

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Kätilötyö

2010

Jenni Paju & Noora Rekola

TURUN KAUPUNGIN PERHEVALMENNUS- MATERIAALIN UUDISTAMINEN

– Synnytys ja lapsivuodeaika



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö | Kätilötyö

Marraskuun 2010 | Sivumäärä 61 + 46

Anneli Nirkkonen-Mannila & Mari Berglund

Jenni Paju & Noora Rekola

TURUN KAUPUNGIN PERHEVALMENNUS- MATERIAALIN UUDISTAMINEN

Opinnäytetyö oli osa Turun sosiaali- ja terveystoimen, Turun ammattikorkeakoulun sekä yhteistyökumppaneiden välistä Neuvolatoiminta 2010-luvulle-hanketta. Hankkeen tarkoituksena oli perhevalmennuksen sisällön nykyaikaistaminen sekä uuden yhtenäisen materiaalin tuottaminen äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien käyttöön.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät muodostettiin maaliskuussa 2010 pidetyn kokouksen pohjalta, joka järjestettiin yhdessä kolmen Turun äitiysneuvolan terveydenhoitajan sekä Vava-projektin suunnittelijan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Opinnäytetyön aiheeksi valittiin Tuomisen (2009,123) kehittämästä uudesta perhevalmennusmallista toinen perhevalmennuskerta, joka sisälsi teemat synnytys ja lapsivuodeaika.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Turun kaupungin äitiysneuvoloiden olemassa olevan perhevalmennusmateriaalin kehittämistarpeita synnytykseen ja lapsivuodeaikaan liittyvien teemojen osalta. Tämä tapahtui analysoimalla Turun kaupungin perhevalmennuskansion sisältöä sekä kartoittamalla aiheeseen liittyvää tutkimustietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa. Näiden pohjalta uudistettiin toisen perhevalmennuskerran valmennusmateriaalia uuden mallin mukaisesti.

Perhevalmennuksen ideana oli saada vanhemmat luottamaan omiin voimavaroihinsa. Päämääränä oli synnytyksen ja lapsivuodeajan luonnollisuuden korostaminen. Synnytysteemaan tarkoituksena oli tarpeita vastaavan ja ajanmukaisen tiedon antaminen synnytyksen kulusta ja hoitokäytännöistä, jotta vanhemmat voisivat valmistautua synnytykseen turvallisista mielin. Lapsivuodeajan teeman tavoitteena oli antaa vanhempien tarpeita vastaavaa ja ajankohtaista tietoa lapsivuodeajasta sekä valmentaa synnytyksen jälkeiseen aikaan.

Kasvaneiden tarpeiden ja odotusten myötä perhevalmennuksen kehittämistarve on ilmeinen, sillä perhevalmennus on tärkeä osa vanhemmuuteen kasvussa. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta nousseet tulokset vahvistivat oletusta siitä, että vanhemmat kaipaavat perhevalmennukselta täsmällisempää ja yksilöllisempää tietoa.

ASIASANAT:

Perhevalmennus, synnytys, lapsivuodeaika, seksuaalisuus, voimaannuttaminen, oppiminen.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care, Degree Programme in Nursing| Nurse, Midwife

November 2010 | pages 61 + 46 pages

Instructors: Anneli Nirkkonen-Mannila & Mari Berglund

Jenni Paju & Noora Rekola

REGREATING THE FAMILY TRAINING MATERIAL OF THE CITY OF TURKU

This bachelor's thesis was based on the results from Miia Tuominen's Valmiina Vanhemmuuteen (VaVa) (2009) research. VaVa's idea was to bring family training up to this date. Upgrading maternity and child health care clinics was started from Maternity and Child Health Care Clinics to 21.century -project (Kymppi -hanke).

Research problems were based on a meeting that was held in March 2010. The meeting was held together with three nurses from Turku Maternity and Child Health Care Clinics, the leader of VaVa-project and the instructor of this thesis. Tuominen (2009, 123) has created a new family training model of which the second family training session includes themes childbirth and puerperium. The second family training session became the subject of this thesis.

The meaning of this thesis was to discover what kind of family training material needed to be upgraded for childbirth and puerperium themes. This was done by analyzing the family training material of the City of Turku and surveying the research material in a form of literature review. The material of childbirth and puerperium was upgraded by Tuominen's new model of the second family training session.

The idea of family training was to get parents to trust on their own capabilities. The aim was to emphasize the naturalness of childbirth and puerperium. The purpose of the childbirth theme was to give information about ongoing birth so that parents can prepare themselves to that with trust. The aim of the puerperium theme was to offer knowledge about the time after giving birth and to coach for the postpartum period.

Family training has become an important part of becoming a parent. The growing needs and expectations from parents have made it clear that there is a need to develop family training. A review of the literature indicated that parents require more exact and individualized information.

KEYWORDS:

Family training, childbirth, puerperium, sexuality, empowerment, learning.

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	PERHEVALMENNUS	7
2.1	Nykypäivän perhevalmennus	7
2.2	Oppiminen tiedonrakentajana	8
2.3	Voimaannuttava ohjaus	10
3	SYNNYTYS	11
3.1	Perhevalmennuksesta saadun tiedon hyöty synnytyksessä	11
3.2	Valmentautuminen synnytykseen	14
3.3	Synnytyksen vaiheet ja eteneminen	15
3.4	Epäsäännöllinen synnytys	16
3.5	Keisarileikkaus	17
3.6	Synnytyspelko	18
3.7	Isän tai tukihenkilön rooli synnytyksessä	20
3.8	Synnytyskipu	21
3.8.1	Lääkkeetön kivunlievitys	22
3.8.2	Lääkkeellinen kivunlievitys	23
4	LAPSIVUODEAIKA	25
4.1	Vierihoido lapsivuodeosastolla	25
4.2	Varhainen vuorovaikutus ja kiintymyssuhde	27
4.3	Ihokontaktin ja varhaiskontaktin merkitys	27
4.4	Synnytyksestä toipuminen	28
4.5	Synnytyksen jälkeinen herkistyminen	29
4.6	Synnytyksen jälkeinen masennus	29
5	SEKSUAALISUUDEN KOKEMINEN SYNNYTYKSEN JÄLKEEN	31
5.1	Seksuaalinen hyvinvointi synnytyksen jälkeen	31
5.2	Muutokset parisuhteessa	31
5.3	Muutokset identiteetissä	32
5.4	Muutokset seksuaalisessa kanssakäymisessä	32
5.5	Seksuaaliterveyteen liittyvän tuen tarve	33
6	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	34
6.1	Tutkimustehtävät	34
6.2	Tutkimusaineiston keruu	34
6.3	Tutkimusmenetelmä	35
7	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	37

8	TULOKSET	40
8.1	Kansion tulokset	40
8.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	40
8.2.1	Perhevalmennus	40
8.2.2	Synnytys	41
8.2.3	Lapsivuodeaika	43
9	POHDINTA	45
9.1	Perhevalmennus ja synnytys	45
9.2	Perhevalmennus ja lapsivuodeaika	49
9.3	Tärkeimmät periaatteet uuden materiaalin luomiseen	51
9.4	Johtopäätökset ja kehittämisideat tulevaisuutta varten	53
	LÄHTEET	55
	LIITTEET	
	Liite 1 2. perhevalmennuskerta rvk. 31-32	
	Liite 2 Nykyisen perhevalmennuskansion sisältö	
	Liite 3 Perhevalmennus: Synnytys ja lapsivuodeaika	
	KUVIOT	
	Kuvio 1 Synnyttäjiä auttaneet valmennustiedot synnytyksen aikana	11
	Kuvio 2 Synnytystä ajatellen hyödylliset tiedot, joita ilman synnyttäjät jäivät	12
	Kuvio 3 Raskauden aikana käytetyt tiedonhankintamenetelmät	13
	Kuvio 4 Keisarileikkaussy	17

1 JOHDANTO

Nykyperheiden halu saada tietoa raskausajasta, synnytyksestä sekä lapsivuodeajasta on viime vuosina lisääntynyt (STM 2005). Samalla perhevalmennukseen osallistuvista vanhemmista on tullut yhä vaativampia sen suhteen, minkälaista tietoa heille annetaan. Äitiyshuollolla on syytä kehitykseen, jotta he pystyisivät vastaamaan vanhempien tarpeisiin olemalla ensisijainen tiedonlähde perhevalmennuksessa käsiteltäviä aiheita ajatellen. Tulevaisuutta kohti perhevalmennuksen merkitys tiedonantajana kasvaa, joten on tärkeää kiinnittää huomiota sen laadukkaaseen toteuttamiseen.

Jotta perhevalmennus saataisiin vastaamaan mahdollisimman hyvin sekä perheiden että terveydenhoitajien odotuksia on otettava huomioon molempien osapuolien toiveet. Tämä on tärkeää sillä nykyaikana korostetaan yhä enenevässä määrin asiakkaan merkitystä ja osallistumista laatutyöskentelyyn.

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa tutkimustiedon perusteella tärkeimmät aiheet synnytykseen ja lapsivuodeaikaan liittyen. Päämääränä on myös luoda uutta materiaalia, jonka menetelmällisen toteuttamisen kehittäminen jatkuu keväällä 2011 seuraavan opinnäytetyömme aiheena. Kehittämistyön tarkoituksena on luoda perhevalmennuksen vetämiseen menetelmiä vanhempien voimaantumamisesta sekä keskusteleammasta tavasta lähestyä aiheita.

Opinnäytetyö lähti käyntiin kuuntelemalla Turun äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien ajatuksia paremmasta perhevalmennuksesta. Heiltä saatu nykyinen perhevalmennusmateriaali ja lukuisat ideat saivat aikaan innostuksen lähteä etsimään tutkimustietoa siitä, mitä asioita vanhemmat pitävät tärkeimpinä perhevalmennuksessa synnytyksen ja lapsivuode -teemojen osalta. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia lukiessa voitiin todeta, että vanhemmilla on erittäin selkeä mielipide siitä mitkä asiat perhevalmennuksessa nousevat heidän mielestään tärkeimpään asemaan.

Lähes kaikki ensisynnyttäjät käyvät perhevalmennuksessa ja odotukset sieltä saatuja tietoja kohtaan ovat suuret (Vehviläinen-Julkunen 1999, 114). Perhe-

valmennus ei ole ainoastaan tiedon jakamista vaan asianmukaiseen ja hyvään ohjaukseen kuuluu laadukas, asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantava neuvonta, joka tapahtuu tasa-arvoisessa ja vuorovaikutteisessa suhteessa. Perhevalmennuksessa pyritään vanhempia voimaannuttavaan ohjaukseen ja neuvontaan, jolla tuetaan vanhempien voimavaroja. Tarkoitus on saada luotua vanhemmille turvallisuuden ja varmuuden tunne – usko omaan itseensä. Tämä onnistuu antamalla riittävästi tietoa relevanteista aiheista sekä toimimalla asiantuntevasti, mukaanottavasti ja hyväksyvästi.

Tiedon lisäksi perheet odottavat neuvolalta sosiaalista, emotionaalista ja konkreettista tukea uudessa elämäntilanteessa, erityisesti ensimmäisen lapsen kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 17, 105). Suurissa elämän käännekohtissa luonnolliset sosiaaliset verkostot eivät tuo riittävästi turvallisuuden tunnetta tai mahdollisuutta kokemusten ja tunteiden jakamiseen. Perhevalmennuksessa läsnä oleva asiantuntija antaa mahdollisuuden päästä eroon mieltä painavista huolista vastaamalla kysymyksiin ja ryhmässä tapahtuva keskustelu antaa enemmän tietoa ja kokemusta kuin kahden ihmisen välinen keskustelu. Perhevalmennukselta on toivottu kehitystä keskustelelevampaan suuntaan ja tästä syystä erityisen tärkeäksi nousee osallistujien monipuolisen kokemustiedon jakaminen ja yhteiset oivallukset.

2 PERHEVALMENNUS

2.1 Nykypäivän perhevalmennus

Vanhemmat pitivät tärkeänä, että heiltä kysyttiin odotuksia ja toiveita perhevalmennuksen suhteen (Vehviläinen-Julkunen 1996, 7). Vehviläinen-Julkunen (1995, 734) tutkimuksessa vanhemmat nostivat esille kaksi heidän mielestään tärkeintä keskusteluaihetta perhevalmennuksessa: synnytys ja synnytyksen vaiheet. Lähes kaikki vanhemmat kokivat erityisen tärkeiksi aiheiksi myös synnytyskipujen lievittämisen sekä isän roolin synnytyksessä ja lapsenhoidossa. Samoihin tuloksiin Vehviläinen-Julkunen (1996, 7) pääsi myös myöhemmässä tutkimustyössään.

Odottavat naiset uskoivat saavansa kaiken tarpeellisen tiedon viimeistään perhevalmennuksessa (Paavilainen 2003, 89). Vanhemmat olivat tyytyväisiä siihen, että valmentaja oli fyysisesti läsnä ja rohkaisi esittämään minkälaisia kysymyksiä tahansa. Heidän mielestään oli hienoa, että mielessä pyöriviin kysymyksiin oli mahdollista saada vastaus siinä hetkessä. Yksi hyvä etu perhevalmennuksessa oli ystävyyssuhteiden syntyminen muiden vanhempien kanssa. (Leeseberg 1998, 946.) Vehviläinen-Julkunen (1996, 9) mukaan perhevalmennuksen kehittäminen keskustelevampaan suuntaan olisi vanhempien toiveiden mukaista. Valmennusryhmän koon ei tulisi olla kovin suuri, koska se haittaa yksilöityä kanssakäymistä ja heikentää sosiaalista toimintaa. Sen sijaan, että valmennus toimisi luentomaisesti, vetäjältä toivottiin ohjaavaa tyyliä tuoda asiat esille (Leeseberg 1998, 946).

Yli puolet (53 %) iseistä koki saaneensa keskustella perhevalmennuksen aikana tarpeeksi muiden perheiden kanssa, kun taas 40 % toivoi keskustelua olleen enemmän. Äideistä vain 39 % koki saaneensa jutella riittävästi toisten perheiden kanssa ja yli puolet (55 %) mielsi keskustelua olleen liian vähän. Perhevalmennuksen vetäjän kanssa vanhemmat (80 %) kuitenkin kokivat saaneensa jutella sopivasti. (Vehviläinen Julkunen 1995, 734.)

Suomen terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan raskausaikana järjestettävässä perhevalmennuksessa suositellaan käsiteltäväksi ainakin seuraavia teemoja (STM 2007, 60-61):

- raskauden herättämät erilaiset tunteet, odotukset ja ajatukset vanhemmilla
- raskauden ja imetyksen tuomat fyysiset ja psyykkiset muutokset
- synnytyksen jälkeisten mielialamuutosten kuten masennuksen ennakointi
- isän tai toisen vanhemman merkitys ja rooli perheessä
- lapsen tuomat muutokset parisuhteeseen ja perheen muuhun elämään
- synnytys
- vauvan hoito ja imetys, isän rooli imetyksessä ja vauvan hoidossa
- vanhempien yhteenkuuluvuuden tunne ja vanhemmuuden tuomat muutokset parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen
- valmistautuminen kotiinpaluuseen synnytyssairaalaan (tavallisimmat pulmat, tuensaantimahdollisuudet)
- pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäiseminen

2.2 Oppiminen tiedonrakentajana

Perhevalmennus on oppimistilanne, jossa vanhemmilla on tarve ja mahdollisuus saada tietoa muun muassa synnytykseen ja lapsenhoitoon, naiseuteen ja äitiyteen sekä mieshytyteen ja isyyteen liittyvistä asioista. Oppimistehokkuutta voidaan lisätä erilaisia opetusmenetelmiä käyttäen – tarkoituksena lisätä kiinnostusta käsiteltäviä aiheita kohtaan. (Haapio ym. 2009, 52.)

Paavilaisen (2003, 89) tutkimuksen perusteella vanhemmat kokivat, että kysymyksille annettiin mahdollisuus, mutta he eivät tieneet mitä olisivat voineet kysyä. Haapion ym. (2009, 52) teoksessa suositeltiin rohkeasti käyttämään erilaisia vanhempia aktivoivia työskentelytapoja, niin sanottuja osallistavia opetusmenetelmiä, jotta oppiminen ja osallistuminen koettaisiin mahdollisimman

mielekkäiksi. Lisäksi erilaisten opetusmenetelmien hyödyntäminen vahvistaisi asiakaslähtöisyyden toteutumista.

Asiakaslähtöisellä toiminnalla tarkoitetaan vanhempien tarpeiden tyydyttämistä antamalla heille sellaista tietoa, mistä he saavat suurimman mahdollisimman hyödyn. Asiakaslähtöisyyttä parantaa entisestään vanhemmilta saatu palaute, joka kertoo heidän tarpeistaan ja toiveistaan. Asiakaslähtöinen toiminta näkyy perhevalmennuksen vetäjän osoittamana mielenkiintona ja innostuneena suhtautumisena toimintaa kohtaan. (Ylikoski 1997, 23-34.)

Oppimisen ja vuorovaikutuksen kannalta on oleellista, että osallistujat ovat selvillä ja tietoisia siitä mistä puhutaan. Tällä tavalla yksilöllisen ja jaetun tietoisuuden kehittyminen mahdollistuu. Osallistujien on myös ymmärrettävä, että näkemykset puhuttavista asioista saattavat erota toisistaan – tarkoitus ei ole pyrkiä yksimielisyyteen. Monenlaisten näkökulmien vertailemisen kautta pyritään pohtimaan havaintojen vaikutuksia kyseisessä yhteydessä. (Janhonen 1999, 334.)

Konstruktivismi on eräs oppimisen teoria, jossa oppiminen nähdään yksilön aktiivisena tiedon rakentamisena ja kokonaisuuden ymmärtämisenä. Konstruktivistisessa oppimiskäsityksessä oppijan omalla toiminnalla on suuri rooli oppimistilanteessa. Oppijan aktiivisuus ja omaksumiskyky ovat vahvasti sidoksissa hänen tavoitteisiinsa ja motivaatioonsa (Rauste-von Wright 1997, 19-20; Puolimatka 2002, 41-44, 252-256; Lehto 2008, 60-68). Näin ollen perhevalmennukseen osallistuvat vanhemmat sisäistävät parhaiten sen tiedon, joka heitä itseään kiinnostaa. Siksi perhevalmennuksessa käytäviä asioita olisi hyvä rajata mahdollisimman pitkälle vanhempien toiveiden mukaisesti. Valmennuksessa tulisi pyrkiä ohjaamaan ja tukemaan vanhempia löytämään oikeita vastauksia heitä askarruttaviin kysymyksiin. (Haapio ym. 2009, 52-53.) Riittävän ja oikeanlaisen tiedon saaminen perhevalmennuksessa lisää hallinnan tunnetta ja päätöksentekokykyä, josta on apua esimerkiksi synnytyksessä (Hautaniemi & Melender 2008, 50).

2.3 Voimaannuttava ohjaus

Päätavoite perhevalmennuksessa on vanhempia voimaannuttava ohjaus ja neuvonta (Haapio ym. 2009, 56). Voimaannuttaminen on sosiaalinen prosessi, jossa tuetaan ja lisätään ihmisten kykyjä tunnistaa omia tarpeitaan, ratkaistaan ongelmiaan sekä ottamaan käyttöön tarvittavia voimavaroja (Gibson 1991, 359). Voimaantuminen on siis ihmisestä itsestään lähtevä voimaantumisen prosessin luonne (Siitosen 1999, 61, 83). Perhevalmennuksen yhteydessä voimaannuttamisella tarkoitetaan vanhempien omien voimavarojen vahvistamista esimerkiksi turvaamalla heidän oikeuksiaan, tuomalla esiin mahdollisuuksia ja tukemalla heidän selviytymistään (Haapio ym. 2009, 55-57). Voimaantumisen synonyymeina voidaan pitää toimintakykyisyyden lisääntymistä, omien voimavarojen vapauttamista, vallan saamista ja kykeneväksi tulemistä. Sisäisen voimantunteen kautta ymmärtää paremmin omat voimavaransa ja ihmisestä heijastuu myönteisyys ja positiivisuus. (Siitonen 1999, 61, 83.)

Voimaannuttavan perhevalmennuksen edellytyksenä on asiakaslähtöinen lähestymistapa, jolla pyritään laadukkaaseen ja yksilölliseen valmennukseen. Ohjaajan tehtävänä on motivoida, rohkaista ja herättää kiinnostusta käsiteltäviä aiheita kohtaan esittämällä tavoitteita, avaamalla asioiden merkityksiä, sisältöjä ja taustoja sekä kommentoimalla asioita. (Haapio ym. 2009, 55-57.)

Korkeatasoisen ja mahdollisimman hyödyllisen valmennustilanteen aikaansaamiseksi suunnittelussa tulee tarkkaan miettiä vanhempien tarpeet sekä tavoite, sisältö ja opetusmenetelmä. Perhevalmennuksen vetäjän tulee tehdä ohjaustilanteessa jatkuvasti tiedostamatonta arviointia, mitä tukee valmennuksen jälkeä suoraan vanhemmilta pyydetty palaute oppimiskerran laadusta ja kehittämisestä. (Haapio ym. 2009, 56-57.)

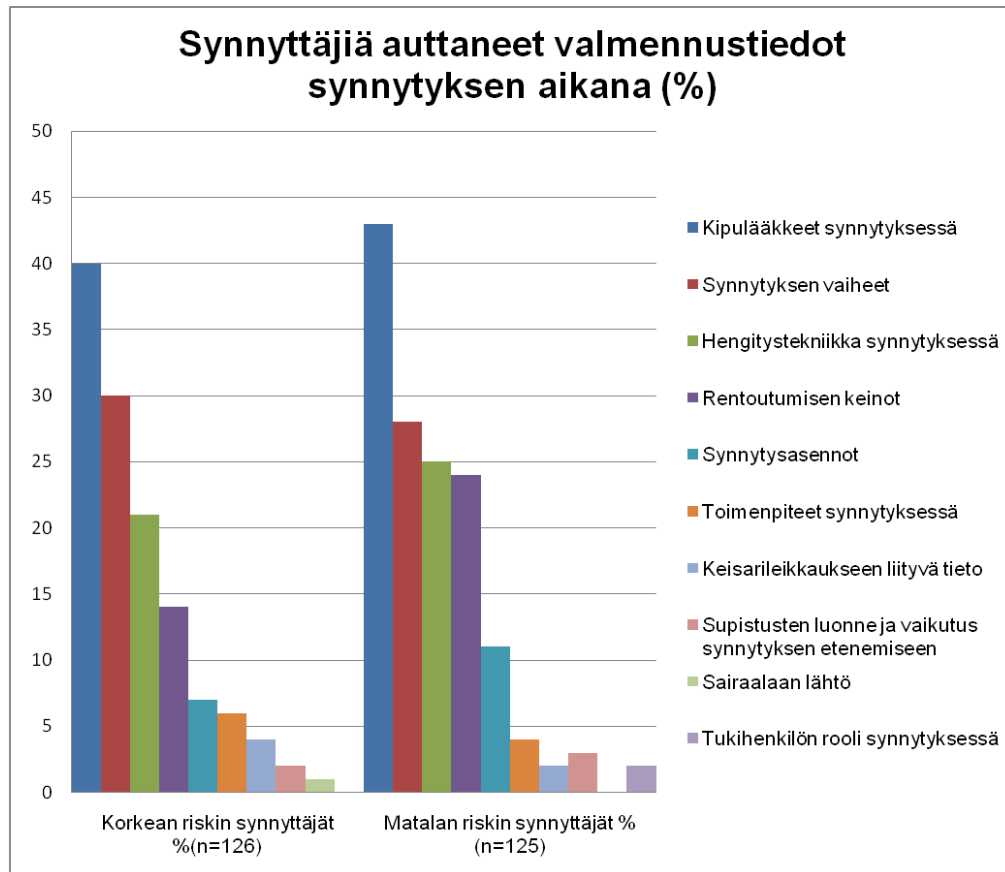
3 SYNNYTYS

Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22. viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 g. Tätä ennen puhutaan keskenmenosta. Täysiaikaiseksi synnytykseksi katsotaan raskaus, joka on kestänyt vähintään 37 viikkoa. Yliaikaiseksi synnytys luokitellaan raskauden keston ollessa yli 42 viikkoa. (Sariola & Haukkamaa 2004, 325.)

Synnytys on yksi suoritus tai vaihe odotuksen aikana, mikä johtaa todelliseen lapsen kanssa elämisen ajan saavuttamiseen. Perusajatus synnytyksestä on luonnonmukainen tapahtuma, johon ei puututa ilman todellista tarvetta (Paavilainen 2003, 81.) Tarkan (1996, 61) tutkimuksessa äidin raskaudenaikaisella suhtautumisella synnytykseen todettiin olevan merkittävä yhteys äidin synnytyskokemukseen. Pääsääntöisesti synnytykseen rauhallisesti luottavaisesti suhtautuneet äidit kokivat synnytyksen positiivisempänä kokemuksena.

