

LOTTA INKINEN  
LL

EEVA EKHMOLM  
dosentti, LT, naistentautien ja  
synnytysten erikoislääkäri

Turun yliopistollinen keskussairaala

# Synnytyspelon hoito TYKS:ssa

**LÄHTÖKOHDAT** TYKS:aan perustettiin synnytyspelkovastaanotto, jota pitivät kättilöt.

**MENETELMÄT** Tarkastelimme kättilölle ja synnytyslääkärille ohjautuneiden potilaiden hoitoa ja eroja synnytystavassa.

**TULOKSET** Synnytyspelon vuoksi tehtiin keisarileikkaus 18 %:lle potilaista, ja 52 % luopui leikkaustoiveesta hoidon aikana. Lääkärille ohjattiin potilaita, jotka vahvasti toivoivat leikkausta. Lääkärin hoitamista potilaista useimmat synnyttivät leikkauksella suunnitellusti tai synnytyspelon takia.

**PÄÄTELMÄT** Kättilövetoinen poliklinikka tuottaa hyviä tuloksia toimiessaan yhteistyössä synnytyslääkärien kanssa.

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2003;82:201–8. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x
- 2 Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15:221. DOI: 10.1186/s12884-015-0655-4.

Suurin osa raskaana olevista jännittää synnytystä. Synnytyspelolla tarkoitetaan odottajan pelkoa tai ahdistusta, joka häiritsee arkielämää sekä valmistautumista synnytykseen ja vanhemmuuteen. Sitä kokee joka viides synnyttävä ja vaikeaa synnytyspelkoa 6–10 % (1,2). Taustalla on usein mielenterveysongelmia, mikä voi heikentää kykyä valmistautua synnytykseen (1,3).

Odottaja saattaa toivoa keisarileikkausta voimakkaan pelon takia. Pelko on yksi yleisimmistä suunnitellun keisarileikkauksen syistä Pohjoismaissa (2,3). Suunnitellut keisarileikkaukset

ta ja synnytyksestä ja tehdään synnytyssuunnitelma. Hoidon aikana pelko usein lievittyy ja keisarileikkaustoive väistyy.

Synnytyspelkoa hoidetaan ensisijaisesti neuvolassa. Äitiyspoliklinikalle ohjataan vaikeasta synnytyspelosta kärsivät sekä odottajat, jotka toivovat keisarileikkausta. Hoitoon osallistuu yleensä kättilö ja synnytyslääkäri, joskus myös psykologi (10). Kättilövetoinen kriisiterapia ja psykologivetoinen psykoedukatiivinen ryhmäterapia ovat tehokkaita hoitomuotoja, kun niiden tukena on moniammatillinen hoitotiimi (3,7,11).

TYKS:ssa kättilöt ovat osallistuneet yhteistyössä lääkärin kanssa synnytyspelon hoitoon 1990-luvulta alkaen. Vuonna 2012 perustettiin tähän hoitoon erikoistuneiden kättilöiden vastaanotto, jossa he hoitavat potilaita itsenäisesti ja konsultoivat lääkärinä tarvittaessa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella kättilövetoisen poliklinikan toimintaa ja arvioida synnytyspelon hoitotuloksia TYKS:ssa.

## Aineisto ja menetelmät

Aineisto koostui TYKS:n kantasairaalan äitiyspoliklinikalla vuonna 2015 hoidetuista potilaista, joiden poliklinikakäynnin päädiagnoosi tai synnytysdiagnoosi oli synnytyspelko (O99.80). Potilastiedot kerättiin retrospektiivisesti sairauskertomusjärjestelmästä (Miranda) ja synnytystietojärjestelmästä (i-Pana).

Potilaista selvitettiin perussairaudet, lääkitys, raskausanamneesi, raskauden kesto lähetettä tehtäessä ja toive synnytystavasta. Lisäksi kirjattiin synnytyspelkoon liittyvät käynnit, synnytyk-

*Kaikista keisarileikkausta toivoneista potilaista 52 % päätyi synnyttämään alateitse.*

ovat huomattavasti yleisempiä muualla länsimaissa, ja niistä suuri osa tehdään äidin toiveesta. Pohjoismaiden ulkopuolella synnytyspelon käsite on vieras, mutta keisarileikkaustoiveiden taustalla on kulttuuristen tekijöiden ja uskomusten lisäksi usein juuri synnytyspelko (4,5).

