaan asiaa ja mahdollistaa keskustelun sekä valmentautumisen kohti alatiesynnytystä.

Tieto siitä, ettei keisarileikkauksen saamisesta tarvitse taistella, vapauttaa usein mielen käsittelemään pelkoa ja valmentautumaan lähestyvään synnytykseen. Useimmiten keisarileikkaustoive väistyy hoidon myötä. Jos alatiesynny-

KUVIO 1.

Hoitopolku HYKS-alueella keisarileikkaustoiveen yhteydessä.

Kuvio: Minna Tikkanen.



- 26 Kamath BD ym. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2009;113:1231–8.
- 27 Sinha A ym. Myth: babies would choose prelabour caesarean section. *Semin Fetal Neonatal Med* 2011;16:247–53.
- 28 Timonen S, Erkkola R. Sikiön asfyksia synnytyksen aikana. *Duodecim* 2004;120:2415–22.
- 29 Pallasmaa N ym. Variation in cesarean section rates is not related to maternal and neonatal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92:1168–74.
- 30 Tekay A. Onko naisella oikeus päättää synnytystavasta? *Suom Lääkäril* 2012;67:3552–3.
- 31 Rouhe H. Should women be able to request a caesarean section? *No. BMJ* 2011;343:d7565.
- 32 Turner M. Should women be able to request a caesarean section? *Yes. BMJ* 2011;343:d7565.
- 33 Hull P. Caesarean section should be available on request. With author's reply: Chervenak FA, Mc Cullough LB. *BJOG* 2015;122:1031–2.
- 34 Easter A. Caesarean section should be available on request. Author's reply. *BJOG* 2015;122:1032–3.
- 35 Dietz HP ym. Debate: Caesarean section should be available on request. Authors' replies. *BJOG* 2015;122:1568–71.
- 36 Schenker JG, Cain JH. FIGO Committee report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human reproduction and Women's Health. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;64:317–22.
- 37 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

tys kuitenkin tuntuu mahdottomalta vielä lopuraskaudessa hoidon jälkeenkin, on keisarileikkaus eettisesti perusteltu toimenpide. Synnytyspelkoista ei tule syyllistää siitä. Ehdotonta keisarileikkaustoivetta on syytä kunnioittaa (48).

Miten luoda positiivisia mielikuvia alatiesynnytyksestä?

Tärkeää olisi tehdä alatiesynnytyksestä houkuttelevampi, eikä siis kannata keskittyä pelottelemaan keisarileikkauksen riskeillä. Synnytyspelkopotilailla on usein erittäin negatiivinen mielikuva normaalista synnytyksestä. Sen muuttamiseksi positiivisemmaksi tarvitaan värittämätöntä tietoa, rohkaisua miettimään omaan osuuttaan synnyttäjänä, sekä luottamuksen lisäämistä sekä hoitoon, henkilökuntaan että omiin kykyihin synnyttäjänä. Synnytyspelkovastaanotolla on hyvä käydä läpi synnytyksen kulkuun, kipuun ja sen lievitysmahdollisuuksiin (lääkkeellisiin ja lääkkeettömiin) sekä sikiön voinnin seurantaan liittyviä asioita ja antaa informaatiota myös kirjallisesti. Mikäli vastaanotto pidetään synnytysosalissa, potilas huomaa usein, että paikka on varsin turvallisen oloinen ja rauhallinen.

Synnytyspelkoisia uudelleensynnyttäjiä koskeneissa tutkimuksissa keisarileikkaustoiveen syy oli 34–47 %:lla sietämättömän kivun pelko (6,41,49). Esisynnyttäjiä on vaikea luottaa kivunlievityksen saatavuuteen tai tehokkuuteen. Synnytyskipu on kuitenkin luonteeltaan positiivista: se ei kerro kudoksen vahingoittumisesta, vaan syntyy kohtulihaksen työstä ja kohdunsuun avautumisesta sikiön pään painuessa lan-

toon. Supistukset ovat aaltomaisia ja synnytyksen aikana on myös aina ajallisesti enemmän kivuttomia taukoja kuin kivuliaita supistuksia. Tämä tieto helpottaa usein kivun kohtaamista ja hyväksymistä. Myös hyvä suunnitelma tarvittaessa käytettävästä kivunlievityksestä antaa usein voimia kohdata kipu.