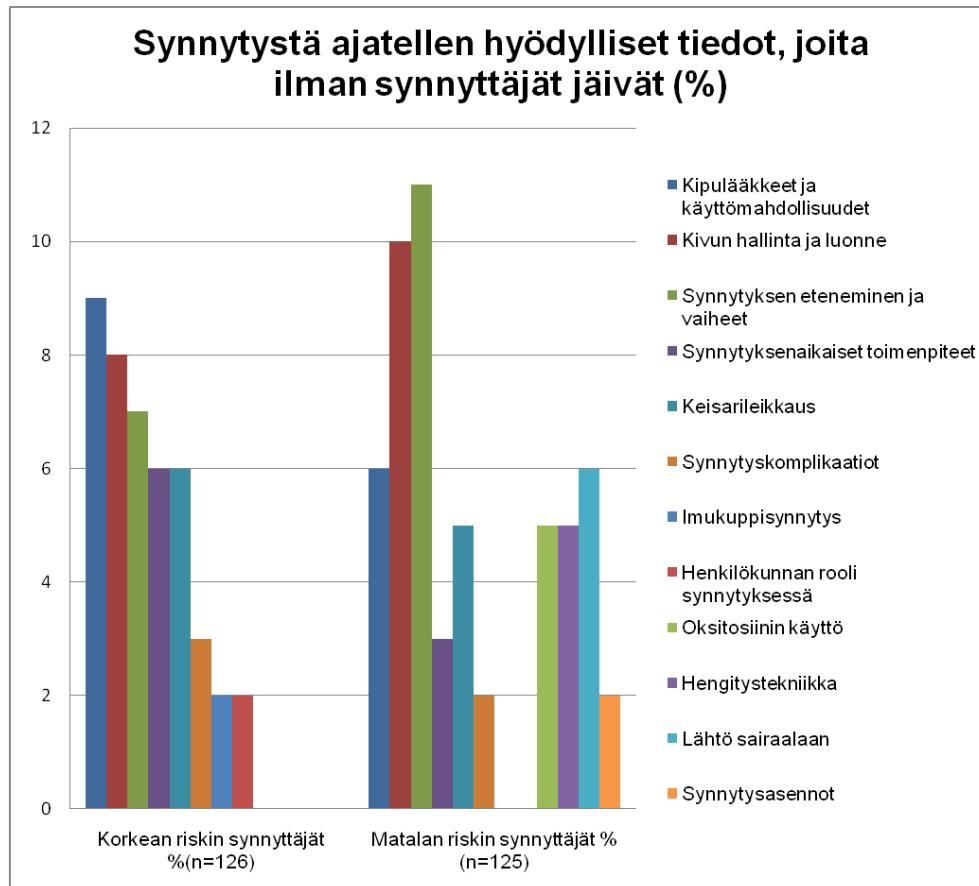
3.1 Perhevalmennuksesta saadun tiedon hyöty synnytyksessä

Synnyttäneet naiset kokivat saaneensa perhevalmennuksesta eniten apua synnytyksessä käytettävistä kipulääkkeistä. Toiseksi eniten apua koettiin saaduksi synnytyksen eri vaiheisiin liittyvästä tiedosta sekä hengitystekniikasta ja rentoutumisen eri keinoista. Edellisten lisäksi vanhemmat kertoivat hyötyneensä tiedoista koskien synnytysasentoja, synnytyksen aikaisia toimenpiteitä ja keisari-leikkausta sekä supistusten luonnetta ja myönteistä asennoitumista (Kuvio 1). (Ahonen 2001, 68, 69.)



Kuvio 1. Synnyttäjiä auttaneet valmennustiedot synnytyksen aikana. (Mukailtu Ahonen 2001, 69.)

Samassa Ahosen (2001,69) tutkimuksessa matalan riskin synnyttäjät ja korkean riskin synnyttäjät mainitsivat asioita, joita ilman he kokivat jääneen (Kuvio 2) synnytykseen valmentautumisessa ja joista he uskoisivat olleen hyötyä. Kipuun liittyvät seikat, kuten lääkitys, kivun luonne ja sen hallitseminen nousivat tärkeimpinä esille. Seuraavaksi eniten kaivattiin tietoa synnytyksen etenemisestä ja sen eri vaiheista. Matalan riskin synnyttäjille tieto synnytyksen etenemisestä ja sen eri vaiheista sekä kivun hallinnasta ja sen luonteesta nousivat tärkeämmiksi kuin korkean riskin synnyttäjillä. Korkean riskin synnyttäjät puolestaan olisivat halunneet enemmän tietoa synnytyksessä käytettävistä kipulääkkeistä ja toimenpiteistä.



Kuvio 2. Synnytystä ajatellen hyödylliset tiedot, joita ilman synnyttäjät jäivät (Mukaiilu Ahonen 2001, 70).

Perhevalmennukseen osallistuvien perustiedon määrä keskusteltavista aiheista vaihtelee suuresti. Paavilaisen (2003, 88) tutkimuksesta selvisi, että vähemmän synnytyksestä lukeneet saivat melko kattavan kuvan käsiteltävistä aiheista, kun taas tietoa itse hankkineet eivät kokeneet saaneensa juurikaan uutta tietoa valmennuksesta. Tästä huolimatta kaikki vanhemmat pitivät synnytyksestä saatuja tietoja mielenkiintoisina ja hyödyllisinä; myös synnytyssairaalassa vierailua pidettiin tarpeellisenä.

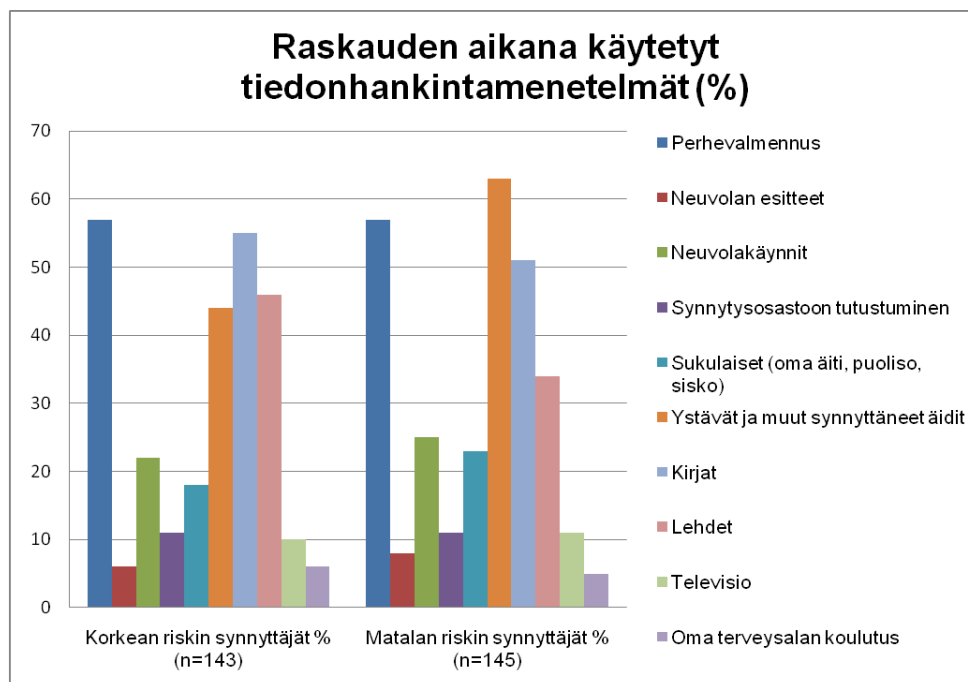
Pääosin synnytykseen valmentamisen koettiin tapahtuvan hyvin pintapuolisesti ja teoreettisesti. Kunnollisia keskusteluja ei käynnistetty ja vähäiset harjoitukset tuntuivat noloilta. Muutamia perhevalmennuksessa käytettyjä menetelmiä, kuten heikkotasoisia videoita, vanhemmat pitivät epärelevantteina. (Paavilainen 2003, 99.) Joidenkin vanhempien kohdalla perhevalmennus kasvatti epävarmuuden tunnetta, kun synnyttäminen ja lapsenhoito saatiin tuntumaan suorituksilta.

Omiin ratkaisuihin ei kannustettu ja muistettavien asioiden sekä vaatimusten määrä hämmensi mieltä. (Paavilainen 2003, 100.)

3.2 Valmentautuminen synnytykseen

Keinoja hankkia synnytykseen liittyviä tietoja löytyy useita (Kuvio 3). Ahosen (2001, 67) väitöskirjassa korkean riskin synnyttäjät mainitsivat 14 eri tapaa ja matalan riskin synnyttäjät 17 erilaista tapaa hankkia synnytystä koskevaa tietoa. Selkeimmin esille nousivat neuvolapalvelut, keskustelu toisten kokemuksista ja muu synnytykseen liittyvä materiaali.

Eniten käytetty menetelmä synnytykseen valmentautumisessa oli keskustelu toisten kokemuksista. Jopa 86 % matalan riskin synnyttäjistä ja 62 % korkean riskin synnyttäjistä hankki tietoa muiden omakohtaisista synnytyksistä ja vain pieni osa mainitsi keskustelut terveydenhoitajan tai kättilön kanssa valmentaviksi. (Ahonen 2001, 127,128.) Tämän perusteella voidaan todeta, että asiantuntevan ja ammatillisen tiedon käyttö jää huolestuttavan vähäiseksi suomalaisessa äitiysneuvolajärjestelmässä (Paavilainen 2003, 101).



Kuvio 3. Raskauden aikana käytetyt tiedonhankintamenetelmät. (Mukailtu Ahonen 2001, 68.)

Odottava nainen pyrkii vakuuttamaan itselleen synnytyksen olevan luonnollinen asia ja että nainen on luotu synnyttämään. Tällä tavoin naiset etsivät vahvuutta sekä toisista että myös itsestään. Odottavat naiset pohtivat paljon mahdollisuutta vaikuttaa synnytyksen kulkuun. Synnytyksen kulun kohtalomaisuus, arvaamattomuus ja tieto komplikaatioiden mahdollisuudesta käänsivät lopulta uskon selviytymisestä ammattilaisten käsiin. (Paavilaisen 2003, 82)

Äidit kaipasivat tietoa synnytyspeloista sekä synnytyskivun todellisesta luonteesta ja sen lievittämisestä (Tarkka 1996, 47). Synnytykseen valmistauduttiin mielikuvien ja tietojen prosessoimisen avulla. Mielikuvia muodostui oletuksista, odotuksista, toisten kokemuksista ja tosiasiatiedoista. Useilla ensisynnyttäjillä todellisuuden tunnun poissaoleminen oli yleistä minkä vuoksi ylitsepääsemättömiä pelon tunteitakaan ei muodostunut. (Paavilainen 2003, 81.) Ayers & Pickering (2005, 87) selvittivät, että naiset, jotka jännittivät ja pelkäsivät raskauden aikana, odottivat myös synnytykseen liittyvän negatiivisia tapahtumia kuten kipua, epämiellyttäviä tunteita, vähäistä kontrollia ja olematonta tukea.

3.3 Synnytyksen vaiheet ja eteneminen

Synnytykseen kuuluu kolme vaihetta: avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe (Sariola & Haukkamaa 2004, 327). Synnytys käynnistyy usein supistuksilla, jotka säännöllisesti (alle 10 minuutin välein) tullessaan kestävät 45-60 sekuntia. Toinen ilmenemismuoto synnytyksen alkamisesta on sikiökalvojen puhkeaminen eli lapsivedenmeno mikä tapahtuu 6-19 %:lla naisista. (Sariola & Haukkamaa 2004, 325-327.) Synnytys määritellään alkaneeksi säännöllisten supistusten kestänyt kaksi tuntia (Raussi-Lehto 2007, 211).

Avautumisvaihe kestää ensisynnyttäjillä suunnilleen 12-18 tuntia ja uudelleen-synnyttäjillä noin 8-12 tuntia (Raussi-Lehto 2007, 213). Avautumisvaihe päättyy ponnistusvaiheen alkamiseen, jolloin kohdunsuu on 10 cm auki. Ponnistusvaiheeseen mennessä sikiön pää on laskeutunut lantionpohjalle ja äiti tuntee voimakasta ponnistustarvetta. Jälkeisvaiheella tarkoitetaan kohdun nopeaa supis-

telua ja istukan irtoamista lapsen synnyttyä. (Sariola & Haukkamaa 2004, 327-330.)

Synnytyksen keskimääräinen kesto on 9 tuntia 41 minuuttia. Yli 15 tuntia kestäneitä synnytyksiä on noin 15 %. (Vallimies-Patomäen 1998, 65.) Synnyttävien naisten mukaan avautumisvaihe oli kaikkein raskain, koska eteneminen tapahtui hitaasti ja he kokivat, ettei ollut mitään minkä vuoksi taistella. Rohkaisevat ja kannustavat sanat auttoivat pitämään yllä voimia ja uskoa. (Carlsson ym. 2009, 176.) Avautumisvaiheen aikana joka toinen synnyttävä pelkäsi lapsen terveyden ja voinnin puolesta (Vallimies-Patomäen 1998, 79).

3.4 Epäsäännöllinen synnytys

Synnytyksen aikana saattaa tapahtua jotain tavallisesta poikkeavaa, johon täytyy reagoida nopeasti. Synnytyshäiriö eli dystokia muuttaa synnytyksen suuntaa normaalista poikkeavaksi aiheutuen esimerkiksi poikkeavasta supistelusta, synnytyskanavan ahtaudesta, sikiön suuresta koosta tai poikkeavasta asennosta. (Uotila & Tuimala 2004, 480-481.) Poikkeavasta synnytyksestä puhutaan myös silloin, kun verenvuoto on runsasta, tarvitaan imukuppi- tai pihtivusteista ulosauttoa, tehdään kiireellinen sektio tai hätäsektio tai jos synnytys on ennenaikainen (Haapio ym. 2009, 122, 127).

Osalla synnyttäjistä avautumisvaihe voi kestää tavallista kauemmin, ensisynnyttäjillä yli 20 tuntia ja uudelleensynnyttäjillä yli 14 tuntia. Noin kolmasosa synnytyksen hidastumisista aiheutuu sikiön ja synnytyskanavan välisestä epäsuhtaisuudesta. Yleisimmäksi synnytyksen hidastumisen syyksi tiedetään kohdun heikosti koordinoitunut supistelu. Tällöin synnytykseen pitää puuttua esimerkiksi supistuksia parantavalla oksitosiini-infuusiolla tai epäsuhtatilanteessa keisarileikkauksella. (Uotila & Tuimala 2004, 480-481.) Pitkän avautumisvaiheen aikana avuttomuuden tunnetta kokeneille naisille jäi negatiivinen muisto koko synnytyskokemuksesta. He välttivät synnytyskokemuksen ajattelemista ja siitä puhumista lapsivuodeaikana ja pelkäsivät ajatusta hankkia toinen lapsi. (Carlsson ym. 2009, 177.)

Synnytyshäiriön ilmetessä tarvitaan usein toimenpiteitä, joilla pyritään saattamaan synnytys toivotunlaiseen lopputulokseen. Perätilatarjonta johtaa usein keisarileikkauksen, koska sikiön pää voi helposti altistua vammoille syntyessään viimeisenä, mutta alateitse synnyttäminenkin on mahdollista. Napanuoran esiinluiskahduksen ja sen kiristymisen on todettu olevan yleisempää perätilatarjonnassa kuin raivotarjonnassa. (Uotila & Tuimala 2004, 488-489.)

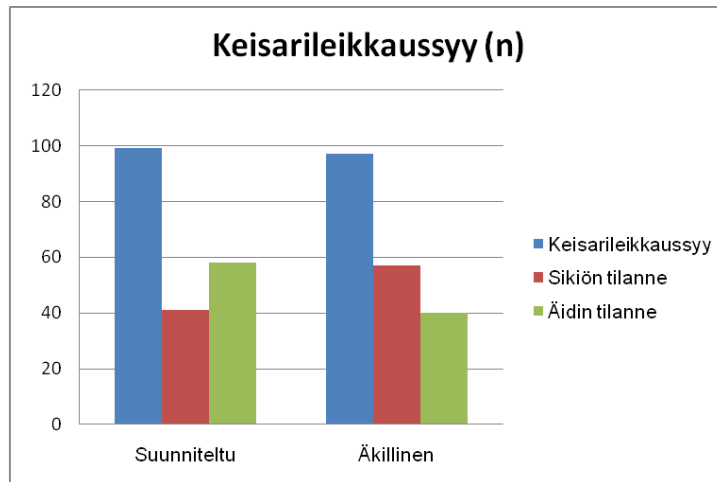
Imukuppivetoa tarvitaan tilanteessa, jossa alatiesynnytys on mahdollinen, mutta synnytys on hidastunut tai pysähtynyt. Imukuppi kiinnitetään sikiön päähän alipaineella, josta vetämällä hänet voidaan auttaa laskeutumaan synnytyskanavassa. Pihtisynnytyksen indikaatiot ovat samat kuin imukuppisynnytyksessäkin, mutta sen etuna on nopeus. Pihtisynnytys vaatii usein episiotomian. (Uotila & Tuimala 2004, 490-492.)

Tavallisimpia syitä ajautua keisarileikkaukseen synnytyksen aikana ovat dystokia, virhetarjonta ja asfyksia. Elektiivisten sektioiden yleisimpiä syitä ovat virhetarjonnat, epäsuhta, aiempi keisarileikkaus tai esimerkiksi synnytyspelko. Useimmiten keisarileikkaus tehdään epiduraali-spinaalianestesiassa ja vain harvoin yleisanestesiassa. (Uotila & Tuimala 2004, 488-493.)

Keskosuuden vähentäminen on yksi äitiyshuollon keskeisimmistä haasteista. Suomessa vuonna 2002 5,3 %:a lapsista syntyi ennenaikaisina. Ennenaikaisuuden ennustaminen onnistuu huonosti, sillä tapahtumaan vaikuttavat niin geneettiset, biologiset, psykososiaaliset kuin sosioekonomisetkin tekijät. (Saarikoski 2004, 415-416.)

3.5 Keisarileikkaus

Tarkka & Rantanen (2005, 337) tutkivat 99:n suunnitellulla keisarileikkauksella synnyttäneen äidin ja 97:n äkillisellä keisarileikkauksella synnyttäneen äidin syitä keisarileikkaukseen. Suunnitelluista keisarileikkauksista kuusi kymmenestä tehtiin äidistä johtuvista syistä ja äkillisistä keisarileikkauksista kuusi kymmenestä tehtiin sikiöstä johtuvista syistä (Kuvio 4).



Kuvio 4. Keisarileikkaus. (Mukailtu Tarkka & Rantanen 2005, 338.)

Äkillisellä keisarileikkauksella synnyttävien äitien valmentaminen leikkaukseen on haasteellista, koska tilanne tulee odottamatta eikä äideillä ole aikaa valmistautua kokonaistilanteeseen. Äidit tulisi saada sopeutumaan ajatukseen section mahdollisuudesta. Tukihenkilön läsnäololla sekä suunnitellusti että äkillisesti sektoiduilla oli positiivinen vaikutus äitien synnytyskokemukseen. (Tarkka & Rantanen 2005, 341-342.)

Miehet kokivat perhevalmennuksesta saadun informaation keisarileikkauksesta hyödyttömäksi, koska aihetta ei oltu heidän mielestään käsitelty riittävästi (Kalliovalkama & Munnukka 2003, 8). Kiireellisen section tai hätäsection yllättäessä kiire vauvan tai äidin pelastamiseksi saattaa jättää isän huomioimisen vähälle. Isän katsekontakti, rauhoittava puhe tai kädestä kiinni pitäminen merkitsevät äidille paljon vaikka mahdollisuus äidin tukemiseen voi äkillisessä tilanteessa jäädä hyvin vähäiseksi. (Hirvonen 2005, 135.)

3.6 Synnytyspelko

Voimakas synnytyspelko on suhteeton ja epärealistinen reaktio, joka varjostaa noin joka kymmenettä raskautta. Pelko altistaa komplikaatioille aiheuttaen tuskaa, painajaisia ja keskittymisvaikeuksia. Synnytyspelko voidaan saada kuriin,

jos hoito aloitetaan riittävän ajoissa, viimeistään 30. raskausviikolla. (Saisto 2000, 1483, 1485.)

Synnytyspelko on yleistä niin ensisynnyttäjillä kuin toissynnyttäjilläkin. Yleisin syy synnytyspelkoon ja keisarileikkauspyyntöön on kivun tuntemisen pelko ja alhaiseksi arvioitu oma kivunsietokyky. (Saisto & Halmesmäki 2003, 204.) Samankaltaisia tuloksia löytyi Fenwickin ym. (2008, 396-397) tutkimuksesta, jossa pääsyy äitien keisarileikkaustoiveeseen oli pelko synnyttää alateitse. Naiset saivat häpeävänsä luonnollista synnytystapaa ja pelkäsivät fyysisen vamman muodostumista itselleen tai vauvalle. Heille ei tuntunut mahdolliselta, että vauva mahtuisi pienestä synnytyskanavasta maailmaan ongelmitta. Ystävien, läheisten ja oman äidin synnytyskokemukset vaikuttavat paljon siihen miten naiset visualisoivat alateitse synnyttämisen. Toissynnyttäjillä synnytyspelkoon myötävaikutti mahdollinen negatiivinen kokemus aiemmasta raskaudesta ja synnytyksestä (Saisto & Halmesmäki 2003, 202-203).

Edellä mainittujen synnytyspelkoa aiheuttavien tekijöiden lisäksi muita äitien esille tuomia yleisiä pelkotilojen aiheuttajia ovat esimerkiksi repeäminen, oma kuolema tai vauvan kuolema, vamman aiheutuminen itselle tai lapselle sekä alhainen luottamus henkilökuntaan (Saisto & Halmesmäki 2003, 204).

Synnytyspelon vuoksi tehtyjen keisarileikkausten lukumäärä moninkertaistui 1990–2000 välisenä aikana. Tämän myötä synnytyssairaaloihin perustettiin synnytyspelkopoliklinikoita. Siitä huolimatta, että raskaus ja synnyttäminen on turvallisempaa kuin koskaan aiemmin, nyky-yhteiskunnan fyysisen terveyden ja turvallisuuden korostaminen tekevät luonnollisesta elämänvaiheesta sairauden, joka vain lisää odottavan äidin paineita ja pelkoja. (Rutanen 2000, 1473.)

Päämäärä synnytyspelosta ylipääsemiseksi on auttaa naista kontrolloimaan raskauteen ja synnytykseen liittyvää pelkoa. Tällä tavoin hänen on mahdollista hyväksyä tulevaan synnytykseen liittyvää epävarmuutta. Koulutus ja informaation antaminen vähentävät äitien huolta vauvan hyvinvoinnista, mutta rentoutu-

misen harjoittelu ja eri kivunsietokeinot ovat tarpeen yleisen pelon helpottamiseksi. Äidin parantunut itseluottamus on merkittävä ennuste kohti positiivista synnytyskokemusta. (Saisto & Halmesmäki 2003, 205.)

3.7 Isän tai tukihenkilön rooli synnytyksessä

Suurin osa vanhemmista mieltää perhevalmennuksessa tärkeäksi saada informaatiota isän roolista synnytyksessä ja lapsenhoidossa. (Vehviläinen-Julkunen 1995, 734; Vehviläinen-Julkunen 1996, 7).

Isän osallistumien synnytykseen vaikuttaa myönteisesti synnytyksen kulkuun, parisuhteeseen sekä isän ja lapsen väliseen suhteeseen. Läsnäololla on myös kiputuntemuksia vähentävä vaikutus. Isän sijaan turvallisuutta luovana tukihenkilönä voi toimia myös äiti, sisar tai läheinen ystävä. Isän tehtävänä on toimia äidin rohkaisijana ja kannustajana sekä antaa käytännön apua hieromalla, kädestä kiinni pitämällä, tarjoamalla vettä tai auttamalla asennon vaihdossa. Isä on myös hyvä tuki auttamaan keskittymisessä ja rentoutumisessa. Parhaiten isän roolin synnytyksessä avustamisessa osaa määritellä äiti itse. Tärkeimpänä isän synnytykseen osallistumisessa pidetään äidin tukemista äidin toivomalla tavalla. (Liukkonen, ym. 1998, 36.) Somers-Smithin (1999, 103) tutkimus puoltaa edellä mainittuja asioita, kun tukihenkilön tärkeimmäksi tehtäväksi tutkimuksesta nousivat hien pyyhkiminen äidin otsalta ja kädestä kiinni pitäminen. Varsinkin ensisynnyttäjien kohdalla merkittäviksi tekijöiksi mainittiin lisäksi hoivaiminen sekä sympatian ja empatian osoittaminen.

Liukkonen & Vehviläinen-Julkunen (1997, 124) tutkimuksen perusteella isät kokivat synnytyksessä vaikeimmaksi puolison synnytyskipujen seuraamisen. Vaikeaksi koettiin myös ongelmat syntyvän vauvan sydänäänissä ja huoli vauvan hyvinvoinnista. Hienoja hetkiä isille oli vauvan omaksi kokemisen tunne, ensi-itkun kuuleminen ja vauvan terveys. Myönteisinä koettiin myös puolison tukena oleminen, rakkaus puolisoa kohtaan, yhdessä kokemisen tunne, äitien arvostuksen oppiminen ja puolison hyvä vointi synnytyksen aikana. Parhaina asioina

itseään ajatellen isät mainitsivat isäksi tulemisen tunteen kokemisen, perheen syntymän kokemisen, itseluottamuksen lisääntymisen ja suvun jatkamisen.

Kosketus on voimavara synnyttäjän hoitamisessa ja sen katsotaan välittävän sympatiaa, osallistumista ja rohkaisua. Koskettamalla viestitään äidin kivun ymmärtämisestä; se on osoitus myötätunnosta ja lohdutuksen tarjoamisesta. Kosketus voidaan jakaa fyysiseen ja terapeuttiseen muotoon, joista fyysiseen kosketukseen sisältyy muun muassa instrumentaalinen kosketus. Kosketus on henkilökohtainen asia ja jokainen reagoi siihen omalla tavallaan. Tämän asian tiedostaen on hyvä muistaa, etteivät kaikki äidit koe kosketusta aina positiivisena asiana. (Liukkonen ym. 1998, 56-58.)

3.8 Synnytyskipu

Synnytyskipu on useimmille synnyttäjille suurin pelon aihe (Liukkonen ym. 1998, 20). Lähes kaikki synnyttäjät pitävät synnytystä kivuliaana ja heistä 20 %:a kokee kivun sietämättömänä ja puolet erittäin kovana. Perhevalmennuksesta ja muualta saatu tieto synnytyksen aikaisista tapahtumista, auttaa kestämään kipuja sekä vähentämään pelkoa ja turvattomuuden tunnetta. (Sariola & Haukkamaa 2004, 332.)

Ahosen (2001, 81-82) tutkimus osoittaa, että yli kolmasosa synnyttäjistä koki pelkäävänsä ajatellessaan synnytystuskia ja noin puolet pelkäsi kovia synnytyskipuja. Enemmistö synnyttäjistä tunsu voimakasta kipua synnytyksen aikana; korkean riskin synnyttäjistä 84 % ja matalan riskin synnyttäjistä 89 %. Sietämättömäksi kipua kuvaili hieman alle puolet molemmista ryhmistä ja hieman yli puolet ryhmistä kertoi liikkumisen olleen mahdotonta kipujen vuoksi synnytyksen aikana.

Pelko synnytyskipuja kohtaan saattaa haitata synnytyksen etenemistä käynnistäessään kortisolien ja adrenaliinin erityksen. Nämä hormonit heikentävät supistuksia ja pitkittävät tällä tavoin synnytystä. (Liukkonen ym. 1998, 20.) Tutkimustulosten mukaan matalan riskin synnyttäjät kokivat korkean riskin synnyttäjiä

useammin pystyneensä rentoutumaan synnytyksen aikana (Ahonen 2001, 81-82).