Nämä potilaat kuormittavat terveydenhuoltoa, sillä heillä on enemmän käyntejä ja vähemmän avustamattomia alatiesynnytyksiä kuin muilla synnyttäjillä (6). Synnytyspelon hoito on kustannustehokasta, koska hyvä hoito vähentää pelon takia tehtäviä keisarileikkauksia (7–9).

Hoidossa pyritään vähentämään potilaan ahdistusta ja vahvistamaan luottamusta itseensä synnyttäjänä. Lisäksi annetaan tietoa raskaudes-

- 3 Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006;33: 221–8. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x
- 4 D'Souza R, Arulkumaran S. To 'C' or not to 'C'? / Caesarean delivery upon maternal request: a review of facts, figures and guidelines. *J Perinat Med* 2013;41:5–15. DOI: 10.1515/jpm-2012-0049.
- 5 Saisto T, Rouhe H. Kun synnyttävä toivoo keisarileikkausta. *Suom Lääkäril* 2016;71:25–32.

VERTAISARVIOITU



**Synnytyspelkopotilaiden taustatiedot ja tiedot aiempien raskauksien kulusta**

	Kaikki potilaat n = 267	Kättilöryhmä n = 139	Lääkäriryhmä n = 128
Ikä (keskihajonta)	30,4 (5,2)	30,3 (5,2)	30,6 (5,3)
Vaihteluväli	16–44	18–41	16–44
Asuu kumpparin kanssa, n (%)	228 (87)	118 (85)	110 (86)
Ulkomaalaissyntyisiä, n (%)	16 (6)	9 (7)	7 (6)
<b>Obstetriset esitiedot</b>			
Aiemmat raskaudet, (vaihteluväli)	2 (1–9)	2 (1–8)	2 (1–9)
Aiemmat synnytykset, (vaihteluväli)	1 (0–5)	1 (0–5)	1 (0–3)
Ensisynnyttäjiä, n (%)	95 (36)	55 (40)	40 (31)
Aiempi keisarileikkaus, n (%)	71 (27)	28 (20)	43 (34) <sup>1</sup>
Keskenmeno, n (%)	70 (26)	39 (28)	31 (24)
Raskaudenkeskeytys, n (%)	39 (15)	23 (17)	16 (13)
Synnytyspelkoa hoidettu aiemmassa raskaudessa, n (%)	24 (9)	9 (7)	15 (12)

<sup>1</sup> p = 0,013

- Nieminen K, Wijma K, Johansson S ym. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96:438–46.
- Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1315–9.
- Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:948–52. DOI: 10.3109/00016349709034907
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Life satisfaction, general well-being and costs of treatment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psychoeducative group or conventional care attendance. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;94:527–33. DOI: 10.1080/00016340600756920
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG* 2013;120:75–84. DOI: 10.1111/1471-0528.12011.
- Saisto T, Rouhe H, Gissler M. Synnytyspelnon hoitokäytännöissä on vielä eroja. *Suom Lääkäril* 2013;68:2190–1.

seen ja lapsivuodeaikaan liittyvät tiedot sekä muu hoito synnytyspelon vuoksi.

Potilaat ohjattiin kättilön tai lääkärin vastaanotolle lähetteen perusteella. Lääkärille ohjattiin potilaat, jotka esittivät selvän toiveen keisarileikkauksesta tai joiden obstetrinen anamneesi edellytti lääkärin kannanottoa. Käynneistä vastasivat yleensä naistentautien ja synnytysten erikoislääkärit. Vastaanottoaikaa varattiin lääkärille 30–45 minuuttia ja kättilölle 90–120 minuuttia.