Synnytyspelkopotilas hyötyy tiedosta, että rentoutumisella voi vaikuttaa synnytykseen ja kivunhallintaan. Potilaan voi ohjata harjoittelemaan rentoutumista yksin tai ryhmässä ja miettimään, mikä auttaa häntä rentoutumaan muissa tilanteissa (vesi, musiikki, hieronta, laulu, liikkuminen). Näitä keinoja ja omia taitoja voi hyödyntää myös synnytyksessä. Rentoutumisen avulla voi hallita kipua ja vähentää jännitystä, mikä jo itsessään antaa turvallisuuden tunnetta ja vähentää pelkoa. Rentoutumisen oppimisen myötä vähenee usein myös pelko siitä, että omalla toiminnallaan altistaisi syntyvän lapsen vaaraan.

Myös tukihenkilön rooli synnytyksessä on tärkeä. Usein puolison antama tuki on hyvä ja riittävä, mutta toiset hyötyvät ystävän tai doulan eli kokeneen tukihenkilön avusta synnytyksen aikana. Doula voi auttaa myös valmentautumaan synnytykseen. Sosiaalisella tuella on iso merkitys synnytyskokemuksessa (50). Kättilön roolista auttajana ja tukijana synnytyksen aikana on myös hyvä muistuttaa.

Mikäli keisarileikkaustoiveen taustalla on voimakas pelko syntyvän lapsen vammautumisesta tai menettämisestä, on tärkeä antaa tietoa siitä, miten hyvin sikiön vointia voidaan seurata ja korostaa sitä, että turvallinen syntymä on kaikkien tärkein tavoite. Sairaalassa synnyttämisen tekee turvalliseksi se, että tarvittaessa lapsi saadaan syntymään hyvinkin nopeasti hätäkeisarileikkauksella. Valmius puuttua synnytyksen kulkuun on olemassa, vaikka todellisuudessa hätäkeisarileikkaus on tarpeen vain noin yhdesessä prosentissa synnytyksistä. Suurinta osaa tietoa rauhoittaa riittävästi samoin kuin se, että synnyttäjää informoidaan koko ajan sikiön voinnista ja että käytetään tarvittaessa useampaa menetelmää sikiön voinnin seurantaan.

Miten auttaa uudelleensynnyttäjiä uskaltamaan uudelleen?

Uudelleensynnyttäjän keisarileikkaustoiveen taustalla on usein aiempi negatiivinen synnytyskokemus (8,9,11,12). Kivunlievitys on saatta-

Suurin osa keisarileikkausta toivovista naisista päätyy synnyttämään alateitse, ja useimmiten kokemus on vähemmän pelottava kuin edeltävä mielikuva.

- 38 Areskog B ym. Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1983;2:102-8.
- 49 Lethem J ym. Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain perception-1. *Behav Res Ther* 1983;21:401-8.
- 40 Asmundson GJ ym. Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behav Res Ther* 1999;37:703-13.
- 41 Saisto T ym. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;109:679-82.
- 42 Hildingsson I ym. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002;109:618-23.
- 43 Fuglenes D ym. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:45.e 1-9.
- 44 Kringeland T ym. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health* 2009;37:364-71.
- 45 Lukasse M ym. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:33-40.
- 46 Munro S ym. Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: the influence of birth stories. *J Midwifery Womens Health* 2009;54:373-9.
- 47 Saisto T ym. Synnytyspelon hoito neuvolassa. *Suom Lääkäril* 2014;69:1221-5.
- 48 Saisto T, Rouhe H. Synnytyspelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. *Suom Lääkäril* 2012;67:3007-12.
- 49 Sjogren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:266-72.
- 50 Söderqvist J ym. Longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;27:113-9.
- 51 Rouhe H ym. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and reduces the risk of depressive symptoms - a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2014;36:1-9.

nut olla riittämätön, synnytyksen toimenpiteiden syyt ja seuraukset ovat usein epäselviä ja synnytykseen on saattanut liittyä oman tai lapsen kuoleman pelko. Potilaan tulee saada keskeytyksettä kertoa oma näkemyksensä edellisestä synnytyksestä sekä asia- että tunnetasolla. Sen jälkeen lääkäri asiantuntijana arvioi, millaiset edellytykset alatiesynnytyksen onnistumiselle on tällä kerralla, esimerkiksi jos edellinen synnytys on päätynyt keisarileikkaukseen. Arvio auttaa synnyttäjää sietämään epävarmuutta, ja hän uskaltautuu uuteen alatiesynnytykseen herkemmin. Arvion voi perustaa sekä kyseisen potilaan anamneesiin ja kliinisiin löydöksiin että yleiseen asiasta olevaan tietoon. Esimerkiksi HUS:n vuoden 2015 noin 18 000 synnyttäjistä 84 % kerran keisarileikkauksella synnyttäneistä synnytti seuraavan lapsensa alateitse, jos synnytys käynnistyi itsestään, ja 73 %, jos synnytys käynnistettiin.