Suurin osa tutkimuksista kertoi naisten kokeneen kivun pahempana kuin olivat osanneet odottaa. Näin oli varsinkin ensisynnyttäjillä. Naisilla, jotka olivat valmistautuneet synnytykseen hyvin raskauden aikana, oli realistisemmat odotuksen kivun asteen suhteen. Heidän itseluottamuksensa oli korkeampi eivätkä he kokeneet epäonnistumisen tunnetta. Tämä johti synnytykseen hyvin valmistautuneiden naisten kohdalla parempaan synnytyskokemukseen. (Lally ym. 2008, 4, 8.) Vallimies-Patomäen (1998, 79) tutkimustulosten mukaan lapsen puolesta, suoriutumistaan ja toimenpiteitä pelänneillä synnyttäjillä voimakkaat, kivuliaat supistukset olivat yleisempiä.

3.8.1 Lääkkeetön kivunlievitys

Naiset odottivat hoitajan omaavan hyvät tiedot ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä ja halusivat apua esimerkiksi hengitystekniikan ja rentoutumisen suhteen (Tumblin & Simkin 2001, 55).

Synnytyksen alkuvaiheessa asentohoidosta voi olla suuri hyöty kestämään kipuja. Liikkuminen ja vartalon heijaaminen puolelta toiselle, lämpimässä suihkussa käyminen tai vesialtaassa oleminen voivat myös helpottaa kivuntunnetta. Ristiselän ihoon ruiskutettavat, steriiliä vettä sisältävät, ns. papulat, kiristävät ihoa ja siirtävät supistuksen aiheuttaman kivun tunteen selkään. Aquarakkuloiden vaikutus kestää noin tunnin ja yksilökohtaisesti niistä on koettu olevan suuri hyöty synnytyksen alkuvaiheessa. (Sariola & Haukkamaa 2004, 332.) Kylmääreerit ja geelipussit auttavat lievittämään selän kipuja, tai ollessaan kohdun ylä- tai alapuolella, heikentämään supistuskipuja. Vaikutus perustuu pinnallisen verenkierron ja kudosten aineenvaihdunnan vähentämiseen ja kipuimpulssien kulun hidastamiseen. (Liukkonen ym. 1998, 93.)

Kipua lievittävän stressihormonin, beeta-endorfiinin, määrän tiedetään suurenevan huomattavasti äidin veressä synnytyksen aikana ja saavuttavan huippupi-

toisuuden synnytyshetkellä (Liukkonen ym. 1998, 46-47). Myös akupunktiohoidon on todettu lisäävän elimistön omien endorfiinien tuotantoa (Liukkonen ym. 1998, 101).

Hieronta on yksi vanhimmista kivunlievitysmenetelmistä ja sillä on samalla rentouttava vaikutus. Äiti saa hierojalta jakamattoman huomion ja kosketus viestii, että hänestä pidetään huolta. (Liukkonen ym. 1998, 60, 63.) Synnytyksessä yksi tärkeimmistä taidoista on kyky rentoutua esimerkiksi oikeanlaisen hengityksen, meditaation tai mielikuvien avulla (Liukkonen ym. 1998, 65-66). Oikeanlainen hengitystekniikka vähentää kipuja esimerkiksi rentouttamalla ja keskittämällä synnyttäjän huomion pois kivusta. Lisäksi se varmistaa sikiön hapensaantia. (Liukkonen ym. 1998, 48.) Päämääränä on tietoisesti relaksoida tahdonalainen lihaksisto, jotta mieli ja ruumis voisivat rentoutua. Pulssin harvenemisen, hengityksen syvenemisen, elintoimintojen hidastumisen ja lihasjännityksen alenemisen on todettu heikentävän kivun tunnetta. (Liukkonen ym. 1998, 65-66.)

3.8.2 Lääkkeellinen kivunlievitys

Lihakseen tai suoneen annettu lääkeaine kulkeutuu verenkierrossa istukan läpi sikiöön. Petidiini on eniten käytetty opiaatti synnytyksen alkuvaiheessa kohdunsuun ollessa auki alle 3 cm. Tramadoli on uudempi opiaatti, joka petidiinin lailla läpäisee istukan, mutta ei heikennä supistuksia. Rauhoittavia lääkkeitä kuten diatsepaamia käytetään Suomessa hyvin harvoin sillä äidit osallistuvat aktiivisesti synnytykseen eikä ole tarkoitus lamata heitä lääkaineilla. (Sariola & Haukkamaa 2004, 333.)

Ilokaasu eli typpioksiduulin ja hapen seos toimii turvallisesti koko avautumisvaiheen ajan. Lääkkeen vaikutus alkaa vasta noin 30 sekunnin jälkeen sen hengittämisestä, joten äidin on opittava ennakoimaan supistus. (Saarikoski 1998, 131-132.) Äidin hengittäessä normaalia ilmaa supistusten välillä ilokaasu poistuu keuhkojen kautta. Liian suuri ilokaasumäärä aiheuttaa tokkuraisuutta ja huonoa oloa, mutta oikein käytettynä ilokaasusta on kohtalainen apu synnytyskipuihin. (Sariola & Haukkamaa 2004, 333.)

Paraservikaalipuudutuksen käyttö on Suomessa yleisempää kuin muualla maailmassa. Hyvin harvoissa tapauksissa siitä on aiheutunut bradykardiaa ja asfyksiaan liittyviä hätätilanteita minkä vuoksi käyttöä on kritisoitu. Vaikutus on 1-2 tuntia, mutta puudutuksen onnistuminen vaihtelee. (Sariola & Haukkamaa 2004, 333.)

Tehokkain kivunlievitysmenetelmä on epiduraalipuudutus ja se sopii etenkin ensisynnyttäjille. Suomessa puudutus ajoitetaan avautumisvaiheeseen, jotta ponnistusvaiheen alkuun mennessä liiallinen puudutusvaikutus olisi vähentynyt. Vasta-aiheita epiduraalipuudutukselle on ihoinfektio puudutusalueella sekä hyytymisjärjestelmän häiriöt kuten trombosytopenia. Sivuoireena epiduraalipuudutuksesta seuraa sympaattisen hermoston salpautumisesta aiheutuva verenpaineen lasku, jota pyritään estämään infusoimalla 500 ml Ringer-liuosta jo ennen puudutteen laittamista. Kerta-annoksen vaikutus kestää noin 2 tuntia ja sitä voidaan uusida tarpeen mukaan. Toinen vaihtoehto on käyttää jatkuvaa annostelua pumpun avulla. Epiduraalipuudutus voi parantaa istukan verenkiertoa ja sitä kautta vaikuttaa positiivisesti sikiön vointiin. (Sariola & Haukkamaa 2004, 333-334.)

4 LAPSIVUODEAIKA

4.1 Vierihoito lapsivuodeosastolla

Kansainvälisesti lapsivuodeaika määritellään WHO:n (World Health Organization 2010) mukaan alkavaksi heti lapsen syntymästä ja kestävän kuusi viikkoa sen jälkeen. Suomessa lapsivuodeajan katsotaan päättyvän viimeistään 12:enteen viikkoon synnytyksen jälkeen (Väyrynen 2007, 269), johon mennessä tulisi tehdä myös synnytyksen jälkitarkastus (Väyrynen 2007, 269; STM 2007, 91; Ylikorkala 2008, 498). Lapsivuodeaika voidaan nähdä aikana, jolloin äiti sopeutuu psyykkisiin muutoksiin ja uusiin emotionaalisiin vaatimuksiin (Way 1998, 115) ja jolloin vanhemmat voivat harjoitella lapsenhoitoa (Järvenpää 2008, 343).

Ympäri vuorokautinen vierihoito edistää äidin ja lapsen kiintymistä, äiti-lapsisuhteen kehitystä ja mahdollistaa lapsenhoidon harjoittelun sekä onnistuneen imetyksen alun. Myös isillä on yhä useammin mahdollisuus olla synnytyksen jälkeen mukana perhehuoneessa tutustumassa vastasyntyneeseen ja harjoittelemassa lapsenhoitoa. (Järvenpää 2008, 343.) Synnytysvuodeosastolla vanhempia ohjataan huomaamaan vauvan viestejä ja vastaamaan niihin (STM 2007, 82-83). Opetuksen ja ohjauksen tarkoitus on lisätä vanhempien tunnetta siitä, että he ovat kykeneviä hoitamaan vauvaa ja huolehtimaan hänestä (Wong ym. 2006, 626).

Erään tutkimuksen mukaan yli puolet äideistä kertoi saaneensa yksilöllistä ohjausta itseään ja lapsenhoitoa koskevissa kysymyksissä (Tarkka & Paunonen 1996, 1204). Äidit halusivat tietoa äitiydestä, rauhallisen ympäristön luomisesta ja riittävästä kivunlievityksestä. He toivoivat myös käytännön apua, opetusta sekä vierailuaikojen rajoitukset. (Emmanuel ym. 2001, 16, 18-19.) Erityisesti ensisynnyttäjät haluavat tietoa ja ohjausta vauvan hoidosta (Kojonen 2005, 60). Äidit toivovat erityisesti, että isää ja koko perhettä huomioitaisiin enemmän (Ryttyläinen ym. 2007, 24-25). Myös isät toivovat ohjausta, tietoa ja tukea (Mesiäislehto-Soukka 2005, 148).

Tarkan (1996, 117, 118) tekemän tutkimuksen mukaan äidin lapsenhoidosta selviytymiseen vaikutti suuresti puolison antama sosiaalinen tuki. Äidit tarvitsivat sekä konkreettista apua päivittäisistä tehtävistä selviytymiseen että päätöksenteon tukea, ohjausta, kannustusta ja rohkaisua uudessa tehtävässään äitinä. Tukena oleminen lisäsi äidin itsevarmuutta ja rohkeutta toimia äitinä. Tutkimuksen mukaan äidit odottivat hoitotyöntekijöiltä kannustusta, tukea ja neuvontaa lapsenhoitoon raskausaikana ja heti lapsen synnyttyä. Yhteisten hoitokäytäntöjen sopiminen neuvolan ja synnytystä hoitavan sairaalan välillä lisäsi äidin luotamusta ja tunnetta selviytyä lapsenhoidosta. Tehokas lapsenhoidon ohjaus lapsivuodeosastolla sekä äideille että isille lisäsi äidin varmuutta ja turvallisuudentunnetta selvitä kotona. (Tarkka 1996, 117, 118.)

Kyky toimia äitinä, äidin terveys ja mieliala sekä äidin kiintymys lapseensa vaikuttivat merkittävästi siihen, miten äiti selviytyi lapsenhoidosta. Mielialaan vaikutti se, miten hän oli saanut levätyä synnytyksen jälkeen. Lapsen mieliala ja se, miten helppohoitoinen hän oli, vaikutti myös osaltaan äidin selviytymiseen. Kiintymyssuhteen muotoutumiseen vaikutti äidin kyvyt tunnistaa lapsen tarpeita sekä lapsen mieliala. Äidin omaaman tiedon ja kokemuksen määrä vaikutti äidin itsetuntoon ja siten myös hänen varmuuteensa toimia äitinä. (Tarkka 1996, 119.)

Ensisynnyttäjät ja heidän puolisonsa kokivat saaneensa parhaiten tietoa lapsenhoidosta terveydenhoitajilta. Terveydenhoitajilta saadulla tiedolla oli erittäin suuri vaikutus vanhempien varmuuteen lapsenhoidosta selviytymisessä. Ensisynnyttjä-äideistä lähes puolet koki oman lapsenhoitonsa erittäin varman tuntuiseksi ja noin puolet koki lapsenhoidossa kohtalaista varmuutta (Warren 2005, 483-484.) Hoitotyöntekijöiden asiantuntijuus ja erityisesti terveydenhoitajalta saatu emotionaalinen ja päätöksenteon tuki olivat tärkeitä tekijöitä ensisynnyttjä-äidille lapsenhoidon opettelussa ja lapsen tarpeiden tunnistamisessa äitiyden varhaisvaiheessa (Tarkka 1996, 119, 122).

4.2 Varhainen vuorovaikutus ja kiintymyssuhde

Vanhempien valmistautuminen vauvan syntymään ja kiintyminen vauvaan alkaa jo raskausaikana, jolloin vanhemmat luovat mielikuvia vauvasta. Mielikuvien avulla vanhemmat harjoittelevat vanhemmuutta. Heille kehittyy herkkyyttä hoivata lastaan ja vastata hänen tarpeisiinsa. (Broden 2006, 7, 273-276.) Vauvan viestintä alkaa kehittyä alun alkujaan jo kohdussa, jolloin hän jo osoittaa kiinnostustaan joitakin ääniä kohtaan. Tutkimuksissa on todettu, miten kohdussa olevan vauvan sydämen lyönti voi kiihtyä, kun hän ensi kertaa kuulee uuden äänen. (Murray & Andrews 2000, 17.)

Syntymän jälkeen vauva on usein hetken virkeänä hereillä ja ottaa katsekontaktia aktiivisesti kohti lähinnä olevia kasvoja (Murray & Andrews 2000, 19.) Varhaisessa vuorovaikutuksessa vanhempi saa ensimmäisen kokemuksen lapsestaan ja lapsi vanhemmastaan (Mäntymaa 2006, 71). Turvallinen kiintymyssuhde on tärkeä lapsen psyykkiselle, fyysiselle ja sosiaaliselle kehitykselle. Vanhemman reaktioiden nopeus, johdonmukaisuus ja sopivuus vaikuttavat turvallisen kiintymissuhteen kehittymiseen. (Hautamäki 2001, 21-24, 37-38.) Lapsen elämän alkuvuodet ovat tärkeitä lapsen aivojen kehitykselle. Vuorovaikutuksella katsotaan olevan tässä kehityksessä tärkeä merkitys. (Sinkkonen & Kalland 2001, 74-75.) Myös tunnetilojen jakamiskokemuksen on todettu olevan vastasyntyneelle erittäin palkitsevaa. Se laajentaa, järjestää ja johdonmukaistaa vastasyntyneen kokemuksia ja kokonaisoloilaa ja on siten tukemassa vastasyntyneen psyykkistä kehitystä. (Mäntymaa 2006, 67.)

4.3 Ihokontaktin ja varhaiskontaktin merkitys

Äidille ja vastasyntyneelle tulee antaa riittävän pitkä ja häiriötön hetki varhaiseen ihokontaktiin, sillä sillä on todettu olevan monia myönteisiä vaikutuksia sekä äidille että vastasyntyneelle (Anderson ym. 2003, 82-83). Ihokontaktissa oleminen edesauttaa imetyksen onnistumista ja sen kesto on pidempi. Vastasyntynyt pitää lämpö- ja verensokeritasapainonsa vakaampana ja itkee vähemmän. Lisäksi äidin on todettu osoittavan helpommin kiintymystään vas-

tasyntyntä kohtaan. (Anderson ym. 2003, 82-83; Moore ym. 2007, 10-12; Newborn Clinical Guide 2010.) Ihokontaktilla on hyödyllinen vaikutus myös vauvan uni-valverytmiin, se tukee ihanteellista vastasyntyneen kasvua ja kehitystä sekä edesauttaa vanhempi-lapsisuhteen kehitystä (NCG 2010). Ihokontaktilla ei ole tutkimusten mukaan vaikutusta imetyksen sujumiseen kuukauden päästä synnytyksestä, vastasyntyneen painonmuutokseen, imetysongelmien määrään tai sairaalajakson pituuteen (Moore ym. 2007, 10).

Vierihoito lapsivuodeosastolla on jatkoa varhaiskontaktille. Osastolla vanhemmille annettavalla ohjauksella pyritään vahvistamaan vanhempien taitoja onnistuneeseen vuorovaikutukseen lapsenhoidossa. (STM 2007, 83.) Lapset, jotka ovat olleet varhaiskontaktissa äitinsä kanssa, hymyilevät ja nauravat enemmän ja itkevät vähemmän kuin lapset, joilla ei ole ollut varhaiskontaktia (Verronen 1981, 27; Kuusisto 1989, 36).

4.4 Synnytyksestä toipuminen

Synnytyksen jälkeinen toipuminen ja uuteen elämään sopeutuminen vievät aikaa. Synnytyksen jälkeen jälkivuoto kestää yleensä neljästä kuuteen viikkoon. Kuukautiset alkavat aikaisintaan neljän viikon päästä synnytyksestä. Imetys saattaa siirtää kuukautisten alkamisajankohtaa puoli vuotta tai enemmänkin. Kohdun alkaessa palautua synnytyksen jälkeen, saattaa ilmetä jälkisupistuksia. Niitä ilmenee synnytyksen jälkeisinä alkupäivinä etenkin uudelleensynnyttäjäillä ja lähinnä imettäessä, kun kohtua supistavaa oksitosiini-hormonia erittyy vereen. Kohdun palautumista seurataan vatsanpeitteiden päältä. Viikossa sen paino on jo puolittunut. Kohdun supistuessa myös kohdun tukisiteet ja kohdunkaula palautuvat. Emättimen palautuminen raskautta edeltäneeseen tilaan vie kuudesta kahdeksaan viikkoon. Välilihan leikkaushaavan paraneminen vie parista viikosta neljään viikkoon. Tulehdusriski on juuri synnyttäneellä äidillä suuri johtuen estrogeenivähyyden aiheuttamasta limakalvojen ohenemisesta ja rikkoutumisherkkyydestä sekä emättimen pH:n muutoksesta aiheutuvasta bakteerikannan muutoksesta. Myös välilihan leikkaushaava, limakalvorepeämät sekä ennen vaurioiden paranemista aloitetut yhdyntät altistavat tulehduksille. Lääkä-

rin tekemä jälkitarkastus tulee tehdä 5-12 viikon kuluttua synnytyksestä, jolloin varmistetaan normaali synnytyksen jälkeinen palautuminen. Samalla keskustellaan äidin ja vauvan voinnista sekä raskauden ehkäisystä. (Ylikorkala 2008, 495-498.)

4.5 Synnytyksen jälkeinen herkistyminen

Synnytyksen jälkeiset hormonitasapainon muutokset muun muassa estrogeenin vähyys sekä väsymys vaikuttavat äidin mielialaan, jolloin mieliala voi herkästi vaihdella onnen tunteista alakuloisuuteen ja itkuherkkyyteen (Ylikorkala 2008, 498). Synnytyksen jälkeinen herkistyminen on eräänlainen sopeutumisreaktio, jota esiintyy jopa 80 %:lla synnyttäneistä (STM 2007, 89-90). Sillä tarkoitetaan ohimenevää masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, mielialan vaihtelua ja itkuherkkyyttä. Oireet ovat voimakkaimmillaan kolmesta viiteen päivään synnytyksen jälkeen, häviävät muutamien päivien kuluessa, eivätkä vaadi hoitoa. (Huttunen 2009.)

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen lisää kuitenkin riskiä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Perheentuvan (2003, 387-391) mukaan herkistyneistä äideistä 20 % sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Tarkan ja Paunosen (1996, 1204) tutkimuksen mukaan lähes kaksi kolmasosaa äideistä ei ollut saanut minkäänlaista tietoa synnytyksen jälkeisistä mielialan muutoksista lapsivuodeosastolla ollessaan.

4.6 Synnytyksen jälkeinen masennus

Synnytyksen jälkeinen masennus kehittyy noin 10-15 %:lle synnyttäneistä. Se on oireiltaan pidempikestoisempi ja vakavampi. Äidillä saattaa ilmetä voimakasta ahdistuneisuutta, itkuisuutta, paniikkihäiriöitä ja nukahtamisvaikeuksia. Myös kiinnostus vastasyntyneeseen saattaa puuttua. Masentuneet äidit kärsivätkin usein syyllisyydentunteista ja pakonomaisista peloista, että vahingoittavat lastaan. Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet usein lievittyvät itsestään

muutamien kuukausien kuluessa. (Huttunen 2009.) Masennuksen hoidossa tulee huomioida myös äidin puoliso ja muu perhe (STM 2007, 90).

Suomalaistutkimuksen mukaan äidin mielenterveysongelmat eivät kaikissa tapauksissa vaikuttaneet varhaisen vuorovaikutuksen laatuun. Varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien esiintyessä lapsen riski käyttäytymisen ja tunne-elämän oireisiin lisääntyi. (Mäntymaa 2006, 80.) Erään toisen suomalaistutkimuksen mukaan äidin masennuksella oli selvästi epäsuotuisa vaikutus äiti-lapsi-suhteen kehittymiseen. Masentuneet äidit muun muassa arvioivat vauvansa temperamentin hankalammaksi kuin äidit, joilla ei ollut masennusta. (Aalto ym. 2007, 29, 36-37.) Äidit tuntevat usein häpeää ja syyllisyyttä synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, eivätkä ota asiaa helposti puheeksi (Huttunen 2009).

Kanadalaisen tutkimuksen mukaan puolisoiden keskinäinen yhteistyö ja tuki sekä ongelmakohtien esille tuominen ja positiivinen palaute puolisolta vähensivät äidin todennäköisyyttä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Vanhemmille suunnatuissa raskaudenaikaisissa neuvontatilanteissa tulisi ohjata vanhempia antamaan toisilleen yhteistyön sujuvuutta tukevaa palautetta. Puolisoiden tulisi keskustella toistensa toiveista erityisesti kumppanuuteen, vastasyntyneen hoitoon, kodinhoitotehtäviin ja muihin apua vaativiin askareisiin liittyen. Näillä seikoilla on tutkimuksen mukaan hyötyä synnytyksen jälkeisen masennuksen ennaltaehkäisyssä. (Dennis & Ross 2006, 594-596.)

5 SEKSUAALISUUDEN KOKEMINEN SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

5.1 Seksuaalinen hyvinvointi synnytyksen jälkeen

Lasta odottavien parien ja eri-ikäisten lasten vanhempien seksuaalista hyvinvointia neuvola-asiakkaina tutkivassa laajassa kyselytutkimuksessa on todettu, että valtaosa heistä koki seksuaalisen hyvinvointinsa hyväksi. Suurin osa näin vastanneista oli avioliitossa olevia pareja, jotka elivät aikaa ennen lapsen syntymää (Ala-Luhtala 2008, 36, 77). Vajaa puolet koki raskauden, synnytyksen ja lapsen tuomien ongelmien vaikuttaneen heikentävästi seksuaaliseen hyvinvointiinsa (Ala-Luhtala 2008, 77).

Neuvola-asiakkaat kokivat parisuhteen seksuaalista suhdetta parempana. Seksuaalista hyvinvointia edisti ja ylläpiti tyytyväisyys omaan terveydentilaan, toimivat raskauden ehkäisymenetelmät, kumppanin kokeminen hyväksi ystäväksi, keskinäinen kunnioitus, arvostus ja rakkaus sekä avoin tunteiden ilmaisu, läheisyys ja henkisen yhteyden kokeminen. Seksuaalista hyvinvointia heikensivät tyytymättömyys omaan terveydentilaan, myönteisten viestien ja seksuaalisen kanssakäymisen vähyys, rutiininomaisuus ja kaavamaisuus seksuaalisessa kanssakäymisessä, seksuaalinen haluttomuus, orgasmiongelmat, rauhallisen yhteisen ajan puuttuminen sekä ristiriitatilanteiden hallintakeinojen puute. Haluttomuus oli yleisin seksuaalisuuteen liittyvä toimintahäiriö ja sitä ilmeni pääasiassa naisilla. Syynä tähän saattoi olla synnytyksen jälkeen tapahtuvat kehoon, tunteisiin ja ajatteluun liittyvät muutokset. (Ala-Luhtala 2008, 2, 77-86.)

5.2 Muutokset parisuhteessa

Ensimmäisen lapsen syntymä on suuri mullistus parisuhteelle, mutta sen vaikutuksista seksuaalielämään tiedetään hyvin vähän (Kosunen ym. 2003, 212). Suomalaistutkimuksen mukaan puolisoiden välinen suhde läheni lapsen syntymisen jälkeen. Tuoreet isät kuvasivat muutokseen sopeutumista helpottaneeksi tekijäksi hyvän vuorovaikutus- ja parisuhteen. Toimiva parisuhde vaikutti päivit-

täisten asioiden hoitamiseen, esimerkiksi lapsen hoitamiseen liittyen. Isien mukaan suhde vaimoon sekä parisuhteen laatu paranivat lapsensaannin myötä. (Mesiäislehto-Soukka 2005, 135-136.) Vanhemmuuteen kasvaessa vanhemmat saivat suurta iloa lapsestaan. Silti monet heistä kärsivät merkittävästä keskinäisen aktiviteetin ja yhdyntöjen puutteesta sekä molemminpuolisesta suhteen vaalimisen puutteesta ja tunsivat itsensä usein yksinäisiksi ja hylätyiksi. (Pacey 2004, 242.)

5.3 Muutokset identiteetissä

Äidiksi tullessaan naisen on hyväksyttävä itsessään uusi identiteetti, uusi miinus, ja samalla ratkaistava uuden ja vanhan identiteetin väliset ristiriidat (Mercer 1986, 9-12). Minäkuva käsittää paitsi mielikuvan omasta fyysisestä olemuksesta, myös eheyden- ja toimivuudentunteen sekä mahdollisuuden olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa (Pelusi 2006, 32). Minäkuvan, sen miten nainen näkee itsensä, on todettu vaikuttavan seksuaalisuuteen (Berman ym. 2003, 11-21; Ala-Luhtala 2008, 81). Esimerkiksi äidit, joille oli synnytyksen yhteydessä tehty välilihan leikkaus, ovat kokeneet sillä olleen vaikutusta minäkuvaansa ja parisuhteeseensa (Way 1998, 115). Muutokset seksuaaliterveydessä ja seksuaalitoiminnoissa voivatkin merkittävästi vaikuttaa naisen elämänlatuun kuten myös koko parisuhteeseen (LaMarre ym. 2003, 151-168).