Potilaat jaettiin kahteen ryhmään sen mukaan, kumman vastaanotolla ensikäynti toteutui (kättilö- ja lääkäri-ryhmä). Ryhmien taustatietoja, synnytyspelon hoitoon liittyviä käyntejä ja synnytyksen kulkua verrattiin. Aineistoa verrattiin myös TYKS:n vuoden 2015 synnytystilastoihin (12).

Tilastollisiin arviointeihin käytettiin normaalisti jakautuneille muuttujille riippumattomien otosten t-testiä ja vinoille jakaumille Mann-Whitneyn U-testiä. Luokitteluasteikollisten muuttujien ristiintaulukoinnissa erojen tilastollinen merkitsevyys arvioitiin Pearsonin khiin neljät -testillä. Ryhmien välistä eroa pidettiin merkitsevänä, kun p < 0,05. Tulosten analysointiin käytettiin SAS-instituutin JMP pro 12 -ohjelmistoa.

**Tulokset**

Vuonna 2015 TYKS:n äitiyspoliklinikalla hoidettiin synnytyspelon vuoksi 305 potilasta. Valtaosa heistä ohjautui sinne äitiysneuvolan lähetteellä, keskimäärin raskausviikolla 27 (7–39). Tutkimusaineistosta poistettiin kaksosraskauspotilaat, potilaat, jotka eivät synnyttäneet TYKS:n kantasairaalassa ja potilas, joka ei ollut raskaana. Lopullisen tutkimusaineiston muodosti 267 potilasta, joista kättilöryhmään kuului 139 ja lääkäri-ryhmään 128 potilasta (taulukko 1).

Merkittävää on, että lääkäri-ryhmän potilailla oli useammin taustalla keisarileikkaus aiemmassa raskaudessa. Uudelleensynnyttäjiillä oli lääkäri-ryhmässä selvästi enemmän suunniteltuja keisarileikkauksia: 10 (8 %) vs. 2 (1 %), p = 0,02.

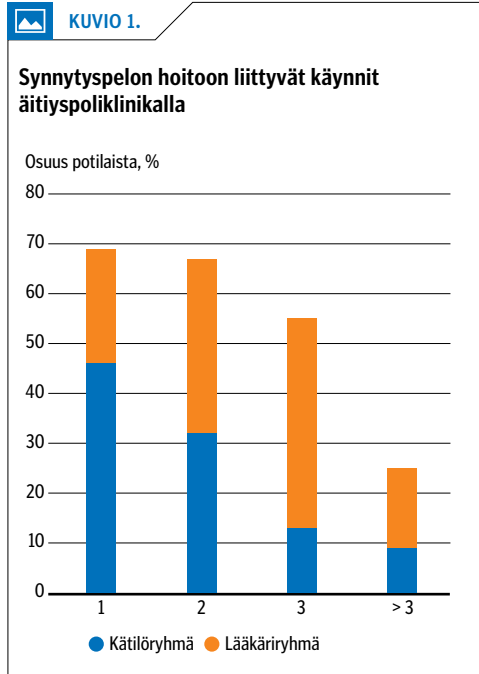
Potilaiden sairastavuus oli samanlaista kummassakin ryhmässä. Yleisimmät somaattiset sairaudet olivat kilpirauhasen vajaatoiminta (10 %) ja migreeni (6 %). Potilaista 28 %:lla oli diagnosoitu psyykinen sairaus. Masennuksesta oli kärsinyt 17 %, ahdistuneisuushäiriöstä 9 % ja paniikkihäiriöstä 8 %. Ennen raskauden alkua masennuslääkettä käytti 10 % potilaista. Raskauskomplikaatioita esiintyi yhtä usein kummassakin ryhmässä, yleisimmin raskausdiabetesta (17 %).

Hoito toteutui pääosin äitiyspoliklinikalla (kuvio 1), (liite 1, laakarilehti.fi > Sisällysluettelo > SLL 21/2019). Kättilöryhmässä oli merkittävästi vähemmän poliklinikkakäyntejä kuin lääkäri-ryhmässä (1,9 vs. 2,4 käyntiä, p = 0,008). Kättilöryhmän potilaista 57 %:lla (79 potilasta) oli käyntejä vain kättilön vastaanotolla ja lääkäri-ryhmän potilaista 68 %:lla (87 potilasta) vain lääkärin vastaanotolla (kuvio 2).

Potilailla oli mahdollisuus rentoutusvalmennukseen ja tutustumiskierrokseen synnytyssalissa tai -vuodeosastolla. Näille käynneille ohjattiin useammin kättilöryhmän kuin lääkäri-ryhmän potilaita. Rentoutusvalmennukseen osallistui 59 potilasta. Heistä suurempi osa synnytti alateitse (78 % vs. 58 %, p = 0,005), ja heillä oli vähemmän sekä käynnistettyjä synnytyksiä (8 % vs. 19 %, p = 0,021) että suunniteltuja keisarileikkauksia (7 % vs. 29 %, p = 0,005) kuin muilla.

Psykologin vastaanotolle ohjattiin 10 % (27 potilasta) ja psykiatrin vastaanotolle 2 % (6 potilasta). Ryhmillä ei ollut eroa näiden potilaiden

- 12 Vuori E, Gissler M, toim. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 16/2016.
- 13 Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs* 2006;20:138–46.
- 14 Rouhe H, Halmesmäki E, Saisto T. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset vuosina 1999 – 2005. *Duodecim* 2007;123:2481–6.
- 15 Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *BJOG* 2014;121:965–70.
- 16 Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;Nov; 94(5 Pt 1):679–82.
- 17 Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:10–7.
- 18 Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:44–9. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x.



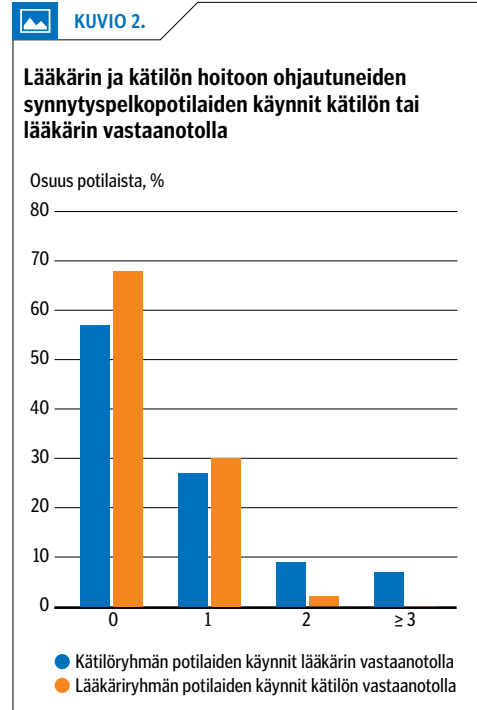
määrässä. Muutamia potilaita ohjattiin imetysohjauspoliklinikalle ja lastenpsykiatrian varhaisen vuorovaikutuksen työryhmään.

Lääkäriryhmän potilailla oli useammin lähetteen kirjattu toive keisarileikkauksesta: 43 (34 %) vs. 18 (13 %),  $p < 0,0001$ . Hoidon aikana 98 potilasta (37 %) esitti leikkaustoiveen. Näitä potilaita oli enemmän lääkäri- kuin kättilöryhmässä: 66 (52 %) vs. 32 (23 %),  $p = 0,0001$ . Keisarileikkaustoiveen esittäneistä 52 % (51 potilasta) päätyi alatiesynnytykseen. Tässä ei ollut eroa kättilö- ja lääkäriryhmien potilaiden välillä: 50 % (32 potilasta) vs. 53 % (16 potilasta),  $p = 0,777$ .

Potilaat synnyttivät keskimäärin raskausviikolla 39 (28–42) (taulukko 2). Ryhmillä ei ollut eroa alatiesynnytyksen tai keisarileikkausten kokonaismäärissä. Lääkäriryhmän potilailla oli merkittävästi enemmän suunniteltuja ja synnytyspelon vuoksi tehtyjä keisarileikkauksia. Kättilöryhmässä oli määrällisesti enemmän kiireellisiä keisarileikkauksia, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä lääkäriryhmään verrattuna (16 % vs. 9 %,  $p = 0,099$ ).