Osalle riittää jo tieto, että uudelleensynnytys on usein selvästi ensisynnytystä sujuvampi. Synnytyspelkokäynnillä suunnitellaan, minkälaisen avun turvin uuteen synnytykseen on mahdollista uskaltautua. Joskus synnytyksen käynnistäminen ja heti sen jälkeen annettu kivunlievitys voivat olla keisarileikkauksen vaihtoehtoja potilaalle, joka haluaa varmistautua siitä, ettei joudu enää kokemaan sietämätöntä kipua. Uudelleensynnyttäjän synnytyksen käynnistämistä ei tarvitse pelätä, jos edellinen synnytys on onnistunut alateitse. HUS:n vuoden 2015 noin 18 000 synnyttäjän aineistossa käynnistäminen päättyi onnistuneeseen alatiesynnytykseen 97 %:ssa tapauksista. Jos pelätään hyvin nopeaa ja kivuliasta synnytystä, voidaan käyttää myös ennakoivaa kivunlievitystä.

Usein myös ”takaportti”-ajatus auttaa. Silloin sovitaan, että mikäli edellisen synnytyksen tapahtumat toistuvat, voidaan siirtyä keisarileikkaukseen myös kesken synnytyksen. Käytännön synnytyssalitiössä takaporttiin ei juurikaan tarvitse turvautua ja uudelleensynnyttäjää saa korvaavan, hyvän synnytykokemuksen.

Usein synnytyspelon taustalla on ainakin osittain huono vuorovaikutus edellisessä synnytyksessä. Tämä johtaa luonnollisesti luottamuspulaan. Synnytyspelkopoliiklinikan käynneillä luodaan uutta luottamusta siihen, että synnytysalin henkilökunta pitää kiinni sovitusta asiosta. Pelot ja toiveet kirjataan järjestelmään eikä hoito riipu siitä, kuka potilasta on hoitamassa. Uudelleensynnyttäjää tietää ja osaa kertoa aiemman kokemuksensa perusteella, mitä toivoo tai mitä ei halua tehtävän. Synnytykseen valmistautuessa on tärkeää kertoa toiveistaan myös tukihenkilölle, joka voi tarvittaessa välittää niitä kättilölle.

Synnytys keisarileikkaustoiheen jälkeen

Suurin osa keisarileikkausta toivovista naisista päätyy synnyttämään alateitse, ja kokemus on enemmistöllä positiivinen ja vähemmän pelottava kuin edeltävä mielikuva (51). Kuitenkaan kaikkien synnytyspelko ei lieviy riittävästi tai keisarileikkaukseen päädytään muusta syystä. On tärkeää olla syyllistämättä synnyttäjää ja kertoa, että pelon käsittelystä on joka tapauksessa ollut paljon hyötyä varhaista vuorovaikutusta ja myöhempää hyvinvointia ajatellen (51). Osa synnyttää myöhemmät lapsensa alateitse ensimmäisen, synnytyspelon vuoksi tehdyn, keisarileikkauksen jälkeen eli kokemus keisarileikkauksesta ei ole ollut tyydyttävä.

Synnytyspelon hoidon ja tehtyjen sopimusten avulla synnyttäjää uskaltautuu kohtaamaan pelkonsa. Toiveet ja pelot kirjataan potilastietojärjestelmään, jotta jokainen ja missä tahansa alueen sairaalassa tietää, mistä on keskusteltu ja mitä suunniteltu. Suunnitelmat eivät ole epärealistisia ja niitä tehdessä otetaan huomioon synnytystilanteiden ennakoimattomuus. Potilaat tarvitsevat synnytykseen normaalia enemmän henkistä tukea ja läsnäoloa. Alun perin keisarileikkausta toivoneet, mutta kuitenkin alateitse synnyttäneet, olivat tyytyväisempiä synnytykokemukseen kuin alateitse synnyttäneet keskimäärin (52).

Yhteenveto

Yleisimmät syyt toivoa keisarileikkausta ovat synnytyspelko, aiempi huono synnytykokemus tai aiemman synnytyksen päätyminen keisarileikkaukseen. Keisarileikkaukseen liittyy huomattavia riskejä sekä synnyttäjälle että syntyvälle lapselle. Aiempi keisarileikkaus vaikeuttaa

52 Sjögren B. Fear of childbirth and psychosomatic support. A follow up of 72 women. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77:819–25.

myös seuraavia raskauksia ja synnytyksiä. Siksi keisarileikkaukseen ei koskaan tulisi päätyä ilman synnytyspelon asianmukaista hoitoa ja tarvittavaa tukea.