5.4 Muutokset seksuaalisessa kanssakäymisessä

Amerikkalaisen tutkimuksen (Byrd ym. 1998, 305) mukaan noin viidennes pareista aloitti seksielämän uudelleen ensimmäisen kuukauden aikana ja loput pareista neljän kuukauden päästä synnytyksestä. Keskimäärin yhdynnät aloitettiin seitsemän viikkoa synnytyksen jälkeen. Alateitse synnyttäneet äidit aloittivat seksielämän hiukan myöhemmin kuin sektoidut äidit, mutta muuten synnytystavalla ei ollut yhteyttä seksuaalikäyttäytymiseen tai tyydytyksen kokemiseen. Imettävät äidit olivat tutkimuksen mukaan merkittävästi vähemmän seksuaalisesti aktiiveja ja kokivat vähemmän seksuaalista tyydytystä kuin äidit, jotka eivät imettäneet. Tällä saattaa olla yhteys imettävän äidin emättimen limakalvo-

jen kuivuudesta johtuviin yhdyntäkipuihin ja limakalvovaurioihin, jotka aiheutuivat estrogeenin puutteesta (Ylikorkala 2008, 497; Tiitinen 2010). Vaikkei äiti imettäisikään, estrogeenipitoisuus on siitä huolimatta normaalia vähäisempi lapsivuodeaikana. Lisäksi episiotomiahaavan ja repeämistä johtuvien limakalvovaurioiden aristaminen voi kestää jopa useita viikkoja ja hidastaa siten yhdyn- töjen alkamista. (Ylikorkala 2008, 497.)

Suomessa toteutetussa suppeahkossa tutkimuksessa (Reinholm 2001) saatiin samantyyppisiä tuloksia pariskuntien synnytyksen jälkeiseen seksuaalielämän palautumiseen liittyen. Ongelmat liittyivät perherooliin sopeutumiseen, ajanpuut- teeseen ja väsymykseen. Lisäksi pariskunnilla oli keskenään erilaisia odotuksia, sillä monilla naisilla seksuaalinen halu palautui vasta kuukausien päästä. Myös raskauden pelko ja ehkäisyn epävarmuus olivat yleisiä ongelmia.

5.5 Seksuaaliterveyteen liittyvän tuen tarve

Reinholmin (2001) tutkimuksen mukaan pariskunnat kokivat monenlaisia sek- suaalielämän ongelmia synnytyksen jälkeisinä kuukausina, joista he olisivat ha- lunneet keskustella neuvolakäynneillä. Ala-Luhtalan (2008, 68-72) tutkimuksen mukaan neuvola koettiin tärkeäksi paikaksi avun ja tuen saannille seksuaaliter- veyteen liittyvissä asioissa. Puolet tutkituista neuvola-asiakkaista ei ollut mieles- tään saanut tarvitsemaansa seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja tukea. Neljäsosa tutkittavista koki tarvitsevansa jatkossa seksuaaliterveyteen liittyvää tukea ja neuvontaa.

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa olemassa olevaa tutkimustietoa synnytyksen ja lapsivuodeajan osalta uuden perhevalmennusmateriaalin (Liite 3) luomiseksi. Päämääränä oli löytää vanhempien mielestä tärkeimmät aiheet perhevalmennusta ajatellen ja muodostaa niiden pohjalta uutta materiaalia. Uuden materiaalin luomisessa otettiin huomioon myös terveydenhoitajien toiveet, jotka tulivat esille aikaisemmin käydyn palaverin yhteydessä. Tarkoituksena oli myös analysoida Turun kaupungin perhevalmennuskansion sisältöä ja uudistaa toisen perhevalmennuskerran valmennusmateriaalia terveydenhoitajien käyttöön uuden mallin (Liite 1) mukaisesti synnytyksen ja lapsivuodeajan teemojen osalta. Tavoitteena oli luoda materiaalia, joka vastaisi parhaiten perheiden tarpeita ja tukisi terveydenhoitajien toteuttamaa valmennusta.

Tutkimustehtävät:

1. Kuvata nykyisen Turun kaupungin käytössä olevan perhevalmennuskansion sisältöä.
2. Kartoittaa olemassa olevaa tutkimustietoa synnytykseen ja lapsivuodeajan osalta perhevalmennuksen uudistamiseksi.
3. Uudistaa perhevalmennuskansion sisältöä synnytyksen ja lapsivuodeajan teemojen osalta uuden perhevalmennusmallin mukaisesti.

6.2 Tutkimusaineiston keruu

Opinnäytetyömme aihe täsmentyi maaliskuussa 2010 pidetyssä kokouksessa, jossa olimme yhdessä eräiden Turun äitiysneuvolan terveydenhoitajien sekä Vava-projektin suunnittelijan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Keskustelussa kävimme läpi uuden perhevalmennusmallin teemoja toisen valmennuskerran osalta. Palaverissa käyty keskustelu tuotti tietoa oman ideamme ja aiheemme sisällön tueksi. Lähtökohtana materiaalin kehittämisessä terveydenhoitajat piti-

vät teemojen sisältöjen kehittämistä vastaamaan paremmin nykypäivää. Heidän taholtaan tuli myös toive synnytyksen luonnollisuuden korostamisesta ja vanhempia voimaannuttavasta tavasta lähestyä aiheita. Terveystenhoitajat toivoivat seksuaalisuutta käsiteltävän jonkun verran jokaisen perhevalmennuskerran yhteydessä, minkä vuoksi aiheita käsiteltiin opinnäytetyössä lapsivuodeaikaan liittyen. Koska perhevalmennusta oli tarkoitus kehittää vuorovaikutuksellisempaan suuntaan, terveystenhoitajat toivoivat uuteen materiaaliin erilaisia keinoja herättää keskustelua.

6.3 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pohjautuu todellisuuden ymmärtämiseen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Vilkka & Airaksinen 2003, 63; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 20; Hirsjärvi ym. 2007, 157). Tarkoituksena on päästä mahdollisimman lähelle totuutta, mikä voidaan saavuttaa monella eri tavalla (Metsämuuronen 2006, 205). Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on tiedon syventäminen (Hirsjärvi ym. 2009, 138-140).

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen sekä induktiivinen eli aineistolähtöinen. Aineistona käytetään Turun kaupungin perhevalmennuskansiota. Opinnäytetyössä kartoitetaan perhevalmennuskansion sisältöä ja etsitään uusia näkökulmia terveystenhoitajien käyttöön perhevalmennusmateriaalin osalta.

Kvantitatiivisessa menetelmässä kuvataan aineistoa laskennallisesta ja täsmällisemmästä näkökulmasta (Hirsjärvi ym. 2009, 138-140). Opinnäytetyössä käytettiin myös kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää analysoitaessa nykyisen perhevalmennuskansion sisältöä.

Opinnäytetyön tekeminen alkoi analysoimalla Turun kaupungin olemassa olevan perhevalmennuskansion sisältöä. Molemmat opinnäytetyön tekijät analysoivat kansion sisältöä ensin yksinään ja sen jälkeen yhdessä tuoden esille

omat näkemyksensä kansion sisällöstä. Perhevalmennusmateriaalia kuvattiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti.

Perhevalmennuskansion analyysin pohjalta lähdettiin kartoittamaan olemassa olevaa tutkimustietoa. Päämääränä oli löytää vanhempien tärkeimpinä pitämät aiheet perhevalmennuksessa synnytys- ja lapsivuodeaikateemoihin liittyen. Lähteiden etsimiseen käytettiin muun muassa Turun kaupungin kirjaston sekä Turun ammattikorkeakoulun kirjaston aineistohakuohjelmia sekä Google Scholar -palvelua. Aiheeseen liittyvää materiaalia löytyi useista tietokannoista: CINAHL, Cochrane, MedLine Ovid, Terveystietä ja Medic, joiden lisäksi lukuisia hyviä artikkeleita löytyi Midwifery, Tutkiva hoitotyö ja Hoitotyö -lehdistä. Näiden lisäksi hyödyllisiä lähteitä olivat monet aiheeseen liittyvät väitöskirjat. Pääasialliset hakusanat olivat yksittäisiä sanoja tai muutaman sanan rakenteita.

Suomenkielistä materiaalia haettaessa käytettiin muun muassa termejä: ihokontakti, konstruktivismi, lapsivuodeaika, seksuaalisuus, synnytyksen jälkeinen herkistyminen, synnytyksen jälkeinen masennus, varhainen vuorovaikutus, vastasyntynyt, voimaannuttaminen sekä äitiys. Englanninkielisiä lähteitä etsittiin esimerkiksi termein: antenatal education, birth attendant training, childcare, childbirth, childbirth education, constructivism, depression, early interaction, empowerment, expectations, family training, fear of birth, first-time mother, infant, maternal sensitivity, mother, motherhood, newborn infant, parenthood, perception, postpartum, puerperium, sexuality, skin-to-skin contact, touch during childbirth, women, women's expectations of childbirth.

7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Laadullisen tutkimuksen pääasiallisena luotettavuuden kriteerinä ovat tutkijat itse sekä heidän tekemänsä valinnat ja ratkaisut (Vilka 2005, 158- 160). Luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin ajan (Eskola & Suoranta 2005, 210). Luotettavuutta opinnäytetyöhömmme toi palaverissa (maaliskuussa 2010) käyty avoin ja kriittinen keskustelu perhevalmennuskansion sisällön uudistamisen tarpeista. Opinnäytetyössä ei tuotu esille palaverissa olleiden terveydenhoitajien henkilöllisyyksiä eikä uuden perhevalmennusmallin pilotoinnissa mukana olevia äitiysneuvoloita. Palaverin yhteydessä terveydenhoitajat luovuttivat perhevalmennuskansion käyttöömme opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyön tutkimuslupa saatiin Turun kaupungin äitiyshuollon ylihoitajalta.

Luotettavuutta lisää aineiston analysointi ilman tekijöiden ennakkokäsityksiä, joka on yksi induktiivisen analyysin lähtökohdista (Tuomi & Sarajärvi 2002, 82). Perhevalmennuskansiota analysoitaessa molemmat opinnäytetyön tekijät tarkastelivat materiaalia ensin erikseen, jolloin se tuli analysoiduksi kahteen kertaan. Tämän jälkeen johtopäätökset yhdistettiin.

Uudistettu perhevalmennusmateriaali (Liite 3) luotiin kirjallisuuskatsauksesta nousseiden tutkimustulosten perusteella eikä pohjautuen tutkijoiden omiin olettuksiin. Kirjallisuuskatsauksen tulee koostua tasokkaista tieteellisistä julkaisuista, poissulkien esimerkiksi opinnäytetyöt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 71). Luotettavuuden lisäämiseksi lähteiden on oltava relevantteja sekä aiheen kannalta keskeisiä. Taito käyttää lähteitä uskottavasti vaikuttaa osaltaan luotettavuuden lisääntymiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 21.) Kaikki lähteet valittiin kriittisin perustein kiinnittämällä huomiota tutkimuksen ikään, tutkimusaiheeseen ja luotettavuuteen. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin sekä tuoreimpia lähteitä että vanhempaa tutkimusmateriaalia. Vanhempaa tutkimusmateriaalia hyödynnettiin niissä tapauksissa, kun uudempaa tutkimustietoa ei löytynyt tai tieto oli pysynyt samana. Lisäksi vanhempaa tutkimustietoa käytettiin kuvaamaan perhevalmennuksessa tärkeimpinä pidettyjen aiheiden mahdollista muut-

tumista vuosien varrella. Lähteitä käytettiin monipuolisesti hyödyntämällä niin Internetiä, kirjoja kuin lehtiäkin ja mukana on useita englanninkielisiä tutkimuksia.

Kirjallisuuskatsauksesta poimitut tutkimustulokset vastasivat asetettuihin tutkimustehtäviin antamalla selkeän ohjenuoran perhevalmennusmateriaalin uudistamiseen. Tutkimustyössä on olennaista tutkimustulosten ja johtopäätösten nouseminen induktiivisesti kirjallisuuskatsauksesta (Tuomi & Sarajärvi, 82). Opinnäytetyössä tämä toteutui tulosten esiin nostamisena kirjallisuuskatsauksen ja terveydenhoitajien toiveiden pohjalta eikä opinnäytetyön tekijöiden olettamuksista.

Tutkimusetiikka ohjaa tekemään hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285). Tutkimusetiikka on tieteellinen tapa, joka kulkee mukana koko tutkimusprosessin ajan. Eettisyys tutkimusta tehtäessä tarkoittaa, että tutkijat käyttävät päteviä tiedonkeruu- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimustulosten on täytettävä tieteelliseltä tutkimukselta vaadittavat kriteerit sekä tuotettava uutta tietoa tai esitettävä vanhaa tietoa uudella tavalla. (Vilkka 2005, 29-40.)

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa käytettiin tieteellisesti hyväksytyjä tiedonkeruu- ja tutkimusmenetelmiä. Tiedonhankinnan perusta pohjautui olemassa olevan perhevalmennuskansion analyysiin sekä luotettavien tietolähteiden käyttöön kirjallisuuskatsauksessa. Kirjallisuuskatsaus sekä tuki aiemmin tutkittua tietoa että toi esille uutta tietoa perhevalmennuksen uudistamista ajatellen. Opinnäytetyön eettisyys tulee esille myös kirjallisuuskatsauksen tulosten kerroksessa, jossa tulokset esitetään viitaten alkuperäisiin lähteisiin. Näin ollen kunnioitetaan alkuperäisen tutkimuksen tekijää ja lisäksi lukija pystyy lähdeluettelon avulla halutessaan löytämään alkuperäisen tutkimuksen. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia esitettäessä on vältetty tutkimustulosten vääristelyä.

Tutkijat vastaavat tekemästään työstä, jonka tutkimustulokset täytyy tuoda julkisesti nähtäville (Vilkka 2005, 29-40). Kirjallisuuskatsauksen tulokset käytiin läpi

opinnäytetyön seminaarissa, jossa esittelimme opinnäytetyön prosessin ja sen tulokset kokonaisuudessaan. Opinnäytetyö jää luettavaksi Turun ammattikorkeakoulun kirjastoon sekä Turun kaupungin äitiyshuollolle.

8 TULOKSET

8.1 Kansion tulokset

Perhevalmennuskansion sisältö (Liite 2) koostui 42:sta A4-kokoisesta tekstisivusta, 55:stä muovitaskusta ja 38:sta kalvosta. Kalvoista 26 oli kuvallisia ja 13 pääasiassa tekstiä sisältäviä. Yhteensä sivuja oli 93. Kaikki sivut olivat yksipuolisia ja A4-kokoisia.

Synnytysteeman otsikkokalvoissa oli käytetty värejä ja kuvia. Niiden teksti koostui aihetta käsittelevistä ylä- ja alaotsikoista. Synnytysteeman tekstiosion pääotsikot olivat *synnytys* ja *kipu*. Synnytykseen liittyviä tekstiosion alaotsikoita olivat: *avautumisvaihe*, *ponnistusvaihe*, *jälkeisvaihe*, *käynnistetty synnytys*, *imuveto*, *pihdit*, *keisarileikkaus*, *perätilasynnytys* sekä *ennenaikainen synnytys (keskosuus)*. Kipu-osion alaotsikot olivat: *kivun kohtaaminen*, *lääkkeetön kivunhoito* ja *lääkkeellinen kivunhoito*.

Lapsivuodeajan teeman otsikkokalvossa oli käytetty värejä ja kuvia samalla tavalla kuin synnytysteeman otsikkokalvoissa. Lapsivuodeajan teeman tekstiosuuden pääotsikko oli *synnytyksen jälkeen*. Alaotsikot olivat *osastohoito/vierihoito*, *kotiutuminen* ja *toipuminen*.

8.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

8.2.1 Perhevalmennus

Vanhemmat kokivat merkityksellisenä, että heiltä kysyttäisiin odotuksia ja toiveita perhevalmennuksen suhteen. (Vehviläinen-Julkunen 1995, 734; Vehviläinen-Julkunen 1996, 7). Eniten synnyttäneet naiset kokivat saaneensa apua synnytyksessä käytettävistä kipulääkkeistä. Toiseksi hyödyllisimmiksi aiheiksi mainittiin synnytyksen eri vaiheisiin liittyvät tiedot sekä hengitystekniikan ja rentoutu-

misen eri keinot. (Ahonen 2001, 68, 69.) Synnyttäjät kertoivat tärkeimmistä aiheista kuten lääkityksestä, kivusta ja synnytyksen eri vaiheista puhuttavan liian vähän perhevalmennuksessa. (Ahonen 2001,69.) Tärkeimpinä pidettyjen aiheiden lisäksi myös synnytysasunnoista, synnytyksen aikaisista toimenpiteistä, keisarileikkauksesta, supistusten luonteesta ja myönteisestä asennoitumisesta puhumista pidettiin oleellisena. (Ahonen 2001, 68, 69.)

Vanhemmuuteen kasvun tukemista pidettiin keskeisenä asiana perhevalmennuksessa. (Lammi-Taskula & Varsa 2001, 7). Odotukset perhevalmennukselle olivat korkealla ja naiset uskoivatkin saavansa kaiken tarpeellisen tiedon viimeistään perhevalmennuksessa (Paavilainen 2003, 89). Perhevalmennuksen vetäjän rohkaisevaa asennetta pidettiin kannustavana ja se helpotti esittämään minkälaisia kysymyksiä tahansa (Leeseberg 1998, 946). Vanhemmista tuntui ajoittain vaikealta löytää kysymyksiä esitettäväksi (Paavilaisen 2003, 89) vaikka he arvostivatkin suuresti mahdollisuutta saada suoria vastauksia mielessä pyöriviin kysymyksiinsä (Leeseberg 1998, 946). Perhevalmennuksen eduksi mainittiin myös ystävyysuhteiden syntyminen muiden vanhempien kanssa (Leeseberg 1998, 946).

Perhevalmennusta toivottiin kehitettävän keskustelelevampaan suuntaan (Vehviläinen-Julkunen 1996; Leeseberg 1998, 946). Erityisesti keskustelu muiden osallistujien kanssa koettiin liian vähäiseksi (Vehviläinen Julkunen 1995, 734).

8.2.2 Synnytys

Äidin raskaudenaikaisella suhtautumisella synnytykseen todettiin olevan merkittävä yhteys äidin synnytyskokemukseen. Synnytykseen rauhallisesti suhtautuneet äidit kokivat synnytyksen positiivisempänä kokemuksena. (Tarkka 1996, 61; Ayers & Pickering 2005, 87.)

Suurin osa piti synnytykseen liittyviä tietoja mielenkiintoisina ja hyödyllisinä. Tietoa itse hankkineet eivät kokeneet saaneensa yhtä paljon uutta informaatiota kuin synnytyksestä vähemmän lukeneet (Paavilainen 2003, 88.)

Pääosin synnytykseen valmentamisen koettiin tapahtuvan hyvin pintapuolisesti ja teoreettisesti. Varsinaisia keskusteluja ei käynnistetty ja vähäiset harjoitukset tuntuivat noloilta. Muutamia menetelmiä, kuten heikkotasoisia videoita, vanhemmat pitivät epärelevantteina. Joidenkin vanhempien kohdalla perhevalmennus kasvatti epävarmuuden tunnetta, kun synnyttäminen ja lapsenhoito saatiin tuntumaan suorituksilta. (Paavilainen 2003, 99, 100.)

Valtaosa synnyttäjistä haki tietoa synnytykseen valmentautumisessa keskustelemalla toisten äitien ja ystävien kanssa ja vain pieni osa mainitsi keskustelut terveydenhoitajan tai kättilön kanssa valmentaviksi. (Ahonen 2001, 127,128.)

Naiset kokivat valmistautumattomuuden tunnetta synnytyksestä fyysisenä kokemuksena sekä sen kestosta ja kivusta. He kaipasivat tietoa synnytyspeloista sekä synnytyskivun todellisesta luonteesta ja sen lievittämisestä (Tarkka 1996, 47.)

Kaikkein raskaimmaksi synnytyksessä koettiin avautumisvaihe, koska eteneminen tapahtui hitaasti. Rohkaisevat ja kannustavat sanat autoivat pitämään yllä voimia ja uskoa. (Carlsson ym. 2009, 176.) Isän läsnäolon synnytyksessä todettiin vähentävän puolison kiputuntemuksia. Tärkeimpänä isän synnytykseen osallistumisessa pidettiin äidin tukemista äidin toivomalla tavalla. Isän osallistumien synnytykseen vaikutti myönteisesti synnytyksen kulkuun, parisuhteeseen sekä isän ja lapsen väliseen suhteeseen. (Liukkonen, ym. 1998, 36.)

Äitien valmentamista mahdolliseen keisarileikkaukseen pidettiin haasteellisena, koska tilanne tuli heille odottamatta eikä äideillä ollut aikaa valmistautua kokonaistilanteeseen (Kalliovalkama & Munnukka 2003, 8). Miehet kokivat perhevalmennuksesta saadun informaation keisarileikkauksesta hyödyttömäksi, kos-

ka aihetta ei ollut heidän mielestään käsitelty riittävästi (Kalliovalkama & Munukka 2003, 8).

Synnytyspelko oli yleistä niin ensisynnyttäjillä kuin toissynnyttäjilläkin. Yleisin syy synnytyspelkoon ja keisarileikkauspyyntöön oli kivun tuntemisen pelko ja alhaiseksi arvioitu oma kivunsietokyky. (Saisto & Halmesmäki 2003, 204.) Ystävien, läheisten ja oman äidin synnytyskokemukset vaikuttivat paljon siihen miten naiset visualisoivat alateitse synnyttämisen. Toissynnyttäjillä synnytyspelkoon myötävaikutti mahdollinen negatiivinen kokemus aiemmasta raskaudesta ja synnytyksestä. (Saisto & Halmesmäki 2003, 202-203.)

Synnytysskipu oli useimmille synnyttäjille suurin pelon aihe (Liukkonen ym. 1998, 20). Yli kolmasosa synnyttäjistä koki pelkäävänsä ajatellessaan synnytystuskia ja noin puolet pelkäsi kovia synnytysskipuja (Ahonen 2001, 81-82). Synnytykseen hyvin raskauden aikana valmistautuneilla naisilla oli realistisemmat odotukset synnytyksen aikaisen kivun asteen suhteen (Lally ym. 2008, 4,8).

8.2.3 Lapsivuodeaika

Äidit halusivat lapsivuodeaikaan liittyen tietoa äitiydestä, rauhallisen ympäristön luomisesta ja riittävästä kivunlievityksestä sekä käytännön apua ja opetusta etenkin lapsenhoitoon liittyen (Emmanuel ym. 2001, 16, 18-19). Myös isät toivovat ohjausta, tietoa ja tukea (Mesiäislehto-Soukka 2005, 148). Varhaisella vuorovaikutuksella ja ihokontaktilla oli monia myönteisiä vaikutuksia sekä vanhemmille että vastasyntyneelle (Murray & Andrews 2000, 17; Anderson ym. 2003, 82-83; Mäntymaa 2006, 71, 67; Moore ym. 2007, 10-12; Newborn Clinical Guide 2010.)

Synnytyksen jälkeinen toipuminen ja uuteen elämään sopeutuminen kestää tavallisesti useita viikkoja. Synnytyksen jälkeinen herkistyminen on osa tätä sopeutumisprosessia. (STM 2007, 89-90; Ylikorkala 2008, 495-498.) Äidit eivät kuitenkaan ota synnytyksen jälkeistä masennustaan helposti puheeksi (Huttunen 2009).

Seksuaalisuuteen liittyvillä synnytyksen jälkeisillä muutoksilla oli vaikutusta elämänlatuun ja parisuhteeseen (LaMarre ym. 2003, 151-168; Ylikorkala 2008, 497; Tiitinen 2010). Puolisoiden sopeutumista synnytyksen jälkeiseen elämään helpotti hyvä keskinäinen vuorovaikutus sekä hyvä parisuhde (Mesiäislehto-Soukka 2005, 135-136). Pariskunnat kokivat monenlaisia seksuaalielämän ongelmia synnytyksen jälkeisinä kuukausina, joista he olisivat halunneet keskustella neuvolakäynneillä. Puolet neuvola-asiakkaista ei ollut mielestään saanut tarvitsemaansa seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja tukea ja kokivat raskauden, synnytyksen ja lapsen tuomien ongelmien vaikuttaneen heikentävästi seksuaaliseen hyvinvointiinsa. (Ala-Luhtala 2008, 68-72)

9 POHDINTA

Opinnäytetyön aihetta käsittelevät tutkimukset ja kirjallisuus antoivat hyvän lähtökohdan perhevalmennusmateriaalin suunnittelulle ja uudistamiselle. Haastetta työhön toi perhevalmennusmateriaalin yhtenäistäminen huomioimalla samanaikaisesti sekä terveydenhoitajien että perheiden toivomukset ja odotukset.

9.1 Perhevalmennus ja synnytys

Terveydenhoitajat nostivat yhtenä tärkeimpänä asiana esiin perhevalmennuksen kehittymisen keskustelelevampaan suuntaan. Oli suorastaan surullista lukea Vehviläinen-Julkusen (1996, 9) tutkimusta, jossa todettiin perhevalmennuksen kehittämisen keskustelelevampaan suuntaan olleen vanhempien toiveiden mukaista. Vuosia on kulunut, mutta mitään ei ole tapahtunut. Perhevalmennuksen voisi sanoa elävän murrosvaiheessa. Perheet janoavat uudistusta, terveydenhoitajat tiedostavat puutteet, mutta heillä ei ole vielä tarpeen mukaista materiaalia tai keinoja toteuttaa vanhempien toiveita.

Miten perhevalmennus sitten saadaan muutettua keskustelelevampaan suuntaan? Vanhemmilta tuntuisi löytyvän halukkuutta vuorovaikutuksellisempaan toimintaan, mutta uskallus keskusteluun ja mielipiteiden esiintuomiseen on kai-vettava heistä esiin. Suuri vastuu valmennuskerran onnistumisesta kaatuu vetäjän niskaan, sillä asiantuntevan tiedon lisäksi vanhemmat odottavat häneltä pedagogisia taitoja ja innokasta asennetta tehdä ohjauskerrasta mielenkiintoinen. Yksi hyvä tapa herättää keskustelua voisi olla eräänlaisten väitteiden esittäminen valmennuskerran aikana, jolloin vanhempien halu omien mielipiteiden esittämiseen kasvaisi. Erityisesti vanhemmat kokivat keskustelumahdollisuuden muiden vanhempien kanssa jäävän vähäiseksi (Vehviläinen-Julkunen 1995, 734). Tämän luulisi olevan helposti korjattavissa ja vanhemmat hyötyisivät varmasti muiden vanhempien tunteista, kokemuksista ja mahdollisesti eriävistä mielipiteistä.

