

Ensisynnyttäjien synnytyspelot raskauden alkuvaiheessa

SARI HAAPIO

TtM, TtT-opiskelija
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede

MARJA KAUNONEN

TtT, Dosentti, yliopistonlehtori
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, Tiedekeskus

MARTTI ARFFMAN

VTM, tilastotieteilijä
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

PÄIVI ÅSTEDT-KURKI

THT, professori
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, Tiedekeskus

TIIVISTELMÄ

Synnytyspelko on yleistynyt ongelma, joka aiheuttaa äideille haittaa raskausaikana ja altistaa synnytyskomplikaatioille. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ensisynnyttäjien alkuraskauden synnytyspelkoja, tarkastella pelkojen muodostumiseen yhteydessä olevia tekijöitä sekä pelon seurauksia. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ensisynnyttäjä-äideiltä (n=659) sairaalan äitiyspoliklinikalla raskauden ensimmäisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä. Aineiston analysoinnissa käytettiin frekvenssianalyysia, ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä sekä logistista ja ordinaalista logistista regressioanalyysia. Valtaosalla ensisynnyttäjistä oli synnyttämiseen liittyviä pelkoja jo alkuraskaudessa. Lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyviä pelkoja esiintyi kolmella neljäsosalla. Kielteinen mieliala ja kielteiset vertaiskertomukset raskaudesta ja synnytyksestä olivat noin puolella vastaajista pelon syntyminen tekijöinä. Pelot ilmenivät erilaisina stressioireina. Kovasti pelkäävien äitien riski saada stressioireita oli huomattavasti kohonnut verrattuna lievästi pelkääviin. Johtopäätöksenä todetaan synnytyspelon koskettavan jo alkuraskaudessa niin suurta osaa odottajista, etteivät äitiyshuollon resurssit riitä kaikkien pelkäävien yksilökohtaiseen hoitoon. Synnytysvalmennuksen vaikutusta syn-

ABSTRACT

Fears of childbirth of first-time mothers in the early stage of pregnancy

*Sari Haapio, MNSc, Doctoral Student
Marja Kaunonen, PhD, Adjunct Professor
Martti Arffman, MSocSci, Statistician
Päivi Åstedt-Kurki, PhD, Professor*

The fear of childbirth has become a general health problem, which causes inconvenience to mothers-to-be during pregnancy and exposes birth complications. The purpose of this study was to describe the fears of childbirth of first-time mothers and their occurrence in the early stage of pregnancy and to identify factors associated with those fears. The data were collected using a questionnaire given to first-time mothers (n=659) who came to hospital for their first ultrasound screening. Frequency analysis, cross-tabulation and χ^2 -test, logistic and ordinal logistic regression analyses were used as statistical methods. The majority of the first-time mothers had experienced fears relating to childbirth even in early pregnancy. Three quarters of the respondents had fears relating to the well-being of the child and the mother. Negative mood, alarming information and negative stories told by others were risk factors for the development of the fear of childbirth. Fears manifested as symptoms of stress. The risk of developing the symptoms was much higher among fearful mothers-to-be compared with trusting mothers-to-be. The results of this study implied that the

nytyspelkoihin ei tunneta, joten tämän yhteyden tutkiminen jatkossa on tarpeen.

Avainsanat: Synnytyspelko, äitiyshuolto, raskaus

amount of fearful mothers was too high for maternal health services to provide an individualized care for all. The effects of the antenatal classes on the fears of childbirth were not known, so studying this relation would be important in future.

Keywords: fear of childbirth, maternal health services, pregnancy

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Synnytystä pelkäävien äitien määrä on suuri.
- Synnytyskivun pelko on yleistä.
- Synnytyspelon takia tehdään keisarileikkauksia ilman lääketieteellistä syytä.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Tietoa ensisynnyttäjien alkuraskauden aikaisista synnytyspelosta.
- Raskaana olevien suuren tuen tarpeen synnytykseen valmistautumisessa.
- Kielteiset kertomukset ovat muuta pelottavaa tietoa suurempi riski synnytyspelkojen syntymisessä.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tutkimus tuo tietoa synnytysvalmennuspalvelun kehittämisen perustaksi.
- Tulokset monipuolistavat näkemystä synnytyspelosta ja tätä tietoa voidaan hyödyntää äitiyshuollon voimavarojen kohdentamisessa sekä kättilökoulutuksen opetussisällöissä.

Tutkimuksen lähtökohdat

Synnytyspelko on yleinen synnyttämiseen liittyvä ongelma, jota esiintyy tutkimusten mukaan ensi- ja uudelleensynnyttäjillä lähes yhtä usein (Saisto & Halmesmäki 2003) tai toisaalta ensisynnyttäjillä enemmän (Fenwick ym. 2009, Rouhe ym. 2009). Laajaan aineistoon perustuvan arvion mukaan 8 % äideistä kärsii vaikeasta synnytyspelosta (Rouhe ym. 2013) ja lievästä tai keskivaikeasta pelosta kärsii jopa yli 70 % (Fenwick ym. 2009).