Lääkärin tehtävä synnytyspelon hoidossa on kuunnella syyt ja taustat keisarileikkaustoiveen takana, sekä supportiivisena ja empaattisena asiantuntijana jakaa tutkittua tietoa sekä yleisellä tasolla että kyseisen potilaan tilanteessa yhdistämällä tieto kliinisen tutkimuksen tuloksiin. Edellisten synnytysten läpikäynti sekä tunne- että asiatasolla on tärkeää. Asiantuntijan arvio siitä, millaiset alatiesynnytyksen onnistumisen edellytykset ovat esimerkiksi keisarileikkauksen jälkeen, auttaa synnyttäjää sietämään epävarmuutta.

Lopullisen päätöksen synnytystavasta tekevät potilas ja lääkäri yhdessä. Tavoitteena voidaan pitää vähintään kahta keskustelua raskauden aikana. Ehdotonta keisarileikkaustoivetta on syytä kunnioittaa. On myös hyvä tarjota mahdollisuutta synnytyksen käynnistämiseen keisarileikkauksen vaihtoehtona.

Parantamalla synnyttäjien ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta, läsnäoloa ja synnytyskokemuksen käsittelyä pian synnytyksen jälkeen voidaan pyrkiä ennaltaehkäisemään keisarileikkaustoiveita samoin kuin terveydenhoitohenkilökuntaa kouluttamalla ja synnytysvalmennukseen panostamalla. ●

SIDONNAISUUDET

Terhi Saisto ja Hanna Rouhe:
ei sidonnaisuuksia.

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Caesarean section on maternal request

TERHI SAISTO

Chief Specialist in Obstetrics,
Gynaecology and Perinatology
Helsinki University Central
Hospital, Department of
Obstetrics and Gynecology
terhi.saisto@hus.fi

HANNA ROUHE

Specialist in Obstetrics and
Gynaecology
Helsinki University Central
Hospital, Department of
Obstetrics and Gynecology

Caesarean section on maternal request

Fear of childbirth is the most common reason for requesting elective caesarean section. Among parous women, negative previous delivery experience, mostly emergency caesarean section, vacuum extraction or inadequate pain relief, is the strongest predictor for fear of childbirth, and related to request for caesarean. Among nulliparous women, fear of pain, and fear of losing control are the main reasons for requesting caesarean section. A request for caesarean can also be seen as a pain-avoidance behaviour, which means a learned behaviour pattern where any possible painful situation is escaped or avoided.

The Finnish Act on the Status and Rights of Patients states that the patient can refuse a certain treatment, but she does not have the right to choose any treatment. She has to be cared for, however, in mutual understanding with her. In Finland, this has been interpreted such that every woman requesting caesarean section is allowed to meet an obstetrician (preferably at least twice) to discuss her reasons for the request and to get adequate information about both caesarean section and vaginal delivery, and to get support and help for her preparation for childbirth.

A request for caesarean section is often a cry for help in a situation where a woman is not able to resolve the situation by herself and prepare herself for the forthcoming childbirth without help. With adequate help she can start to see other possibilities and the request is often withdrawn. Studies have shown that, after the treatment, far more than half of the patients (50–88%) are able to prepare for a normal vaginal delivery and that caesarean section without a medical indication can be avoided. The best results are from crisis-oriented counselling and group psychoeducation combined with relaxation exercises. However, if normal childbirth does not become an option even after treatment, no-one should be forced to have a vaginal delivery. In Finland, fear of childbirth (ICD-10 O99.80) is an accepted indication for caesarean section if the treatment for fear of childbirth has not sufficiently relieved the fear.

In cases with request for CS, it is important to give adequate information (about pain relief, risks and complications concerning both caesarean and vaginal delivery, the fetus' wellbeing during labour and delivery) and to relieve anxiety. It is also important to create positive images of childbirth, and to discuss questions about pregnancy, delivery and parenthood in order to increase the patient's confidence both in her own abilities and in the treatment on the labour ward. The basis for the treatment of fear of childbirth is the patient's feeling of being heard and understood. In addition to providing support, obstetricians should use their expertise to advise parous women about their realistic possibilities of normal vaginal childbirth, for example with the help of statistics and studies.

Sometimes induction of labour is an alternative to a caesarean, for example in cases where the fear of pain is overwhelming, in which case proper pain relief is essential.