Istuminen paikallaan koko perhevalmennuksen ajan on todennäköisesti puuduttavaa. Ohjaaja voisi rohkeasti teettää vanhemmille tehtäviä, joiden kautta he oppisivat esimerkiksi isän roolista synnytyksessä, synnytysasunnoista ja lapsenhoidosta. Koska vanhemmat ovat kokeneet erilaisten tehtävien suorittamisen nolona, tärkeää on, ettei kukaan joudu toimimaan yksin muiden edessä. Isät ovat usein rohkeampia ja jonkin hauskan tehtävän, kuten nukelle suoritettavan vaipanvaihdon kautta, kaikki rentoutuisivat saadessaan nauraa iloisesti mahdollisesti väärinpäin asetetuille vaipoille. Tärkeää on kuitenkin tukea tehtävän suorittajia tekemättä heitä vahingollisesti naurunalaisiksi. Samalla osallistujat tutustuisivat toisiinsa ja pääsisivät jutun alkuun.

Ahosen (1995, 734) tutkimuksessa vanhemmat nostivat esille heidän mielestään tärkeimmiksi perhevalmennuksen aiheiksi synnytyksen ja synnytyksen vaiheet. Myös kipujen lievittämistä pidettiin tärkeänä. Samoihin tuloksiin Vehviläinen-Julkunen (1996, 7) pääsi myös myöhemmässä tutkimuksessaan. Vuosien kuluessa ja yhteiskunnan muuttuessa myös vanhempien perhevalmennuksessa tärkeimpinä pitämien aiheiden järjestys on muuttunut. Ahosen (2001, 68, 69) tutkimuksessa vanhemmat totesivat saaneensa perhevalmennuksessa eniten hyötyä synnytyksessä käytettävistä kipulääkkeistä. Toiseksi eniten apua koettiin saaduksi synnytyksen eri vaiheisiin liittyvästä tiedosta sekä hengitystekniikasta ja rentoutumisen eri keinoista. Kivun hallinnan mahdollisuudet ovat lisääntyneet, mutta samalla mietityttää lieneekö synnyttäjistä tullut pelokkaampia kipua kohtaan. Kivun hallinnan keinoista lääkkeettömin keinoin olisi aiheellista puhua raskaana oleville naisille enemmän sillä lääkkeinkään synnytys ei ole kivuton. Lääkkeettömät kivunhallintamenetelmät toimisivat hyvänä apuna lääkkeellisen kivunlievityksen rinnalla.

Perhevalmennusta arvostetaan ja sieltä saatavaan tietoon luotetaan suuresti. Paavilaisen (2003, 29) tutkimuksen perusteella raskaana olevat naiset uskoivat saavansa kaiken tarpeellisen tiedon viimeistään valmennuksessa. Tästä huolimatta synnyttäjät hankkivat suurimman osan tiedoistaan neuvolapalveluiden ulkopuolelta kuten toisilta synnytyksen kokeneilta äideiltä tai omilta sukulaisil-

taan. Tämä kuulostaa siltä, että asiantuntevan ja ammatillisen tiedon käyttö jää huolestuttavan vähäiseksi suomalaisessa äitiysneuvolajärjestelmässä. Harmillisenä puolena tässä on se että monet synnyttäneiden äitien tarinat saattavat olla hyvinkin väritettyjä mikä voi lisätä äitien ahdistusta ja pelkoa synnytystä kohtaan.

Pelko synnytystä kohtaan tuntuu lisääntyneen viime vuosien aikana. Naiset toivovat löytävänsä syyn saada keisarileikkauksen, jotta pääsisivät pois kivun tuntemisen pelosta. Kalliovalkama-Munnukan (2003, 8) tutkimuksen perusteella vanhemmat ovat sitä mieltä, etteivät he ole saaneet tarpeeksi tietoa keisarileikkauksesta. Tämä pitää varmasti paikkansa. Yllätykselliseen keisarileikkaukseen on hyvin vaikea valmistaa ketään. Keisarileikkauksaiheesta puhumisen lisääminen tuntuisi tärkeältä myös siksi, että vanhemmat ymmärtäisivät paremmin alatiesynnytyksen edut ja käsittäisivät miten paljon enemmän riskejä liittyy leikkauksen tekemiseen.

Kaiken kaikkiaan vaikuttaa siltä, että perhevalmennuksessa aiheet käydään läpi pintapuolisesti, jolloin turhia pelkoja ja ahdistusta poistava syventävä tieto jää kokonaan ulkopuolelle. Perhevalmennuksessa aika on rajallinen ja tästä syystä olisi löydettävä tärkeimmät pääaiheet joihin pureuduttaisiin syvimmin ja muut asiat voitaisiin käydä läpi sen mukaan mitä perhevalmennuksessa oleva vanhempien ryhmä toivoisi.

Vanhemmat pitivät tärkeänä, että heiltä kysyttäisiin toiveita ja odotuksia perhevalmennuksen suhteen Vehviläinen-Julkunen 1996, 7). Siitä huolimatta, että valmennus etenee tietyn kaavan mukaan, vanhemmat voisi ottaa mukaan sisällön suunnitteluun kysymällä heiltä mitä aihealueita he haluavat korostettavan sen jälkeen, kun tärkeimpinä pidetyt aiheet on käsitelty. Selvää on, että valmennus parhaimmillaan toteutuu vain räätälöimällä tuntisuunnitelmia sopiviksi osallistujien tarpeisiin nähden. Oleellista on saada ohjaajan näkemys valmennustilanteesta samalle viivalle vanhempien odotusten kanssa.

Vanhemmat kokivat vaikeaksi keksiä kysymyksiä esitettäväksi siitä huolimatta, että kysymyksille annettiin mahdollisuus (Paavilainen 2003, 89). Usein tämä johtuu siitä, että aihe on kuulijalle liian vieras, jotta kysymyksiä heräisi. Perhevalmennukseen osallistuvien perustieto käsiteltävistä asioista vaihtelee suuresti. Vanhemmat, jotka ovat hankkineet tietoa synnytykseen liittyen jo etukäteen, eivät aina koe saavansa uutta tietoa valmennuksesta vaikka aiheet tuntuisivat muuten mielenkiintoisilta. Tämä on hankala tilanne, ellei ole mahdollista muodostaa valmennusryhmiä lähtötasojen mukaan.

Vaikeista aiheista kuten synnytyspelosta, mahdollisesta keisarileikkauksesta tai muista säännöllisestä synnytyksestä poikkeavista asioista puhumista ei kannata pelätä. Tieto siitä, että ongelmien ilmentyessä löytyy lukuisia keinoja selvittää tilanteesta voittajana, huoventaa vanhempien mieltä. Kalliovalkaman ja Munnuksen (2003, 8) tutkimuksessa isät totesivat, ettei perhevalmennuksessa saadusta keisarileikkaustiedosta ollut mitään hyötyä, koska aihetta ei ollut käsitelty riittävästi. Synnytyksen kulun aikana tilanteet tulevat välillä nopeasti ja vanhemmat tulisi valmentaa ottamaan vastaan se epävarmuuden ja avuttomuuden tunne mikä heitä saattaa kohdata. Perhevalmennusten aikana synnytykseen erittäin pelokkaasti suhtautuviin äiteihin tulisi kiinnittää erityishuomiota ja tarjota heille mahdollisuus mennä synnytyspelkopoliklinikalle. Varhain todettuna synnytyspelkoon voi vielä vaikuttaa ja saada äidin suhtautumaan positiivisesti tulevaan synnytykseen. Kätilön tai terveydenhoitajan ammattitaito ei riitä auttamaan todellisesta synnytyspelosta kärsivää äitiä, mutta aiheen käsitteleminen perhevalmennuksessa on silti tärkeää

Äitien mielestä perhevalmennuksesta saatu käsitys synnytyksen kulusta ei aina vastaa synnytyskokemusta. Tämä on yleisempää ensisynnyttäjillä kuin aikaisemmin synnytyksen kokeneilla äideillä. Saamatta synnytystä kuulostamaan pelottavalta ja vaikealta suoritukselta, äideille ja isille tulisi antaa realistinen kuva siitä mitä synnyttäminen on ja mitä synnytyksen aikana voi tapahtua. Oleellista on korostaa, ettei synnytyksen kulkua voi ennustaa vaan paras lopputulos

saavutetaan usein toimimalla sen mukaan mikä kyseisellä hetkellä tuntuu parhaimmalta.

Pääasiana synnytyksestä puhumisessa on saada vanhemmat luottamaan itseensä ja selviytymiseensä sekä suhtautumaan synnytykseen positiivisella mielellä. Asioiden ymmärtämiseksi on tärkeää huomioida, että jokainen kuuliija ymmärtää mistä puhutaan. Vetäjän luonnollisella suhtautumisella käsiteltäviin aiheisiin ja iloisella asenteella on huomattava vaikutus vanhempien mielenkiintoon ja uskallukseen tuoda esiin omia mielipiteitä.

9.2 Perhevalmennus ja lapsivuodeaika

Lapsenhoidon ohjauksen ja opetuksen tarkoituksena on lisätä vanhempien turvallisuuden tunnetta ja uskoa selvitä lapsen hoidosta (Tarkka 1998, 117-199, 122; Wong ym. 2006, 626). Luottamus omaan selviytymiseen vaikuttikin lisääntyneen riittävän ja oikeanlaisen tiedonsaannin myötä erittäin hyvin (Warren 2005, 483-483). Vanhemmat toivoivat saavansa lapsivuodeaikana pääasiassa lapsenhoitoon liittyviä käytännön neuvoja (Tarkka 1998, 117-199, 122; Emmanuel ym. 2001, 16, 18-19; Kojonen 2005, 60; Mesiäislehto-Soukka 2005, 148). Vanhempien toivomus ja ohjauksen tarkoitus näyttäisivät siis kohtaavan toisensa. Yksilöllisten ohjaustarpeiden huomioiminen ja riittävän lapsenhoidon tuen antaminen vanhemmille edellyttää kättilöiltä ja terveydenhoitajilta tiivistä yhteistyötä sekä käytäntöön perustuvan tutkimustiedon hyödyntämistä. Vanhempien kiinnostuksen ja motivaation ylläpitämiseksi tulisi pohtia keinoja saada vanhemmat yhä aktiivisemmin osallistumaan neuvolatoimintaan sekä lapsivuodeosaston käytänteisiin.

Varhaisella ihokontaktilla on todettu useita myönteisiä vaikutuksia sekä äidille että vastasyntyneelle (Verronen 1981, 27; Kuusisto 1989, 36; Andersson ym. 2003, 82-83; Moore ym. 2007, 10-12; NCG 2010), joten sen merkityksestä ja tärkeydestä tulisi informoida vanhempia riittävästi ja heitä tulisi rohkaista pitämään lasta ihokontaktissa. Varhaista vuorovaikutusta havainnoimalla ja tuke-

malla voidaan vaikuttaa äiti-lapsisuhteen myönteiseen kehitykseen ja vähentää lapsen riskiä käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöihin.

Toisaalta äidin synnytyksen jälkeinen masennus saattaa lisätä lapsen riskiä vuorovaikutuksellisiin ongelmiin (Mäntymaa 2006, 80). Tämän vuoksi perhehoitotyössä tulisikin huomioida äidin masennuksen mahdollisuus. Myös äitiä itseään tulisi ohjata mahdollisen synnytyksen jälkeisen masennuksen oireiden tunnistamisessa. Huolestuttavaa onkin, että Tarkan ja Paunosen (1996, 1204) tutkimuksen mukaan vain harvat äidit ovat saaneet tietoa synnytyksen jälkeisistä mielialan muutoksista.

Vuorovaikutuksen kehittymistä vanhempien ja vauvan välillä tulisi seurata jo raskauden ajan neuvolakäynneiltä alkaen, mutta erityisesti lapsivuoteen aikana, jolloin varhaisen vuorovaikutuksen kehittymisessä on kriittisin hetki. Vanhempia tulisi ohjata kuuntelemaan vauvan tunnetiloja ja viestejä, sillä Mäntymaan (2006, 67) mukaan tunnetilojen jakaminen laajentaa, järjestää ja johdonmukais-
taa vastasyntyneen kokemuksia ja kokonaisvointia ja tukee siten vastasyntyneen psyykkistä kehitystä.

Erilaiset seksuaaliset tarpeet aiheuttivat ristiriitaisia toiveita parien välille (Reinholm 2001) ja lisäksi emotionaalinen tärkeys naisilla korostui synnytyksen jälkeen seksuaalisessa kanssakäymisessä (Ala-Luhtala 2008, 78). Tästä syystä olisi tärkeää keskustella ristiriitatilanteiden hallintakeinoista parisuhteessa sekä lapsen saannin tuomista muutoksista parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Koska neuvola koettiin tärkeäksi paikaksi avun ja tuen saannille seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa, eivätkä läheskään kaikki olleet saanut tarvitsemaansa seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja tukea (Ala-Luhtala 2008, 2, 68-72), tulisi neuvolatoiminnassa jatkossa kiinnittää erityistä huomiota myös synnytyksen jälkeiseen ohjaukseen ja neuvontaan seksuaaliterveydellisissä asioissa.

Synnytyksen jälkeinen toipuminen ja uuteen elämään sopeutuminen kestää useita viikkoja (Ylikorkala 2008, 495-498). Omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen edistää äidin fyysistä ja psyykkistä palautumista synnytyksen jälkeen. Terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimisen lisäksi yhteisen ajan järjestäminen parisuhteessa sekä avoin puolisoiden välinen keskustelu ja erilaisien tunteiden salliminen auttavat ylläpitämään hyvää parisuhdetta ja seksuaalista tyytyväisyyttä. Näihin tulisi ohjata sekä lapsivuodeosastoilla että neuvoloiden taholta. Vanhempien tukeminen sekä puolison sosiaalinen tuki ja käytännön apu myös ennaltaehkäisevät äidin synnytyksen jälkeistä masennusta (Dennis & Ross 2006, 594-596).

9.3 Tärkeimmät periaatteet uuden materiaalin luomiseen

Materiaalia (Liite 3) koostaessamme otimme huomioon kirjallisuuskatsauksesta esiin nousseet tutkimustulokset. Päähuomio kiinnitettiin vanhempien tärkeimpinä pitämiin aiheisiin, mutta lopullisen materiaalin sisällön rakentamiseen vaikutti myös terveydenhoitajien kanssa käyty keskustelu heidän toiveistaan.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella synnytysteeman tärkeimpinä aiheina vanhemmat pitivät kipuun liittyviä seikkoja, kuten lääkitystä, kivun luonnetta ja sen hallitsemista sekä tietoa synnytyksen etenemisestä ja sen eri vaiheista. Oleellisena pidettiin myös isän roolin merkitystä synnytyksessä, synnytyspelkoa ja synnytyksen aikaisten ongelmien käsittelyä.

Synnytysosio alkaa keskustelemalla rentoutumisesta. Se on tärkeä ei lääkkeellinen kivunhallinta menetelmä, joka auttaa hahmottamaan omaa kehoa. Kirjallisuuskatsauksen perusteella naiset pitivät tärkeänä kuulla myös erilaisista hengitystekniikoista ja tätä aihetta käsitellään osana rentoutumista.

Vanhempien tärkeimpinä pitämiin aiheisiin kuului muun muassa synnytyksen eri vaiheet. Koko synnytysprosessi alkaa usein jo kotoa käsin ja tästä syystä synnytyksen vaiheita edeltää keskusteleminen sairaalaan lähdöstä ja siitä mitä on

tarpeellista ottaa mukaan. Puhuminen ponnistusasennoista nousi naisten toiveena tutkimuksista ja tämä on sisällytetty synnytyksen vaiheiden kulun käsittelemiseen.

Synnytyspelko tuntuu viime vuosien aikana yleistyneen. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta kävi selväksi, että kyseisestä aiheesta toivotaan tietoa ja niin se on otettu omaksi osiokseen uudistetussa materiaalissa. Perhevalmennuksen yksi tärkeimmistä tavoitteista on valmistaa nainen kohtaamaan tuleva synnytys ja saada hänet luottamaan itseensä synnyttäjänä. Synnytyspelosta puhumista ei tulisi sivuuttaa vaan siitä pitäisi puhua avoimesti. Synnytyspelosta tai yleisestä synnyttämiseen suhtautumisesta keskusteltaessa on helppo liukua puhumaan keisarileikkauksesta. Keisarileikkauksesta ei ole omaa osiotaan, mutta aihetta sivutaan muutamissa kohdissa synnytyskokonaisuutta. Leikkauksen mahdollisuudesta on oleellista kertoa, koska usein kiireellisissä tilanteissa sektioon ajautuminen yllättää ja saattaa jättää huonot muistot koko synnytystapahtumasta. Vanhemmilla on usein heikko tietoperusta keisarileikkausta koskien. Heidän kanssaan on hyvä käydä läpi sektorin riskit verrattuna luonnolliseen alatiesynnytykseen. Tämä on tarpeellista erityisesti tilanteessa, jolloin nainen toivoo synnytyspelon vuoksi keisarileikkausta.

Ensisynnyttäjien on monesti vaikea luoda itselleen todellista kuvaa synnyttämisestä ja siihen liittyvän kivun luonteesta. Tästä syystä synnytyskipu –osiossa käydään läpi kivun luonnetta, tarkoitusta ja sitä miltä synnytyskipu todellisuudessa tuntuu. Kivunlievitysmenetelmiä on useita, sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä. Molemmista vaihtoehdoista on hyvä antaa vanhemmille kattava kuva, jotta he ymmärtäisivät mahdollisuudet hallita synnyttäjän kiputuntemuksia.

Vanhemmille on tärkeää kuulla isän roolista synnytyksessä. Usein isä saattaa tuntea olonsa ulkopuoliseksi kaikkien kiinnittäessä huomiota äidin vointiin. Perhevalmennuksessa pitää ottaa huomioon myös isät ja vanhemmille tulee korostaa isän läsnäolon merkitystä synnytyksessä niin äidin kuin syntyvän lapsenkin kannalta.

Lapsivuodeteeman tärkeimpinä aiheina äidit pitivät tietoa äitiydestä, rauhallisen ympäristön luomisesta ja riittävästä kivunlievityksestä. Vanhemmat toivoivat käytännön apua ja opetusta etenkin lapsenhoitoon liittyen. Uuden materiaalin lapsivuodeteemaan otettiin mukaan myös varhaisen vuorovaikutuksen ja iho-kontaktin merkitys, sillä niillä on monia myönteisiä vaikutuksia vastasyntyneelle ja vanhemmille. Synnytyksen jälkeinen toipuminen vie aikaa ja on siksi tärkeää käsitellä. Synnytyksen jälkeinen herkistyminen on myös osa sopeutumisprosessia. Mielialamuutokset voivat olla voimakkaitakin ja saada äidin ymmälleen. Äidit eivät ota synnytyksen jälkeistä masennustaan helposti puheeksi, joten on tärkeää keskustella mielialamuutoksista ja masennuksen oireista jo ennen synnytystä.

Seksuaalisuuteen liittyvillä synnytyksen jälkeisillä muutoksilla oli vaikutusta elämänlatuun ja parisuhteeseen. Puolisoiden sopeutumista synnytyksen jälkeiseen elämään helpotti hyvä keskinäinen vuorovaikutus sekä hyvä parisuhde. Pariskunnat kokivat monenlaisia seksuaalielämän ongelmia synnytyksen jälkeisinä kuukausina, joista he olisivat halunneet keskustella neuvolakäynneillä. Puolet neuvola-asiakkaista ei ollut mielestään saanut tarvitsemaansa seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja tukea ja kokivat raskauden, synnytyksen ja lapsen tuomien ongelmien vaikuttaneen heikentävästi seksuaaliseen hyvinvointiinsa.

Suurimpana muutoksena perhevalmennusmateriaalissa on sen selkeys ja johdonmukaisuus. Käsiteltävissä aiheissa ja niiden sisällöissäkin on tapahtunut muutoksia. Terveystoimittajia, ja myös vanhempia ajatellen, merkittävin asia on selkeä rakenne perhevalmennuksen järjestämiseen synnytyksen ja lapsivuodeajan osalta.

9.4 Johtopäätökset ja kehittämissideat tulevaisuutta varten

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin tärkeimpiä aiheita, joita vanhempien ja terveydenhoitajien mielestä tulisi käsitellä perhevalmennuksessa. Näiden tulosten perusteella luotiin uusi perhevalmennusmateriaali, joka on tarkoitus ottaa käyt-

töön uuden perhevalmennusmallin pilotointiin osallistuvissa Turun kaupungin äitiysneuvoloissa. Materiaalin työstämistä opinnäytetyön tekijät jatkavat keväällä 2011 Turun ammattikorkeakoulun ns. kehittämistyönä, toisena opinnäytetyönään. Tällöin on tarkoitus syventyä perhevalmennuksen ohjaus- ja opetusmenetelmien kehittämiseen, jotta perhevalmennusta saataisiin vietyä enemmän keskustelempaan ja vanhempia voimaannuttavampaan suuntaan.

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksesta selvisi, mitä aiheita vanhemmat pitivät tärkeimpinä synnytyksen ja lapsivuodeaikaan liittyen. Tämä tieto on erittäin tarpeellista johdonmukaisen ja vanhempien toiveet täyttävän perhevalmennuksen toteuttamiseksi. Koska perhevalmennusta tulisi kehittää keskustelempaan ja vanhempia voimaannuttavampaan suuntaan, voisi olla tarpeellista selvittää myös perhevalmennusta vetävien terveydenhoitajien ja kättilöiden ajatuksia erilaisten ohjaus- ja opetusmenetelmien käyttämisestä kehitettäessä perhevalmennusta perhelähtöisempään suuntaan. Toinen selkeä tutkimuksen kohde olisi selvittää vanhempien toiveita myös muita perhevalmennuskertojen aiheita ajatellen.

Perhevalmennus vaatii jatkuvaa kehittämistä johtuen muun muassa perheiden yksilöllisistä ja muuttuvista tarpeista. Tulevaisuudessa tulisikin vahvistaa yhteistyötä apua ja tukea tarvitsevien perheiden kanssa. Uuden perhevalmennusmallin toimivuutta olisi hyvä selvittää paitsi terveydenhoitajien myös vanhempien näkökulmasta. Miten vanhemmat ovat muutoksen kokeneet sekä onko heidän uudistuneen perhevalmennuksen myötä helpompi keskustella vaikeistakin asioista terveydenhoitajien kanssa tai perhevalmennuksessa käyvien vanhempien kesken? Perheiden kokemuksia kokonaisvaltaisesta ja yksilöllisestä perheen huomioimisesta perhevalmennuksessa olisi jatkossa hyvä selvittää.

LÄHTEET

- Aalto, A., Kaltiala-Heino, R., Poutanen, O. & Huhtala, H. 2007. Äidin masennus ja vauvan temperamentti. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Vol. 44, 29-38.
- Ahonen, P. 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, synnytys- ja naistentautioppi.
- Ala-Luhtala, R. 2008. Kyselytutkimus neuvola-asiakkaiden seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Anderson, G., Moore, E., Hepworth, J., Bergman, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Teoksessa: Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17, 82-83.
- Ayers, S. & Pickering, A. 2005. Women's expectations and experience of birth. *Psychology and health*. Vol. 20, no. 1, 79-92.
- Berman, L., Berman, J., Miles, M., Pollets, D. & Powell, J. 2003. Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual dysfunction, and quality of life measures. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Vol. 29, 11-21.
- Broden, M. 2006. Raskausajan mahdollisuudet: kun suhteet syntyvät ja kehittyvät. Helsinki: Gummerus.
- Byrd, J., Hyde, J., DeLamater, J. & Plant, E. 1998. Sexuality During Pregnancy and the Year Postpartum. *Journal of Family Practice*. Vol. 47, no. 4, 305-308.
- Carlsson, I-M., Hallberg, L. & Pettersson, K. 2009. Swedish women's experiences of seeking care being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. *Midwifery*. Vol. 25, 172-180.
- Dennis, C-L. & Ross, L. 2006. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 56, no. 6, 588-599.
- Emmanuel, E., Creedy, D. & Fraser, J. 2001. What mothers want: A postnatal survey. Australian College of Midwives Incorporated. Vol. 14, no. 4, 16-20.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.
- Fenwick, J.; Staff, L.; Gamble, J.; Creedy, D. & Bayes, S. 2010. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy. *Midwifery*. Vol. 26, 396-400.
- Gibson, C. 1991. A concept analysis of empower. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 16, 354-361.

Haapio, S., Koski, K., Koski, P. & Paavilainen R. 2009. Perhevalmennus. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing.

Hautamäki, A. 2001. Kiintymyssuhdeteoria – teoria yksilön kiinnittymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. Teoksessa Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.). Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY, 13-66.

Hautaniemi, S. & Melender, H-L. 2008. Ensisynnyttäjien kokemuksia kyvyistään selviytyä synnytyksessä. Kätilölehti. Vol. 113, no. 2, 48-53.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirvonen, H. 2005. Isä syntymässä. Vauvan odotus, syntymä ja hoito. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2009. Synnytyksen jälkeinen masennus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.7.2010. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505

Janhonen, S. 1999. Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: Yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. Hoitotiede. Vol. 11, no. 6, 334-338.

Järvenpää, A-L. 2008. Vastasyntynyt. Teoksessa: Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2008. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kalliovalkama, E. & Munnukka, T. 2003. Isä keisarileikkaussynnytyksessä. Hoitotiede. Vol. 15, no. 1, 3-12.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kojonen, R. 2005. Synnytyksen jälkeisen sairaalahoidon tärkeänä pidetyt osa-alueet ja kotiutumisen jälkeisen tuen odotukset asiakkaiden kuvailemina. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Kosunen, E., Cacciatore, R. & Hervonen, A. 2003. Seksuaalisuus elämänkaareissa. Duodecim. Seksuaalilääketiede. Vol. 119, 209-216.

Kuusisto, R. 1989. Imetän ja hoivaan. Porvoo: WSOY.

Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S. & Thomson, T. 2008. Research article: More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC Medicine. Vol. 6, no. 7, 1-10.

LaMarre, A., Paterson, Q. & Gorzalka, B. 2003. Breastfeeding and Postpartum Maternal Sexual Functioning: A Review. Canadian Journal of Human Sexuality. Vol. 12, no. 3-4, 151-168.

Lammi-Taskula, J. & Varsa, H. 2001. Vanhemmuuden aika - vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työtä. Helsinki: Stakesin monistamo.