### Päätelmät

Kättilöiden kokemus synnytysten hoidosta tuo



lisäarvoa myös synnytyspelon hoitoon. Tätä hyödynnetään monissa sairaaloissa. Yhtenäistä hoitomallia ei kuitenkaan ole.

TYKS:ssa synnytyspelopotilaita ohjattiin lähetteen perusteella joko kättilölle tai synnytyslääkärille lähetteen lukijan arvion mukaisesti. Lääkärille ohjatuista potilaista suurempi osa toivoi keisarileikkausta, ja heistä suurempi osa synnyttikin suunnitellulla sekä synnytyspelon vuoksi tehdyllä keisarileikkauksella. Lääkärille ohjattiin useammin potilaita, joille oli aiemmin tehty suunniteltu keisarileikkaus. Kaikista keisarileikkausta toivoneista potilaista 52 % päätyi synnyttämään alateitse. Aiemmissa synnytyspelon hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa keisarileikkaustoiveesta luopui 50–87 % potilaista (5).

Rentoutusvalmennus osoittautui tehokkaaksi hoitomuodoksi. Kättilöryhmän potilaat osallistuivat lääkäriryhmän potilaita useammin rentoutusvalmennuskäynneille ja tutustumiskäynneille synnytyssaliin. Kun lääkäreiltä kysyttiin, miksi potilaita ei ohjattu näille käynneille, he vastasivat rentoutusryhmien olleen täynnä tai asian unohtuneen vastaanotolla.

Kiinnostavaa oli, että lääkäriryhmässä äitien vastasyntyneillä oli merkittävästi useammin pienet Apgar-pisteet kuin kättilöryhmän äitien

**TAULUKKO 2.**

**Synnytyspelkopotilaiden synnytykset ja vastasyntyneiden lasten tiedot**

Lisäksi kaikkien TYKS:ssa v. 2015 synnyttäneiden vastaavat tiedot, jotka saatu THL:n synnytysrekisteristä (8).

	TYKS n = 4 039	Synnytyspelko- potilaat n = 267	Kättilöryhmä n = 139	Lääkäriryh- mä n = 128	p-arvo
Synnytyksen käynnistys, n (%)	1 127 (28)	64 (23)	35 (25)	31 (24)	NS
Käynnistys synnytyspelon vuoksi		24 (9)	10 (7)	14 (11)	NS
Synnytystapa, n (%)					
Avustamaton alatiesynnytys	2 918 (73)	138 (52)	77 (55)	61 (48)	NS
Imukuppisynnytys	426 (11)	28 (11)	15 (11)	13 (10)	NS
Keisarileikkaus	673 (17)	101 (38)	47 (34)	54 (42)	NS
Suunniteltu	245 (6)	64 (24)	24 (17)	40 (31)	NS
Kiireellinen	369 (9)	34 (13)	22 (16)	12 (9)	0,008
Hätäkeisarileikkaus	59 (2)	3 (1)	1 (1)	2 (2)	NS
Keisarileikkaus synnytyspelon vuoksi		47 (18)	16 (12)	31 (24)	0,006
Kivunlievitys, n (%)					
Epiduraali-/spinaalipuudutus	2 034 (50)	130 (49)	61 (48)	69 (50)	NS
Paraservikaali- tai pudendaalipuudutus	750 (19)	38 (14)	20 (14)	18 (14)	NS
Episiotomia, n (%)	298 (7)	22 (8)	13 (9)	9 (7)	NS
Vaikea repeämä, n (%)	70 (1)	5 (2)	0	5 (4)	0,019
Vuoto, ml (vaihteluväli)		450 (0–2 500)	400 (0–2 500)	500 (150–1 800)	NS
Syntymäpaino, g (keskihajonta)		3 590 (500)	3 610 (500)	3 560 (500)	NS
Apgar 1 min < 7, n (%)	264 (7)	14 (5)	3 (2)	11 (9)	0,016
Apgar 5 min < 7, n (%)	77 (2)	2 (1)	1 (1)	1 (1)	NS
Hoitoa vastasyntyneiden teho-osastolla, n (%)	576 (14)	20 (8)	11 (8)	9 (7)	NS
Äidin hoitopäivät, n (vaihteluväli)	4 (0–31)	4 (0–20)	4 (0–20)	4 (1–9)	NS

NS = ei-merkittävä p-arvo

vastasyntyneillä (2 % vs. 7 %,  $p = 0,016$ ) ja lääkäriryhmän äideillä oli enemmän vaikeita synnytysrepeämiä.