Synnyttämiseen liittyvistä aiheista kivun ja synnytyksen pitkittymisen pelko ovat yleisiä kaikilla synnytyspelkoisilla. Syntyvän lapsen tai äidin omaan terveyteen liittyviä pelkoja esiintyy myös paljon. Tämä voi vaikuttaa kielteisesti naisen käsityksiin selvistä raskausajasta (Nilsson & Lundgren 2009). Pelkäävät äidit voivat lisäksi epäillä omia

ominaisuuksiaan synnyttäjänä (Eriksson ym. 2006).

Synnytyspelolla on todettu olevan kielteistä merkitystä äidin raskaudenaikaiseen emotionaaliseen hyvinvointiin (Nilsson & Lundgren 2009). Pelko voi piinata odottavaa äitiä koko raskaudenajan tai se voi olla lyhytkestoista ja suhteellisen nopeasti ohimenevää (Melender & Lauri 1999). Toisaalta pelko voi pahentua raskauden edetessä (Hildingsson ym. 2011). Pelon on todettu pidentävän synnytyksenkestoa (Adams ym. 2012), lisäävän terveydenhuollon palveluiden käyttöä (Andersson ym. 2004) sekä olevan yhteydessä päivystyksellisiin keisarileikkauksiin (Laursen ym. 2009). Pelkäävien äitien synnytyskokemus on usein kielteisempi (Hildingsson ym. 2011) ja aikaisemmat kielteiset synnytyskokemukset ovat useimmiten uudelleensynnyttäjien pelkojen taustalla (Fisher ym. 2006, Nilsson ym.

2010). Pelko voi ajaa odottajan pyytämään keisarileikkausta ilman muuta lääketieteellistä syytä (Fenwick ym. 2010, Karlström ym. 2010).

Synnytyspelko voi ilmetä erilaisin stressoirein, joita ovat esimerkiksi unettomuus, levottomuus, jännittyneisyys, huolestuneisuus, itkuisuus ja paniikin tunteet (Melender & Lauri 1999). Yksilöön liittyen synnytyspelon riskitekijöinä voivat olla psyykkiset tekijät, kuten taipumus ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen (Söderquist ym. 2004, Ryding ym. 2007, Rouhe ym. 2011) sekä sosiodemografisista tekijöistä nuori ikä tai matala koulutustaso (Laursen ym. 2008). Sosiaaliseen taustaan liittyviä pelon riskitekijöitä ovat kielteiset synnytystarinat sekä lasta tai raskautta koskeva tieto jostakin poikkeavasta (Melender 2002, Fisher ym. 2006).

Pelkäävien äitien tunnistaminen on vaikeaa, sillä moni heistä ei uskalla tai halua puhua synnyttämiseen liittyvistä peloistaan, jolloin he eivät myöskään hakeudu hoitoon (Eriksson ym. 2006). Synnytyspelon vaikuttavista hoitolinjoista ei ole tällä hetkellä selkeää näyttöä (Weaver ym. 2013), ja hoitotta jäämisessä voikin olla kyse sopivan avun puutteesta. Rouhen ym. (2009) mukaan vain noin 3 % sai synnytyspelkoonsa hoitoa ja sen takia synnytyspelon hoitotapoja tulee kehittää. Uusien toimintatapojen kehittäminen terveydenhuoltoon on kuitenkin haastavaa: mitä enemmän interventio vaatii muutoksia rakenteissa tai käyttäjien toiminnassa, sen vaikeampaa ja kalliimpaa niiden toteuttaminen on (Hemminki ym. 2008).

Toisaalta liittyen elämän erilaisiin suuriin käännekohtiin, ennaltaehkäisevien ja voimaantumista tukevien ryhmäohjausinterventioiden vaikuttavuudesta on saatu myönteisiä tuloksia (mm. Häggman-Laitila ym. 2010, Maimburg ym. 2010). Esimerkiksi Salmela-Aron ym. (2011) tutkimuksessa pelkäävien äitien synnytysvalmiuksien vahvistaminen ryhmämuotoisen ohjausintervention avulla ennusti myönteistä kokemusta äitiydestä. Pelkääville kohdistetulla interventiolla pystyttiin myös parantamaan synnytyskokemusta sekä vähentämään pelosta

johtuvien keisarileikkausten määrää (Rouhe ym. 2013).

Tässä artikkelissa käsitettä synnytyspelot käytetään yleisterminä kuvaamaan pelon eri osa-alueita: ”synnyttämiseen liittyvät pelot”, ”lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyvät pelot” sekä ”keisarileikkaukseen liittyvät pelot”.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ensisynnyttäjien alkuraskauden aikaisia synnytyspelkoja, niiden muodostumista sekä seurauksia.

Tutkimuskysymyksiä:

- 1) Mitkä ovat synnytyspelkojen aiheet ja voimakkuus ensisynnyttäjillä alkuraskaudessa?
- 2) Minkälainen yhteys äidin raskauden-aikaisella mielialalla sekä synnyttämiseen liittyvällä tiedolla on pelkojen muodostumiseen?
- 3) Minkälaisia seurauksia synnytyspelolla on äidin raskaudenaikaiseen vointiin?

Aineisto ja tutkimusmenetelmät

Mittari ja aineiston keruu

Taustatietoina kysyttiin vastaajan ikä, siivilisäätty, koulutus, aikaisemmat raskaudet, tämän raskauden alku ja kulku, raskausviikot, neuvola, tieto suunnitellusta keisarileikkauksesta sekä synnytykseen osallistujat. Varsinaisena mittarina käytettiin kolmea osaa Melenderin kehittämästä ”Raskauteen ja synnytykseen liittyvät pelot ja turvallisuus” -mittarista (RSPT, Melender 2002): Pelkojen kohteet ja pelkojen syntyminen mittarin osat. Näissä alkuperäinen neliportainen Likert-asteikko muutettiin mittarin kehittäjän luvalla viisiportaiseksi (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä) pelon eri kielteisyyden tunteiden voimakkuuden tasojen esille saamiseksi tarkemmin. Kolmantena osana oli pelkojen ilmeneminen, jossa käytettiin dikotomista asteikkoa (1 = ei, 2 = kyllä). (Taulukko 1.) Mittari on kehitetty

Taulukko 1. Synnytyspelon summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimien arvot.

Mittari Summamuuttuja	Väittämien lukumäärä	Summamuuttujan alfa-arvo
Pelkojen kohteet		
Synnyttämiseen liittyvät pelot	8	0,88
Lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyvät pelot	5	0,88
Keisarileikkaukseen liittyvät pelot	1	–
Pelkojen syntyminen		
Kielteinen mieliala	5	0,69
Kielteiset kertomukset	4	0,80
Pelottava tieto	2	–
Pelkojen ilmeneminen		
Stressioireet	6	0,69
Vaikutukset jokapäiväiseen elämään	5	0,66
Keisarileikkaustoive	2	–

kirjallisuuskatsauksen ja kahden laadullisen tutkimuksen pohjalta (Melender 2002, Melender & Lauri 2002).

Tutkimusaineisto on osa Tampereen yliopistolla tehtävää tutkimusta, jonka aineisto kerättiin neljässä eri vaiheessa. Tämä tutkimusraportti on ensimmäinen osa interventiotutkimusta ja tulokset kuvaavat sen lähtötilannetta. Perusjoukoksi määriteltiin kaikki vuoden aikana sairaalan äitiyspoliklinikalle ensimmäiseen raskausultraäänitutkimukseen tulevat ensisynnyttäjät, jotka täyttivät sisäänottokriteerit: 18–40 vuoden ikä, suomenkielisyys, normaali löydös kätilön tekemässä ultraäänitutkimuksessa (raskausviikkoja vastaava yksisikiöinen kohdunsisäinen raskaus) sekä halukkuus osallistua tutkimukseen. Äitiyspoliklinikan henkilökunta koulutettiin rekrytointia varten ja he myös rekrytoivat osallistujat. Tavoitteena oli vuoden aikana rekrytoida 800 äitiä, joka olisi arvion mukaan vastannut 60 % kaikista käyneistä ensisynnyttäjistä. Arvioitua hitaamman aineiston kertymisen vuoksi rekrytointiaikaa jouduttiin pidentämään suunnitellusta puolella vuodella (elokuu 2009 – joulukuu 2010) ja tavoitemäärästä tingittiin 10 %. Kyselyyn vastattiin ultraäänitutkimuksen jälkeen ja vastatut lomakkeet pa-

lautettiin suljetussa kirjekuoressa äitiyspoliklinikan henkilökunnalle.

Aineiston tilastollinen analysointi

Lopulliseen analyysiin jäi 659 vastauslomaketta, sillä tilastollisen mallinnuksen toimivuuden varmistamiseksi analyysistä jätettiin pois puutteellisesti täytetyt lomakkeet (N=56). Jatkuvista muuttujista ikä luokiteltiin vuosiin 18–22, 23–29, 30–35, 36–40 ja raskausviikot kymmeneen luokkaan. Järjestyksasteikkolisista muuttujista muodostettiin summamuuttujat alkuperäisen mittarin mukaisesti. Viisiportaiset Likert-asteikkolliset vastaukset luokiteltiin seuraavasti: Pelkojen kohteet -osan muuttujat luokiteltiin kolmeen luokkaan: lievä pelko (summamuuttujan $ka < 2$), kohtalainen pelko (summamuuttujan $ka \geq 2 < 4$) sekä kova pelko (summamuuttujan $ka \geq 4$). Luokkien nimien mukaisesti ne kuvaavat pelon voimakkuuden tasoa suhteessa pelon aiheisiin. Pelkojen syntyminen -osan muuttujat luokiteltiin kahteen luokkaan: neutraali (summamuuttujan $ka < 2$) ja kielteinen (summamuuttujan $ka \geq 2$). Ensimmäinen luokka kuvaa pelkojen syntymiseen liittyvien tekijöiden vähäistä merkitystä vastaajan mielestä ja toi-

nen luokka kuvaa niiden suurta merkitystä. Tällaiseen luokitteluun päädyttiin, koska hajonta oli vähäinen painottuen skaalan alapäähän. Pelkojen ilmeneminen -osan dikotomisessa asteikossa vastaukset luokiteltiin ei (summamuuttujan ka = 1) ja kyllä (summamuuttujan ka on > 1). Kyllä-luokassa vastaajan pelko ilmeni erilaisin oirein, ei-luokassa vastaajat olivat oireettomia. Luokittelussa pyrittiin ottamaan huomioon sekä sisällöllinen osuvuus että luokittelun toimivuus tilastoanalyysissä. Kyselylomakkeen reliabiliteettiä arvioitiin Cronbachin alfa -arvolla (Metsämuuronen 2003). (Taulukko 1.)

Muuttujien välisten yhteyksien selvittämisessä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö testiä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana kaikissa testeissä pidettiin $p < 0.05$. Tilastollisessa mallinnuksessa kaksiluokkaisen vasteen kohdalla käytettiin logistista regressioanalyysiä ja kolmiluokkaisen vasteen kohdalla ordinaalista logistista regressioanalyysiä. Analyysin tuloksissa esitetään taustamuuttujien suhteen vakioituiden ristitulosuhteet (OR, odds ratio) ja niiden 95 % luottamusvälit (lv). Analyysissä selvitettiin 1) synnytyspelkojen muodostumista selittävien tekijöiden yhteyttä pelkojen aiheisiin sekä 2) synnytyspelkojen yhteyttä pelkojen seurauksiin.

Tulokset

Taustatiedot

Vastanneista äideistä (n = 659) suurin osa kuului ikäluokkiin 23–29 (46 %) ja 30–35 (44 %). Sekä vanhoja (36–40) että nuoria (18–22) ensisynnyttäjiä oli molempia 5 %. Äitien keski-ikä oli 29 vuotta (vaihteluväli 18–40). Naimisissa tai avoliitossa lapsen isän kanssa oli 97 %. Vastanneista 82 % oli akateeminen tai ammatillinen korkeakoulututkinto, 12 % kouluasteinen tutkinto ja noin 6 % ei ollut mitään ammatillista koulutusta. Pienellä osalla vastaajista oli aikaisempia raskauksia, joko keskenmenoja (16 %) ja/tai raskaudenkeskeytyksiä (8 %). Raskauden alku oli yli 90 % suunniteltu,

joista 8 % oli lääketieteellisesti avustettuja. Suurimmalla osalla (96 %) raskauden kesto vastaushetkellä oli 12 raskausviikkoa tai alle ja raskauden kulku oli 99 % ollut normaali. Vastaajista 90 % tuli pääkaupunkiseudulta ja 10 % lähialueilta. Lähes kaikki vastaajat suunnittelivat alatiesynnytystä, johon puoliso/kumppani osallistuisi.

Alkuraskauden synnytyspelot

Synnyttämiseen liittyvät pelot olivat yleisiä alkuraskaudessa, sillä kaikista vastaajista kohtalaisesta tai kovasta pelosta kärsi yhteensä noin 87 %. Yksittäisistä asioista eniten pelättiin synnytyskipua (65 %), väli-lihan repeämistä (65 %) ja sen leikkaamista (55 %) sekä sitä, että synnytys tulisi olemaan pitkä (54 %). Kohtalaista tai kovaa lapsen tai äidin hyvinvointiin liittyvää pelkoa esiintyi yhteensä 75 % kaikista vastaajista. Eniten pelkoa aiheutti huoli siitä, että odotettu lapsi on sairas tai vammaainen (36 %) sekä huoli raskausaikana mahdollisesti tulevista ongelmista (33 %). Keisarileikkaukseen joutumista pelkäsi kovasti tai kohtalaisesti 36 % vastaajista.

Äidin mielialan ja synnyttämiseen liittyvän tiedon yhteys synnytyspelkojen muodostumiseen

Synnytyspelkojen muodostumista selittävinä tekijöinä tarkasteltiin kielteistä mielialaa, lukemalla tai kuulemalla saatuja kielteisiä kertomuksia raskaudesta, synnyttämisestä tai lapsen hoidosta sekä oman koulutuksen perusteella omattua tai terveydenhuollon asiakkaana saatua pelottavaa tietoa.

Lähes puolet kaikista vastaajista koki mielialansa kielteiseksi. Heistä yli kaksi kolmasosaa piti omaa luonnottansa pessimistisenä tai sellaisena, että pelkää asioita helposti tarpeettomastikin. Kielteisen mielialan omaavilla oli synnytyspelon kaikilla osaluilla enemmän kohtalaista tai kovaa pelkoa kuin ryhmässä, jossa mieliala oli neutraali (Taulukko 2). Kielteinen mieliala nosti riskin synnyttämiseen sekä hyvinvointiin liittyvien pelkojen muodostumiselle yli kol-

Taulukko 2. Synnytyspelkojen muodostumiseen yhteydessä olevat tekijät (n = 659).

Summamuuuttuja	Mieliala(%)		Kertomukset (%)			Tieto (%)			
	neutraali	kielteinen	p	neutraali	kielteinen	p	neutraali	kielteinen	p
Synnyttämiseen liittyvä pelko			0.001			0.001			0.87
lievä	20	5		21	9		13	13	
kohtalainen	72	77		69	77		74	74	
kova	8	18		10	14		13	13	
Hyvinvointiin liittyvä pelko			0.001			0.001			0.001
lievä	38	12		37	19		28	18	
kohtalainen	55	70		57	65		62	62	
kova	7	18		6	16		9	19	
Keisarileikkaukseen liittyvä pelko			0.001			0.07			0.15
lievä	69	60		70	62		67	61	
kohtalainen	26	29		22	30		26	30	
kova	5	11		7	8		7	9	

Taulukko 3. Ordinaalinen logistinen regressioanalyysi synnytyspelon tekijöiden yhteydestä synnytyspelon osaluaisiin (n = 659), OR (95 % lv).

Tekijä	Synnyttämiseen liittyvät pelot OR(95% lv)	Hyvinvointiin liittyvät pelot OR(95% lv)	Keisarileikkaukseen liittyvät pelot OR(95% lv)
Kielteinen mieliala			
neutraali	1.00	1.00	1.00
kielteinen	3.34 (2.26–4.92)	3.98 (2.82–5.63)	1.63 (1.18–2.26)
Kielteiset kertomukset			
neutraali	1.00	1.00	1.00
kielteinen	2.13 (1.46–3.11)	2.66 (1.90–3.73)	1.51 (1.07–2.14)
Pelottava tieto			
neutraali	1.00	1.00	1.00
kielteinen	1.03 (0.70–1.51)	1.92 (1.35–2.72)	1.25 (0.89–1.77)

Taustamuuttujilla vakioitu

minkertaiseksi. Riski keisarileikkaukseen liittyviin pelkoihin oli pienempi, hieman yli 1.5-kertainen. (Taulukko 3.)

Vastaajista kaksi kolmasosaa oli kuullut kielteisiä kertomuksia raskaudesta, synnyttämisestä tai lapsen hoidosta. Verrattuna neutraalien ryhmään, kielteisiä kertomuksia kuulleilla oli enemmän kohtalaista tai kova, sekä synnyttämiseen että hyvinvointiin

liittyvää pelkoa (Taulukko 2). Riski näiden pelkojen syntymiselle oli noin kaksinkertainen (Taulukko 3). Vastaajista kolmannes oli saanut terveydenhuollon ammattilaisilta tai ammattinsa kautta itse jotakin pelottavaa tietoa. Ryhmällä, joka oli saanut pelottavaa tietoa, oli neutraalin tiedon ryhmään verrattuna enemmän vain kovaa hyvinvointiin liittyvää pelkoa (Taulukko 2).

Syntytyospelkojen seuraukset

Syntytyospelkojen seurauksina tarkasteltiin stressioireita, pelon vaikutuksia jokapäiväiseen elämään sekä keisarileikkaustoivetta. Kaikista vastaajista kaksi kolmasosaa kärsi stressioireista. Yleisimmät oireet olivat levoton tai hermostunut olo (45 %), peloista puhuminen (34 %) ja niiden miettiminen (30 %). Kohtalaiset tai kovat synnyttämiseen liittyvät pelot aiheuttivat enemmän stressioireilua kuin lievät pelot (Taulukko 4). Verrattuna lievästi pelkäävien ryhmään, riski saada stressioireita nousi erityisesti kovasti synnyttämistä pelkäävien ryhmässä (Taulukko 5). Kova synnyttämiseen liittyvä pelko vaikutti jokapäiväiseen elämään kohtalaisia tai lieviä pelkoja enemmän. Muuten synnyttämiseen liittyvien pelkojen vaikutus elämään oli vähäistä. (Taulukko 4.) Synnytykseen liittyvä pelko nosti jokapäiväiseen elämään vaikutuksen riskiä yli kaksinkertaiseksi (Taulukko 5).

Useammalla kohtalaisia tai kovia äidin tai lapsen hyvinvointiin liittyviä pelkoja kokevilla oli stressioireita kuin lievästi pelkäävillä (Taulukko 4). Ne myös nostivat stressioireilun riskiä huomattavasti verrattuna lievästi pelkäävien ryhmään (Taulukko 5). Kovat hyvinvointiin liittyvät pelot vaikuttivat useammin jokapäiväiseen elämään kuin

kohtalaiset tai lievät pelot (Taulukko 4). Verrattuna lievästi pelkäävien ryhmään, sekä kovat että kohtalaiset hyvinvointiin liittyvät pelot nostivat jokapäiväiseen elämään vaikutuksen riskiä huomattavasti. Hyvinvointiin liittyviin pelkoihin yhdistyi vain vähän keisarileikkaustoivetta. Kovasti pelkäävät toivoivat leikkausta kuitenkin useammin kuin muut. Kaikenasteinen keisarileikkauspelko aiheutti stressioireita ja se nosti myös stressioireilun riskiä 2.4-kertaiseksi (Taulukko 5).

Pohdinta

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukselle haettiin lupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naisten- ja lastentautien tulosyksiköstä sekä puoltava lausunto sen eettiseltä toimikunnalta (Dnro 97/13/03/04/09). Mahdolliset tutkimukseen osallistujat saivat tutkimustiedotteen, jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tutkimuseettisesti tärkeitä asioista, kuten oikeudesta jättäytyä tutkimuksesta pois, anonymiteetin säilymisestä, aineiston luottamuksellisesta käsittelystä sekä satunnaistamisesta (Parahoo 2006). Osallistujat allekirjoittivat suostu-

Taulukko 4. Synnytyospelon seuraukset pelon eri osa-alueiden mukaan (n = 659).

Summamuuttuja	Synnyttämiseen liittyvät pelot (%)				Hyvinvointiin liittyvät pelot (%)				Keisarileikkaukseen liittyvät pelot (%)			
	1	2	3	p	1	2	3	p	1	2	3	p
Stressioireet				0.001				0.001				0.008
ei	52	35	16		60	29	11		38	32	19	
kyllä	48	65	85		40	71	89		62	68	81	
Vaikutus jokapäiväiseen elämään				0.002				0.001				0.08
ei	75	69	53		88	65	40		69	67	56	
kyllä	25	31	47		12	35	60		31	33	34	
Keisarileikkaustoive				0.001				0.01				–
ei	100	94	74		95	93	85		–	–	–	
kyllä	0	6	26		5	7	15		–	–	–	

¹1 = lievä pelko, 2 = kohtalainen pelko, 3 = kova pelko

Taulukko 5. Logistinen regressioanalyysi synnytyspelon osa-alueiden ja voimakkuuden yhteydestä pelkojen ilmenemiseen ($n = 659$), OR (95 % lv).

Synnytyspelon osa-alueet	Stressioireet	Vaikutukset jokapäiväiseen elämään	Keisarileikkaus-toive
	OR(lv)	OR(lv)	OR(lv)
Synnyttämiseen liittyvät pelot			
lievä pelko	1.00	1.00	1.00 ¹
kohtalainen pelko	1.92 (1.19–3.08)	1.25 (0.72–2.16)	–
kova pelko	5.62 (2.72–11.60)	2.66 (1.35–5.21)	–
Lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyvät pelot			
lievä pelko	1.00	1.00	1.00
kohtalainen pelko	3.85 (2.61–5.68)	3.79 (2.21–6.41)	1.57 (0.69–3.57)
kova pelko	12.36 (5.69–26.84)	10.00 (5.14–19.43)	3.35 (1.26–8.89)
Keisarileikkaukseen liittyvät pelot			
lievä pelko	1.00	1.00	1.00
kohtalainen pelko	1.31 (0.89–1.92)	1.09 (0.73–1.61)	0.78 (0.38–1.57)
kova pelko	2.40 (1.15–4.97)	1.84 (0.99–3.43)	1.01 (0.33–3.09)

¹ Mallin estimointi ei onnistunut, koska lievästi pelkäävien ryhmässä ei ollut yhtään vastaajaa, jolla olisi ollut keisarileikkaustoive. Taustamuuttujilla vakioitu.

muslomakkeen, johon tuli myös rekrytoijan allekirjoitus.

Luotettavuutta huonontavana seikkana voidaan pitää sitä, että ensimmäistä ultraäänitutkimusta on voitu jännittää. Tämä on saattanut huonontaa keskittymistä ja heikentää osallistumishalukkuutta. Käynnin yhteydessä äideille annettiin tutkimusinformaation lisäksi paljon muita ohjeita, jotka ovat myös voineet vaikuttaa sekoittavasti. Rekrytoimisajankohdan aikana ensimmäisessä ultraäänitutkimuksessa käyneiden ensisynnyttäjä-äitien kokonaismäärästä ei ole tarkkaa tietoa, mutta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2010 sairaalakohtaisiin perinataalitaloustointeihin (Vuori & Gissler 2011) perustuen tästä voidaan kuitenkin tehdä arvio. Tutkimukseen osallistuneet 715 äitiä vastaavat noin 39 % kaikista kyseisen ajanjakson aikana ultraäänessä käyneistä. Osuus on matala ja se selkeästi heikentää tulosten yleistettävyyttä. Osallistujien koulutustaso oli korkea, mutta muilta ominaisuuksiltaan osallistujat edustivat keskimäärin suomalaisia ensisynnyttäjiä.

Aineisto kerättiin käyttämällä kolmea osaa Melenderin RSPT-mittarista. Lupa mittarin käyttöön ja modifiointiin saatiin sen kehittäjältä. Kyseinen mittari valittiin, koska se on aikaisemmassa reliabiliteetin testauksessa osoittautunut luotettavaksi (Melender 2002, Melender & Lauri 2002) ja on sisällöllisesti osuva. Summamuuttujat säilytettiin alkuperäisen mittarin mukaisina niiden sisällöllisen osuvuuden (validiteetti) vuoksi (Parahoo 2006). Mittarin sisäinen johdonmukaisuus oli samansuuntainen Melenderin aikaisempien tutkimusten kanssa.

Tulosten tarkastelua

Synnytyspelko oli erittäin yleistä jo tässä alkuraskauden vaiheessa, eikä osallistujien korkea koulutustaso näyttänyt suojaavan pelolta. Valtaosa kärsi kohtalaisesta ja selkeästi pienempi osa kovasta synnytyspelosta. Laursen ym. (2008) mukaan nimenomaan matala koulutustaso olisi pelon riskitekijä. Lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyvissä peloissa jakauma oli samansuuntai-

nen. Tuloksia synnytyspelon korkeasta esiintyvyydestä on esitetty myös muissa tutkimuksissa (Melender 2002, Fenwickin ym. 2009). Pelon voimakkuuden asteella oli yhteys pelkojen ilmenemiseen. Kuten loogista on, erityisesti kovat pelot aiheuttivat stressioireita verrattuna lievästi pelkääviin äiteihin. Synnytyspelkojen voimakkuuden asteella on merkitystä myös äidin jatkohoidon kannalta: Lievää pelkoa voi pitää normaalina jännityksenä. Kohtalaisestikin pelkäävän äidin hoito on vielä ennaltaehkäisevää, kun kovasti pelkäävä äiti voi tarvita jo enemmän terapiatasoista hoitoa, josta onkin saatu hyviä tuloksia (Salmela-Aro ym. 2011).

Tutkimuksen tulokset tukevat synnytyskipuun valmistautumisen tärkeyttä entisestään, sillä vaikka kukaan vastaajista ei ollut synnytyskipua ennen kokenut, oli se yksittäisistä pelon aiheista yleisin. Kivunpelko on yleinen myös Erikssonin ym. (2006) mukaan. Tulosten vertailtavuuteen vaikuttaa kuitenkin se, että tämän tutkimuksen vastaajat olivat kaikki ensisynnyttäjät ja mittaussajankohta oli huomattavasti varhaisempi kuin edellä mainitussa tutkimuksessa. Fenwickin ym. (2009) tutkimuksessa pelkoa oli mitattu myös synnytyksen jälkeen. Toisaalta mainittujen erojen vuoksi nämä tulokset monipuolistavat näkemystä synnytyspelosta.

Suhtautuminen keisarileikkaukseen on synnytyspelkokontekstissa ristiriitainen: toisaalta osa vastaajista pelkäsi leikkaukseen joutumista, toisaalta pieni osa toivoi synnyttävänsä keisarileikkauksella. Kaikista kolmesta synnytyspelon osa-alueesta keisarileikkaukseen liittyviä pelkoja koettiin vähiten. Jos leikkauspelkoa kuitenkin oli, oli se vahvasti yhteydessä stressioireiluun. Äidin toiveesta ja ilman lääketieteellistä syytä tehtävä keisarileikkaus, joka aikaisempien tutkimusten mukaan on pelkäävillä suhteellisen yleinen (Fenwick ym. 2009), ei tässä aineistossa saanut vahvaa tukea. Kyse voi kuitenkin olla siitä, että keisarileikkauksen suunnittelu ei näin varhaisessa raskaudenvaiheessa ole vielä ajankohtainen.

Varhaisesta mittaussajankohdasta huolimatta kaksi kolmasosaa vastaajista oli jo

törmännyt kielteisiin kertomuksiin raskaudesta ja synnyttämisestä. Kielteiset kertomukset olivat synnytyspelon riskitekijä, ja ne aiheuttivat usein kohtalaista ja kovaa synnyttämiseen sekä lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyvää pelkoa. Vertaisten kertomat kielteiset kertomukset synnytyspelkojen tekijänä nousevat esiin myös Fisherin ym. (2006) tutkimuksesta. Mielenkiintoinen seikka tuloksissa oli se, että pelottava tieto ei tässä aineistossa ollut synnyttämiseen liittyvien pelkojen muodostumisessa keskeinen tekijä. Kolmasosalla vastaajista tai terveydenhuollon asiakkaana saatua pelottavaa tietoa, mutta sen merkitys pelkojen muodostumisen riskitekijänä oli esimerkiksi kielteisiä kertomuksia vähäisempi. Kaikista kolmesta mitatusta pelon muodostumisen tekijästä kielteinen mieliala oli tässä tutkimuksessa merkittävin: se oli yhteydessä kaikkiin kolmeen synnytyspelon osa-alueeseen ja nosti pelkojen muodostumisen riskiä kielteisiä kertomuksia ja pelottavaa tietoa enemmän. Yksilön psyykkiset ongelmat ja ominaisuudet ovat muidenkin tutkimusten mukaan merkittävä synnytyspelkojen riskitekijä (Andersson ym. 2004, Laursen ym. 2008, Rouhe ym. 2011).

Näin varhaisilta raskausviikoilta alkava kohtalainen tai kova pelko voi olla äideille merkittävä ylimääräinen raskausajanrasite. Kahdella kolmasosalla synnytyspelko ilmeikin erilaisin stressioirein. Stressioireiden kokeminen on yleistä myös Erikssonin ym. (2006) mukaan.

Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa esiin tulleeeseen pelkäävien äitien suureen määrään ja heidän tuen saantiinsa on perustellusti syytä kiinnittää huomiota. Synnytystä pelkäävät voivat käydä lähetteen saatuaan synnytyspelkopoliklinikalla, mutta synnytyspelon esiintyvyys on niin korkea, etteivät äitiyshuollon resurssit riitä jokaisen pelkäävän yksilökäyntiin. Kielteiset synnytyskertomukset kaksinkertaistavat pelon muodostumisen

riskin ja odottajat törmäävät niihin jo varhaisessa vaiheessa. Luotettavaa tietoa ja tukea tulee antaa riittävän ajoissa, ja raskauden loppupuolelle ajoittuva synnytysvalmennus voi tähän liittyen tulla liian myöhään. Kyky käsitellä ja syvällisemmin ymmärtää raskauteen ja synnyttämiseen liittyvää tietoa laimentaa pelottavaksikin mielletyn tiedon riskiä aiheuttaa synnytyspelkoja.

Synnytysvalmennuksen vaikutusta synnytyspelkoihin ei tunneta, joten tämän yhteyden tutkiminen jatkossa on tarpeen.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: SH, PÅ-K, aineistonkeruu: SH, aineiston analysointi SH, MA, käsikirjoituksen kirjoittaminen: SH, käsikirjoituksen kommentointi MA, MK, PÅ-K.

LÄHTEET

- Adams SS, Eberhard-Gran M & Eskild A. 2012. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119 (10), 1238–1246.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M & Bixo M. 2004. Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 104 (3), 467–476.
- Eriksson C, Westman G & Hamberg K. 2006. Content of Childbirth-Related Fear in Swedish Women and Men – Analysis of an Open-Ended Question. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51 (2), 112–118.
- Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S & Hauck Y. 2009. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing* 18 (5), 667–677.
- Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK & Bayes S. 2010. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 26 (4), 394–400.
- Fisher C, Hauck Y & Fenwick J. 2006. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine* 63 (1), 64–75.
- Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A & Lundgren I. 2011. A longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 40 (5), 532–543.
- Hemminki E, Heikkilä K, Sevón T & Koponen P. 2008. Special features of health services and register based trials – experiences from a randomized trial of childbirth classes. *BMC Health Services Research* 8, 126.
- Häggman-Laitila A, Tanninen H-M & Pietilä A-M. 2010. Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention. *Journal of Clinical Nursing* 19 (17–18), 2500–2510.
- Karlström A, Engström-Olofsson R, Thomas J, Nystedt A & Hildingsson I. 2010. Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request without medical reason 1997–2006. A Swedish register study. *Birth* 37 (1), 11–22.
- Laursen M, Hedegaard M & Johansen C. 2008. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 115 (3), 354–60.
- Laursen M, Johansen C & Hedegaard M. 2009. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116 (10), 1350–5.
- Maimburg RD, Vaeth M, Durr J, Hvidman L & Olsen J. 2010. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 117 (8), 921–928.
- Melender H-L. 2002. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth* 29 (2), 101–111.
- Melender H-L & Lauri S. 1999. Fears associated with pregnancy and childbirth – experiences of women who have recently given birth. *Midwifery* 15 (3), 177–182.
- Melender H-L & Lauri S. 2002. Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice* 8 (6), 289–296.
- Metsämuuronen J. 2000. *Metodologian perusteet ihmistieteissä*. International Methelp. Helsinki.
- Nilsson C, Bondas T & Lundgren I. 2010. Previous Birth Experience in Women with Intense Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 39 (3), 298–309.
- Nilsson C & Lundgren I. 2009. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25 (2), e1–e9.
- Parahoo K. 2006. *Nursing Research, Principles, Process and Issues*. Second Edition, Palgrave MacMillan, New York.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E & Saisto T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 118 (9), 1104–1011.

- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E & Saisto T. 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116 (1), 67–73.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E & Saisto T. 2013. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 120 (1), 75–84.
- Ryding EL, Wirfelt E, Wängborg IB, Sjögren B & Edman G. 2007. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86 (7), 814–820.
- Saisto T & Halmesmäki E. 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82 (3), 201–208.
- Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen R, Tokola MI & Saisto T. 2011. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology* 17 (4), 520–534.
- Söderqvist J, Wijma K & Wijma B. 2004. Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorder* 18 (2), 127–42.
- Vuori E & Gissler M. 2011. *Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010*. Tilastoraportti 27/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. ISSN 1798-0887.
- Weaver J, Browne J, Aras-Payne A & Magill-Cuerden J. 2013. A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth). *The JBI Library* 11 (1), 70–122.

Sari Haapio, TtM, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu, Tukholmankatu 10, 00290 Helsinki, sähköposti: sari.haapio@metropolia.fi

Marja Kaunonen, TtT, Dosentti, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, Arvo 33014 Tampereen yliopisto, sähköposti: marja.kaunonen@uta.fi

Martti Arffman, VTM, tilastotieteilijä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, PL 30, FIN-00271 Helsinki, sähköposti: martti.arffman@thl.fi

Päivi Åstedt-Kurki, THT, Professori, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, Arvo 33014 Tampereen yliopisto, sähköposti: paivi.astedt-kurki@uta.fi