Lehto, J. 2008. Konstruktivismi peruskoulun didaktiikan ohjenuoraksi? Kriittinen katsaus eräisiin suomalaisiin sovellutuksiin. Teoksessa: Samalta viivalta 2. Kasvatusalan valintayhteistyöhankkeen (VAKAVA) kirjallisen kokeen aineisto 2008.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Leeseberg, L. 1998. The participants' views of childbirth education: is there congruency with an enablement framework for patient education? *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 28, no. 5, 939-947.

Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti A. & Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Tammer-Paino.

Liukkonen, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Isän kokemuksia synnytyksestä ja hoitotyön menetelmistä. *Hoitotiede*. Vol. 9, no. 3, 118-126.

Mesiäislehto-Soukka, H. 2005. Perheenisäys isien kokemana – Fenomenologinen tutkimus. Väitöskirja. Oulu: Oulu University Press.

Mercer, R. 1986. Predictors of maternal role attainment at one year post-birth. *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 8, no. 1, 9-12.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. laitos, 3. korjattu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Moore, E., Anderson, G. & Bergman, N. 2007. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Collaboration*, issue 3.

Murray, L. & Andrews, L 2000. *The Social baby*. Hong Kong: The Social Project.

Mäntymaa, M. 2006. Early Mother-Infant Interaction. Determinants and Predictivity. Academic dissertation. Medical School. Tampere: University of Tampere.

Newborn Clinical Guideline 2010. Kangaroo care. Newborn Services Clinical Guideline. Viitattu 17.10.2010. Saatavissa <http://www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines/developmental/KangarooCare.htm>

Paavilainen, R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Pacey, S. 2004. Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*. Vol. 19, no. 3, 223-246.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Pelusi, J. 2006. Sexuality and body image. *American Journal of Advanced Nursing*. Vol. 106, no. 3, 32-38.

Perheentupa, A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? *Suomen lääkärilehti*. Vol. 58, no. 4, 387-391.

- Puolimatka, T. 2002. Opetuksen teoria. Konstruktivismista realismiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Raussi-Lehto, E. 2007. Syntymän hoito. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä A-M. Kätilötyö, 209-232.
- Rauste-von Wright, M. 1997. Mitä paradigma ja konstruktivismi tarkoittavat. Teoksessa: Opettaja tienhaarassa – konstruktivismia käytännössä. Rauste-von Wright, M. Jyväskylä: PS-viestintä.
- Reinholm, M. 2001. "Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipaus?" Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Helsinki: Väestöliitto 2000.
- Ryttyläinen, K., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2007. Äitiyshuolto tulevaisuudessa – naisten näkemykset. Tutkiva hoitotyö. Vol. 5, no. 2, 22-28.
- Rutanen, E-M. 2000. Raskaudenaikaiset pelot. Raskaus ja psyyke. Duodecim. Vol. 116, 1473–1475. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo91645.pdf>
- Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen lääkkein. Teoksessa Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti A. & Saarikoski, S. (toim.) Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Tammer-Paino, 129-138.
- Saarikoski, S. 2004. Raskauden keston häiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit. Keuruu: Otava, 411-429.
- Saisto, T. 2000. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. Raskaus ja psyyke. Duodecim. Vol. 116, 1483–1488. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo91649.pdf>
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstetrica Gynaecologica Scandinavica. Vol. 82, 201-208.
- Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2004. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Otavan kirjapaino, 325-335.
- Siitonen, Juha. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Opettajankoulutuslaitos. Oulun yliopisto. Oulu: University Library 1999. Saatavilla <http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>
- Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) 2001. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.
- Somers-Smith, M. 1999. A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. Midwifery. Vol. 15, 101-108.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki: Edita Prima.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Toim. Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. Helsinki: 2005. Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4006.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17.

Tarkka, M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisyntyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Vammalan kirjapaino.

Tarkka, M-T. & Paunonen, M. 1996. Social support provided by nurses to recent mothers on a maternity ward. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 23, 1202-1206.

Tarkka, M-T & Rantanen, A. 2005. Äitien kokemuksia suunnitellusta ja äkillisestä keisari-leikkaussynnytyksestä. *Hoitotiede*. Vol. 17, no. 6, 333-343.

Tiitinen, A. 2010. Emättimen limakalvojen kuivuminen. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.10.2010. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00118

Tumblin, A. & Simkin, P. 2001. Pregnant Women's Perceptions of Their Nurse's Role During Labor and Delivery. *52 Birth*. Vol. 28, no. 1, 52-56.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tuominen, M. 2009. Valmiina vanhemmuuteen: Perhevalmennuksen kehittäminen Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 30. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161062.pdf>

Uotila, J. & Tuimala, R. 2004. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit. Keuruu: Otava, 480-487.

Vallimies-Patomäki, M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteysisistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1990. Pienryhmämuotoinen perhevalmennus. Teoksessa: Vienonen, M. (toim.) Äitiyshuollon käsikirja. Lääkintöhallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1995. Family training: supporting mothers and fathers in the transition to parenthood. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 22, 731-737.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1996. Perhevalmennus perheiden tukena. Neuvolan asiakkaiden arviointia sisällöstä ja käytetyistä menetelmistä. *Hoitotiede*. Vol. 8, no.1, 3-10.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perheen tukeminen raskauden aikana. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 157-175.

- Vehviläinen-Julkunen, K. & Teittinen, M. 1993. Tietoa, tukea, varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen. Raportti työnohjauksesta Lapinlahden äitiysneuvolassa. Stakesin raportteja 81. Jyväskylä: Gummerus.
- Verronen, P. (toim.) 1981. Rintaruokinta. Joensuu: Pohjois-Karjalan kirjapaino Oy.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosa-
keyhtiö Tammi.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Helsinki.
- Väyrynen, P. 2007. Välitön syntymän jälkeinen kätilötyö. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä A-M. (toim.). 1.-2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Warren, P. 2005. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 50, no. 5, 479-488. Saatavissa http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf
- Way, S. 1998. Social construction of episiotomy. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 7, 113-117.
- WHO 2010. Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Department of Making Pregnancy Safer. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- Wong, D., Perry, S., Hockenberry, M., Lowmilk, D. & Wilson, D. 2006 Maternal child nursing care. 3.painos. USA: Mosby Elsevier.
- Ylikorkala, O. 2008. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa: Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2008. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Ylikoski, T. 1997. Unohtuiko asiakas? Perustietoa palvelujen markkinoinnista. Keuruu: Otava.

2. PERHEVALMENNUSKERTA RVK. 31-32

TEEMA: Synnytys ja lapsivuodeaika

VETÄJÄT:

SUUNNITTELU:

	SISÄLTÖ JA MENETELMÄ	MATERIAALI
TAVOITTEET	<ul style="list-style-type: none"> - vanhemmat saavat tarpeitaan vastaavaa, ajanmukaista tietoa synnytyksen kulusta, hoitokäytännöistä ja lapsivuodeajasta - vanhemmat valmistautuvat synnytykseen ja lapsivuodeaikaan turvallisilla mielin 	
KESKUSTELU	<ul style="list-style-type: none"> -keskustelu ryhmissä synnytykseen ja lapsivuodeaikaan liittyvistä ajatuksista, peloista, muilta kuulluista kertomuksista jne. - mitä vanhemmat toivovat omalta synnytykseltään? - kotona mietittyjen kysymysten läpikäyminen ja vastausten etsiminen yhdessä. - keskustelu kootaan fläppitaululle, heränneiden ajatusten käsittely 	
TIETOISKU	<ul style="list-style-type: none"> - lähestyvä synnytys ja sairaalaan lähtö - normaali synnytys - poikkeavat synnytykset - kivunlievitys - rentoutuminen, oman kehon hallinta - isän/tukihenkilön rooli - sairaalassaolo, lapsivuodeaika ja synnytyksestä toipuminen -katsotaan synnytysfilmi 	<ul style="list-style-type: none"> -vetäjän tukena perhevalmennuskansiot - PowerPoint diat - jaetaan ohjeet synnytyssairaalaan tutustumisesta ja synnyttämään lähtemisestä (TYKS ja Salon alueairaala) - synnytys DVD
VAIHTOEHTOINEN TOTEUTUSTAPA	<ul style="list-style-type: none"> -vastasyntyttäneen perheen vierailu -vetäjät haastattelevat perhettä synnytyskokemuksesta ja lapsivuodeajasta. - TYKS:n kätilön vierailu. - esim.doulan vierailu/Mammakeidas - ryhmä saa esittää kysymyksiä 	<ul style="list-style-type: none"> - hyödynnetään ryhmän tuottamia kysymyksiä ja aiemman keskustelun koostetta
KOTITEHTÄVÄ	<ul style="list-style-type: none"> -vanhempia pyydetään tutustumaan vanhemmuus- ja parisuhdeaiheisiin internetsivustoihin. 	<ul style="list-style-type: none"> -kooste suositeltavista internetsivustoista

(Lähde: Tuominen 2009, liite 8: 7/3.)

NYKYISEN PERHEVALMENNUSKANSION SISÄLTÖ

42 A4-kokoista tekstisivua, 55 muovitaskua, 38 kalvoa (26 kuvallista, 13 pääasiassa tekstiä sisältäviä). Yhteensä sivuja oli 93. Kaikki sivut olivat yksipuolisia ja A4-kokoisia.

Perhevalmennuskansion sisältö yksityiskohtaisesti:

- Äitiysneuvoloiden ja TYKS:n lapsivuodeosastojen välisen yhteistyön kehittämisehdotuksia (viisi tekstisivua)
- Synnytyskivun lievitys -lehtinen (neljä tekstisivua)
- Turun kaupungin perhevalmennusohjelman (2002 – 2005) etusivu
- Synnytysvalmennuksen tavoitteet ja toteutus synnytysosastolla
- Synnytysosastolla otettuja valokuvia kalvolle painettuna synnytyksen vaiheista sekä osaston tiloista, laitteista ja apuvälineistä (17 kpl).
- Tiivistelmät valmennuskertojen teemasisällöistä (kahdeksan tekstisivua)
- Kalvokuvia täysiaikaisesta sikiöstä ja sen mahdollisista asennoista kohdussa (kaksi kpl)
- Kalvokuvia muutoksista raskauden loppuvaiheessa (kaksi kpl)
- Sisällysluettelo (tekstisivu + kalvo)
- Perhevalmennusteemojen otsikkokalvot (11 kpl)
- Perhevalmennuskertojen asiasisältöä tekstisivuina teemoittain:
 - o raskauden viimeinen kuukausi (kaksi sivua)
 - o synnytyksen erityistilanteet ja kivunlievitys (yksi sivu)
 - o seksuaalisuus ja loppuraskaus (kaksi sivua)
 - o synnytys (neljä sivua)
 - o kipu (kaksi sivua)
 - o synnytyksen jälkeen (kaksi sivua)
 - o imetys (kaksi sivua)
 - o vanhemmuus (kaksi sivua)
 - o seksi synnytyksen jälkeen (kolme sivua).
- Röntgenkuvia kohdusta (viisi kpl)
- Piirroskalvokuva täysiaikaisesta sikiöstä (yksi kpl)
- kalvokuva keskosesta kuvoosissa (yksi kpl)
- Kirjallinen lupa Suomen Kätilöliiton diasarjan Perhesynnytys -kalvoihin.

Synnytysteeman otsikkokalvoissa (neljä kpl) oli käytetty värejä ja kuvia. Niiden teksti koostui aihetta käsittelevistä ylä- ja alaotsikoista. Synnytysteeman tekstiosion pääotsikot olivat *synnytys* ja *kipu*. Synnytykseen liittyviä tekstiosion alaotsikoita olivat: *avautumisvaihe, ponnistusvaihe, jälkeisvaihe, käynnistetty synnytys, imuveto, pihdit, keisari-leikkaus, perätilasynnytys sekä ennenaikainen synnytys (keskosuus)*. Kipu-osion alaotsikot olivat: *kivun kohtaaminen, lääkkeetön kivunhoito ja lääkkeellinen kivunhoito*.

Lapsivuodeajan teeman otsikkokalvossa (yksi kpl) oli käytetty värejä ja kuvia samalla tavalla kuin synnytysteeman otsikkokalvoissa. Lapsivuodeajan teeman tekstiosuuden pääotsikko oli *synnytyksen jälkeen*. Alaotsikot olivat *osastohoito/vierihoito, kotiutuminen ja toipuminen*.

PERHEVALMENNUS

Synnytys ja lapsivuodeaika

Sisältö:

PERHEVALMENNUSTILAISUUDEN AVAUS.....	2
SYNNYTYS	4
SYNNYTYSVIDEON KATSOMINEN	5
RENTOUTUMINEN	6
SYNNYTYKSEN KÄYNNISTYMINEN JA SAIRAALAAN LÄHTÖ.....	8
SYNNYTYS	11
SYNNYTYKSEN VAIHEET	11
EPÄSÄÄNNÖLLINEN SYNNYTYS.....	17
SYNNYTYSPELKO	19
SYNNYTYSKIPU	21
LÄÄKKEETÖN KIVUNLIEVITYS	23
LÄÄKKEELLINEN KIVUNLIEVITYS.....	24
ISÄN TAI TUKIHENKILÖN ROOLI SYNNYTYKSESSÄ.....	26
LAPSIVUODEAIKA.....	27
LAPSIVUODEAIKA.....	28
OSASTOHOITO	29
VARHAINEN VUOROVAIKUTUS	30
SAIRAALASTA KOTIUTUMINEN	32
SYNNYTYKSESTÄ TOIPUMINEN	34
MYLLERTÄVÄ MIELI.....	36
SEKSUAALISUUDEN KOKEMINEN SYNNYTYKSEN JÄLKEEN.....	37
VANHEMILLE ANNETTAVIA KYSYMYKSIÄ KOTIIN MIETITTÄVÄKSI.....	39
KIRJALLISUUTTA	40
KIRJALLISUUTTA	41

PERHEVALMENNUSTILAISUUDEN AVAUS

Osallistavien opetusmenetelmien avulla on mahdollisuus saada perhevalmennuksessa selville ja ottaa huomioon vanhempien yksilölliset, raskauteen, vanhemmuuteen, parisuhteeseen ja synnyttämiseen liittyvät tiedon ja tuen tarpeet. Valmennustilaisuuden alussa kysellään, mitä vanhemmille kuuluu ja keskustellaan heidän toiveistaan valmennuskerran suhteen.

Vanhemmilta voidaan esimerkiksi kysyä, mitä he toivoisivat oppivansa tai mitä asioita he haluaisivat tilaisuudessa käsiteltävän. Kysymysten avulla saadaan suunnattua vanhempien ajatukset käsiteltävään asiaan ja samalla tehostetaan asioiden omaksumista. Harjoituksella saadaan vanhemmat puhumaan ja tuntemaan voivansa osallistua valmennukseen. Lisäksi se vapauttaa tunnelmaa rikkomalla nopeasti alkuun kuuluvan arasteluvaiheen.

Materiaalin käyttäminen:

Jokainen perhevalmennuskerta on erilainen siitä huolimatta, että käsitellään samoja aiheita. Tähän materiaaliin on koottu vanhempien tärkeimmiksi kokemat aiheet synnytyksen ja lapsivuodeajan osilta ottaen huomioon myös terveydenhoitajien toiveet.

Tarkoitus ei ole lukea kirjoitettua tekstiä suoraan paperista. Asioiden omaksuminen on oleellista, jotta voi kertoa käsiteltävistä asioista kyseiselle ryhmälle siinä määrin kuin he kokevat tarpeelliseksi. Perhevalmennuksen avauksessa esitetty kysymys vanhemmille, koskien sitä mitä he odottavat valmennuskerralta, määrittelee sen mitä aiheita tulisi kyseisellä kerralla painottaa. Jos vanhemmilta ei irtoa ehdotuksia suullisesti, ajatukset voi kerätä vaikka paperilapuille.

Kuten on jo käynyt selväksi, perhevalmennuskerran aloitus on kaikkein tärkein. On luotava kodikas, iloinen ja ehdotuksille vapaa ilmapiiri, jossa jokainen tuntee olonsa tervetulleeksi. Vanhemmat toivovat keskustellevampaa toteutustapaa, mutta ovat usein ujoja avaamaan suunsa. Esimerkiksi vanhempien jakaminen hetkellisesti pienempiin ryhmiin voi auttaa tutustumisessa ja helpottaa uskallusta tuoda esiin omia mielipi-

teitä ja ajatuksia. Hyvä tapa on osoittaa niin helppoja ja hauskoja kysymyksiä/väitteitä/oletuksia yksittäisille vanhemmille, että suurin jännitys kaikkooa vastaamisen myötä ja samalla muutkin rentoutuvat.

SYNNYTYS

SYNNYTYSVIDEON KATSOMINEN

Pohjustetaan videota kertomalla, että jokainen synnytys on erilainen. Kerrotaan millainen videon synnytys on – rauhallinen, helppo. Tilanteen mukaan voidaan jakaantua ryhmiin keskustelemaan videosta ja omista synnytysodotuksista. Keskustelu pienissä ryhmissä virittää vanhempien osallistumista ja keskustelua sekä auttaa vanhempia tutustumaan toisiinsa. Sopiva keskusteluryhmän koko on 3-6 henkilöä. Ryhmien on hyvä istua lähekkäin sujuvan keskustelun aikaansaamiseksi. Pienemmissä ryhmissä jäsenten välinen vuorovaikutus on usein vilkasta, sillä osallistumiskynnys on matalampi.

RENTOUTUMINEN

Lyhyt rentoutus:

- Pariskunnat hierovat toistensa hartioita ja esimerkiksi terveydenhoitaja yksin ryhmässä olevan hartioita. Kerrataan samalla rentoutuksen tarkoitus: vapauttaa ajatukset tähän hetkeen ja vapauttaa lihakset jännityksestä. Synnytyksessä rentoutus on kivunlievittäjä.

Rentoutuksen tavoite:

Vapauttaa keho ja mieli kivusta ja stressistä. Se on tahdonalaisten lihasten tietoista rentouttamista ja ajatusten tyhjentämistä. Jännittäminen on melko automaattinen tapa vastata kipuun. Lihasten jännittäminen heikentää verenkiertoa ja siten hapen kulkeutumista kudoksiin. Lihaskäntäminen hidastaa kohdun aukeamista. Synnyttävä uupuu nopeammin, koska joutuu taistelemaan kehonsa lähettämiä tunteita vastaan. Sen sijaan rentoutunut synnyttävä toimii yhteistyössä kehonsa kanssa.

Rentoutuminen ei ole kuitenkaan yhtäkkiä kovan kivun tullessa helppoa, sitä pitää harjoitella etukäteen. Rauhallinen ja miellyttävä ilmapiiri helpottaa rentoutumista. Äiti voi rentoutua itse aktiivisesti jonkin opettelemansa rentoutusmenetelmän avulla tai passiivisesti, toisen ihmisen kosketuksesta ja hieronnasta.

Rentoutusmenetelmää on hyvä harjoitella viimeisinä raskausviikkoina, vaikka illalla ennen nukahtamista. Hyvin opittuna rentoutuminen nopeutuu ja automatisoituu. On todettu, että harjoittelu vaikuttaa myönteisesti synnytyskokemukseen.

Synnytyksen avautumisvaiheessa supistukset voivat tulla melko tiheästi. Aikaa rentoutumiselle jää vähän. Kahdella syvällä huokauksella ehdit rentoutua nopeasti. Keskitä ensimmäisellä hengityksellä ajatuksesi rentoutumiseen ja vapauta koko keho jännityksestä. Toisella kerralla rentoutesi vielä syvenee. Rentoutunut olo auttaa sinua selviytymään supistuskivusta ja syntyvä lapsi voi paremmin, koska verenkierto istukkaan paranee. Myönteiset mielikuvat auttavat myös selviytymään tilanteesta.

Muista vielä pitää leuka rentona. Hampaiden pureminen lisää jännitystä. Laula ja ääntele, keinu ja keinuttele, heijaa ja liikuskele tuntemustesi mukaan.

Hengitystekniikka:

- Avautumisvaiheen aikana on hyvä pyrkiä hengittelemään pitkiä rauhallisia henkäyksiä sisään ja ulos, jotta lihakset rentoutuvat.
- Ponnistustarpeen tullessa liian aikaisin pinnallinen nopea hengitys auttaa pahimpaan oloon – läähättämistyylinen hengitys on kokeilemisen arvoista
- Ponnistusvaiheen supistuksen aikana kannattaa vetää kunnolla keuhkot täyteen happea ja sen jälkeen pinnistaa henkeä pidättäen sen aikaa kuin jaksaa. Supistuksen aikana tämän ehtii toistaa 2-3 kertaa.

Synnytyksen eri vaiheissa äiti ja erityisesti kohtulihas sekä vauva tarvitsevat happea. Lihasten rentouttaminen helpottaa hapen kulkua. Vapaa hengittäminen on tärkeää koko synnytyksen ajan. Pari syvää huokaisua voimakkaan supistuksen aikana leikkaa supistuksen kiputuntemusta. Kätilö voi ohjata läähättämään, mikäli äidillä on ponnistamispakko, mutta kohdunsuu ei ole vielä riittävästi auki. Liian aikaisin ponnistaminen turvottaa ja hidastaa synnytystä. Kontallaan, peppu pystyssä oleminen saattaa auttaa.

SYNNYTYKSEN KÄYNNISTYMINEN JA SAIRAALAAN LÄHTÖ

Tavoite: Synnytykseen liittyvien asioiden selkiytyminen ja synnytykseen valmistautuminen turvallisella mielin

Lähestyvä synnytys:

- lapsivesi vähenee, lapselle tulee tilaa kasvaa
- vatsan muoto muuttuu, korkein kohta laskeutuu
- hengittäminen helpottuu
- virtsaamisen tarve lisääntyy
- turvotus lisääntyy
- nestekierto lisääntyy
- valmistelevat supistukset lisääntyvät, supistukset
- usein kuukautiskipujen tapaisia
- valkovuoto lisääntyy
- närästys lisääntyy
- limatulppa saattaa mennä, pari veriviirua valkovuodon seassa – ei vielä tarkoita synnytyksen käynnistymistä
- mielialat vaihtelevat, joskus painajaisunia
- mieli askartelelee synnytyksessä, syntyy toiveita ja suunnitelmia tulevas- ta synnytyksestä. Parasta on kuitenkin totuttautua ajatukseen, ettei etukäteen voi tarkasti tietää, miten synnytys etenee ja miltä silloin it- sestä tuntuu”.

Ensisynnyttävä lähtee sairaalaan:

- Kun supistuksia on ollut parin tunnin ajan viiden minuutin välein, omalla autolla tai taksilla - kotona voi olla yleensä niin kauan kuin ki- pujen kanssa kestää
- Kun lapsivesi menee kotona, vaikka ei olisi vielä supistuksiakaan, äiti makuuasennossa sairaalaan - normaalisti lapsivesi on kirkasta ja ime- länhajuista
- Jos lapsivesi menee eikä vauvan pää ei ole kiinnittynyt tai lapsi on perätilassa – napanuoran ulosluiskahtamisen riski, sairaalaan ambu- lanssilla

- Kun on voimakas kipu, joka ei mene itsestään ohi, mennään ambulanssilla.
- Kun on runsasta verenvuotoa, sairaalaan mennään ambulanssilla

Huom! Mikäli vuoto on kuukautisvuodon tapaista, sairaalaan mennään omalla autolla. Synnytyssairaalaan soimitaan aina ennen lähtöä, jotta kättilöt voivat arvioida synnytyksen etenemisen vaiheen ja sairaalan paikkatilanteen.

Sairaalaan mukaan:

- Neuvolakortti
- Henkilökohtaiset hygieniatarvikkeet
- Lukemista
- Musiikkia
- Kamera
- Evästä tukihenkilölle
- (Omat tossut)
- Vauvan kotiintulovaatteet voi laittaa ajoissa valmiiksi, mutta niitä ei välttämättä viedä mukaan synnytykseen.
- Avoin ja luottavainen mieli

Synnytyssairaalassa on ajantasaisimmat tiedot ja taidot synnytyksen turvallisesta auttamisesta. Synnyttäjän toiveita kuunnellaan ja kunnioitetaan, ne pitää vain kertoa kättilöille. Yllätykset tai ennalta suunnittemattomat asiat synnytyksen kulussa ovat aina mahdollisia, kyse on äidin ja lapsen elämästä.

Sairaalassa:

- Kättilö haastattelee aluksi.
- Kättilö tekee ulko- ja sisätutkimuksen.
- Sydänääniä ja supistuksia mitataan KTG-laitteella,
- Äidin verenpaine mitataan.
- Peräruiske annetaan vain tarvittaessa.
- Tilanteen mukaan perhe ohjataan synnytyssaliin, osastoseurantaan, ulos kävelyille tai vielä kotiin odottamaan.

Keskustellaan yhdessä synnytyksen lähestymisestä ja käynnistymisestä:

Mitä kysymyksiä herää? Mikä askarruttaa? Mitä toiveita osallistujilla on synnytyksen suhteen?

SYNNYTYS

Korostetaan synnytyksen luonnollisuutta. Nainen on luotu synnyttämään. Annetaan synnyttäjille todellinen kuva synnytyksestä fyysisenä kokemuksena, sen kestosta .

SYNNYTYKSEN VAIHEET

Avautumisvaihe:

- Ensisynnyttäjällä keskimäärin 12-18 tuntia - yksilölliset erot ovat suuria.
- Avautumisvaiheen aikana supistukset voimistuvat. Ne nousevat alavatsalta ja alaselästä koko vatsan ja selän alueelle. Supistukset saattavat tuntua myös reisissä ja säärissä.
- Supistusten tehtävänä on työntää lasta alaspäin synnytyskanavassa sekä lyhentää kohdun kaulankanava ja lopulta avata kohdunsuu 10 senttimetriin.
- Supistuskipua on helpompi sietää, jos jaksaa ajatella, että ne auttavat lasta ulos, niillä on siis hyvä tarkoitus.
- Ennen varsinaista avautumisvaihetta voi olla parinkin päivän ajan välillä säännöllisiä supistuksia ja sitten taas epäsäännöllisemmin supistuksia (latenssivaihe). Sen vuoksi supistuksia kannattaa kuulostella kotona rauhassa ja lähteä vasta sitten sairaalaan, kun ne ovat todella säännöllisiä ja tiheitä.
- Avautumisvaiheen aikana on tärkeää rentoutua, jotta supistus pääsee tekemään avaustyötään ja kohtulihas ja lapsi saavat tarvitsemansa hapen ja ravinnon. Rentoutusmenetelmiä kannattaa harjoitella etukäteen, jotta supistusten aikana lihasjännityksestä vapautuminen olisi mahdollista.
- Avautumisvaiheessa vauvan hyvinvointia tarkkaillaan vähintään kerran tunnissa noin 20 minuutin ajan. Vauvan sydänääniä voidaan kuunnella ulkoisesti äidin vatsanpeitteiden päältä tai sisäisesti lapsiveden menon jälkeen vauvan päähän (tai perätilavauvan takapuoleen) asetetun

elektrodin avulla. Vedenmenon jälkeen tarkkaillaan myös lapsiveden väriä.