Rentoutusvalmennus lievittää synnyttäjien stressiä ja ahdistusta sekä vähentää keisarileikkaustoiveita (7,11,13), mutta siihen osallistuminen ei selittänyt eroja Apgar-pisteissä tai repeämien määrässä. Synnytyspelkopotilaiden vastasyntyneillä on raportoitu pieniä Apgar-pisteitä mutta ei repeämien lisääntymistä (8). Tutkimuksemme vastasyntyneillä oli harvemmin

pieniä Apgar-pisteitä verrattuna muihin TYKS:n vastasyntyneisiin (5 % vs. 7 %).

TYKS:ssa vuonna 2015 synnyttäneistä 7 % sai hoitoa synnytyspelon vuoksi. Pelkopotilaiden määrä näyttää kasvaneen, sillä aiempien arvioiden mukaan vain alle 5 % synnyttäjistä saa hoitoa synnytyspelon vuoksi (14,15).

Lisääntynyt tietoisuus synnytyspelon hoitomahdollisuuksista ja pelon tunnistaminen on saattanut lisätä läheteitä pelkopoliklinikoille. Vuonna 2015 keisarileikkaukseen päättyi synny-

## SIDONNAISUUDET

Lotta Inkinen, Eeva Ekholm: Ei sidonnaisuuksia.

tyspelon vuoksi n. 1 % kaikista synnyttäjistä TYKS:ssa. Vastaavia tuloksia raportoitiin HYKS:ssa v. 1999–2005 (14).

Synnytyspelkopotilaista oli uudelleensynnyttäjiä selvästi suurempi osa kuin muista synnyttäneistä TYKS:ssa (64 % vs. 45 %), vaikka synnytyspelkoa esiintyy yhtä lailla sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä (1,14,15). Saattaa olla, että ensisynnyttäjien synnytyspelkoa hoidetaan tehokkaasti äitiysneuvolassa.

Uudelleensynnyttäjien voimakas pelko liittyy tyypillisesti aiempiin negatiivisiin kokemuksiin. Taustalla voi olla keisarileikkaus, komplisoitunut alatiesynnytys tai pettyminen synnytykseen tai hoitohenkilökuntaan (1,2,16,17). Synnytyspelkopotilaista peräti 27 % olikin aiemmin synnyttänyt keisarileikkauksella, muista synnyttäjistä vain 9 %. Kiireelliset keisarileikkaukset ovat yleisempiä synnytyspelkopotilailla kuin muilla synnyttäjillä (13 % vs. 9 %), ja synnytyspelkoon liittyvän ahdistuksen ajatellaan häiritsevän synnytystä (18). Pelon hyvällä hoidolla on pystytty vähentämään kiireellisiä keisarileikkauksia ja imukuppisynnytyksiä (10).

Kättilöryhmässä potilailla oli vähemmän käynnejä kuin lääkäriryhmässä mutta käynnin kesto oli selvästi pidempi. Vastaanotot ovat sisällöltään ja tavoitteiltaan erilaisia. Lääkärin vastaanottoaika käytetään pelon käsittelyn lisäksi obstetriin tutkimuksiin ja keisarileikkauspäätökseen. Leikkausta toivovalle tulisikin hyvän hoitokäytännön mukaan tarjota vähintään kahta lääkäriäkäyntiä (11).

Kättilön vastaanotolla käydään läpi alatiesynnytyksen kulkua ja voidaan tehdä synnytys-suunnitelma. Pidempi vastaanottoaika mahdollistaa huolien ja pelkojen laajemman käsittelyn.

## TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Synnytyssairaaloiden pelkopoliklinikoilla hoidetaan vaikeasta synnytyspelosta kärsiviä äitejä.
- Hoito toteutetaan moniammatillisesti synnytyslääkärin ja kättilöiden yhteistyönä.
- Synnytyssairaloilla on eroa synnytyspelon hoitomalleissa.

## TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- Synnytyspelkopotilaiden määrä äitiyspoliklinikoilla on kasvanut.
- TYKS:ssa kättilöiden itsenäinen synnytyspelkovastaanotto on tuottanut hyviä tuloksia toimiessaan lääkärin vastaanoton rinnalla.

Tämä todennäköisesti vahvistaa potilaan tunteita kuulluksi tulemisesta ja voi lisätä tyytyväisyyttä hoitoon (17).

Tämän aineiston perusteella kättilön itsenäinen vastaanotto tukee synnytyspelon hoitoa toimiessaan lääkärin vastaanoton rinnalla. Kaikille potilaille voisi harkita käyntiä kättilön vastaanotolla. Tarvittaessa heidät voidaan ohjata sieltä lääkärille.

Rentoutusvalmennuksen saatavuutta tulisi parantaa, jotta sitä voitaisiin tarjota kaikille sitä haluaville synnytyspelkopotilaille. Tässä tutkimuksessa sitä ei tarjottu osalle potilaista, koska ryhmät olivat täynnä.

Synnytyspelon hoitoa tulisi yhä kehittää. Hoitotuloksia olisi tärkeää arvioida myös sillä perusteella, miten potilas koki hoidon ja synnytyksen, eikä vain keisarileikkaustoiveesta luopuneiden määrällä. ●

ENGLISH SUMMARY | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english

Treatment of fear of childbirth in Turku University Hospital in 2015

**LOTTA INKINEN**  
M.D.  
Turku University Hospital  
**EEVA EKHOLM**

# Treatment of fear of childbirth in Turku University Hospital

**BACKGROUND** Fear of childbirth (FOC) complicates every fifth pregnancy. FOC is one of the most common reasons for delivery by caesarean section (CS) in Finland. Mothers suffering from severe FOC are treated in special maternity clinics but there is no common guideline for treating FOC. In the University Hospital of Turku midwives have independently started to treat mothers suffering from FOC.

**METHODS** This was a retrospective study of the treatment of FOC patients by midwives or obstetricians.

**RESULTS** Caesarean section (CS) due to FOC was carried out in 18% of the patients. Amongst the women who requested CS 52% changed their wishes during the treatment. Patients treated by obstetricians more often requested CS and more often gave birth by CS. CS due FOC was also more common in these patients than in patients treated by midwives. Patients who participated in relaxation training more often gave birth vaginally.

**CONCLUSIONS** Treatment of FOC requires multiprofessional cooperation. Midwives have lot of experience in deliveries, so they have an important role in treating FOC. In co-operation with obstetricians midwives can successfully treat FOC.

Liite 1.  
Synnytyspelon hoitoon liittyvät käynnit

	Kaikki potilaat n = 267	Kätilöryhmä n = 139	Lääkäriryhmä n = 128	p-arvo
Raskausviikko, jolla ensikäynti (vaihteluväli)	32 (15–39)	33 (16–38)	32 (15–39)	NS
Käyntejä yhteensä, n	571	261	310	
Lääkäri	361	95	266	
Kätilö	210	166	44	
Psykologi	44	13	31	
Psykiatri	8	3	5	
Käyntejä/potilas, n (vaihteluväli)	2,1 (1–6)	1,9 (1–5)	2,4 (1–6)	< 0,001
Lääkäri	1,4 (0-5)	0,7 (0–4)	2,1 (1–5)	< 0,001
Kätilö	0,8 (0–3)	1,0 (1–3)	0,3 (0–2)	< 0,001
Rentoutusvalmennus, n (%)	59 (22)	47 (34)	12 (9,4)	< 0,001
Tutustuminen synnytyssaliin, n (%)	54 (20)	36 (26)	18 (14)	0,015