- Liikkuminen; pallolla istuskelu, keinutuoli, heijaaminen ja kävely auttavat rentoutumisessa ja kivun sietämisessä. Samoin vesi; suihku tai amme rentouttaa ja vapauttaa voimia. Hierominen; voimakas tai heljä kosketus synnyttäjän toiveiden mukaan auttaa kivun kestämisessä. Saman tekee vyöhyketerapia, akupainanta tai jooga. Lisäksi lämmin, esimerkiksi jyvä- tai geelipussi, lievittää kipua.
- Avautumisvaiheen aikana on mahdollisuus liikkua, levätä, laulaa ja äännellä synnyttäjän tuntemusten ja toiveiden mukaan. Kätilö seuraa tilannetta ja auttaa valitsemaan parhaan mahdollisen avautumisvaiheen asennon ja kivunlievityksen. Usein tärkein rentouttaja ja tuen antaja on toinen ihminen. Tuttu ja turvallinen läheinen tuo turvaa myös synnytyssalissa. Mikäli kukaan läheisistä ei ole mukana synnytyksessä, kätilöt pyrkivät olemaan mahdollisimman paljon paikalla. Lisäksi synnytyssairaaloiden opiskelijat ovat käytettävissä. Harva synnyttäjä haluaa olla täysin yksin avautumisvaiheen aikana, mutta sekin suodaan ja on mahdollista synnyttäjän toiveiden mukaan.
- Avautumisvaiheen aikana synnyttäjä voi halutessaan liikkua normaalisti ja syödä nestemäistä ruokaa.

Ponnistusvaihe:

- Äiti ponnistaa tuntemustensa mukaan. Kätilö ohjaa äitiä hengityksessä tarpeen mukaan ja kannustaa ponnistamaan alaspäin.
- Ponnistusvaiheen asentoja voi kokeilla ja vaihdella rauhassa.
- Mahdollisia asentoja ovat jakkara, konttausasento, etunoja, seisten tukihenkilössä roikkuen, kylkiasennossa tai puoli-istuvassa asennossa sairaalasängyllä.
- Ponnistussuunta on sama kuin vessan pöntöllä istuessa, alas ei kuitenkaan peräaukkoon päin.
- Ponnistusvaiheessa tarkkaillaan jatkuvasti vauvan sydänääniä. Supistusten aikaiset, palautuvat sydänäänilaskut ovat ponnistusvaiheessa

normaaleja. Jos sydänäänet muuttuvat poikkeaviksi, kutsutaan paikalle lääkäri, joka tarvittaessa avustaa vauvan syntymistä imukupilla tai pihdeillä. Tällöin vauvan päähän asetetaan säädettävä imulaite tai pihdeillä ja synnyttäjän ponnistaessa lääkäri auttaa vauvaa syntymään vetämällä imukupilla tai pihdein.

- Tarvittaessa (nykyään hyvin harvoin) tehdään episiotomia. Repeämien syntymisen estää parhaiten se, että kätilö tukee välilihaa pään syntymässä.
- Ponnistusvaihe kestää ensisynnyttäjällä keskimäärin ½ tunnista tuntiin, siinäkin on suuria eroja synnytysten välillä.
- Vähän ennen vauvan syntymää paikalle kutsutaan avustava kätilö ja lastenhoitaja. Tarvittaessa paikalle pyydetään synnytyslääkäri, anestesialääkäri ja lastenlääkäri. Kun vauva on syntynyt, hänet kuivataan ja nostetaan äidin rinnan päälle, jossa vauva saa olla rauhassa ensimmäisen tunnin. Siinä hän kuulee tutut sydänäänet, pysyy lämpimänä ja rauhoittuu alkuparkaisujen jälkeen. Jos lapsivesi on synnytyksen aikana ollut vihreää, imetään vauvan hengitystiet ennen äidin rinnalle nostamista.

Ponnistusasennot:

- Asentoja on hyvä vaihtaa löytääkseen itselleen sopivan, jossa ponnistaminen tuntuu parhaimmalta ja jossa saa voimaa ponnistaa oikein. Ponnistaa voi kyljellään, konttausasennossa, seisten, jakkaralla tai puoli-istuvassa asennossa.
- Kylkiasennossa synnyttäjä nostaa supistuksen aikana päällimmäistä jalkaansa ylös, ottaa molemmin käsin polvitaipeen alta kiinni ja vetää sitä itseään kohti.
- Konttausasennossa synnyttäjä voi ottaa säkkituolin tueksi vatsan alle. Jalat pidetään pienessä haara-asennossa.
- Seisoma-asennossa nojataan joko ylösnostettuun sänkyyn tai tukihenkilöön. Tämä vaatii synnyttäjältä melko hyviä jalkalihaksia.

- Jakkarasyntytyksessä apuna on erityinen synnytystuoli, jossa synnyttäjä nojaa hieman taaksepäin tukihenkilöön. Synnyttäjä voi tukea polviaan auki käsillään.
- Kyykkyasennossa synnyttäjä on kyykyssä lattialla patjan päällä. Tämä vaatii synnyttäjältä melko hyviä jalkalihaksia.
- Puoli-istuvassa asennossa synnytyssängyn päätypuoli kohotetaan ylös, synnyttäjä istuu sänkyyn nojaten, polvet auki ja koukussa. Ponnistaessa hän ottaa käsillään kiinni polvitaiteiden alta ja vetää jalkoja auki ja itseänsä kohti.

Toimenpide-, perätila- ja kaksossyntytyksissä ponnistaminen tapahtuu aina puoli-istuvassa asennossa ja apuna ovat useimmiten myös jalkatuet.

Jälkeisvaihe:

- Jälkeiset syntyvät 5-60 minuutin kuluttua lapsen syntymästä ponnistamalla, napanuorasta varovasti vetämällä tai vatsan päältä painamalla.
- Äidille annetaan tarvittaessa kohtua supistavaa lääkettä lihakseen.
- Jos istukka ei synny, tehdään istukan käsinirriutus leikkaussalissa puudutuksessa tai kevyessä nukutuksessa.
- Istukan synnyttyä ommellaan mahdolliset leikkaushaavat sekä synnytyksessä tulleet pienet repeämät – väliliha puudutetaan ennen ompelua. Isommat repeämät ommellaan leikkaussalissa.
- Parin tunnin kuluttua lapsen syntymästä perhe siirtyy lapsivuodeosastolle

Gynekologi pyydetään synnytykseen mukaan vain tarvittaessa, samoin anestesioologi puudutuksia antamaan. Mikäli lapsen voinnissa ilmenee synnytyksen aikana poikkeavaa, paikalle kutsutaan myös lastenlääkäri. Poikkeavasta synnytyksestä puhutaan, jos apuna on käytetty imukuppia tai harvemmin nykyään synnytyspihtejä. Niitä käytetään, mikäli synnytys pitkittyy, äidin voimat vähenevät tai lapsen vointi sitä vaatii. Poikkeava synnytys on myös silloin, jos verenvuotoa on yli 1000ml tai

istukan irtoamista joudutaan auttamaan leikkaussalissa käsin. Keisari-leikkaus eli sektio voi olla suunniteltu, kiireellinen tai hätäsektio. Syyt kiireelliseen sektioon tai hätäsektioon ovat äidin ja/tai lapsen voinnin nopea huononeminen. Isä tai tukihenkilö pääsee yleensä heti tutustumaan vauvaan ja hoitamaan häntä. Vauvan paras paikka syntymän jälkeen on sylissä ihokontaktissa.

Vauvan ensikohtaaminen:

Vauvan peittää usein valkea rasvamainen lapsenkina, joka on lapsen ihon suoja-aine. Vanhemmat saavat ensimmäisen kerran silitellä ja ihastella uutta perheenjäsentään kohdun ulkopuolella. Vauva tutkitaan yhdessä vanhempien kanssa äidin vatsan päällä. Vauvan sydänäänet ja hengitys tarkistetaan. Hänen ihonvärinsä, jäntevyytensä ja ärtyvyytensä arvioidaan. Lapselle laitetaan tunnisteranneke. Sen jälkeen isä tai tukihenkilö saa katkaista napanuoran. Napanuorasta otetaan verinäyte kilpirauhasen vajaatoiminnan löytämiseksi ja verikaasuanalyysi happitilanteen selvittämiseksi. Mikäli äiti on Rh-negatiivinen, napaverestä tarkistetaan myös veriryhmä.

Lapselle annetaan K-vitamiinipistos verenvuotojen ehkäisemiseksi joko tässä vaiheessa tai mittausten yhteydessä myöhemmin. Vauva peitellään äidin rinnalle alasti ihokontaktiin tuttujen sydän- ja hengitysäänten kuuluville. Siten vauvan lämpö pysyy parhaiten hyvänä. Ihokontakti edistää imemisen alkamista ja helpottaa vauvan ja äidin sekä isän tutustumista toisiinsa.

EPÄSÄÄNNÖLLINEN SYNNYTYS

Imukuppisynnytys:

- Ennen imukupin käyttöä tehdään joskus (hyvin harvoin) episiotomia, jolla estetään välilihan repeäminen peräaukon sulkijalihakseen. Paras repeämisen ehkäisy saavutetaan kuitenkin tukemalla välilihaa käsin.
- Imukuppi kiinnitetään alipaineella vauvan päähän.
- Supistuksen aikana äidin ponnistaessa vauva vedetään imukupilla ulos.
- Imukuppia käytettäessä vauvan päähän saattaa tulla veripahka (mutta ei välttämättä). Se häviää nopeasti kokonaan.

Pihtisynnytys:

- Harvinaisempi, edelleen kuitenkin käytössä
- Samat syyt kuin imukupin käytössä
- Vauvan pään molemmin puolin asetetaan pihdit, joilla vauva vedetään ulos synnytyskanavasta

Perätilasynnytys:

- Perätilaepäilyssä äiti lähetetään synnytyssairaalaan raskausviikolla 35–36 ulkokäännöstä varten – lähes puolet käännöksistä onnistuu
- n. 4 prosenttia loppuraskauksista on perätilassa
- Alakautta ulosautto:
 - o pään syntyminen on kriittinen hetki
 - o äidille perätilasynnytyksessä ei ole normaalisyntytystä enempää riskejä
- Sektiolla ulosautto:
 - o normaalit leikkauksen riskit ja leikkauksesta toipuminen

Ennenaikainen synnytys:

- Alle 37 raskausviikolla tapahtuva synnytys.
- Joskus kyseessä on tulehdus, joskus äidin raskausmyrkytys tai myös monisikiöraskaus voi johtaa ennenaikaiseen synnytykseen.
- Ennenaikaisia synnytyksiä pyritään estämään lääkkeiden avulla 34 raskausviikkoon asti joko suonensisäisenä lääkityksenä tai tablettien avulla. Tuolloin äiti on lepo-hoidossa sairaalassa ja saa sikiön keuhkoja kypsyttävää kortisonia lihakseen tai tablettina suun kautta.
- Synnytykseen tulee aina mukaan lastenlääkäri ja tarvittaessa synnytyslääkäri (kaksosraskaus, perätila).
- Yleensä alle 36 raskausviikolla syntynyt vastasyntynyt viedään keskoltaan tai lasten teho-osastolle tarkkailuun.

Runsas verenvuoto:

- Yli 1 000 ml
- Lisäveren tai sen osien antaminen

Istukan irtoamisen vaikeudet:

- Käsin irrotus, leikkaussalissa nukutettuna
- HARVOIN kohdunpoisto, jos istukka on kiinnittynyt suoraan kohtuliakseen tai mennyt sen läpi

Suunniteltu sektio:

- Syy:
 - o äidin tai lapsen sairaus tai muu rakenteellinen syy
 - o kokoepäsuhta
 - o äidin voimakas synnytyspelko
 - o isä/tukihenkilö mukaan
 - o yleensä puudutuksessa

Kiireellinen sektio:

- Syy:
 - o lapsen tai äidin voinnin heikkeneminen
 - o isä/tukihenkilö ei yleensä pääse mukaan

Hätäsektio:

- Syy:
 - o lapsen/äidin voinnin nopea heikkeneminen.
 - o isä/tukihenkilö ei pääse mukaan vaan jää odottamaan vauvaa synnytyssaliin.

Sairas lapsi:

- Lastenlääkäri tutkii vauvan, ohjaa hänet seurantaan tai hoitoon joko lastenosastolle tai teho-osastolle.
- Vanhempia tuetaan jo synnytyssalissa, äitiä ohjataan rintojen lypsämiseen ja muihin imetykseen liittyviin asioihin.
- Tilanteeseen vaikuttaa paljon se, oliko sairaus yllätys vai tiedettiinkö se jo odotusaikana.

SYNNYTYSPELKO

Synnytyspelko voi olla naisen elämää rajoittava pelko ja voimakas tunne siitä, ettei hän voi kestää synnytyksen läpikäymistä. Noin 5% kaikista raskaana olevista naisista tuntee lamaannuttavaa pelkoa tai jopa kauhua ajatellessaan synnytystä.

Synnyttäminen on turvallisempaa kuin koskaan aikaisemmin, mutta silti naiset pelkäävät. Osasyynä voi olla se, että yhteiskunta on muuttunut. Naiset ovat vanhempia synnyttäessään kuin ennen. Tänä päivänä voimme aika pitkälle säädellä omaa elämäämme ja välttää niitä asioita, joita pelkäämme. Kun joudumme sellaiseen tilanteeseen, jota emme voi säädellä, tulee pelko. Syntymää ja kuolemaa emme voi säädellä. Ne kuuluvat ihmisen elämään kiinteinä tosiasioina.

Turvallisuuden tunne syntyy siitä kokemuksesta, että voi itse hallita ja säädellä omaa elämäänsä. Synnytyspelossa on usein tunne siitä, ettei voi hallita itseään kivun hetkellä. Synnytyspelossa ei ole kyse vain kivunpelosta. Nainen pelkää menettävänsä kokonaan itsehillintänsä ja pelkää tekevänsä jotain täysin hallitsematonta.

Nainen pelkää myös siitä syntyvää häpeää. Synnytyspelkoon liittyy myös pelko repeämisestä, toimenpiteistä, sairaalamiljööstä, lapsen vammautumisesta tai kuolemasta omasta kuolemasta. Osa naisista pelkää paljastavaa asentoa, kiinni sitomista tai että yhteistyö kättilön kanssa ei onnistu.

Voimakkaassa synnytyspelossa nainen ei voi luottaa itseensä ja omaan selviytymiskykyynsä, vaan tarvitsee muiden ihmisten tukea ja jonkinlaisia ulkoisia suojamuureja. Hän haluaa myös varmistuksen siitä, että henkilökunta on pätevää ja ammattinsa osaavaa ja hän yrittää päästä täydelliseen varmuuteen ja turvallisuuteen.

Synnytyksen käyminen läpi askel askeleelta on merkittävää pelon hoidossa. Ahdistavia tunteita tulee kerta kerralta vähemmän. Vähitellen pelon tunne alkaa menettää merkitystään naisen kokemuksissa. Se saattaa herätä hetkeksi uudestaan, mutta se ei saa samaa asemaa enää naisen elämässä.

Rentoutuminen on tärkeä menetelmä, kun pyritään vaikuttamaan pelon ja jännityksen lieventämiseen. Käytös voi pelon yhteydessä olla hä-

täistä ja epätarkoituksenmukaista. Hengitysrentoutus auttaa tässä tilanteessa. Voi pysähtyä hetkeksi hengittämään rauhallisesti ja todeta ettei minulla ole mitään todellista hätää tai uhkaa, vaikka oloni onkin pelokas.

Synnytyspelko saa tulevan äidin usein toivomaan sektiota eli keisarileikkausta alatiesynnytyksen sijaan. Alatiesynnytys on kuitenkin sekä äidille että lapselle turvallisempi kuin leikkaus. Leikkaus on iso kirurginen toimenpide, johon liittyy riskejä ja joka vaatii pidempää toipumisaikaa kuin alatiesynnytys. Lisäksi jokainen keisarileikkauksen jälkeinen raskaus on riskiraskaus.

Joskus synnytyspelko voi mennä ohi jo raskauden aikana, jos odottava äiti saa oikeaa tietoa ja apua. Usein pelko ei väisty raskauden aikana kokonaan, mutta sitä saadaan lievitettyä niin, että alatiesynnytys tuntuu luontevalta pelosta huolimatta.

SYNNYTYSKIPU

Synnyttäjille pitää kertoa synnytyskipun ankaruudesta ja sen hoitokeinoista. Siitä huolimatta, että synnytykseen valmistautuminen lisää myönteistä asennoitumista ja keinoja selviytyä kivusta, se ei vähennä kivun määrää. Toisaalta synnytykseen valmistautuminen voi myös johtaa epärealistiseen käsitykseen synnytyskipusta tuoden pettymyksiä, syyllisyyttä ja epäonnistumisen tunnetta. Ensisynnyttäjistä suurimman osan synnytyskokemukset eivät vastaa odotuksia synnytyksestä. Useimmille naisille synnytyskipu on voimakkain kipukokemus elämässä jättäen varjoonsa kaikki muut koetut kivut.

Synnytyskipun luonne ja tarkoitus:

Synnytyskipun luonteen ja tarkoituksen ymmärtäminen helpottaa siitä selviytymistä synnytyksessä.

- Synnytyskipu ei viestitä siitä, että kehossa on joku vamma tai sairaus. Se ei siis ole negatiivista kipua. Sen sijaan synnytyskipu kertoo siitä, että kohtulihas toimii tehokkaasti.
- Kipu ei jatku loputtomasti vaan synnytys kestää yleensä korkeintaan 24 tuntia, yleisimmin noin 8-12 tuntia.
- Synnytyssupistukset toistuvat rytmisesti aaltoillen, eli kipu kestää kerrallaan puolesta minuutista puoleentoista minuuttiin.
- Välissä on kivuttomia jaksoja, joiden aikana voit levätä ja kerätä voimia seuraavaa supistusta varten.
- Kipu alkaa lievempänä ja supistuksia tulee harvemmin. Vähitellen supistukset tulevat nopeammassa rytmissä ja niiden teho voimistuu. Samalla supistuksen kesto pitenee. Tämä tapahtuu kuitenkin vähitellen, joten sinulla on mahdollisuus totutella supistuksiin.
- Luonnon oma kipu on yleensä hyvin siedettävää ja naiskehossa on oma sisäänrakennettu selviytymismekanismi tätä varten. Mutta kun supistuksia voimistetaan keinotekoisella oksitosiinitipalla, se saa aikaan yli-luonnollisen pitkiä ja voimakkaita supistuksia, joista selviytyminen on

huomattavasti vaikeampaa. Synnytystraumat syntyvät useimmiten toimenpidekeskeisistä synnytyksistä, harvemmin luonnon omasta kivusta.

Miltä synnytyskipu tuntuu:

Yleisimmin supistus tuntuu alavatsakipuna ja kipuna selässä. Jotkut äidit kuvaavat synnytyssupistuksia hyökkääviksi aalloiksi, toiset visioivat ne jyrkkinä kukkuloina. Supistukset tuntuvat paljon samalta, kuin kuukautiskivut, mutta monta kertaa voimakkaampina. Kipu saattaa tuntua myös lantiossa, pakaroissa ja reisissä, erityisesti avautumisvaiheen lopulla.

Eri ihmiset kokevat synnytyskipun eri tavalla. Kipu on myös erilaista synnytyksen eri vaiheissa ja saattaa vaihdella saman ihmisenkin kohdalla eri synnytyksissä. Huolellinen valmistautuminen auttaa kivun kohtaamisessa. On parempi antautua kivulle ja työskennellä yhdessä sen kanssa, kuin taistella kipua vastaan.

Monet asiat vaikuttavat siihen millä tavoin kehosi tulkitsee kipuviestin. Luottamus oman kehon kykyyn selviytyä synnytyksestä ja kivusta vaikuttaa siihen miten naiset kertovat tunteneensa kivun. Äiti, jolla on tietoa ja luottamusta normaalia synnytystä kohtaan kestää paremmin kipua synnytyksessä. Myös kulttuuriperäiset vaikutteet vaikuttavat siihen miten koemme kivun. Maissa ja kulttuureissa, joissa on yleistä synnyttää ilman lääkkeellistä kivunlievitystä, naiset selviytyvät kivusta paremmin. Toisaalta kulttuureissa, joissa synnytystä pidetään vaarallisena ja negatiivisena asiana, naiset jo lähtökohtaisesti tuntuvat oletta- van, että siitä selviytyminen ilman voimakkaita lääkkeitä on mahdotonta.

Kivun psykologinen tarkoitus:

Kiputuntemus saa kehon hormonitoiminnan liikkeelle. Tämä voimistaa psyykkisiä reaktioita, kuten läheisyyden tunnetta, hoivaamisviettiä, selviytymisen ja onnistumisen tunnetta, sekä synnytyksen jälkeistä euforiaa. Missään muussa naisen elämän vaiheessa oksitosiinihormoni ei ole niin korkealla, kuin heti synnytyksen jälkeen. Sen tarkoitus on saada äiti rakastumaan vauvaansa ja vahvistaa heidän välilleen kehittyvää vuorovaikutteista kiintymyssuhdetta.

LÄÄKKEETÖN KIVUNLIEVITYS

Liike: kävely, keinutuoli, lantion heijaaminen, pallo, säkkituoli.

Rentoutuminen: auttaa lihaksia saamaan verta ja happea, se auttaa supistuksia työntämään lasta alaspäin synnytyskanavassa ja aukaisemaan kohdunsuun lapsen syntymistä varten. Kasvojen ja hartioiden rentoutuksella on yhteys lantiopohjan lihaksiston rentoutukseen: leuka rennoksi.

Hieronta, kosketus, akupainanta, vyöhyketerapia: kosketus vain synnyttäjän toiveiden mukaan, etukäteen ei voi tietää, minkälaista kosketusta synnytyksessä haluaa ja sietää (alaselän, reisien ja hartioiden hieronta tai akupainanta).

Hengittäminen: vapaa, normaali hengittäminen on tärkeää. Hengityksen pidättäminen vaikeuttaa äidin ja lapsen oloa. Kovaan supistukseen vastataan syvällä huokauksella. Ponnistuspakeroon vastataan läähätyksellä. Ponnistusvaiheessa synnyttäjä usein hengittää ja ponnistaa vaistomaisesti tuntemustensa mukaan. Kätilö saattaa tarvittaessa ohjata vetämään keuhkot täyteen ilmaa, sen jälkeen pidättämään hengitystä ja samalla ponnistamaan. Yhden supistuksen aikana ehtii vetää keuhkot täyteen ilmaa ja ponnistaa 2–3 kertaa.

Suihku

Amme: normaali raskaus, ennen epiduraalipuudutusta. Jos isä menee mukaan ammeeseen, isä käy suihkussa ja laittaa uimahousut jalkaan.

Aqua-rakkulat: steriiliä vettä pistetään ihoon kuplaksi kipupisteiden kohdalle – toimii akupunktion tavoin. Kirvelee laitettaessa, poistaa kipua.

Kylmät/lämpimät kääreet, geeli- tai jyväpussit

LÄÄKKEELLINEN KIVUNLIEVITYS

Alkuvaiheessa voidaan antaa kipulääkettä suoraan lihakseen.

Ilokaasu eli happi-typpioksiduuliseos: supistuksen alkaessa laitetaan maski tiukasti kasvoille ja hengitetään normaalisti sisään ja ulos maskin kautta (vaikka suurimmassa osassa laitteista ei olekaan vielä poistoilmajärjestelmiä). Ilokaasun hengittäminen lopetetaan heti, kun supistus alkaa laimentua. Ilokaasu leikkaa voimakkainta kipua, se saattaa aiheuttaa pahoinvointia, mutta kaasu häviää nopeasti elimistöstä. Tärkeää on oikea tekniikka.

Epiduraali- tai spinaalipuudutus: tehokkain menetelmä. Ensin iv-tippa käteen ravintoliuosta ja oksitosiinia varten, sitä kautta on myös mahdollista lääkittää nopeasti, jos verenpaine laskee liikaa. Synnyttäjää asetetaan kylkiasentoon ja pyöristää selkensä selän iho puhdistetaan samaan tapaan kuin leikkaustoimenpiteitä varten anestesia- ja epiduraalipuuduttaa ensin ihon ja työntää sitten puudutteen epiduraali- tai spinaalikanavaan. Epiduraalipuudutus vaikuttaa hiukan hitaammin, mutta kestää kauemmin, spinaalipuudutus vaikuttaa nopeammin, mutta kestää vähemmän aikaa. Synnyttäjän verenpainetta seurataan. Synnyttäjällä on noin puoli tuntia makuulla puuduttamisen jälkeen, hänellä on mahdollisuus levähtää joskus jopa nukahtaa. Puudutusten laiton aikana ja jälkeen seurataan vauvan sydänääniä. Äidille komplikaationa mahdollinen durapunktio, jonka seurauksena äidille tulee voimakas päänsärky. Se hoidetaan laittamalla veripaikka kovakalvoon jääneen reiän päälle.

Paraservikaalipuudutus eli PCG: lääkäri pistää puudutusaineen kohdun suun ympärille 2–4 kohtaan. Helpottaa usein kohdun suun avautumista. Vauvan sydänääniä tarkkaillaan

Pudendaalipuudutus: emättimen kautta puudutetaan pudendaalishermit. Auttaa avautumisvaiheen lopussa ja ponnistusvaiheessa. Vauvan sydänääniä tarkkaillaan

Puudutuksiin saattaa liittyä haittatekijöitä, kuten äidin verenpaineen lasku, synnytyksen hidastuminen, vauvan hapenpuute, imukupin käytön lisääntyminen ja repeämäriskin lisääntyminen sekä imetyksen käynnistymisen viivästyminen. Sen vuoksi äidiltä tarkkaillaan veren-

painetta ja supistuksia sekä vauvalta seurataan sydänääniä ennen puudutuksia sekä niiden antamisen jälkeen. On kuitenkin hyvä muistaa, että mitään sellaista ei tehdä, mikä olisi vaarallista äidille tai vauvalle. Pääsääntönä synnytyksessä on se, että kun äiti voi hyvin, vauva-kin voi hyvin ja synnytys etenee.

ISÄN TAI TUKIHENKILÖN ROOLI SYNNYTYKSESSÄ

- Läheisen ihmisen läsnäolo luo synnyttäjälle turvallisuuden tunnetta.
- Vanhemmat kokevat yhdessä lapsen syntymän ja ensikontaktin, mikä vahvistaa perheen yhteenkuuluvuutta.
- On tärkeää, että tukihenkilö tulee mukaan synnytykseen vapaaehtoisesti ja osallistuu mahdollisuuksien mukaan myös synnytysvalmennukseen.
- Tukihenkilöiden määrä on rajoitettu kahteen, jotta synnytyksen aikana olisi mahdollisimman rauhallinen ilmapiiri.
- Synnytyksen avautumisvaihe saattaa kestää useita tunteja, jolloin tukihenkilön läsnäolo estää synnyttäjää tuntemasta itseään yksinäiseksi.
- Tukihenkilö voi hieroa synnyttäjän selkää supistusten aikana, lämmitteä viljapusseja (rentouttavat ja helpottavat supistuskipuja) sekä pyyhkiä hikeä, kannustaa ja antaa kylmiä kääreitä ponnistusvaiheessa.
- Tukihenkilön kannattaa ottaa mukaansa omat eväät, joita voi säilyttää tukihenkilöille tarkoitetun kahvihuoneen jääkaapissa.
- Öisin, jos synnytys on rauhallisessa vaiheessa, tukihenkilö voi levätä keinutuolissa, säkkitynyllä tai nukkua sängyllä.
- Vauvan synnyttyä tukihenkilö saa katkaista napanuoran.
- Kahden tunnin kuluttua synnytyksestä äiti ja vauva siirtyvät lapsivuodeosastolle. Yöaikaan tukihenkilö voi tämän jälkeen lähteä kotiin, muulloin hän voi saattaa äidin ja vauvan osastolle. Näin menetellen häiritään mahdollisimman vähän vuodeosaston äitien ja vauvojen yörauhaa.
- Isien yleisin kysymys on ”Mistä saa parkkipaikan?”. Muutamia parkkipaikkoja on äitiyspoliklinikan vieressä sekä U-sairaalan vieressä on parkkitalo. Nämä paikat ovat päiväsaikaan maksullisia. Lähikaduilta saattaa löytyä maksuttomiakin paikkoja.

LAPSIVUODEAIKA

LAPSIVUODEAIKA

Lapsivuodeaika on lapselle omistettua aikaa synnytyksen jälkeiset kahdeksan viikkoa tai synnytyksen jälkitarkastukseen viikolle 12 asti.

OSASTOHOITO

Lapsivuodeosastolla seurataan äidin fyysistä ja psyykkistä toipumista synnytyksestä sekä ohjataan äitiä itsensä hoitamisessa. Kohdun supistumista, jälkivuotoa ja mahdollisen välilihan leikkaushaavan tai repeämän paranemista tarkkaillaan. Myös rintojen kuntoa ja maidon nousua rintoihin seurataan. Vauvan sopeutumista kohdun ulkopuoliseen elämään, imemisen harjoittelua, painon kehitystä ja navan paranemista seurataan. Jotkut vauvat kellastuvat syntymän jälkeen ja saattavat tarvita sen hoitamiseksi sinivalohoitoa. Sinivalohoitoa annetaan lapsivuodeosastolla, eikä äitiä ja vauvaa tarvitse siksi erottaa toisistaan. Äitiä ja vauvaa autetaan myös rintaruokinnan opettelussa.

Vanhempia autetaan vahvistamaan suhdettaan lapseen, ohjataan heitä huomioimaan vauvan viestejä ja vastaamaan vauvan tarpeisiin sekä opetetaan vastasyntyneen hoitamisessa. Äitien toiveesta rauhallisen ympäristön luomiseksi vierailuaikoja osastolla on rajoitettu ja ne on tarkoitettu ainoastaan lapsen sisaruksille ja isovanhemmille.

Lapsivuodeosastolla toteutetaan ympärivuorokautista vierihoitoa, jolloin äiti ja vastasyntynyt saavat mahdollisuuden olla erottamatta yhdessä. Vauvalla on turvallinen olo äidin lähellä tuttua ääntä kuunnellessaan ja maidon tuoksua haistellessaan. Vauvan läheisyys ja vauvantahtinen imetys nopeuttavat äidin maidonnousua rintoihin ja lisäävät maidon määrää. Myös isällä on mahdollisuus jäädä osastolle äidin kotiutumiseen saakka. Tällöin vanhemmille ja vastasyntyneelle voidaan järjestää perhehuone, jossa vanhemmat pääsevät yhdessä tutustumaan uuteen pienokaiseen ja harjoittelemaan lapsenhoitoa. Ympärivuorokautinen vierihoito edistää vanhempien ja lapsen välistä vuorovaikutusta ja kiintymistä sekä mahdollistaa lapsenhoidon ja imetyksen harjoittamisen. Isän apu ja läsnäolo etenkin alkupäivinä on äidille korvaamattoman tärkeää.

VARHAINEN VUOROVAIKUTUS

Varhaisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan yhdessä olemisen molemminpuolisia tapahtumia, joissa vanhempi tunnistaa lapsen viestit ja vastaa niihin ja lapsi puolestaan vastaa vanhemman hoivakäyttäytymiseen. Äidin ja vastasyntyneen välille muodostuu näin rauhallinen, yhdessä olemisen ja ilon elämys, johon liittyvät samalla kosketuksen, äänien, katseiden ja emotionaalisen yhteenkuuluvuuden kokemukset. Vuorovaikutus on kiintymyssuhteen muodostumisen edellytys.

Lapsi on heti syntyessään aktiivinen ja kykenee vuorovaikutukseen. Hän pystyy osoittamaan haluavansa vanhemman läheisyyttä ja nauttivansa siitä. Sikiöajalta tutuksi tulleet äänet, tuoksut ja liikkeet tuovat vauvalle turvallisuuden tunteen ja jäsentävät hänelle uutta ja vierasta maailmaa. Vauvan kehittyviä vuorovaikutustaitoja tukee vanhempien kyky tunnistaa lapsen viestejä ja reagoida niihin riittävän nopeasti ja johdonmukaisesti. Vauvan viesteille herkistynyt vanhempi hoivaa ja auttaa vauvaa säätelemään tunnetilojaan, jakaa ne hänen kanssaan ja nimeää niitä. Tunnetilojen säätely on lapselle välttämätöntä. Vanhemmat ovat luonnostaan herkkiä aistimaan lapsen viestejä ja tarpeita. Äidillä erityisesti hormonaalinen toiminta herkistää häntä lapsen viesteille.

Äidille ja vastasyntyneelle tulee antaa riittävän pitkä ja häiriötön hetki varhaiseen ihokontaktiin, sillä varhaisella ihokontaktilla on todettu olevan monia myönteisiä vaikutuksia sekä äidille että vastasyntyneelle. Ihokontaktissa oleminen edesauttaa imetyksen onnistumista ja sen kesto on pidempi. Vastasyntynyt pitää lämpö- ja verensokeritasapainonsa vakaampana ja itkee vähemmän. Lisäksi äidin on todettu osoittavan helpommin kiintymystään ihokontaktissa ollutta vastasyntynyttä kohtaan. Ihokontaktilla on hyödyllinen vaikutus myös vauvan uni-valvetrymiin, se tukee ihanteellista vastasyntyneen kasvua ja kehitystä sekä edesauttaa vanhempi-lapsisuhteen kehitystä.

Vaikka äidin rooli lapsen hoidossa helposti korostuu, on tärkeää, että kumpikin vanhempi huolehtii tasavertaisesti lapsesta ja ottaa vastuun lapsesta ja perheestä. Molemmat vanhemmat ovat lapselle yhtä tarpeellisia ja arvokkaita. Vanhempien kanssa käydään osastolla läpi vauvan vaippojen vaihtoa, pepun pesua, kylvettämistä, ihon- ja navan hoitoa

sekä keskustellaan, miten itkevää lasta voi rauhoittaa, miten lapsi puetaan sekä milloin ja miten on sopivaa ulkoilla.

Imetysaikana hormonitoiminta auttaa äitiä pääsemään syvempään uneen kuin tavallisesti, joten unentarve on pienempi kuin aikaisemmin. Äidin kannattaa levätä silloin, kun vauvakin lepää, sillä vauvan rytmin mukaiset päiväunet tekevät hyvää myös äidille. Rikkonaiset päivät, illat ja yöt kuuluvat vauvaperheen arkeen, kun vauva opettelee elämän perustaitoja perheensä opastuksella.

SAIRAALASTA KOTIUTUMINEN

Ensisynnyttäjän viipyvät sairaalassa synnytystavasta sekä omasta ja lapsen voinnista riippuen keskimäärin neljä päivää, uudelleensynnyttäjät hiukan vähemmän aikaa. Keisarileikatut äidit ovat osastohoidossa keskimäärin viisi päivää leikkauksen jälkeen. Kotiutuminen tulee ajankohtaiseksi, kun vanhemmat tuntevan olevansa valmiita kotiutumaan. Vanhemmilla tulee olla riittävät valmiudet huolehtia synnyttäneen äidin ja vastasyntyneen lapsen hyvinvoinnista. Imetyksen ja vauvan hoidon tulee sujua itsenäisesti. Myös vauvan painon tulee olla nousussa ja keltaisuusarvon (bilirubiini) tulee olla riittävän matala.

Kotiutuksessa käydään läpi äidin synnytystiedot ja synnytyskokemusta sekä oman voinnin ja vastasyntyneen voinnin seuranta vaativia asioita. Imetystä ja lapsenhoitoa sekä vanhempia askarruttavia asioita ker-taillaan. Kätilö tekee äidille kotiinlähtötarkistuksen, jossa tarkistetaan rintojen kunto, kohdun supistuminen ja mahdollisten leikkaushaavojen tai repeämien paraneminen. Neuvolakortti lähetetään osastolta postitse äidin omaan neuvolaan äidin lähdettyä kotiin.

Lastenlääkärintarkastus tehdään osastolla lapsen ollessaan kahden vuorokauden ikäinen. Siinä tarkistetaan vauvan vointia ja varmistetaan normaali kehitys, joiden perusteella voidaan arvioida myös sitä, milloin vauva olisi valmis lähtemään vanhempien kanssa kotiin.

Uudelleensynnyttäjät voivat kotiutua myös varhaisesti 6-48 tunnin kuluttua synnytyksestä, jolloin puhutaan lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Tällöin he tulevat kaksi päivää synnytyksen jälkeen poliklinikka-käynnille sairaalaan ns. lypsy-polille lastenlääkärintarkastukseen.

Kotiuduttuaan äiti ottaa yhteyttä omaan äitiysneuvolaansa, jolloin sovi-taan kotikäynnistä tai äidin ja vauvan menosta neuvolan vastaanotolle. Synnytyksen jälkeisellä neuvolakäynnillä kertaillaan synnytykskokemusta ja tarkastetaan äidin ja vauvan vointi. Vauva on kaksi-viikkoiseksi saakka äitiysneuvolan asiakas ja siirtyy sen jälkeen lasten-neuvolan puolelle.

Jälkitarkastusaika sovitaan 5-12 viikon päähän synnytyksestä äitiys-neuvolaan. Jälkitarkastuksessa varmistetaan äidin normaali toi-puminen synnytyksestä ja keskustellaan äidin ja vauvan voinnin lisäksi

myös raskauden ehkäisystä. Jälkitarkastuksesta saatava todistus on edellytys äitiysrahan jatkumiselle.

Mikäli kotiutumisen jälkeen tulee pulmia, vanhemmat voivat ensisijaisesti ottaa yhteyttä neuvolan terveydenhoitajaan. Ilta-, yö- ja viikonloppuaikaan sekä pyhäpäivinä voi soittaa myös synnytysosastolle. Terveydellisten ongelmien ilmetessä ensisijainen yhteydenottoaika on oma terveysasema tai terveyskeskuksen päivystys ja vakavissa tapauksissa sairaalan ensiapu.

SYNNYTYKSESTÄ TOIPUMINEN

Synnytyksestä toipuminen on yksilöllistä. Myös uuteen elämään sopeutuminen vie aikaa. Synnytystapa vaikuttaa suuresti toipumiseen, mutta myös äidin mielialalla ja ympäristötekijöillä on omavaikutuksensa. Muun muassa perheen ja puolison tuki ja käytännön apu ovat äidille tärkeitä lapsenhoidosta selviytymisessä. Puolison tuella on ennaltaehkäisevä vaikutus synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Lisäksi hyvä parisuhde ja hyvä puolisoisten välinen kommunikointi helpottavat synnytyksen jälkeistä sopeutumista.

Synnytyksen jälkeen jälkivuoto kestää yleensä neljästä kuuteen viikkoon vähitellen niukentuen. Imettäminen saattaa hetkellisesti lisätä vuotoa kohdun supistelusta johtuen. Kuukautiset alkavat aikaisintaan neljän viikon päästä synnytyksestä. Imetys saattaa siirtää kuukautisten alkamisajankohtaa puoli vuotta tai enemmänkin. Kohdun alkaessa palautua synnytyksen jälkeen, saattaa ilmetä jälkisupistuksia. Niitä ilmenee synnytyksen jälkeisinä alkupäivinä etenkin uudelleensynnyttäjäillä ja lähinnä imettäessä tai pian sen jälkeen, kun kohtua supistavaa oksitosiini-hormonia erittyy vereen. Kohdun palautumista seurataan vatsanpeitteiden päältä kädellä tunnustellen. Kohtu palautuu nopeasti, viikossa sen paino on jo puolittunut. Kohdun supistuessa myös kohdun tukisiteet ja kohdunkaula palautuvat. Emättimen palautuminen raskautta edeltäneeseen tilaan vie kuudesta kahdeksaan viikkoon. Sen jämäköitymistä voi edesauttaa tekemällä lantiopohjan lihasharjoituksia.

Tulehdusriski on juuri synnyttäneellä äidillä suuri johtuen muun muassa estrogeenivähyyden aiheuttamasta limakalvojen ohenemisesta ja rikkoutumisherkkyydestä sekä emättimen pH:n muutoksesta aiheutuvasta bakteerikannan muutoksesta. Myös välilihan leikkaushaava, limakalvorepeämät sekä ennen vaurioiden paranemista aloitetut yhdynät altistavat tulehduksille. Päivittäisestä puhtaudesta huolehtiminen on synnytyksen jälkeen erittäin tärkeää. Ammekylpyjä, uintia ja tamponien käyttöä tulisi siksi välttää ja saunoessa tulee erityisesti huolehtia puhtaudesta.

Välilihan leikkaushaavan tai repeämän paraneminen vie parista viikosta neljään viikkoon, jonka aikana myös aristus haavalla helpottuu. Ompeleet sulavat itsestään noin 3 viikon kulutta ompelusta. Hoitona on runsas suihkuttelu vedellä aina wc-käyntien yhteydessä, ilmakylvyt ja tarvittaessa istumisen välttäminen. Voi olla miellyttävää käyttää aluksi

suihkua virtsaamisen aikana, sillä se vähentää kirvelyä. Myös ulostaminen saattaa aluksi tuottaa hankaluuksia. Synnytyksen aikana saattaa muodostua peräpukamia. Peräpukamakipuihin voi käyttää apteekista saatavaa kipua ja turvotusta vähentävää voidetta. Myös viileällä vedellä suihkuttelu ja jääsiteet (vedellä kostutetut, pakastetut terveysteet) auttavat kipuun ja turvotukseen ja nopeuttavat paranemista. Suolen sisältö tulisi pitää pehmeänä runsaskuituisen ruokavalion ja runsaan nesteiden saannin avulla. Säännöllisillä aterioilla ja monipuolisella ruokavaliolla on muutenkin suuri merkitys toipumisessa. Synnytyksen jälkeiset vaivat saattavat jatkua vielä puolen vuoden tai jopa vuoden päästä synnytyksestä.

Keisarileikkauksen haavaompeleet poistetaan 5.-6. päivänä leikkauksen jälkeen. Sektion jälkeen raskaita nosteluja tulee välttää jälkitarkastukseen asti. Lisäksi haavan ympärillä on tunnottomuutta pitkään leikkauksen jälkeen.

Imetyksen jälkeen rinnanpääät ovat yleensä arat muutamien ensimmäisten päivien ajan. Rinnanpäiden haavaumia voi parhaiten ehkäistä huolehtimalla vauvan oikeasta imuotteesta, johon lapsivuodeosastolla opastetaan. Imetyksen päätteeksi rinnanpäähän voi puristaa suojaksi maitopisaran. Myös ilmakylvyt auttavat hoitamaan rintoja. Punoittavien, kuivien tai haavaumaisten rinnanpäiden suojaksi voi laittaa voidetta, esimerkiksi Bepanthenia®, jota ei tarvitse imetyksen ajaksi pestä pois. Maidon noustessa rintoihin 2.-3. päivänä rinnat voivat tuntua kipeiltä, jolloin oloa voi helpottaa paitsi imettämisen, myös rintojen lypsämisen ja kylmien kaalihauteiden avulla. Rintojen lypsäminen ohjataan äidille osastolla maidon noustua rintoihin.

Liikunta edistää synnytyksestä toipumista. Synnytyksen jälkeinen voimistelu vahvistaa raskauden aikana venyneitä ja heikentyneitä lihaksia. Etenkin vatsa- ja lantionpohjanlihakset ovat raskauden aikana veltoistuneet. Lantionpohjan lihasten supistus- ja rentoutusharjoitukset eivät näy ulospäin, joten niitä voi harjoittaa melkein missä vain. Lantionpohjan tunnistamisharjoitukset voi aloittaa jo synnytyksen jälkeisenä päivänä kivun rajoissa.

MYLLERTÄVÄ MIELI

Synnytyksen jälkeisellä herkistymisellä tarkoitetaan aikaa, jolloin hormonitasapainon muutokset, muun muassa estrogeenin vähyys, sekä väsymys vaikuttavat äidin mielialaan. Tällöin äidin mieliala voi herkästi vaihdella onnen tunteista alakuloisuuteen ja itkuherkkyyteen. Syytä itkuun voi olla joskus vaikea selittää. Myös äidin rooliin kasvaminen aiheuttaa ristiriitaisia tunteita. Avoin asioista keskusteleminen ja tasapainossa oleva parisuhde auttavat tilannetta. Tarvittaessa myllertävät tunteet voi ottaa puheeksi myös neuvolassa tai sairaalassa lapsivuodeosastolla ollessa. Mielialan vaihtelut kuuluvat normaaliin lapsivuodeaikaan ja ovat ohimeneviä.

Puolisoiden keskinäinen yhteistyö ja tuki sekä ongelmakohtien esille tuominen ja positiivinen palaute puolisolta ennaltaehkäisevät äidin synnytyksen jälkeistä masennusta. Vanhempien olisi tärkeää antaa toisilleen yhteistyön sujuvuutta tukevaa palautetta. Puolisoiden tulisi keskustella toistensa toiveista erityisesti kumppanuuteen, vastasyntyneen hoitoon, kodinhoitotehtäviin ja muihin apua vaativiin askareisiin liittyen.

SEKSUAALISUUDEN KOKEMINEN SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

Seksuaalisuus on oleellinen osa ihmisyyttä kaikissa elämänvaiheissa. Se sisältää seksuaalisen kehityksen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoli-identiteetin mukaisen roolin, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisen mielenkiinnon, nautinnon, intiimiyden ja suvun jatkamisen osat alueet. Seksuaalisuutta koetaan ja voidaan ilmaista ajatuksissa, fantasioissa, haluissa ja toiveissa, uskomuksissa, asenteissa, arvoissa, käyttäytymisessä, toimintatavoissa, rooleissa, parisuhteessa ja muissa ihmissuhteissa. Seksuaalista mielihyvää voi kokea fyysisesti ja psyykkisesti erilaisten virikkeiden, aistimusten, reaktioiden ja toimintojen avulla. Jokaisella on oikeus yksilöllisiin seksuaalisiin elämyksiin. Seksuaalisuutta voidaan pitää positiivisena voimavarana, joka ammentaa iloa ja tyytyväisyyttä parisuhteeseen.

Seksuaalisuudesta puhuminen saatetaan joskus kokea hankalaksi. Suuret elämänmuutokset, kuten synnytys, vaikuttavat seksuaaliseen minäkuvaan ja haastavat pohtimaan omaa itseään uudelleen. Kehon muutokset muuttavat ajatusmaailmaa ja samalla se vaikuttaa myös sosiaalisiin suhteisiin. Synnytyksen jälkeen on normaalia, että nainen kokee seksuaalista haluttomuutta. Tämä johtuu muun muassa hormonaalisista muutoksista sekä äidin rooliin sopeutumisen aiheuttamasta ristiriidasta entisen ja nykyisen minäkuvan välillä. Yhdyntöjen uudelleen aloittaminen voi tuntua kaukaiselta ja siitä voi tulla parisuhteeseen paineita.

Lapsen saannin myötä myös yhteisen ajan löytäminen voi tuntua vaikealta. Omista seksuaalisuuteen liittyvistä toiveista ja odotuksista puhuminen avoimesti auttaa yhteisymmärryksen saamisessa. Nainen haluaa tietää näyttävänsä yhä hyvältä ja haluttavalta uuden näköiseksi muuttuneena. Samoin mies haluaa tietää olevansa edelleen haluttava isäksi tultuaan ja uutta roolia opetellessaan. Toisen hyväksyminen ja huomiointi sekä ajan antaminen itselle ja toiselle auttavat muuttuneeseen seksuaalisuuteen sopeutumisessa ja mielihyvän uudelleen löytämisessä. On tärkeää, että puoliset kohtelevat toisiaan myös miehenä ja naisena, ei vain vanhempina. Vanhemmuus ei saa mennä täysin parisuhteen edelle, sillä hyvä parisuhde on koko perheen hyvinvoinnin perusta. Lapsen saaminen voi syventää ja parantaa seksuaalista sidettä ja vanhempien tunnetta toisiaan kohtaan heidän yhdessä luotua jotakin uut-

ta ja ainutlaatuista. On muistettava, että myös kriisit kuuluvat elämään. Niiden ratkaiseminen yhdessä johtaa parisuhteessa eteenpäin ja parantaa elämänlaatua. Tarvittaessa on haettava apua ammattilaiselta, jos tuntuu, ettei ratkaisua ongelmiin löydy.

VANHEMMILLE ANNETTAVIA KYSYMYKSIÄ KOTIIN MIETITTÄVÄKSI

Miten raskaus on muuttanut seksiämme?

Mitä tunteita muuttanut kehoni sinussa herättää?

Onko raskausajan seksi herättänyt sinussa pelkoja?

Miten voin ilahduttaa sinua seksissämme?

Millainen minä mahdan olla vanhempana?

Millainen toivoisit minun olevan?

Mikä tässä meidän suhteessa on mielestäsi tällä hetkellä hyvää? Mikä on ollut oikein hyvää?

Kerro minulle jokin tänä vauvan odotusaikana tekemäni asia, mikä on tuntunut sinusta mukavalta.

Oletko miettinyt, miten meidän suhteemme sitten muuttuu vauvan synnyttyä?

KIRJALLISUUTTA

KIRJALLISUUTTA

Aaltonen, R. 2010. Synnytysvuodeosastot 310 ja 311. Turun yliopistolinen keskussairaala. Sairaanhoidopalvelut. Naistentaudit ja synnytys. Saatavissa http://www.tyks.fi/fi/681/310_311/

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hoito-ohjeita äidille synnytyksen jälkeen. Saatavissa <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,1598,1805,12331,12410>

Helsingin kaupungin terveystakeskus 2010. Vanhemmaksi työkirja. Saatavissa: http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Terveyspalvelut/_itiys-tja+lastenneuvonta/Perhevalmennus

Koli, E. 2010. Synnytyksen jälkeen. Potilasohje. Raskaus ja synnytys. Turun yliopistollinen keskussairaala. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2795/4872>

Lampinen, S.; Saikko, H. & Sivonen, K. 2010. Isä synnytyksessä toisena vanhempana Synnytysvalmennus isille. Opinnäytetyö. Saatavissa <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14698/Isa%20synnytyksessa%20toisena%20vanhempana%20-%20Synnytysvalmennus%20isille.pdf?sequence=1>

Lapaset Perheverkosto. 2005-2007. Perhevalmennuksen käsikirja. saatavissa http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/003a4f804a176e999cf3fc3d8d1d4668/perhevalmennuksen+ksikirja_2007.pdf?MOD=AJPERES

Lapaset –perheverkosto. Vanhemmaksi työkirja. Klen, I.; Lindqvist, U.; Manninen, S. & Mäkinen, A. (toim.) Helsinki: Pihlajamäki. Saatavissa http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/029728004a179dbca67bee3d8d1d4668/Vanhemmaksi_tyokirja.pdf?MOD=AJPERES

Newborn Clinical Guideline 2010. Kangaroo care. Newborn Services Clinical Guideline. Saatavissa <http://www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines/developmental/KangarooCare.htm>

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) 2007. Kätilötyö.1.-2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

TYKS. 2009. Opastusta synnytykseen TYKS:ssä. Saatavissa <http://www.tyks.fi/fi/6351/41100/>

Uuttu, H. 2010. Liikuntaohjeita synnytyksen jälkeen. Potilasohje. Fy-
siatria. Turun yliopistollinen keskussairaala. Saatavissa
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3089/6997>

Vauvakuume –verkkolehti. Saatavissa www.vauvakuume.com

Väestöliitto 2010. Seksuaalisuus. Saatavissa:
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/>

WHO 2006. Defining sexual health. Report of a technical consultation
on sexual health. Geneva. Saatavissa:
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining
_sexual_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)

Ylikorkka, O. & Kauppila, A. (toim.) 2008. Naistentaudit ja synnytykset.
4. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim.