

Saara Hakala, Raakel Herttua, Eliisa Kruus

Synnytyksen aikainen jatkuva tuki – läsnäoloa lääkkeenä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

20.5.2015

Tekijä(t) Otsikko	Saara Hakala, Raakel Herttua, Eliisa Kruus Synnytyksen aikainen jatkuva tuki - läsnäoloa lääkkeenä
Sivumäärä Aika	25 sivua + 3 liitettä 20.5.2015
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Lehtori, TtT Pirjo Koski
<p>Opinnäytetyö on osa Hyvä syntymä -hanketta, jonka tavoitteena on kehittää näyttöön perustuvaa kätilötyötä sekä kehitellä synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen toimintamalli. Hankkeen tarkoituksena on tutkia, onko jatkuvan tuen tarjoamisella vaikutuksia synnytyksen kulkuun, vastasyntyneen terveyteen sekä vastasyntyneen ja vanhempien ensikontaktiin.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen vaikutusta synnytyksen kulkuun ja äidin synnytyskokemukseen kirjallisuuskatsauksen avulla sekä laatia artikkeliehdotus Hyvä syntymä -hankkeelle. Tavoitteena oli artikkeliehdotuksen ja kirjallisuuskatsauksen kautta jakaa tiivistettyä tutkimustietoa alan ammattihenkilöille ja sitä kautta edistää näyttöön perustuvaa kätilötyötä.</p> <p>Opinnäytetyöprosessin alussa tutustuttiin Midwifery -lehden artikkelin kirjoitusohjeisiin, jonka jälkeen tuotettiin soveltava systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin kätilön antaman jatkuvan tuen vaikutuksia synnytyksen kulkuun ja äitien kokemuksia saamastaan synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta. Aineisto haettiin hoitotieteellisistä tietokannoista ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Artikkelia laadittiin kirjallisuuskatsauksen ja Hyvä syntymä -hankkeessa aikaisemmin tehdyn opinnäytetyön tutkimuksen tulosten pohjalta. Kyseisen tutkimuksen puitteissa toteutettiin koulutusinterventio synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta kahden interventiosairaalan kätilöille. Näiden sairaaloiden synnyttäjien syntymärekisteritietoja verrattiin neljän kontrollisairaalan vastaaviin tietoihin. Artikkelissa kuvattiin kätilön tarjoaman synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen vaikutuksia synnytyksen kulkuun ja synnyttäjään sekä esiteltiin tutkimuksen tulokset.</p> <p>Aikaisempien tutkimusten mukaan synnytyksen aikainen jatkuva tuki edesauttaa säännöllisen synnytyksen kulkua, jolloin spontaani alatiesynnytys on todennäköisempi. Jatkuva tuki vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta, sektio- ja toimenpidesynnytyksiä, lyhentää synnytyksen kestoa sekä vaikuttaa synnytyskokemukseen positiivisesti. Hyvä syntymä -hankkeessa toteutetun opinnäytetyön tulosten mukaan koulutusinterventiolla ei kuitenkaan ollut merkittävää vaikutusta synnytyksen kulkuun eikä vastasyntyneen terveyteen.</p> <p>Jatkossa voisi tutkia Suomen äitiyshuollon palvelujärjestelmän ja esimerkiksi maailmalla käytetyn caseload -mallin vaikuttavuuden eroja.</p>	
Avainsanat	Jatkuva tuki, kätilötyö, synnytys, vaikuttavuus, äiti

Author(s) Title	Saara Hakala, Raakel Herttua and Eliisa Kruus Continuous Support During Labor - Support as Pain Relief
Number of Pages Date	25 pages + 3 appendices 20.5.2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor(s)	Pirjo Koski, Ph.D. (Health Science)
<p>The purpose of our final project was to describe the effects of continuous support during labor on maternal and perinatal outcomes. Our final project is a part of an initiative carried out in Finland. The aim was to promote evidence-based midwifery by writing an article based on the results of a systematic literature review and the results of a previous study implemented in the initiative. The previous study examined the effects of continuous support during labor based on Finnish perinatal statistics.</p> <p>First, we got familiar with the writing instructions of a journal the article was suggested to be published in. Then we conducted a systematic literature review on the objective. The research questions for the literature review were as follows: How does the continuous support given by midwife affect the course of labor? How did the mothers experience the continuous support they received during labor? The research material was gathered from databases for nursing research. The material was analyzed with inductive content analysis. The findings of the previously implemented study were presented in the article with the results of the literature review.</p> <p>According to previous studies, continuous labor support enhances the normal course of labor. Therefore, the probability of a spontaneous vaginal delivery is higher. Continuous support during labor also decreases the need for pharmacological pain management such as epidural analgesia. The caesarean section and instrumental birth rates were also reduced due to continuous support. Continuous labor support reduces the duration of labor and has a positive effect on mother's birth experience. The results of the previous study implemented in the initiative showed that there were no significant effects of continuous labor support according to the perinatal statistics.</p> <p>Further studies should be carried out to compare the effectiveness of Finnish maternity care with Caseload Midwifery Programs used in many countries.</p>	
Keywords	Continuous support, midwifery, labor, effectiveness, mother

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	2
3	Opinnäytetyön teoreettinen tausta	3
3.1	Säännöllinen synnytyksen kulku	3
3.2	Synnytyksen aikainen kätilötyö	3
3.3	Kätilön tarjoama jatkuva tuki synnytyksessä	4
3.4	Synnytyksen hoidon vaikuttavuus	5
3.4.1	Synnytyksen hoidon tulokset Suomessa 2012	6
3.4.2	Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet	6
4	Kirjallisuuskatsaus	9
4.1	Tiedonhaun kuvaus ja aineiston valinta	10
4.1.1	Tiedonhakutaulukko	10
4.1.2	Aineiston kuvaus	13
4.1.3	Sisällön analysointi	13
4.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	14
4.2.1	Kätilön antaman jatkuvan tuen vaikutukset synnytyksen kulkuun	14
4.2.2	Äitien kokemukset synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta	15
5	Artikkelin kirjoittamisprosessi	17
5.2	Artikkeliehdotus	19
6	Pohdinta	19
6.1	Tulosten pohdinta	20
6.2	Opinnäytetyön eettisyys	20
6.3	Oman oppimisen pohdinta	22
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	22
7	Lähteet	23

Liitteet

Liite 1. Analyysitaulukko

Liite 2. Sisällönanalyysitaulukko

Liite 3. Artikkeliehdotus

1 Johdanto

Naisella on oikeus kokea lapsensa syntymä toiveidensa mukaan valitsemassaan paikassa. Synnyttäminen lääkärijohtoisissa yksiköissä riippumatta siitä, onko synnytys säännöllinen vai komplisoitunut, on yleistynyt maailmanlaajuisesti. Myös käsitys siitä, että synnytys voidaan todeta säännölliseksi vasta syntymän jälkeen, on yleistynyt. Tämä on johtanut siihen, että useissa maissa synnytyslääkärit ovat ottaneet hoitolinjaukseksi säännöllisen synnytyksen hoitamisen komplisoituneen synnytyksen tavoin. (WHO 1996: 2.)

Suomessa synnytysten keskittämällä isoihin sairaaloihin voi olla suunnittelemattomia negatiivisia seurauksia (Hemminki – Heino – Gissler 2011: 1192). Sairaaloissa on rutiniinomaisesti tapana puuttua synnytyksen kulkuun korkean riskin synnytysten vaatimalla tavalla (WHO 1996: 2). Jos matalan riskin synnyttäjää hoidetaan sairaalassa, joka on profiloitunut hoitamaan korkean riskin synnytyksiä, heihin saatetaan suhtautua automaattisesti riskisynnyttäjinä. Tämä saattaa johtaa liiallisiin toimenpiteisiin. (Hemminki ym. 2011: 1192.) Suomessa raskausaika ja synnytys hoidetaan hajautetusti eri pisteissä äitiyshuollon palvelujärjestelmässä. Näin ollen järjestelmän eri alueet tarkastelevat raskaana olevan ja synnyttäjän elämäneluetta vain kapea-alaisesti. Tämä nähdäänkin äitiyshuollon yhtenä isoimpana ongelmana, sillä yksi äidille tuttu kätilö harvoin hoitaa tätä raskauden alusta saakka aina lapsivuodeajan loppuun. (Ryttyläinen 2005: 34.) Jatkuva tuki helpottaisi naisen kokemaa synnytyksen aikaista ahdistusta rentouttamalla synnyttäjää ja siten edesauttaisi synnytyksen luonnollista etenemistä (McGrath – Kennell 2008: 96), jolloin spontaani alatiesynnytys on todennäköisempää (McLachlan ym. 2012: 1487).

Raskaus on psykososiaalinen tapahtuma, joka vaikuttaa sekä naiseen että hänen kumppaniinsa. Ensimmäisen raskauden ja synnytyksen myötä yksilö tai pariskunta kokee suuren muutoksen kasvaessaan vanhemmiksi. Tämä elämänmuutos vaikuttaa myös parisuhteen rooleihin yhteisen vastuun myötä. Positiivisella synnytyskokemuksella on merkittävä rooli tämän elämänmuutoksen hallinnassa. Tutkimusten mukaan hyvä tuki synnytyksen aikana parantaa synnytyskokemusta sekä vaikuttaa tuleviin raskauksiin ja synnytyksiin synnytyspelkoa ennaltaehkäisevästi. (Ekström – Herfelt Wahn – Lundgren – Thorstensson 2012.) Tästä syystä synnytyksen aikaista tukea on tärkeää

tutkia ja tutkittua tietoa saattaa työelämään kätilöiden, kätilöopiskelijoiden ja muidenkin terveydenhoitoalan ammattihenkilöiden hyödynnettäväksi.

Opinnäytetyömme on osa Hyvä syntymä -hanketta, jonka tarkoituksena on selvittää, onko synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen tarjoamisella vaikutuksia synnytyksen kulkuun, vastasyntyneen terveyteen tai vastasyntyneen ja vanhempien ensikontaktiin. Hankkeen puitteissa toteutettiin koulutusinterventio kätilöille synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta Oulun ja Hyvinkään sairaaloissa. Koulutuksen jälkeen tarkoituksena oli vertailla koulutusinterventiosairaaloiden ja neljän kontrollisairaalan hoidon tuloksia ja sen kautta havainnoida onko niiden antamalla synnytyksen aikaisen tuen vaikutuksilla eroja. Hyvä syntymä -hankkeen tutkimuksen tulosten kautta kehitetään synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen toimintamallia. (Kätilölehti 2014: 16–18.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjoittaa kirjallisuuskatsaus sekä artikkeliehdotus. Prosessin alussa tutustuttiin Midwifery-lehden artikkeleihin kirjoitusohjeisiin, jonka jälkeen kirjoitettiin soveltava systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Miten kätilön antama jatkuva tuki vaikuttaa synnytyksen kulkuun?
- 2) Millaisena äidit kokivat saamansa synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen?

Artikkeli kirjoitettiin kirjallisuuskatsauksen ja Hyvä syntymä -hankkeessa aiemmin tehdyn äitien synnytyksen aikaiseen tukeen liittyneen opinnäytetyön (Dahlqvist – Lepistö – Vainio 2014) pohjalta. Tuloksina aiemmassa opinnäytetyössä toimivat tutkimukseen osallistuneiden syntymärekisteritiedot, siksi kirjallisuuskatsauksen teoriataustassa kuvattiin syntymärekisterin vuoden 2012–2013 tuloksia. Tarkoituksena oli kuvata artikkelissa kätilön tarjoaman synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen vaikutuksia synnytyksen kulkuun ja synnyttäjään. Artikkeliehdotuksen tavoitteena on jakaa tiivistettyä tutkimustietoa alan ammattihenkilöille, jotta näyttöön perustuvaa tietoa voitaisiin hyödyntää käytännön työelämässä.

3 Opinnäytetyön teoreettinen tausta

3.1 Säännöllinen synnytyksen kulku

Kansainvälisen määritelmän mukaan puhutaan synnytyksestä raskauden kestänyt yli 22+0 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa. Täysiaikaisesta synnytyksestä puhutaan, kun raskaus on edennyt viikolle 37+0. Synnytys voi alkaa supistuksilla, jotka kypsyttävät kohdunkaulaa tai lapsiveden menolla. Sikiökalvojen puhkeamisen jälkeen supistuksien pitäisi alkaa muutaman tunnin kuluttua. (Tiitinen 2014.)

Synnytys jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisten poistuminen. Avautumisvaiheesta puhutaan, kun kohdunsuu on avautunut 2–4 senttimetriä ja kun supistukset ovat säännöllisiä. Avautumisvaiheen tarkoituksena on sikiön tarjoutuvan osan laskeutuminen lantion pohjalle, mikä vaatii kohdunsuun aukeamisen kymmeneen senttimetriin. Tämä voi kestää ensisynnyttäjällä noin 7–9 tuntia. Ponnistusvaiheessa sikiö painaa peräsuolta ja välilihaa, jolloin äiti kokee ponnistus-tarvetta. Ensisynnyttäjällä ponnistusvaiheen kesto on yleensä 20–30 minuuttia, kun taas uudelleensynnyttäjillä noin 10 minuuttia (THL 2012: 40). Ponnistusvaihe loppuu lapsen syntymään äidin ponnistaessa supistuksien aikana. Jälkeiset syntyvät noin tunnin kuluessa syntymästä kohdun supistelujen ja vatsanpeitteiden päältä painelemisen myötä. Jälkeisten syntymisen aikana äiti menettää keskimäärin 500ml verta. (Tiitinen 2014.)

3.2 Synnytyksen aikainen kätilötyö

Kätilö on henkilö, joka on hyväksytysti suorittanut kätilökoulutuksen kyseisen maan edellyttämällä tavalla ja saanut pätevyyden toimia kätilötyössä ja/tai rekisteröityä kätilöluetteloon. Kätilö työskentelee eri-ikäisten ja eri elämänvaiheissa olevien naisten kanssa antaen hoitoa, ohjausta ja neuvontaa. Asiakaskuntaan kuuluu nuoria synnyttämättömiä tyttöjä, raskaana olevia ja synnyttäviä sekä eri-ikäisiä gynekologisista vaivoista kärsiviä naisia. (Pajukangas-Viitanen 2004.) Suomessa säännöllisen alatiesynnytyk-

sen hoitaa kätilö (Tiitinen 2014). Kätilö toimii paljon itsenäisesti ja havaitessaan poikkeavuuksia äidissä tai lapsessa reagoi nopeasti konsultoimalla lääkäriä. Lisäksi kätilö hoitaa synnyttäneitä, vastasyntyneitä ja heidän perheitään huomioiden ja kunnioittaen asiakkaiden yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa. Tarvittaessa kätilö myös puolustaa asiakkaan oikeuksia. (Pajukangas-Viitanen 2004.)

Useissa maissa, kuten Yhdysvalloissa, Englannissa ja Australiassa toimii tavallisten kätilöiden rinnalla niin sanotut caseload-kätilöt. Tällöin naisen raskausajan, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoitaa sama kätilö tai kätilöryhmä tai moniammatillinen hoitotiimi. Jos caseload-kätilö toimii moniammatillisessa tiimissä hän voi hoitaa myös korkeanriskin synnytyksiä. Caseload -kätilö tarjoaa jatkuvaa tukea naiselle hoitamalla häntä raskauden alusta lapsivuodeajan loppuun saakka. (Tracy ym. 2014.)

Lontoon äitiyshuollon ammattilaisille suunnatuissa ohjeistuksissa suositellaan, että synnytyksessä tulisi antaa niin sanottua one-to-one -tukea. Tällä tarkoitetaan sitä, että synnyttäjää ei tule jättää synnytyksessä yksin kuin vain lyhyiksi hetkiksi tai naisen pyynnöstä. Kätilön tulee olla naisen tavoitettavissa koko synnytyksen hoidon ajan. Mikäli synnytys jatkuu kätilöiden vuoron vaihtuessa, siirretään synnytyksen hoito ennalta määrätylle kätilölle, joka jatkaa one-to-one -hoitoa. (London's maternity services: 19.) Käsitteitä 'one-to-one' -tuki ja 'caseload' -kätilöys käytetään tutkimuksissa osittain myös synonyymeinä.

3.3 Kätilön tarjoama jatkuva tuki synnytyksessä

Kätilön antamaa ammatillista tukea on kuvattu äidin omia voimavaroja ja hallinnan tunnetta vahvistavana tukena, joka auttaa äitiä selviytymään synnytyksen eteen tuomista haasteista. Jos synnytyksen aikainen tuki on jatkuvaa, se myös pienentää lääketieteellisen puuttumisen riskiä, kuten hätäsektiota tai paikallisuudutusta. Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen on myös todettu johtaneen lyhytkestoisempiin synnytyksiin. (Ekström ym. 2012.)

Useissa tutkimuksissa äitien toivoma synnytyksen aikainen tuki on luokiteltu neljään eri ryhmään: emotionaalinen tuki, informatiivinen tuki, fyysinen tuki ja äidin oikeuksien ajaminen (Iliadou 2012: 2). Emotionaalista tukea on kätilön jatkuva läsnäolo, äidin voimaannuttaminen ja kehuminen. Informatiivisella tuella tarkoitetaan äidin tiedottamista

esimerkiksi synnytyksen kulusta ja ohjausta erilaisista selviytymistekniikoista. Fyysisellä tuella tarkoitetaan kätilön tarjoamia erilaisia tapoja helpottaa äidin oloa. Näitä ovat esimerkiksi lohduttava kosketus, hieronta, nestetasapainosta huolehtiminen ja lämpimään suihkuun ohjaaminen. Äidin oikeuksien ajamisella tarkoitetaan kätilön auttavan äitiä tuomaan ilmi hänen toiveitaan muille. (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2013: 3.) Kätilön antama verbaalinen tuki voidaan jakaa neljään eri pääryhmään. Niistä uskon vahvistaminen ja totuudenmukainen tiedonanto ovat yleisimmin käytettyjä, kun taas suora ohjeistus ja ”baby talk” eli vauvan kautta puhuminen ovat vähemmän käytettyjä. On huomattu, että jos kätilö luo uskoa synnytyksen onnistumiseen, tukihenkilöt lähtevät mukaan kannustamiseen ja siten äiti ympäröidään positiivisella ilmapiirillä. Äidin hallinnantunnetta lisää kätilön rehellinen tiedonanto synnytyksen kulusta. (Borders – Haozous – Leeman – Rogers – Wendland 2013.)

Synnytyksen aikaista tukea on kuvattu vuorovaikutteisena prosessina, johon vaikuttaa tuen tarjoajan ikä, kokemus ja persoona kuten myös toimintaympäristö. Kumppanin tarjoama sosiaalinen tuki eroaa kätilön antamasta ammatillisesta tuesta, mutta kummatkin ovat tärkeitä synnytyskokemuksen kannalta. Täysin ulkopuolisen henkilön antaman tuen on todettu olevan vaikutuksiltaan tehokkaampaa kuin kumppanin tai sairaalan henkilökuntaan kuuluvan ammattihenkilön. Tällaista jatkuvaa tukea tarjoavat ei-ammattilliset doulat. Tutkimusten mukaan doulat pystyvät tarjoamaan jatkuvaa tukea ja läsnäoloa, jota kätilöt eivät resurssien vähyyden ja kiireen takia pysty tarjoamaan. Naiset, jotka ovat kokeneet jääneensä vaille tukea synnytyksessä, saattavat kärsiä voimakkaasta synnytyspelosta seuraavissa raskauksissa. (Ekström ym. 2012.)

Kirjallisuuskatsauksessa jatkuva tuki käsittää synnytyksen aikaisen tuen, vaikka case-load ja one-to-one -tuki kattaa usein myös raskauden ajan hoidon..

3.4 Synnytyksen hoidon vaikuttavuus

Terveydenhuollossa hoidon vaikuttavuudella tarkoitetaan annetun hoidon vaikutusta asiakkaan tai potilaan terveydentilaan. Hoidon vaikuttavuuden mittaamisessa on olennaista pyrkiä löytämään ja analysoimaan rekisteriaineistosta tietoja, jotka kuvaavat hoidon vaikuttavuutta muun muassa synnyttäjän tai syntyvän lapsen elämänlaatuun ja terveyden tilaan. (Peltola ym. 2009: 9–11.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämään syntymärekisteriin tilastoidaan äitien ja vastasyntyneiden tiedot sekä synnytysten määrät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain. Syntymärekisteri toimii synnytyksen

aikaisen hoidon ja jatkuvan tuen vaikuttavuuden mittarina. Tilastoinnin ja tutkimuksen pohjalta hoitokäytäntöjä voidaan kehittää. (THL 2013.) Hyvä syntymä - hankkeessa synnytyksen hoidon vaikutuksia arvioitiin alku- ja loppukyseiden ja niihin vastanneiden äitien syntymärekisteritietojen avulla (Koski 2012).

3.4.1 Synnytyksen hoidon tulokset Suomessa 2012

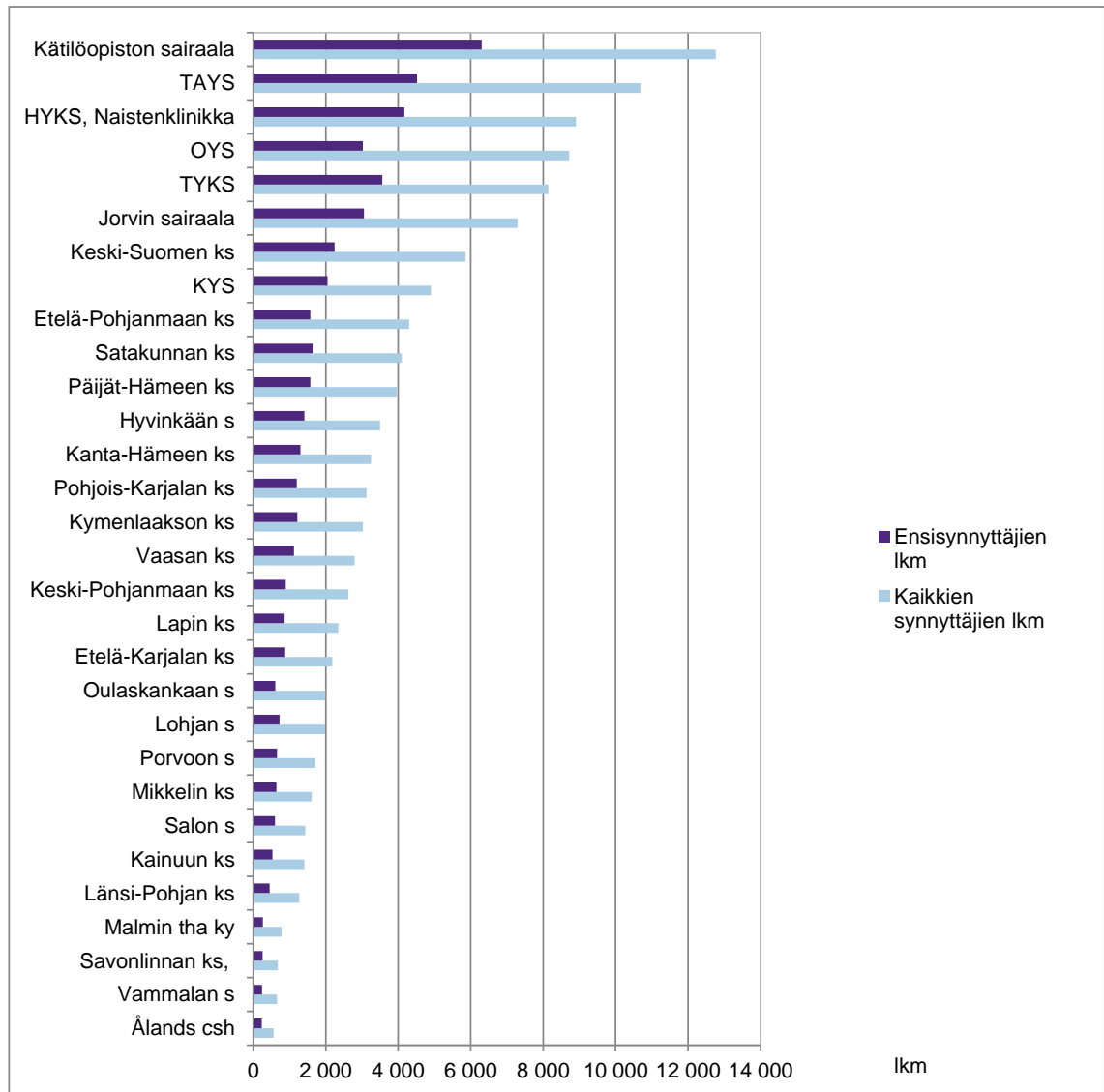
Vuonna 2012 Suomessa syntyi 59 856 lasta, joista 59 693 syntyi elävänä (THL 2013: 29). Synnytys tapahtui keskimäärin raskausviikoilla 39+4 (THL 2013: 3). Kaksosten osuus vuonna 2012 oli 2,7 % ja kolmosten 0,1 % (THL 2013: 39). Suurin osa lapsista (94 %) syntyi raskausviikkoihin nähden normaalikokoisena (AGA). Raskausviikkoihin nähden pieni- (SGA) ja isokokoisena (LGA) lapsia syntyi lähes saman verran (3,2 % vs. 2,8 %). Kaikista syntyneistä lapsista vuosina 2011–2012 keskosina (< 2500 g) syntyi 4,2 %. (THL 2013: 4.)

Kaikista vuonna 2012 syntyneistä lapsista alle seitsemän Apgarin pistettä sai 5,9 % (THL 2013: 4). Vuonna 2012 sektiolla syntyneiden osuus kaikista syntyneistä oli 16,8 % ja imukuppiulosauttoa käytettiin 8,6 % synnytyksistä (THL 2013: 42).

Vuonna 2012 lähes kaikki (99,8 %) lapset syntyivät sairaaloissa. Synnytyksistä 18 tapahtui suunnitellusti kotona ja 62 synnytystä tapahtui sairaalan ulkopuolella suunnittemattomasti. Matkasynnytyksiä oli 63 vuonna 2012. Laskettaessa Naistenklinikka, Kätilöopisto ja Jorvin sairaala yhdeksi sairaalaksi (HYKS), niin synnytyksiä hoitavia sairaaloita Suomessa vuoden 2012 lopussa oli 28. Yli puolet (53 %) lapsista syntyivät yliopistollisissa sairaaloissa, yli yksi kolmasosa (37 %) keskussairaaloissa ja noin joka kymmenes (10 %) vuosina 2011–2012 syntyneestä lapsesta syntyi muissa sairaaloissa. Eniten synnytyksiä tapahtui HYKS:ssä (24,8 %). (THL 2013: 3.)

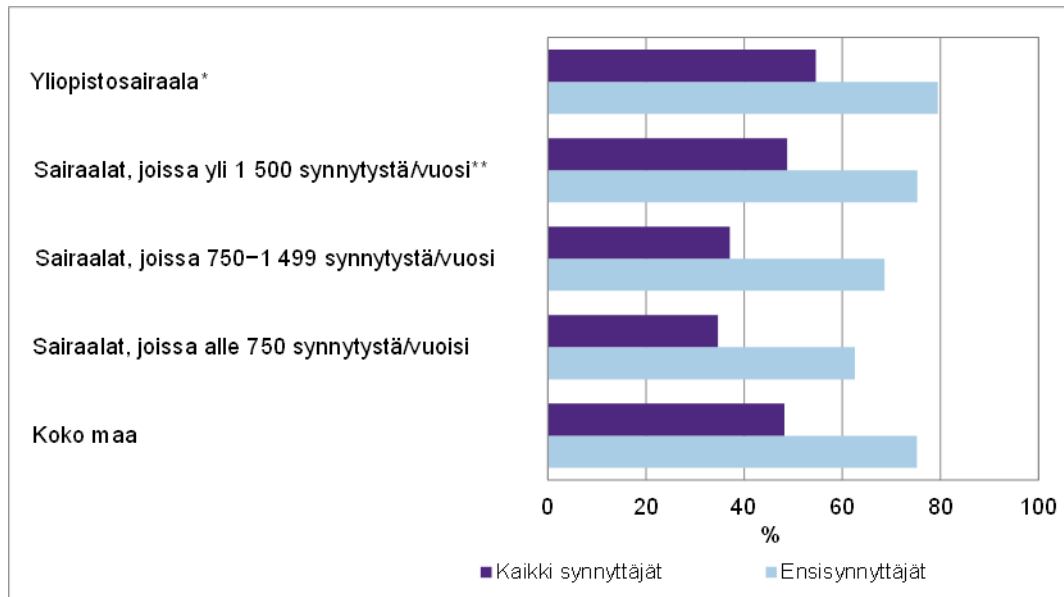
3.4.2 Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet

Vuosina 2012–2013 synnytyksiä oli 116 767 (THL 2014: 15). Ensisynnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä oli noin 41 prosenttia. Synnytyssairaaloita vuonna 2013 Suomessa oli 30, joista 11:sta sairaalassa hoidettiin alle 1000 synnytystä vuodessa.



Kuvio 1. Synnyttäjien lukumäärät sairaaloittain, kaikki ja ensisynnyttäjät 2012–2013 yhteensä (THL 2014: 2).

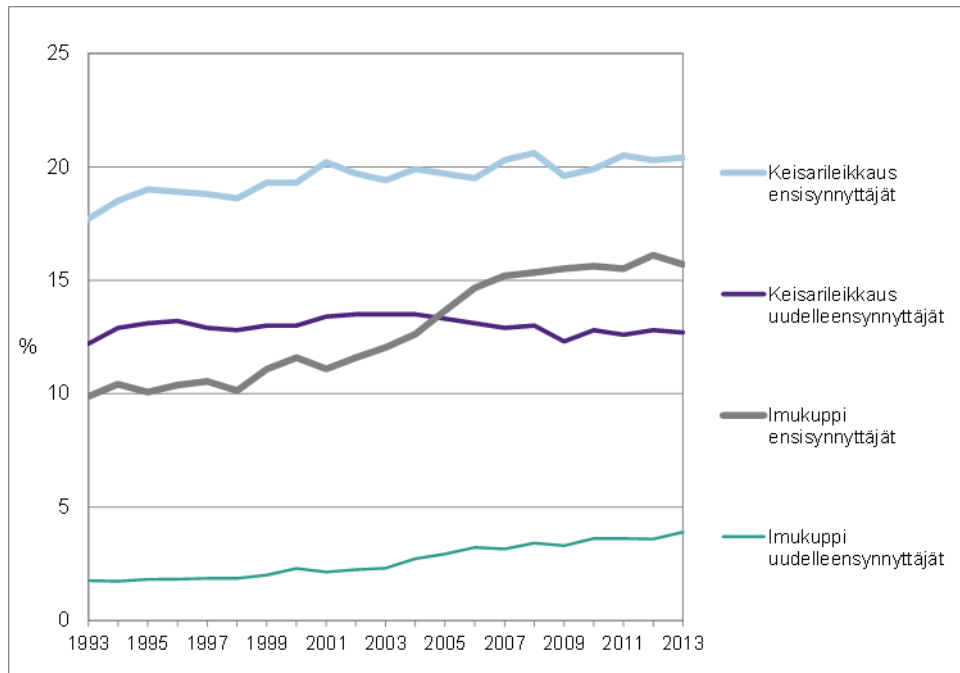
Kaikista synnyttäjistä 92 % ja ensisynnyttäjistä 97 % sai jotain kivunlievitystä vuosina 2012–2013 (THL 2014: 5). Näinä vuosina epiduraalipuudutuksen kaikista synnyttäjistä sai 48,2 %. Yliopistosairaaloissa 55 % kaikista synnyttäneistä ja 80 % ensisynnyttäjistä sai epiduraalipuudutuksen (Kuvio1). (THL 2014: 18.)



Kuvio 2. Epiduraalipuudutus sairaalatyypeittäin, kaikki ja ensisynnyttäjät 2012–2013, % (pois lukien monisikiöiset synnytykset ja keisarileikkaukset) *HYKS (Naistenklinikka), TYKS, TAYS, KYS ja OYS. **Mukana ei ole yliopistosairaalaita, lukuun ottamatta HYKS: Kättilöopiston ja Jorvin sairaalat. (THL2014: 5.).

Kaikista synnyttäneistä äideistä ilokaasua vuosina 2012–2013 käytti 57,8 %. Myös muiden, vähemmän yleisten kivunlievitysmenetelmien käyttö on Suomessa lisääntynyt. Spinaalipuudutuksen sai vuosina 2010–2011 16,6 % kaikista synnyttäjistä, kun vuosina 2012–2013 vastaava luku oli 19,1 %. Samalla aikavälillä yleisyys nousi myös yhdistetyn spinaali-, epiduraali- (0,8 % vs 1,6 %), paraservikaali- (17,9 % vs 18,1 %) ja pudentaalipuudutuksen (8,5 % vs 9,7 %) käytössä. (THL 2014: 18; 20.) Äideistä 12 % sai jotain muuta lääkkeellistä kivunlievitystä. Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä, kuten esimerkiksi akupunktiota sai 34 % äideistä. Eniten ei-lääkkeellistä kivunlievitystä käytettiin sairaaloissa, missä oli alle 750 synnytystä vuodessa. (THL 2014: 8.)

Kaikista synnyttäneistä 84 % ja ensisynnyttäjistä 80 % synnytti vuosina 2012–2013 alateitse. Keisarileikkauksien osuus kaikista synnytyksistä vuonna 2013 oli 15,8 % ja ensisynnyttäjien kohdalla 20,4 %. Oheisen tilastotaulukon (Kuvio 2.) mukaan Lukemat ovat pysyneet vuodesta 2000 lähtien melko tasaisena (Kuvio 2). Imukuppisynnytyksien osuus kaikista synnytyksistä oli vuosina 2012–2013 8,8 % ja ensisynnyttäjien kohdalla luku oli 15,9 %.(THL 2014: 8-9).



Kuvio 3. Keisarileikkausten ja imukuppisynnytysten osuudet synnytyksistä, ensi- ja uudelleensynnyttäjät 2012–2013, % (vain yksisikiöiset synnytykset) (THL 2014: 10).

Oksitosiinia synnytyksien yhteydessä käytettiin 56 % yleisyydellä. Vuosina 2012–2013 episotomiaita tehtiin vähemmän kuin edellisvuosina. Episotomia tehtiin 22 %:lle kaikista synnyttäjistä. Ensisynnyttäjistä episotomia tehtiin 45 %:lle. (THL 2014: 10.)

4 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön ensimmäinen osa toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, sillä sitä on kuvailtu luotettavana tapana koota aikaisempaa tutkittua tietoa tiivistetysti yhteen (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37–45; Salminen 2011: 9). Kirjallisuuskatsauksen kautta on mahdollista tutustua tutkittavaan aiheeseen sekä tuoda ilmi, kuinka aihetta on tutkittu aiemmin ja minkälaisesta näkökulmasta (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2014: 87). Kirjallisuuskatsauksessa vertaillaan, ryhmitellään ja arvioidaan aikaisempaa tutkittua tietoa ja suhteutetaan sitä tutkittavaan aiheeseen. Kirjallisuuskatsausta käytetään myös usein keinona aiheen rajaamiseen tutkimusta tehdessä. (Turun yliopisto 2014.)

4.1 Tiedonhaun kuvaus ja aineiston valinta

Opinnäytetyön aiheeksi valittiin synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen vaikutus synnytyksen kulkuun. Tiedonhaku oli systemaattista. Tutkittua tietoa aiheesta lähdettiin etsimään kansainvälisistä tietokannoista, kuten Cinahl (Ebsco), PubMed ja Cochrane Library. Lisäksi käytettiin suomalaista Medic -tietokantaa. Kansainvälisissä tietokannoissa käytettiin muun muassa seuraavia hakusanoja: continuous support, labor, labour, childbirth, labour support, support in labour, continuity of support, supporting women, nursing support, emotional support, professional support, midwife, midwifery, effectiveness, effect, mother, early interaction, childbirth outcome, birth experience. Näistä muodostettiin hakuja tehdessä runsaasti eri yhdistelmiä käyttäen "AND" ja "OR" rajaus- ta. Suomalaisessa tietokannassa hakusanoina oli muun muassa: synny*, hallinn* ja tuki. Kansainvälisissä tietokannoissa hakuja rajattiin koskemaan tutkimuksia, jotka oli tehty vuosina 2002–2014, kielenä tuli olla englanti, tiivistelmän tuli olla saatavilla sekä kyseessä tuli olla tutkimusartikkeli. PubMed -tietokannassa hakuja rajattiin vielä niin, että hakusanojen tuli esiintyä joko otsikossa tai vähintään tiivistelmässä sekä tulokset järjestettiin aiheeseen liittyvyyden mukaan. Suomalaisessa tietokannassa haut rajattiin koskemaan vuosina 2004–2014 tehtyjä tutkimuksia. Tutkimusten tuli vastata toiseen tai molempiin tutkimuskysymyksiin.

Ensimmäisenä valintakriteerinä oli otsikko. Sen jälkeen tutustuttiin tutkimusartikkelin tiivistelmään, jonka perusteella tutkimukset valittiin jatkoon tai hylättiin. Tarkemman tutkimuksiin tutustumisen jälkeen valittiin opinnäytetyön aiheeseen parhaiten sopivat tutkimukset. Aineistoa etsittiin myös manuaalisesti alan tieteellisistä julkaisuista sekä tutkimusten ja kirjallisuuskatsauksien lähdeluetteloista. Manuaalisessa tiedonhaussa ensimmäinen valintakriteeri oli otsikko, jonka jälkeen tutustuttiin tiivistelmään. Tiivistelmän perusteella tutkimus joko hylättiin tai valittiin jatkoon. Perusteellisemman tutkimukseen tutustumisen jälkeen tehtiin lopullinen valinta.

4.1.1 Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusana	Kaikki tulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella	Hyväksytty
Cinahl (Ebsco)	continuous	6	5	5	0

	support AND labour AND midwife				
	continuous support in labour AND effectiveness AND midwife	6	2	2	1
	continuous support AND effectiveness AND mother	1	0	0	0
	continuous support AND effectiveness AND midwifery	1	0	0	0
	childbirth AND effectiveness AND midwife	11	0	0	0
	continuous support AND effectiveness AND childbirth out- come	1	1	0	0
	labour support	2	1	0	0

	AND effect AND midwifery				
	continuous support AND birth experience AND mother	1	1	1	1
	continuity of support AND labour AND midwife	1	1	1	1
	labor support AND childbirth	28	5	2	1
	continuous support in la- bour AND la- bour AND mid- wife	3	2	2	0
	supporting women AND childbirth	11	3	1	0
	nursing support AND childbirth	14	1	1	0
	emotional sup- port AND child- birth AND mid- wife	8	1	1	0
	professional support AND labour AND midwife	3	1	0	0
PubMed	continuous support AND childbirth OR labour OR labor AND midwifery	244	13	9	3

Cochrane brary	Li- mothers' birth experience AND midwife	6	1	0	0
Medic	synny* AND hallinn*	5	2	1	1
	synny* AND tuki	42	2	1	1

4.1.2 Aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä kymmenen tutkimusta. Kaksi tutkimuksista on Yhdysvalloista, kaksi Australiasta, yksi Jordaniasta, yksi Singaporesta, yksi Uudesta-Seelannista ja yksi Hollannista. Lisäksi mukana on yksi suomalainen tutkimus ja yksi Suomessa tehty väitöskirja. Vaikka tiedonhaku rajattiin koskemaan vuosina 2002–2014 julkaistuja tutkimuksia, hyväksyttiin mukaan yksi tutkimus vuodelta 1986, sillä se vastasi erinomaisesti tutkimuskysymykseen ja lisäsi kirjallisuuskatsaukselle ajallista perspektiiviä. Tutkimuksista kuusi käsittelee äitien kokemuksia saamastaan jatkuvasta synnytyksen aikaisesta tuesta ja neljä tutkimuksista käsittelee jatkuvan tuen vaikutuksia synnytyksen kulkuun ja perinataalikomplikaatioihin.

4.1.3 Sisällön analysointi

Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Tutkimusten tulokset jaettiin ensin kahteen pääluokkaan tutkimuskysymysten mukaan:

- 1) Kätilön antaman jatkuvan tuen vaikutukset synnytyksen kulkuun
- 2) Äitien kokemukset saamastaan jatkuvasta tuesta synnytyksen aikana

Kahden pääluokan alle muodostettiin useita alaluokkia tutkimusten pohjalta nousseiden teemojen mukaan. Alaluokkia yhdisteltiin, jotta saatiin laajempia asiakokonaisuuksia. Ensimmäisen pääluokan sisälle jäi lopulta kuusi alaluokkaa ja toisen pääluokan alle kahdeksan alaluokkaa. Näiden teemojen mukaan esiteltiin kirjallisuuskatsauksen tulokset (liite 3).

Sisällönanalyysin kautta dokumenttien analysointi on systemaattista ja objektiivista.

Menetelmällä voidaan tiivistää tutkimustietoa ja tehdä tutkittavasta aiheesta yleistyksiä. Tutkimuksen sisältö voidaan näin koota ja järjestellä. Analysoidusta tiedosta tehdään tämän jälkeen johtopäätökset. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 103.)

4.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

4.2.1 Kätilön antaman jatkuvan tuen vaikutukset synnytyksen kulkuun

Jatkuva tuki auttaa vähentämään naisen kokemaa synnytyksen aikaista ahdistusta rentouttaen synnyttäjää ja edesauttaa siten synnytyksen luonnollista etenemistä (McGrath – Kennell 2008:96), jolloin on todennäköisempää synnyttää spontaanisti alateitse (McLachlan ym. 2012: 1487). Perinataalikomplikaatioiden on myös havaittu vähenevän merkittävästi synnyttäjän saadessa jatkuvaa tukea synnytyksen aikana. (Klaus – Kennell – Robertson – Sosa 1986: 585–586).

Epiduraalipuudutuksen käyttö synnytyksen aikaisena kivunlievityksenä oli huomattavasti yleisempää naisilla, jotka eivät olleet saaneet jatkuvaa tukea synnytyksen aikana. Kyseisillä synnyttäjillä epiduraalin käyttö oli 4–12 % yleisempää kuin jatkuvaa tukea saaneiden synnyttäjien keskuudessa. (McGrath – Kennell 2008: 92; Fox ym. 2013: 706; McLachlan ym. 2012: 1487.) Myös muiden lääkkeellisten kivunlievitysmuotojen käyttö sekä synnytykseen puuttumisen tarve oli vähäisempää äitien keskuudessa, jotka olivat saaneet jatkuvaa tukea. (Fox ym. 2013: 705).

Jatkuvaa tukea saaneiden synnytykset päättyivät sektioon 5,5–16,0 % harvemmin kuin tavanomaisesti hoidettujen synnytykset (McGrath – Kennell 2008: 92; Klaus ym. 1986: 585; McLachlan ym. 2012:1487). McGrathin ym. tutkimuksessa havaittiin, että kaikista käynnistetyistä synnytyksistä jatkuvaa tukea saaneista äideistä 12,5 % päättyivät sektioon, kun taas tavanomaista hoitoa saaneista 58,8 % (McGrath – Kennell 2008: 92).

Välilihan ensimmäisen ja toisen asteen repeämiä oli hieman vähemmän niillä synnyttäjillä, jotka olivat saaneet jatkuvaa tukea eikä kolmannen tai neljännen asteen repeämiä esiintynyt lainkaan (Fox ym. 2013: 705). Myös episiotomioiden määrä oli vähäisempi jatkuvaa tukea saaneilla naisilla (McLachlan ym. 2012: 1487).

Jatkuvaa sosiaalista tukea synnytyksen aikana saaneiden äitien synnytyksen kesto oli keskimäärin kahdeksan tuntia lyhyempi verrattuna muihin synnyttäjiin (Klaus ym. 1986: 585). Samasta syystä lapsivuodeaika sairaalassa lyheni noin viisi tuntia (McLachlan ym. 2012: 1487). Jatkuvalla tuella havaittiin myös olevan ehkäisevä vaikutus synnytyksen jälkeisten mielialahäiriöiden syntyyn (Oweis 2009: 532).

Jatkuvaa tukea saaneiden äitien vastasyntyneet tarvitsivat keskimäärin 2,4–8.0 % vähemmän erityistarkkailua ja -hoitoa kuin tavanomaista hoitoa saaneiden äitien vastasyntyneet (Fox ym. 2013: 705; Klaus ym. 1986: 585; McLachlan ym. 2012: 1487).

4.2.2 Äitien kokemukset synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta

Synnytyksen aikainen jatkuva tuki oli äideille hyvin tärkeää (Howarth - Swain - Treharne 2011: 6), kun taas sen puute vähensi naisten synnytystyytyväisyyttä (Oweis 2009: 530). Suurin osa jatkuvaa tukea saaneista äideistä oli tyytyväisiä vuosienkin jälkeen saamaansa tukeen (Rijnders ym. 2008: 111). Äidit, jotka olivat saaneet edellisessä synnytyksessä tavanomaista hoitoa, kokivat saamansa jatkuvan tuen parempana vaihtoehtona. Jatkuva tuki mahdollisti äidin ja kättilön pitkäaikaisemmän vuorovaikutussuhteen syntymisen, jolloin äiti koki kättilön tuntevan hänet. Jatkuvaa tukea saaneet äidit toivoivat saavansa samanlaista hoitoa myös seuraavissa synnytyksissä. (Williams – Lago - Lainchbury - Eagar 2005: 618–619.)

Äidit kokivat tyytyväisyyttä, kun kättilö huolehti heidän fyysisistä perustarpeistaan (Syrjäläinen 2013:26). Tyytymättömyyttä aiheutti fyysisen koskemattomuuden järkkäminen ja kättilön puutteelliset kädentaidot (Syrjäläinen 2013: 2).

Äitien synnytystyytyväisyyttä lisäsi yksilöllinen kohtelu (Williams ym. 2005: 619) ja kokemus kuulluksi tulemisesta, joka ilmeni synnytyksen hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistamisena (Syrjäläinen 2013: 29). Informaation puute ja ohjeiden epäjohdonmukaisuus laski synnytystyytyväisyyttä, jolloin äidin mahdollisuus osallistua päätöksentekoon heikkeni. Suurin osa äideistä piti tärkeänä kysymysten esittämisen mahdollisuutta, mikä lisäsi tyytyväisyyttä. (Williams ym. 2005: 619.) Synnytyksen luonnollisen etenemisen sekä aktiivisen synnytykseensä osallistumisen salliminen on olennainen osa päätöksentekoon osallistumista. Jotta äiti voi osallistua synnytyksensä päätöksentekoon tulee hänelle antaa mahdollisuus toteuttaa synnytyssuunnitelmaansa, johon

kuuluu muun muassa vapaus päättää kivunlievityksestä sekä synnytysasennosta. (Syrjäläinen 2013: 29.)

Useimmat jatkuvaa tukea saaneet äidit kuvailivat kättilöä adjektiiveilla: huomaavainen, kannustava (Rijnders ym. 2008: 111) iloinen, empaattinen ja rauhallinen. Nämä kättilön ominaisuudet lisäsivät synnytystytyvääisyyttä. (Syrjäläinen 2013: 29.) Kannustaminen auttoi naisia jaksamaan synnytyksen läpi ja sen merkitys korostui erityisesti ponnistusvaiheessa. Synnyttäjät kokivat kannustavana pienieleisetkin teot, kuten kosketuksen, katseen tai kädestä kiinni pitämisen. (Rytyläinen 2005: 124.) Lähes kaikki jatkuvaa tukea saaneet äidit kokivat saaneensa synnytyksessä kunnioittavaa kohtelua ja aitoa välittämistä (Williams ym. 2005: 619). Negatiiviseen synnytyskokemukseen oli puolestaan vahvasti yhteydessä kättilön kokeminen kiireisenä (Rijnders ym. 2008: 111) ja perhettä yhdistävän kokemuksen vaarantuminen (Syrjäläinen 2013:2). Kättilön rauhallinen toiminta lisää kiireettömyyden tunnetta synnytyksessä ja sitä kautta vahvistaa synnyttäjän hallinnantunnetta (Rytyläinen 2005: 128). Jatkuva tuki ja hyvä vuorovaikutussuhde lisäävät äidin hallinnan tunnetta ja sitä kautta edesauttavat positiivisen synnytyskokemuksen muodostumista (Syrjäläinen 2013: 2).

Oweisin tutkimuksen mukaan äidit olivat tyytyväisimpiä kättilön hoitamaan synnytykseen, vähemmän tyytyväisiä kättilön ja obstetrikon yhdessä hoitamaan synnytykseen ja vähiten tyytyväisiä lääkärijohtoiseen synnytykseen (Oweis 2009: 529). Synnyttäjät kokivat synnytyksen hoidon yksityisessä sairaalassa paremmaksi kuin julkisessa sairaalassa, sillä yksityisellä puolella hoito oli pääosin kättilöjohtoista ja kättilöllä oli mahdollisuus hoitaa yhtä synnytystä kerrallaan (Oweis 2009: 531).

Synnytyskokemusta heikensi osastosiirto synnytyksen aikana (Rijnders ym. 2008: 113) sekä synnytyksen normaalista kulusta poikkeaminen (Syrjäläinen 2013: 2). Synnytykseen puuttumisesta huolimatta äiti koki olonsa turvalliseksi, kun tuttu kättilö oli paikalla ja toimi äidin puolestapuhujana (Howarth 2011: 10). Luottamus kättilöön toi turvallisuuden tunnetta naiselle erityisesti silloin kun synnytys oli kunnolla käynnissä (Howarth 2011: 10). Komplisoituneessa synnytyksessä äidin mahdollisuus osallistua päätöksentekoon heikkeni, mikä aiheutti tyytymättömyyttä (Williams ym. 2005: 620). Sairaalan politiikan ja synnyttäjän toiveiden välinen ristiriita lisäsi negatiivisen synnytyskokemuksen todennäköisyyttä. Liiallinen synnytyksen aikainen testien ottaminen synnyttäjältä tai sikiöstä aiheutti äideille huolta. (Williams ym. 2005: 620.) Puutteet kivunlievityksen saatavuudessa (Williams ym. 2005: 619) ja valinnanvarassa vaikuttivat äidin tyytyväi-

syyteen sitä heikentävästi (Rijnders ym. 2008: 113). Yli puolet jatkuvaa tukea saaneista äideistä, joiden synnytys päättyi toimenpiteeseen tai suunnittelemattomaan sektioon koki synnytyksen positiivisena. Uudelleen synnyttäjät kokivat synnytyksen useammin positiivisena kokemuksena kuin ensisynnyttäjät. (Rijnders ym. 2008: 111.)

Sairaalassa synnyttäminen lisäsi negatiivisen synnytyskokemuksen riskiä. Edellisestä synnytyskokemuksesta ja -paikasta riippumatta valtaosa äideistä halusi synnyttää seuraavan kerran kotona. (Rijnders ym. 2008: 114.) Rijndersin ym. mukaan jatkuvasta tuesta huolimatta osalla äideistä synnytyskokemus oli negatiivinen. Synnytysympäristöllä oli kuitenkin merkittävä vaikutus tyytyväisyyteen: sairaalassa synnyttäneistä negatiivisena synnytyksen koki 23 %, kun taas kotona synnyttäneistä 4 %. (Rijnders ym. 2008: 111.)

Sosiaalinen jatkuva tuki oli erittäin tärkeää äideille, sillä he kokivat etteivät olleet yksin synnytyksessä. Se lisäsi synnyttäjän uskoa itseensä ja loi positiivisen alun äitiydelle. (Howarth 2011: 10.) Jatkuva tukeminen ja rohkaiseminen synnytyksessä ei vaikuttanut ainoastaan synnytystilanteeseen, vaan sillä oli kauaskantoiset vaikutukset naisen elämään (Ryttyläinen 2013: 124).

5 Artikkelin kirjoittamisprosessi

Opinnäytetyön artikkelin kirjoittamisen ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin Midwifery -lehden kirjoitusohjeisiin (alaluku 5.1) ja tehtiin kirjallisuuskatsaus (alaluku 4.2), jossa haettiin tieteellistä tietoa asetettuihin kahteen kysymykseen (luku 2).

Seuraavaksi tutustuttiin synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta tehtyyn opinnäytetyöhön, jonka aiheena oli jatkuvan tuen vaikutus synnytyksen kulkuun (Dahlqvist – Lepistö – Vainio 2014). Kyseisessä opinnäytetyössä esiteltiin Hyvä syntymä -hankkeen vertaillututkimuksen tuloksia. Tuloksina toimivat tutkimukseen osallistuneiden syntymärekeritiedot. Opinnäytetyön ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta kirjoitettiin artikkeliehdotus Hyvä syntymä -hankkeelle (liite 3) Midwifery -lehden kirjoitusohjeiden mukaisesti.

Yleisimpiä tieteellisen artikkelin muotoja ovat teoreettinen artikkeli, katsausartikkeli ja alkuperäistä tutkimusta raportoiva artikkeli. Teoreettinen artikkeli perustuu aiemmin tutkittuun tietoon ja sen uudelleen jäsentämiseen, kun taas katsausartikkeli tehdään

aiemman tieteellisen artikkelin tulosten pohjalta vertaillen sitä muihin aihetta koskeviin tutkimuksiin. Alkuperäistä tutkimusta referoiva artikkeli on haastava saada kansainvälisesti julkaistua, sillä sen lisäksi, että artikkelin tulisi olla hyvin kirjoitettu, tiivis ja mielenkiintoinen tulisi tutkimuksen tulosten olla merkittäviä. (Hirsjärvi ym. 2014: 269–270.)

5.1 Midwifery -lehden kirjoitusohjeet

Kansainvälinen Midwifery -julkaisu on kättilöille tarkoitettu tieteellinen alan lehti. Julkaisulla on hyvin yksityiskohtaiset artikkelin kirjoitusohjeet, jotka koskevat niin itse artikkelin muotoilua, sisältöä kuin eettisyyttäkin. (Elsevier 2014.)

Julkaisun eettisessä näkökulmassa tulee ottaa huomioon ihmisoikeudet ja eläinten oikeudet. Kun tutkimuskohteena on ihminen, tulee noudattaa The Code of Ethics of the World Medical Associationin ohjeita. Täten varmistetaan, ettei tutkittavien yksityisyyttä loukata. Tutkittavien tulee antaa tietoinen suostumus tutkimuskohteena olemiseen. Kaikkien tutkimuksen tekijöiden tulee paljastaa mahdolliset sidoksensa tutkittavaan aiheeseen tai tutkimuksessa mukana olevaan organisaatioon. Tutkimusartikkeliehdotusta ei tule lähettää useaan eri julkaisuun kerrallaan, eikä sitä ole aikaisemmin saanut julkaista millään tieteellisellä foorumilla. Julkaisuun on oltava lupa kaikilta tekijöiltä. Kaikki, jotka ovat olleet mukana toteuttamassa tutkimusprosessia, on mainittava artikkelin yhteydessä. Jokaisella tutkimuksen tekijäksi luokitellulla on tullut olla merkittävä osuus tutkimuksen teossa. Midwifery -julkaisu tarjoaa kaksi erilaista vaihtoehtoa tekijänoikeuksiin. Toisessa vaihtoehdossa artikkeli on vapaasti saatavilla ja toisessa saatavuutta on rajoitettu. Artikkeli tulee kirjoittaa hyvällä Amerikan tai Britannian englannilla sekoittamatta näitä kahta keskenään. (Elsevier 2014.)

Artikkelin rakenne on jaoteltu otsikkoon, aiheen esittelyyn, menetelmiin, tuloksiin ja pohdintaan. Kaikille artikkelin osioille on omat tarkat kirjoitusohjeensa. Pituus artikkelille on keskimäärin 5000 sanaa, joihin ei lasketa lähdeluetteloja eikä taulukoita tai kuvia. Ennen artikkelin hyväksymistä sen vertaisarvioivat tutkimusaiheeseen perehtyneet puolueettomat asiantuntijat, jotka eivät saa artikkelin tekijöiden henkilöllisyyttä tietoonsa. Artikkelin hyväksymisprosessi tapahtuu täysin virtuaalisesti. (Elsevier 2014.)

5.2 Artikkeliehdotus

Teimme artikkeliehdotuksen (liite 3) IMRD -kaavan mukaisesti Hyvä syntymä -hankkeelle. Aiheena on jatkuvan tuen vaikutus synnytyksen kulkuun ja lopputulokseen. Artikkelissa vastataan kysymyksiin 1) Onko jatkuvan tuen interventiolla vaikutusta synnytyksen kulkuun? 2) Onko jatkuvan tuen interventiolla vaikutusta äidin ja vastasyntyneen terveyteen? Artikkelissa esitelty tutkimus on tehty kvantitatiivisena vertailututkimuksena. Tutkimuksessa koulutusinterventiolla ei havaittu merkittävää muutosvaikutusta synnytyksen kulkuun tai perinataalikomplikaatioihin. Artikkelissa on noin 3500 sanaa, mukaan lukematta lähteitä.

6 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli kirjoittaa kirjallisuuskatsaus sekä artikkeliehdotus. Kirjallisuuskatsauksessa tutkimme, miten kätilön antama jatkuva tuki vaikuttaa synnytyksen kulkuun, äidin ja vastasyntyneen terveyteen sekä äidin synnytyskokemukseen. Kirjallisuuskatsauksen ja Hyvä syntymä -hankkeen puitteissa toteutetun opinnäytetyön tulosten pohjalta kirjoitimme artikkeliehdotuksen, jonka kautta on tarkoitus tuoda tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa työelämään kätilöiden ja muiden alan ammattihenkilöiden hyödynnettäväksi.

Hakeuduimme Hyvä syntymä -hankkeeseen, koska kätilöopiskelijoina koimme aiheen tärkeäksi oman oppimisen sekä kätilötyön kehittämisen kannalta. Synnytyksen aikaista jatkuvaa tukea on tärkeä tutkia, sillä siitä on kansainvälisesti paljon merkittävää tutkimusnäyttöä, mutta Suomessa aihetta on tutkittu vain vähän. Suomen äitiyshuollon palvelujärjestelmä on epäyhtenäinen, jolloin hoidon jatkuvuus raskauden ja synnytyksen osalta on haastavaa (Ryttyläinen 2005: 34). Syntymän aikaisen jatkuvan tuen tarjoamisen kannalta olisi välttämätöntä äitiyshuollon rakenteellinen muutos niin, että raskausaika, synnytys ja syntymän jälkeinen hoito olisi yhtenäistä. Tällaisia äitiyshuollon malleja käytetään muun muassa Englannissa, Hollannissa ja Uudessa-Seelannissa, joten sen toimivuudesta on näyttöä.

6.1 Tulosten pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen tulosten (luku 4.2) mukaan jatkuva synnytyksen aikainen tuki edesauttaa synnytyksen luonnollista etenemistä, jolloin spontaani alatiesynnytys on todennäköisempää. Myös perinataalikomplikaatioiden on havaittu vähenevän jatkuvan tuen myötä. Äidit kokevat synnytyksen aikaisen tuen hyvin tärkeänä ja toivoivat saavansa sitä myös seuraavassa synnytyksessä.

Hyvä syntymä -hankkeessa toteutetun tutkimuksen tuloksien mukaan jatkuvan tuen koulutusinterventiolla ei ollut merkittävää muutosvaikutusta synnytyksen kulkuun eikä äidin tai vastasyntyneen terveyteen. Näin voidaan todeta kirjallisuuskatsauksen ja Hyvä syntymä -hankkeen puitteissa toteutetun tutkimuksen tulosten olevan ristiriidassa keskenään. Mahdollisia syitä Suomessa saatuihin tuloksiin voi olla monia. Koulutusinterventio on ehkä ollut riittämätön vaikuttaakseen kätilöiden toimintatapoihin ja asenteisiin. On myös mahdollista, että osa koulutusintervention saaneesta henkilökunnasta on ehtinyt vaihtua ennen loppukyselyn toteuttamista, jolloin osa henkilökunnasta ei ole saanut koulutusta jatkuvan tuen tarjoamisesta. Henkilökunnan asenteet ja vallitseva hoitokulttuuri voivat vaikuttaa jatkuvan tuen tarjoamisen määrään ja laatuun.

Teknologian kehitys on mahdollistanut synnytyksen kulun seurannan etäältä, esimerkiksi kansliasta, erinäisten hoitolaitteiden avulla. Tämä muutos on johtanut siihen, että kätilön läsnäolo synnytyshuoneessa on vähäisempää. Monissa ulkomaisissa tutkimuksissa oli annettu one-to-one -mallin mukaista tukea äideille, tällöin kätilö hoitaa yhtä synnytystä kerrallaan. Hyvä syntymä -hankkeen tutkimussairaaloissa tällainen hoito ei resurssien vuoksi välttämättä ollut mahdollista. Tällöin koulutusinterventiosta huolimatta jatkuvaa tukea ei välttämättä ole kyetty tarjoamaan synnyttävälle perheelle. Toisaalta, suomalainen synnytyksenhoito on jo valmiiksi korkeatasoista, joten koulutusinterventiolla ei välttämättä sen vuoksi saatu merkittäviä tuloksia.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Aihe ja toimintaohjeet annettiin Hyvä syntymä -hankkeen toimesta, joten meillä ei ollut henkilökohtaisia sidoksia hankkeeseen. Näin ollen lähtökohtamme opinnäytetyön tekoon on ollut objektiivinen. Emme myöskään ole olleet missään tekemisissä tutkittavien henkilöiden kanssa.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kymmenen tutkimusta eri maista. Valitsemamme tutkimusten määrä tuo riittävän varmuuden kirjallisuuskatsauksen laadulle. Laajempi aineisto lisää tiettyyn rajaan saakka kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta, kuitenkin määrän noustessa kasvaa myös haaste aineiston hallittavuudesta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 136–137.) Koimmekin että kymmenen tutkimusta oli hallittava määrä ja samalla tarpeeksi laaja jotta kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat luotettavia. Tutkimusten analysointi sekä raportointi pyrittiin tekemään tarkasti ja objektiivisesti muuttelematta tutkimusten tuloksia.

Opinnäytetyötä varten ei tarvittu tutkimuslupaa, sillä menetelmänä toimi kirjallisuuskatsaus ja Hyvä syntymä -hankkeen puitteissa tehdyn tutkimuksen tuloksista referoitu artikkeli. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui niin pieni- kuin suuriotoksisia tutkimuksia. Mielestämme pieniotoksisten tutkimusten tuloksia ei voi yleistää. Koska kaikkien mukaan valikoituneiden tutkimusten tulokset olivat samansuuntaisia, koimme pieniotoksistenkin tutkimukset käyttökelpoisina. Tutkimukset ovat eri puolilta maailmaa, jolloin samansuuntaiset tulokset jatkuvasta tuesta kertovat mielestämme tulosten yleistettävyydestä. Toisaalta eri kulttuureissa on erilaisia hoitokulttuureja ja -käytäntöjä, jolloin tutkimusympäristöt eivät ole samanlaiset. Pohdimme, heikentääkö tämä tulosten yleistettävyyttä. Tutkimusaineisto oli pääosin englanninkielistä, jolloin tulosten tulkinnassa on mahdollisuus virheellisyyteen. Toisaalta, tutkimusaineisto käsiteltiin ja tulkittiin yhdessä kaikkien opinnäytetyöhön osallistuneiden kanssa, mikä lisää totuudenmukaisen tulkinnan todennäköisyyttä. Aikarajauksena kirjallisuuskatsauksen tutkimuksille asetimme 12 vuotta, jotta saatiin tarpeeksi luotettavia aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Mukaan valikoitui kuitenkin yksi vanhempi tutkimus, sillä koimme tämän lisäävän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ajallisen perspektiivin näkökulmasta. Kyseisen tutkimuksen tulokset olivat yhtenäisiä muun aineiston kanssa. Toisaalta, eri vuosikymmeninä hoitokäytännöt ovat mahdollisesti olleet erilaisia, mikä voi vaikuttaa tutkimusten vertailukelpoisuuteen.

Hyvä syntymä -hankkeen puitteissa toteutetun tutkimuksen tulokset ovat numeraalisia, joten tilaa tulkinnalle ei jäänyt. Artikkelia varten referoimme tutkimustulokset luettavaan muotoon sisältöä muuttelematta. Muihin tutkimukseen liittyviin eettisiin ja luotettavuutta käsitteleviin osa-alueisiin emme koe voivamme ottaa kantaa.

Tutkimusetiikassa lähtökohtana on tutkittavan aiheen hyödyllisyys tutkimusalan kehittämisen kannalta. Hoitotieteessä tällä voidaan tarkoittaa tutkimusta, joka hyödyttää tulevaisuudessa esimerkiksi potilasryhmiä tai kehittää hoitotyön laatua. (Kankkunen –

Vehviläinen-Julkunen 2013: 218.). Näin ollen aihetta on tärkeätä tutkia näyttöön perustuvan kättilötyön edistämisen kannalta. Viime aikoina onkin korostettu, että jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 218).

6.3 Oman oppimisen pohdinta

Tutustuttuamme aiheesta tehtyihin tutkimuksiin, ymmärsimme miten suuria terveysvaikutuksia jatkuvalla tuella on perheen hyvinvointiin ja minkälainen riski puutteellinen tuki voi olla perheen kannalta.

Olemme kehittyneet opinnäytetyöprosessin aikana ammatillisesti. Ryhmätyöskentelytaitomme ja pitkäjänteisyys ovat kehittyneet prosessin aikana. Koemme myös, että opinnäytetyön aiheeseen liittyvä teoretieto on vahvistunut ja syventynyt ja uskomme, että opinnäytetyöprosessista on meille hyötyä työelämässä. Projektin aikana olemme harjaantuneet tieteellisen englanninkielisen tekstin lukemisessa, lisäksi ammattisanastomme on karttunut. Tieteellisen tekstin kirjoittamisen ja referoimisen taidot ovat kehittyneet kirjallisuuskatsauksen myötä.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Maailmalla saatujen tutkimustulosten valossa Suomen äitiyshuollon toimintamalli näyttäisi kehittyvän siihen suuntaan, että jatkuvan tuen tarjoaminen on hankalaa. Olisikin syytä tutkia Suomen äitiyshuollon mallin ja esimerkiksi caseload -mallin vaikuttavuuden eroja. Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta nousi ajatus kotisyntytyksen hyödyistä niin äidin synnytyskokemuksen kuin synnytyksen kulun kannalta. Jatkossa voisi vertailla myös kotisyntytyksien ja sairaalasyntytyksien eroja kokemusten sekä perinataalitulosten kannalta. Tärkeää ja ajankohtaista olisi myös tutkia pienten ja suurten synnytyksiköiden hoidon vaikuttavuuden eroja.

7 Lähteet

Borders, Noelle – Haozous, Emily – Leeman, Lawrence – Rogers, Rebecca – Wendland, Claire 2013. Midwives' verbal support of nulliparous women in second-stage labor. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*. Verkkodokumentti.

<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=381eed3d-8794-42ce-b284-f886ce3221a3%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4109>>. Luettu 24.9.2014.

Ekström, Anette – Lundgren, Ingela – Thorstensson, Stina – Hertfelt Wahn, Elisabeth 2012. Exploring Professional Support Offered by Midwives during Labour: An Observation and Interview Study. *Nursing Research and Practice*. Volume 2012. Verkkodokumentti. <<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/648405/>>.

Elsevier 2014. Guide for Authors. Verkkodokumentti.

<<http://www.elsevier.com/journals/midwifery/0266-6138/guide-for-authors#68000>>. Luettu 9.12.2014.

Fox, Deborah – Lina, Chu – Kelly, Er Li Ting – Raes, Ana – Rooslee, Siti – Keing, Pua Siew – Seng, Chong Yap 2013. One-to-one midwifery care in Singapore –the first 100 births. *British Journal of Midwifery* 21 (10). 701–707.

Hemminki, Elina – Heino, Anna – Gissler, Mika 2011. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalized health care in Finland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011; 188: 1192.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. 19. Painos. Helsinki: Tammi.

Howarth, Anne – Swain, Nicola – Treharne, Gareth J 2011. First-time New Zealand mothers' experience of birth: Importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal* october (45). 6–11.

Iliadou, Maria 2012. Supporting women in labour. *Health Science Journal*. Volume 6 (3). Verkkodokumentti. <<http://www.hsj.gr/volume6/issue3/633.pdf>>.

Kannusta, kehu ja kosketa -koulutusinterventio kätilöille synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta. *Kättilälehti* 6/2014. Sivut: 16–18.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Klaus, Marshall – Kennell, John – Robertson, Steven – Sosa, Roberto 1986. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal* 293 (6547). 585–587.

Koski, Pirjo 2012. Synnytyksenaikaisen tuen kehittäminen ja kokeilu 2012–2014. Hyvä syntymä -hanke. Metropolia ammattikorkeakoulu Oy.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1) 37–45.

London's maternity services: Commissioning improvement project. Achieving 1:1 midwifery care in established labour definition & guidance notes. Verkkodokumentti. <<http://www.londonhp.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/Maternity-commissioning-One-to-one-midwife-care-guidance-notes.pdf>>. Luettu 9.12.2014.

McGrath, Susan – Kennell, John 2008. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *BIRTH: Issues in Perinatal Care* 35 (2). 92-97.

McLachlan, H – Forster, D – Davey, M – Farrell, T – Gold, L – Biro, M – Albers, L – Flood, M – Oats, J – Waldenström, U 2012. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJORG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119 (12). 1483–1492.

Oweis, Arwa 2009. Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice* 15 (6). 525–533.

Pajukangas-Viitanen 2004. Verkkodokumentti. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf>. Luettu 24.11.2014.

Peltola, Mikko – Juntunen, Merja – Häkkinen, Unto – Linna, Miika – Rosenqvist, Gunnar – Seppälä, Timo – Sund, Reijo 2009. Perfect -menetelmäraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <www.thl.fi/attachments/perfect/PERFECTMenetelmäraporttiV10.pdf>. Luettu 23.11.2014.

Rijnders, Marlies – Baston, Helen – Schönbeck, Yvonne – van der Pal, Karin – Prins, Marianne – Green, Josephine – Buitendijk, Simone 2008. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *BIRTH: Issues in Perinatal Care* 35 (2). 107–116.

Ryttyläinen, Katri 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Väitöskirja. Kuopio: Hoitotieteen laitos. Verkkodokumentti. <<http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2005/isbn951-27-0367-X.pdf>>. Luettu 20.9.2014.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja.

Suomen Kättilöliitto ry. Kättilön työ. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/?do=open&page=5>>. Luettu 11.11.2014.

Syrjäläinen, Raika 2013. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja Relaxbirth® synnytystuesta. Pro Gradu. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Verkkodokumentti. <<http://tampub.uta.fi/handle/10024/94744>>. Luettu 25.11.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2012. Meille tulee vauva -opas vauvan odotukseen ja hoitoon. Verkkodokumentti.

<https://www.thl.fi/documents/732587/741077/meille_tulee_vauva.pdf>. Luettu 20.4.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2013. Vastasyntyneet 2012. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110752/Tr32_13.pdf?sequence=4>. Luettu 19.12.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2014. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2012–2013. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125344/Tr30_14.pdf?sequence=3>. Luettu 19.12.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2015. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/syntyneet-lapset>> Luettu 21.5.2015.

Tiitinen, Aila 2014. Normaali synnytys. Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160>.

Tracy, Sally – Welsh, Alec – Hall, Bev – Hartz, Donna – Lainchbury, Anne – Bisits, Andrew – White, Jan – Tracy, Mark 2014. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. BMC Pregnancy & Childbirth. Volume 14 (14). Verkkodokumentti. <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/46>>. Luettu 9.12.2014.

Tuomi – Sarajärvi 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Painos 10. Helsinki: Tammi.

Turun yliopisto 2014. Miten teen kirjallisuuskatsauksen. Verkkodokumentti <<https://www.utu.fi/fi/yksikot/hum/yksikot/ktmt/opiskelu/ohjeet/Sivut/Miten-teen-kirjallisuuskatsauksen.aspx>>. Luettu 11.12.2014.

Williams, Kathryn – Lago, Luise – Lainchbury, Anne – Eagar, Kathy 2009. Mothers' views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. Midwifery. Volume 26. 615-621. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613809000126>>. Luettu 9.12.2014.

WHO 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. Verkkodokumentti. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>. Luettu 15.4.2015.

Analyysitaulukko

Tekijä(t), vuosi, maa	Tarkoitus	Kohde- ryhmä (otos)	Aineiston- keruu, ana- lysointi	Minkälaista on synny- tyksen ai- kainen jat- kuva tuki?	Miten jatku- va tuki vai- kuttaa syn- nytykseen?	Huo- mioita- vaa
Oweis , 2009, Jor- dania	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia äitien näkemystä heidän synnytyksestä odotuksien, tyytyväisyyden ja hallinnantun- teen näkökulmasta.	177 äitiä	Tutkimuksen menetelmänä käytettiin kuvailevaa poikittais-tutkimusta. Lukutaitoiset äidit, joilla oli syntynyt alateitse terve lapsi rekrytoitiin tutkimukseen kolmesta eri terveyskes- kuksesta, Jordanian toiseksi isoimmasta kaupungista Irbidista. Äidit vastasivat kah- teen kyselylomakke-	Kättilö hoiti synnytyksistä 29.4 % ja 33.9 % synnytyksistä hoiti kättilö yhdessä lääkäri- kanssa. Loput synnytyk- sistä hoiti lääkäri ilman kättilöä. Naiset, joiden synnytystä hoiti kättilö, antoivat synnytystytyväi- syydestä pisteitä keskimää- rin 109.9, kun taas lääkä- reiden avustetuissa synnytyk- sissä äidit an-	Keskiarvona äidit antoivat yleisestä tyytyväisyy- destä synnytyksestä 111.6 pistettä. ≥ 127 pistettä laskettiin tyytyväisyy- den pisterajaksi, sen antoivat vain 15.3% vastanneista äideistä. Keskimääräisesti äidit eivät kokeneet itsensä ja lapsensa oloa turvali- seksi synnytyksen aikana ja kokivat, että	Tutkimuksessa oli vain 177 äitiä. Kaikki äidit olivat sa- masta kaupun- gista.

			<p>seen. Ensimmäinen kysely oli äidin tyytyväisyydestä synnytyskokemukseensa, jossa oli 32 kysymystä vastausvaihtoehtoina 1 täysin samaa mieltä – 5 täysin eri mieltä. ≥ 127 pistettä kertoo tyytyväisyydestä, kun korkein pistemäärä voi olla 160. Toinen kyselylomake oli äidin kokemasta hallinnantunteesta synnytyksen aikana, jossa oli 23 kysymystä vastausvaihtoehtoi-</p>	<p>toivat pisteitä keskimäärin 101.3.</p>	<p>joitain hoitovirheitä tehtiin. Alhaisia pisteitä annettiin myös hoitohenkilökunnalta saadusta kohtelusta ja informaation annosta. Psykkistä ja emotionaalista tukea äidit kokivat saaneensa hoitajalta keskiarvona 3.5 pistettä ja hoitajan ansiosta synnytyksen kokemuksen positiivisuus sai 3.4 pistettä, kun 5=täysin eri mieltä.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittavat,</p>	
--	--	--	---	---	---	--

			<p>na 1 harvoin – 5 aina. ≥ 91 pistettä kertoi hyvästä hallinnantunteesta, kun korkein pistemäärä oli 115. Tiedonkeruu tehtiin kesäelokuussa 2005.</p>		<p>että äidit kokivat vähän hallinnan tunnetta omassa synnytyksessään. Keskiarvona äidit antoivat hallinnan tunteesta synnytyksen aikana 81.8 pistettä. ≥ 91 pistettä laskettiin tyytyväisyyden pisterajaksi, sen antoivat 15.3% vastanneista äideistä.</p> <p>Naiset, jotka synnyttivät yksityisessä sairaalassa olivat tyytyväisempiä synnytyskokemuksensa,</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					kuin naiset jotka synnyttivät julkisessa sairaalassa tai sotilas-sairaalassa.	
Fox – Lina – Kelly – Raes – Rooslee – Keing – Seng, 2013, Singapore	Kuvailla EMMa Care (The Enhanced Midwifery Maternity Care) – ohjelman kehittämisprosessia ja ohjelman vaikuttavuutta siihen osallistuneiden naisten synnytysten kulkuun, synnyttäjiin itseensä ja vastasyntyneisiin National University Hospitalissa (NUH) Singaporessa.	100 ensimmäistä ohjelmaan osallistunutta naista	Kuvaileva tutkimus ensimmäisestä sadasta (n=100) naisesta, jotka osallistuivat EMMa Care-ohjelmaan. Naisten synnytykset olivat välillä helmikuu 2011 - elokuu 2012. One-to-one hoidon tuloksia arviointiin vertailemalla tutkimusryhmän synnytystuloksia	Jatkuvaa tukea saaneilla synnyttäjillä oli vähemmän sektioita (20% vs. 32,12%) ja epiduraali-puudutuksia (15% vs. 27,58%) ja useampia onnistuneita sektion jälkeisiä alatiesynnytyksiä (77,7% vs. 65,27%). Jatkuvaa tukea saaneiden vastasyntyneet tarvitsivat vähemmän tehohoitoa	Ei selviä tutkimuksesta.	Pieni otanta (n=100) ja tutkimuksen kuvailu luonne. Jatkuva tukea saatiin samalta tai samoilta kättilöiltä jo kokoraskausajan, ei pel-

			<p>(mm. sektioiden ja muiden synnytystoimenpiteiden esiintyvyyttä ja lääkkeellisten kivunlievitysmuotojen käyttöä) sairaalan vuoden 2011 tavanomaista raskauden ja synnytyksen ajan hoitoa saaneiden naisten synnytysten tuloksiin (n=2447). Aineisto kerättiin synnytysosaston rekisteristä ja sillä täydennettiin EMMa Care-ohjelman kättilöiden omia</p>	<p>(8% vs. 12,5%). Instrumentaalisten synnytysten määrä tutkimusryhmässä oli hieman korkeampi (5% vs. 4,28%).</p>		<p>käsitään synnytyksen aikana.</p>
--	--	--	---	---	--	-------------------------------------

			rekisteritie- toja			
Howa rth – Swain – Tre- Tre- harne , 2011, Uusi- See- lanti.	Tarkoitus oli selvittää, miten äidin erilaiset suhteet eri ihmisiin ja niiltä saama tuki nousee esille ensisynnyttäjän kokemuksista.	Kymmenen ensisynnyttäjää, joiden keski-ikä oli 31.5. Alatiesynnytyksiä, joista kolme tapahtui kotona, loput sairaalassa. Kriteereinä oli, ettei naisella saanut olla ennestään yhtään raskautta, synnyttänyt terveen lapsen neljän kuukauden sisällä,	Osallistujia haettiin haastatteleun lehti-ilmoituksen kautta. Äidit saivat etukäteen haastattelukysymykset sekä tietoa tutkimuksesta. Haastattelut kestivät keskimäärin 76 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin jälkikäteen. Jokaiselle haastatellulle annettiin nimimerkki ja muut tunnistetiedot poistettiin tai muutettiin. Analyysi on	Ei selviä tutkimuksesta	Kättilöiden, etenkin tiettyjen kulttuurien edustajien pulasta johdun joillain äideillä oli vaikeata löytää itselleen oikea kättilöä johon voisi samaistua. Heille oli tärkeätä hyvä ja läheinen suhde kättilön kanssa, jonka kanssa olisi helppo olla. Naiset kokivat saavansa kättilöltä turvaa, etenkin synnytyksen lähtiesä kunnolla käyntiin.	Pieni otos (n=10)

		<p>iältään 18-42, asuvat yhdessä lapsen isän kanssa ja on osallistunut kätilön raskauden aikaiseen seurantaan.</p>	<p>kuvaileva ja tulkitseva.</p>		<p>Naiset kokivat negatiivisena sen, että kätilöt joutuivat lähtemään synnytyssalista muiden asiakkaiden luo ja olisivat halunneet heidät paikalle. Arvostusta sai yksilöllinen ja toiveita kunnioittava kohtelu ja äidit olivat tyytyväisiä kätilön puolestaessa heidän toiveitaan lääkärille. Naiset kokivat kumppaninsa tärkeimmäksi tuen antajaksi. Heille oli kuitenkin tärkeätä, että kätilö suhtautuisi</p>	
--	--	--	---------------------------------	--	--	--

					heidän kumppaneihin positiivisesti.	
Klaus – Kennell – Robertson – Sosa , USA, 1986	Tutkia synnytyksenaikeisen sosiaalisen tuen kliinistä vai kutusta äidin ja vastasyntyneen perinataali- komplikaatioihin.	Peruster- veet, täy- siaikaiset ensisyn- nyttäjät (n=465) Social Security Hospita- lissa Guate- malassa.	Tutkimuk- seen osal- listuneet naiset jaet- tiin satun- naisesti tutkimus- ryhmään (n=186) ja kontrolloi- ryhmään (n=279). Kontrolli- ryhmän naiset sai- vat tavan- omaista hoitoa syn- nytyksen aikana, eikä siihen kuu- lunut jatku- vaa tukea. Tutkimus- ryhmän naiset sai- vat tavan- omaisen hoidon li-	Jatkuvaa tukea saa- neiden äi- tien synny- tykset olivat vähemmän komplisoitu- neita (27%) kuin kontrol- liryhmän synnytykset (59%). Tut- kimusryh- män synny- tykset pää- tyivät har- vemmin sektioon (7% vs. 17%). Syn- nytyksen käynnistä- minen oksit- osiinilla oli yleisempää kontrolli- ryhmässä (13% vs. 2%). Lääk-	Ei selviä tutkimuk- sesta.	Vanha tutki- mus (1986).

			<p>säksi synnytyksen alusta loppuun jatkuva tukea doulalta. Jatkuvaan tukeen kuuluu niin emotionaalinen kuin fyysinenkin tuki. Sairaalan potilasteidoista kerättiin tiedot mm. synnytyksen kestosta, oksitosiinin ja synnytyspihtien käytöstä, sikiön mahdollisesta stressitilasta, sektioon päättyneistä synnytyksistä ja vastasyntyneen terveydentilasta.</p>	<p>keellistä kivunlievitystä käytettiin vähemmän tutkimusryhmässä (1% vs. 4%). Jatkovaa tukea saaneiden äitien vastasyntyneet kärsivät hieman harvemmin asfyksiasta (2% vs. 3%) ja tarvitsivat harvemmin tehohoitoa (2% vs. 7%). Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen todettiin lyhentävän synnytyksen kestoa 19,3 tunnista 8,7 tuntiin ja vähentävän todennäköisyyttä pe-</p>		
--	--	--	---	--	--	--

				rinataali- komplikaati- oihin (76% - > 37%).		
Mc- Grath – Ken- nell, 2008, USA	Selvittää, millaisia perinataali- vaikutuksia doulan syn- nyttämättö- mille keski- luokkaisille pariskunnille antamalla synnytyksen aikaisella jatkuvalla tuella on.	Kvantita- tiiviseen satun- naistet- tuun ver- tailutut- kimuk- seen rek- rytoitiin kolman- nella tri- mesterillä raskaana olevia synnyt- tämättö- miä nai- sia Cle- velandis- sa Ohi- ossa vuosina 1988- 1992. Rekry- toidut (n=420) jaettiin satunnai-	Doularyh- män synny- tykset, myös käyn- nistetyt synnytyk- set, päätyi- vät har- vemmin sektioon (spontaanit 13,4% vs. 25,0 %, käynnistetyt 12,5% vs. 58,8%). Doulan jat- kuvaa tukea saaneiden ryhmässä epiduraali- nen kivun- lievitys oli vähäisem- pää (64,7% vs. 76,0%).	Doulan tu- kea saaneet pariskunnat kokivat dou- lan läsnä- olon synny- tyksessä positiivise- na. Vuoro- kauden ku- luttua syn- nytyksestä äidit (vas- tanneisuus 87,9%) ja isät (vas- tanneisuus 80,8%) ko- kivat doulan läsnäolon positiivisena (7%) tai erittäin posi- tiivisena (93%). Kuu- den viikon kuluttua synnytyk- sestä valta-	Ei selviä tutkimuk- sesta.	

		<p>sesti kah- teen ryhmään, tutkimus- ryhmään (n=224) ja vertai- luryh- mään (n=196). Tutkimus- ryhmä sai synnytyk- sen ajan jatkuvaa tukea doulalta. Aineisto kerättiin synnyttä- jien ja vastasynt- tyneiden potilas- tiedoista. Lisäksi pariskun- nat vas- tasivat kyselylo- makkee- seen 1 vuoro- kauden ja 6 viikon</p>		<p>osa paris- kunnista koki doulan läsnäolon synnytyk- sessä erit- tään positiivisena (86%), osa positiivisena (13%) ja lopun 1% negatiivise- na (n=2).</p>		
--	--	--	--	---	--	--

		<p>kuluttua synnytyksestä.</p> <p>Lomakkeessa tiedusteltiin pariskuntien tyytyväisyyttä doulan läsnäoloon synnytyksessä.</p>				
<p>McLachlan – Forster – Davey – Farrell – Gold – Biro – Albers – Flood – Oats – Waldenstr</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää vähentääkö kätilöiden ”one-to-one” hoito matalan riskin synnytyksien johtamista keisarileikkaukseen verrattuna matalan riskin synnytyksiin, joissa äidit ovat saaneet tavanomais-</p>	<p>Yhteensä 2314 naista, joista 1156 sai ”one-to-one” hoitoa ja 1158 saivat tavanomaista hoitoa.</p>	<p>Tutkimukseen valittiin matalan riskin synnyttäjiä satunnaisotannalla Royal Women’s Hospitalista, heidän ollessaan <H24. Äitien taustat olivat molemmissa ryhmissä samanlaiset, pieniä</p>	<p>”One-to-one” tutkimusryhmän synnyttäjät joutuivat epätodennäköisemmin keisarileikkaukseen verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin synnyttäjiin (19.4% vs 24.9) Erot näkyivät ei-suunnitel-</p>	<p>Ei selviä tutkimuksesta</p>	

<p>öm – 2012, Aus- tralia</p>	<p>ta hoitoa. Tutkimus- ryhmän äidit saivat ensi- sijaisesti hoitoa omal- ta kätilöltä (57%) ja toissijaisesti varakätilöltä (48%).</p>		<p>eroavai- suuksia lukuunotta- matta. Tut- kittavia ha- ettiin syys- kuusta 2007 kesäkuuhun 2010.</p>	<p>luissa keisa- rileikkausis- sa (16.3% vs 21.4%), suunnitel- luissa keisa- rileikkauk- sissa ei ollut huomatta- vaa eroa (3.1% vs 3.5%). Äi- deillä jotka saivat ”one- to-one” hoi- toa oli enemmän spontaaneja alatiesynny- tyksiä (51.8% vs 41.5%), episiotomiat olivat harvi- naisempia (23.1% vs 29.4%) ja tarve epidu- raalille oli vähäisempi (30.5% vs 34.6%). Toimenpi- desynnytyk- sien ylei-</p>		
---	---	--	--	--	--	--

				<p>syydessä ei ollut tutkimusryhmien välillä huomattavia eroja (17.7% vs19.4%). Myöskään kolmannen ja neljännen asteen repeytymisten ja käynnistysten yleisyydellä ei ollu ryhmien välillä eroavaisuuksia. Vastasyntyneiden viiden minuutin <7 apgar pisteiden yleisyydessä ei ollut huomattavaa eroa ryhmien välillä (1.4% versus 1.9%)</p>		
--	--	--	--	---	--	--

<p>Rijnders – Baston – Schönbeck – van der Pal – Prins – Green – Buitendijk, 2008, Hollanti</p>	<p>Selvittää hollantilais-ten äitien synnytyskokenuksia kolme vuotta synnytyksen jälkeen.</p>	<p>Vuonna 2001 Hollannissa synnyttäneet äidit, jotka olivat olleet vähintään kerran raskauden, synnytyksen tai synnytyksen jälkeen tutkimukseen osallistuneiden kättilöpraktiikoiden asiakkaina.</p>	<p>Vuoden 2001 aikana synnyttäneille äideille lähetettiin kyselylomake, jossa pyydettiin reflektimaan vuonna 2001 tapahtunutta syntytystä ja miltä synnytys kolme vuotta myöhemmin tuntui. Kyselyyn vastasi 1309 naista (vastanneisuus 44 %). Kyselylomake koostui 26 avoimesta kysymyksestä ja 140 suljetusta (?) kysymyksestä, joilla kartoitettiin muun muassa</p>	<p>Ei selviä tutkimuksista.</p>	<p>Useimmat kyselyyn vastanneista äideistä (83 %) muistelivat synnytystään positiivisena kokemuksena ollen tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä synnytyksen kulkuun. Merkittävä osa vastanneista (16,5 %) ei kuitenkaan ollut tyytyväinen synnytykseensä ollen tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä siihen miten synnytys sujui. Yksi viidestä toissynnyttäjistä oli</p>	
---	---	--	---	---------------------------------	--	--

			<p>synnytyksen kulku ja mahdolliset toimenpiteet, kivunlievitysmuodot, äidin suhde lapseensa ja kumppaniinsa, kokemukset imetyksestä sekä äidin synnytyskokemus ja emotionaalinen hyvinvointi kolme vuotta synnytyksen jälkeen. Avainkysymyksenä oli miltä synnytys äidistä tuntui kolme vuotta synnytyksen jälkeen. Vastausvaihtoehtoja oli viisi. Vastaukset analysoitiin</p>		<p>tyytymätön synnytykseensä kun taas yksi yhdeksästä ensisynnyttäjistä oli tyytymätön synnytykseensä. Kotona synnyttäneet olivat harvemmin tyytymättömiä synnytykseensä (4 % kotona synnyttäneistä) kun taas sairaalassa synnyttäneistä tyytymättömiä oli 23 %. Kyselyssä äitejä pyydettiin valitsemaan adjektiiveja kuvailemaan synnytystä hoitanutta henkilöä.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

			<p>jakamalla ne teemoittain eri ryhmiin.</p>		<p>Synnytyksensä positiivisena kokeneet valitsivat useimmin verbit: tukea antava (76,4 %), hienotunteinen (70,2%), informatiivinen (62,2%) ja lämmin (60,5%). Negatiivisen synnytyskokemuksen saaneet äidit valitsivat useimmin samat verbit kuin positiivisen kokemuksen saaneet, mutta he valitsivat huomattavasti useammin muun muassa seuraavat ver-</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>bit: kiireinen (36,0% vs. 13,2%), kylmä (26,6% vs. 5,6 %), töykeä (19,6% vs. 4,0%) ja pomottava (26,6% vs. 5,6 %).</p> <p>Negatiivisella synnytyskokemuksella oli yhteys mm. toimenpidesynnytykseen ja sektioon, sairaalassa synnyttämiseen, synnytyksen hoitaneen henkilön negatiiviseen kuvaukseen ja vauvan tai oman hengen puolesta pelkäämiseen.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Ryttläi- nen, 2005, Suomi	Tarkoituksena oli kuvata naisen raskauden ja synnytyksen aikaista hallinnan tunnetta. Lisäksi tutkittiin mitkä tekijät vaikuttivat naisen kokemaan hallinnan tunteeseen.	Vuosina 1995-2002 synnyttäneet 18-44 vuotiaat suomenkieliset naiset. Saatun naisotannalla väestöjärjestelmästä poimittu 3000 naista. Vastaajia 1625.	Aineisto koottiin kyselylomakkeilla, jotka analysoitiin. Aineiston tilastollinen kuvaus tehtiin frekvenssi- ja prosentiosuuksien taulukoinnin ja keskiarvojen kautta. Avoimet kysymykset analysoitiin määrällisellä sisällönanalyysilla.	Synnytystä hoitavan ammattihenkilön varma ja taitava toiminta, hyvä tiedonanto, äidin osallistaminen päätösten tekoon, hyvä kivun hoito, naisen itseluottamuksen ja kehon huomioiminen sekä rauhallinen hoitoympäristö vahvistivat synnyttäjän hallinnan tunnetta synnytyksessä.	Naiset kokivat synnytyksessä kättilön antaman tuen vahvistavan heitä silloin, kun heidän kehoaan kunnioitettiin ja synnytyksen etenemistä annettiin heille tietoa. Synnyttäjät kokivat tyytymättömyyttä, kun heidän kanssaan ei neuvoteltu eri vaihtoehtoista muun muassa kivunlievityksen suhteen ja heidän itseluottamustaan ei tuettu. Hallintaa edistäviä
------------------------------------	--	--	--	--	---

					<p>tekijöitä synnytyksessä: itsetunnon ja kehon tukeminen, rauhoittava hoitoympäristö ja tilanne, päätöksentekoon osallistuminen, synnytystä hoitavan henkilön taitava toiminta, hyvä kivun hoito ja tiedon saannin turvaaminen.</p> <p>Vaikeassa tai pitkässä synnytyksessä synnyttäjät kokivat, että kätilön jatkuva tuki ja kannustaminen auttoi heitä jak-</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					samaan erityisesti ponnistusvaiheessa.	
Syrjäläinen, 2013, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, siitä mitkä tekijät vaikuttavat synnytyksessä synnyttäjän tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, onko Relax-birth synnytystuesta hyötyä synnyttäjälle.	Vastikään synnyttäneet naiset (n=250).	Laadullinen tutkimus, aineisto kerättiin kyselylomakkeelle avoimilla kysymyksillä. Induktiivinen sisällön analyysi.		Äidit kokivat, että synnytykseen osallistuvan kättilön antama tuki on erityisen tärkeää, jotta naisen positiivinen synnytyskokemus vahvistuisi. Emotionaalinen, fyysinen ja tiedollinen tuki sekä hyvä vuorovaikutussuhde vahvistavat synnyttäjän synnytyksen aikaista hallinnan tunnetta. Naisen tunne siitä, että on onnistu-	Suomessa tehty, ja melko pieni otos (n=250).

					nut synnytyksessä vahvistaa hänen kokemusta synnytyksestä selviytymisestä.	
Williams – Lago – Lainc hbury – Ea- gar, 2010, Australia,	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää äitien tyytyväisyyttä "caseload" kätilöön. Tarkoituksena oli myös tutkia lisäsikö caseload kätilö hoidon jatkuvuutta.	Tutkimukseen osallistui matalan-riskin raskaana olevia naisia (n=174), jotka synnyttivät Wolongong sairaalassa Australiassa 5.6.2004 ja 30.4.2005 välisenä aikana. Naisia hoiti-	Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka toimitettiin synnyttäjille postitse. Naisen antamiin kyselylomakkeen vastauksiin yhdistettiin hänen kliiniset tiedot. Tutkimus oli kvalitatiivinen.	Caseload kätilöiden tarjoamalla hoidolla oli myönteistä vaikutusta hoidon jatkuvuuteen.	Äidit kokivat heidän saamansa hoidon jatkuvana ja erittäin positiivisena, kun heitä hoiti caseload kätilö. Naiset kokivat heidän ja kätilön välisen suhteen aitona ja välittävänä. Naisten vastaukset avoimiin kysymyksiin vahvistivat, että synnyttäjän ja kätilön suhde	

		<p>vat case-load kätilöt ja naiset oli jaettu kahteen ryhmään sen mukaan olivatko he synnyttäneet aikaisemmin (n=87) vai olivatko he ensimmäistä kertaa raskaina (n=87). Tutkimuksessa oli mukana kuusi kätilöä, jotka työskentelivät kahdessa ryhmässä, jokaisella käti-</p>			<p>on tärkeässä roolissa hoidon jatkuvuuden ja naisen tyytyväisyyden kannalta.</p>	
--	--	---	--	--	--	--

		löllä oli 40 omaa asiakasta ja kätilöt hoitivat myös tarpeen mukaan muiden caseload kätilöiden asiakkai- ta.				
--	--	--	--	--	--	--

Sisällönanalyysitaulukko

Yläluokat	Alaluokat	Alaluokkien yhdistäminen
1) Kätilön antaman jatkuvan tuen vaikutukset synnytyksen kulkuun	Jatkuvaa tukea saaneiden äitien vastasyntyneet tarvitsivat keskimäärin 2,4 - 8,0 % vähemmän erityistarkkailua ja -hoitoa kuin tavanomaista hoitoa saaneiden äitien vastasyntyneet (Fox ym. 2013: 705; Klaus ym. 1986: 585; McLachlan ym. 2012:1487).	Vauvat olivat terveempiä
	Jatkuvaa tukea saaneiden synnytykset päättyivät sektioon 5,5-16,0% harvemmin kuin tavanomaisesti hoidettujen synnytykset (McGrath – Kennell 2008: 92 ; Klaus ym. 1986: 585 ; McLachlan ym. 2012:1487).	Vähemmän sektioita
	Epiduraalipuudutuksen käyttö synnytyksen aikaisena kivunlievityksenä oli huomattavasti yleisempää naisilla, jotka eivät olleet saaneet jatkuvaa tukea synnytyksen aikana. (McGrath – Kennell 2008: 92 ; Fox – Lina – Kelly – Raes – Rooslee – Keing – Seng 2013: 706 ; McLachlan ym. 2012: 1487.)	Vähemmän lääkkeellistä kivunlievitystä
	Muiden lääkkeellisten kivunlievitysmuotojen käyttö sekä synnytykseen puuttumisen tarve oli vähäisempää äitien	

	keskuudessa, jotka olivat saaneet jatkuvaa tukea. (Fox ym. 2013: 705).	
	Myös episiotomioiden määrä oli vähäisempi jatkuvaa tukea saaneilla naisilla (McLachlan ym. 2012:1487).	Vähemmän välilihan repeämiä ja episiotomioita
	Välilihan ensimmäisen ja toisen asteen repeämiä oli hie- man vähemmän niillä synnyttäjillä, jotka olivat saaneet jatkuvaa tukea eikä kolman- nen tai neljännen asteen re- peämiä esiintynyt lainkaan (Fox ym. 2013: 705).	
	Jatkuvaa sosiaalista tukea synnytyksen aikana saaneiden äitien synnytyksen kesto oli keskimäärin kahdeksan tuntia lyhyempi verrattuna muihin synnyttäjiin (Klaus ym. 1986: 585). Samasta syystä lapsivuodeai- ka sairaalassa lyheni noin viisi tuntia (McLachlan ym. 2012:1487).	Synnytyksen kesto ja sairaa- lassa olo aika lyhyempi
	Perinataalikomplikaatioiden on myös havaittu vähenevän merkittävästi synnyttäjän saa- dessa jatkuvaa tukea synny- tyksen aikana. (Klaus – Ken- nell – Robertson – Sosa 1986: 585-586).	Perinataalikomplikaatioita vähemmän

2) Äitien kokemukset saamastaan jatkuvasta tuesta synnytyksen aikana	<p>Tyytyväisyys</p> <p>Synnytyksen aikainen jatkuva tuki oli äideille hyvin tärkeää (Howarth 2011), kun taas sen puute vähensi naisten synnytystyytyväisyyttä (Oweis 2009:530). Suurin osa jatkuvaa tukea saaneista äideistä oli tyytyväisiä vuosienkin jälkeen saamaansa tukeen (Rijnders – Baston – Schönbeck – van der Pal – Green – Buitendijk 2008: 111).</p>	Äidit kokonaisuudessaan tyytyväisempiä
	Äidit kokivat tyytyväisyyttä, kun kätilö huolehti heidän fyysisistä perustarpeistaan (Syrjäläinen 2013:26).	Fyysisistä tarpeista ja eheydestä huolehtiminen lisäsi tyytyväisyyttä
	Tyytymättömyyttä aiheutti fyysisen koskemattomuuden järkkäminen ja kätilön puutteelliset kädentaidot (Syrjäläinen 2013:2).	
	Äitien synnytystyytyväisyyttä lisäsi yksilöllinen kohtelu (Williams ym. 2005: 619) ja kokemus kuulluksi tulemisesta, joka ilmeni synnytyksen hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistamisena (Syrjäläinen 2013:29).	Päätöksen tekoon osallistuminen lisäsi tyytyväisyyttä

	<p>Komplisoituneessa synnytyksessä äidin mahdollisuus osallistua päätöksentekoon heikkeni, mikä aiheutti tyytymättömyyttä (Williams ym. 2005: 620).</p>	
	<p>Synnytyksen luonnollisen etenemisen sekä aktiivisen synnytykseensä osallistumisen salliminen on olennainen osa päätöksentekoon osallistumista. (Syrjäläinen 2013:29.)</p>	
	<p>Informaation puute ja ohjeiden epäjohdonmukaisuus laski synnytystytyväisyyttä, jolloin äidin mahdollisuus osallistua päätöksentekoon heikkeni. Suurin osa äideistä piti tärkeänä kysymysten esittämisen mahdollisuutta, mikä lisäsi tyytyväisyyttä. (Williams ym. 2005: 619.)</p>	<p>Informaation puute lisäsi tyytymättömyyttä</p>
	<p>Useimmat jatkuvaa tukea saaneet äidit kuvailivat kätilöä adjektiiveilla: huomaavainen, kannustava (Rijnders ym. 2008: 111) iloinen, empaattinen ja rauhallinen. Nämä kätilön ominaisuudet lisäsivät synnytystytyväisyyttä. (Syrjäläinen 2013:29.)</p>	<p>Kätilön ominaisuudet vaikuttivat tyytyväisyyteen</p>
	<p>Jatkuva tuki ja hyvä vuorovaikutussuhde lisäävät äidin hal-</p>	<p>Hallinnan tunne lisäsi tyytyväisyyttä</p>

	<p>linnan tunnetta ja sitä kautta edesauttavat positiivisen synnytyskokemuksen muodostumista (Syrjäläinen 2013:2).</p>	
	<p>Synnytysympäristöllä oli kuitenkin merkittävä vaikutus tyytyväisyyteen: sairaalassa synnyttäneistä negatiivisena synnytyksen koki 23%, kun taas kotona synnyttäneistä 4%. (Rijnders ym. 2008: 111.)</p>	<p>Kotona synnyttäneet tyytyväisempiä</p>
	<p>Jatkuva tukeminen ja rohkaiseminen synnytyksessä ei vaikuttanut ainoastaan synnytystilanteeseen, vaan sillä oli kauaskantoiset vaikutukset naisen elämään (Ryttyläinen 2013:124).</p>	<p>Jatkuvalla tuella kauaskantoiset vaikutukset</p>

Kätilön antaman jatkuvan tuen vaikutus synnytyksen kulkuun - Hyvä syntymä -hanke

Saara Hakala, Raakel Herttua, Eliisa Kruus

Metropolia, university of applied sciences, Helsinki, Finland

Avainsanat: Kätilö, jatkuva tuki, synnytys

Tiivistelmä

Tutkimuksen taustat: Hyvä syntymä -hankkeen tavoitteena oli kehittää synnytyksen aikaisen tuen toimintamalli ja mitata sen vaikuttavuutta sekä edistää näyttöön perustuvaa kätilötyötä. Yhteistyökumppaneina hankkeessa toimivat Metropolia Ammattikorkeakoulun terveys- ja hoitoala, Kätilöliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Hyvinkään, Oulun, Tampereen, Kuopion, Salon ja Hämeenlinnan sairaalat.

Metodit: Oulun ja Hyvinkään sairaaloissa kätilöille toteutettiin koulutusinterventio jatkuvasta tuesta. Intervention vaikutuksia tutkittiin vertaamalla interventiosairaaloiden ja kontrollisairaaloiden syntymärekisteritietoja. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena vuoden 2012–2013 vaihteessa.

Tulokset: Yhdenkään indikaattorin kohdalla ei havaittu tilastollisesti merkittävää muutosta. Tilastollisesti suuntaa antavia tuloksia ei myöskään löydetty koe- tai vertailusairaloissa. Tilastollisesti merkitsevästä rajana pidetään $p < 0,05$ ja suuntaa antava jos se on $p < 0,1$.

Pohdinta: Tulosten pohjalta voidaan todeta, ettei koulutusinterventiolla ollut vaikutusta synnytyksen kulkuun eikä äidin ja vastasyntyneen terveyteen. Koulutusinterventio saattoi olla laajuudeltaan ja sisällöltään riittämätön. Toisaalta, Suomessa synnytysten hoito on korkeatasoista, joten merkittävää muutosvaikutusta synnytyksen kulkuun tai äidin ja vastasyntyneen terveyteen on vaikea saada. Kansainvälisissä tutkimuksissa jatkuvalla tuella on todettu olevan vaikutusta synnytyksen kulkuun, mutta kyseisten tutkimusten menetelmät ovat olleet erilaisia. Tämän vuoksi tutkimuksen tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Suomessa pienten synnytyssairaa-

laiden sulkeminen ja synnytysten keskittäminen suurempiin yksiköihin aiheuttavat muutoksia suomalaiseen synnytyskulttuuriin. Jatkossa voisi tutkia Suomen äitiyshuollon mallin ja esimerkiksi caseload -mallin vaikuttavuuden eroja.

Sisällys:

Johdanto

Metodit

Tulokset

Pohdinta

Lähteet

Johdanto

Synnytyksen aikaisella tuella on vaikutusta synnytyskokemukseen sekä synnytyksen lopputulokseen. Synnytyksessä tarvitaan sekä sosiaalista että ammatillista tukea. Raskaus on psykososiaalinen tapahtuma, joka vaikuttaa sekä naiseen että hänen kumppaniinsa. Ensimmäisen lapsen kohdalla pariskunnasta tulee toistensa kumppaneiden lisäksi vanhempia, tällöin positiivinen synnytyskokemus voi auttaa hallitsemaan tätä suurta elämänmuutosta. (Ekström – Herfelt Wahn – Lundgren – Thorstensson 2012.) Iliadoun kirjallisuuskatsauksen mukaan useissa tutkimuksissa äitien toivoma synnytyksen aikainen tuki on luokiteltu neljään eri ryhmään: emotionaalinen tuki, informatiivinen tuki, fyysinen tuki ja äidin oikeuksien ajaminen (Iliadou 2012). On myös huomattu, että jos kätilö luo uskoa synnytyksen onnistumiseen, tukihenkilöt lähtevät mukaan kannustamiseen ja siten äiti ympäröidään positiivisella ilmapiirillä (Borders – Haozous – Leeman – Rogers – Wendland 2013).

Tutkimusten mukaan hyvä tuki synnytyksen aikana parantaa synnytyskokemusta sekä vaikuttaa tuleviin raskauksiin ja synnytyksiin synnytyspelkoa ennaltaehkäisevästi. Kätilön antamaa tukea on kuvattu äidin omia voimavaroja ja hallinnan tunnetta vahvistava-

na tukena, joka auttaa äitiä selviytymään synnytyksen eteen tuomista haasteista. (Ekström ym. 2012.)

Epiduraalipuudutuksen käyttö synnytyksen aikaisena kivunlievityksenä on huomattavasti yleisempää naisilla, jotka eivät saa jatkuvaa tukea synnytyksen aikana (McGrath yms 2008: 92 ; Fox ym. 2013: 706; McLachlan ym. 2012: 1487). Myös muiden lääkkeellisten kivunlievitysmuotojen käyttö sekä synnytykseen puuttumisen tarve on vähäisempää äitien keskuudessa, jotka saavat jatkuvaa tukea (Fox ym. 2013:705). Jos tuki on jatkuvaa, synnytykset päättyvät sektioon harvemmin kuin tavanomaisesti hoidetut synnytykset (McGrath ym. 2008:92; Klaus ym. 1986:585; McLachlan ym. 2012:1487). Välilihan ensimmäisen ja toisen asteen repeämiä on hieman vähemmän synnyttäjillä, jotka saavat jatkuvaa tukea (Fox ym. 2013:705). Myös episiotomioiden määrä on vähäisempi jatkuvaa tukea saaneilla naisilla (McLachlan ym. 2012:1487).

Jatkuvaa sosiaalista tukea synnytyksen aikana saaneiden äitien synnytyksen keston on havaittu olevan lyhempi verrattuna muihin synnyttäjiin (Klaus ym. 1986: 585). Samasta syystä myös lapsivuodeaika sairaalassa voi lyhentyä (McLachlan ym. 2012:1487). Jatkuvan tuen havaittiin myös ennaltaehkäisevän synnytyksen jälkeisten mielialahäiriöiden syntyä (Oweis 2009:532). Jatkuvaa tukea saaneiden äitien vastasyntyneet tarvitsevat keskimäärin vähemmän erityistarkkailua ja -hoitoa verrattuna tavanomaista hoitoa saaneiden äitien vastasyntyneisiin (Fox ym. 2013:705; Klaus ym. 1986:585; McLachlan ym. 2012:1487).

Jatkuva tuki auttaa vähentämään naisen kokemaa synnytyksen aikaista ahdistusta rentouttaen synnyttäjää ja edesauttaa siten synnytyksen luonnollista etenemistä (McGrath ym. 2008:96), jolloin on todennäköisempää synnyttää spontaanisti alateitse (McLachlan ym. 2012:1487). Perinataalikomplikaatioiden on myös havaittu vähenevän merkittävästi synnyttäjän saadessa jatkuvaa tukea synnytyksen aikana. (Klaus ym. 1986: 585–586).

Synnyttäjät toivovat kättilön olevan jatkuvasti läsnä synnytyksen aikana ja auttavan heitä hengitys- ja rentoutumistekniikoiden kanssa sekä antavan tietoa erilaisista kivunlievitysmenetelmistä. Äidit kokevat tärkeäksi sen, että kättilö saa heidän olonsa mahdollisimman rauhalliseksi ja hyväksi. Myös puolison huomioiminen ja rauhoittelu koetaan tärkeäksi. (Barrett – Stark 2010: 15.)

Turvallisuus pyritään maksimoimaan synnytyksen hoidossa, jolloin käytetään rutiinimaisesti lääketiedettä ja teknologiaa apuna, sillä lääketieteellisten interventioiden kuvitellaan luovan turvallisuutta (Hemminki – Heino – Gissler 2011: 1193; Ryttyläinen 2005: 148).

Teknologian kehityttyä se on yhä enemmän osallisena synnytyksen hoidossa. Teknologian kehityksen monien hyötyjen lisäksi sen yleistymisen on aiheuttanut sen, että yhä enemmän luonnollisesti etenevän synnytyksen kulkuun puututaan tarpeettomasti. (Bruggemann – Parpinelli – Osis – Cecatti – Carvalhinho 2007: 2.) Yleiseksi käytännöksi onkin tullut, että matalan riskin synnytystä hoidetaan komplisoituneen synnytyksen vaativan teknologian ja lääketieteen mukaisesti ilman perusteltua tarvetta (Hemminki ym 2011: 1192; RCM 2007: 1; WHO 1996: 2). Suuri määrä rutiinitoimenpiteitä ja lisääntynyt teknologia saattaa vaikeuttaa kättilön mahdollisuuksia olla asiakkaansa jatkuvana tukena synnytyksen aikana (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2013: 4; Kipnis 2013: 69; Simkin – O’Hara 2002: 133; Sleutel – Schultz – Wyble 2007: 205).

Hyvä syntymä -hankkeen tavoitteena oli kehittää synnytyksen aikaisen tuen toimintamalli ja mitata sen vaikuttavuutta sekä edistää näyttöön perustuvaa kättilötyötä. Yhteistyökumppaneina hankkeessa toimivat Metropolia Ammattikorkeakoulun terveys- ja hoitoala, Kättilöliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Hyvinkään, Oulun, Tampereen, Kuopion, Salon ja Hämeenlinnan sairaalat.

Metodit

Tarkoituksena oli tutkia kättilön antaman syntymän aikaisen jatkuvan tuen vaikutuksia synnytyksen kulkuun, äidin ja vastasyntyneen vointiin sekä äitien synnytystyytyväisyyteen. Tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena. Oulun ja Hyvinkään sairaaloissa kättilöille toteutettiin koulutusinterventio jatkuvasta tuesta. Intervention kesto oli kaksi kertaa 1,5 tuntia. Intervention vaikutuksia tutkittiin vertaamalla interventiosairaaloiden ja kontrollisairaaloiden synnytysten hoidon vaikuttavuutta ennen ja jälkeen intervention. Tutkimuksen alkukysely toteutettiin vuonna 2012 ja loppukysely vuonna 2013. Tutkimuksessa toimi hypoteesina ”jatkuvalla tuella on vaikutusta synnytyksen kulkuun”. Tutkimuskysymyksinä oli: (1) Onko jatkuvan tuen interventiolla vaikutusta synnytyksen kulkuun? (2) Onko jatkuvan tuen interventiolla vaikutusta äidin ja vastasyntyneen terveyteen?

Tutkimusasetelma

Tutkimukseen osallistui kuusi sairaalaa, joista kolme oli yliopistollista sairaalaa ja kolme keskussairaalaa. Näistä Oulun ja Hyvinkään sairaalat toimivat interventiosairaaloina ja Kuopion, Tampereen, Hämeenlinnan ja Salon sairaalat kontrollisairaaloina.

Osallistujat

Tutkimukseen osallistuvien synnyttäjien valintakriteerinä oli riittävä suomen kielen taito. Elektiivisiä sektioita ei hyväksytty mukaan tutkimukseen. Ennen interventiota kyselylomakkeita postitettiin yhteensä 1500 synnyttäjälle, joista alkukyselyyn vastasi 1181 naista, jolloin vastausprosentti oli 78,7 %. Syntymärekisteritietojen käyttöön myönsi luvan 1007 synnyttäjää. Vain ne synnyttäjät, jotka antoivat luvan syntymärekisterin käyttöön, otettiin mukaan alkuaineistoon, jolloin otos oli 1007 äitiä. Vastausprosentti oli korkein Oulun sairaalassa (86,7 %) ja alhaisin Kuopion sairaalassa (67,0 %).

Loppukyselyn kyselylomakkeita postitettiin 1500 ja niihin vastasi 939 synnyttäjää, jolloin loppukyselyn vastausprosentti oli 62,6 %. Loppuaineistoon valittiin ne synnyttäjät, jotka antoivat luvan syntymärekisteritietojensa käyttöön, tällöin otos oli 704 äitiä. Salon sairaalassa vastausprosentti oli suurin (88,3 %) ja pienin prosentti oli Kuopion sairaalassa (46,0 %). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos luovutti syntymärekisteritiedot.

Aineiston analysointi

Tutkimuksessa muuttujat on esitetty numeraalisesti. Tutkimusaineiston analysointi tehtiin IBM SPSS Statistics21 -ohjelmalla. Ennen havaintomatriisiin siirtämistä äitien rekisteritiedot muunnettiin numeraaliseen muotoon ja tiedot prosessoitiin niin, että ne olivat analysoitavissa. Aineisto sekä rekisteritiedot liitettiin yhteen tutkimusnumeron mukaisesti niin, että vastaaja oli identifioitavissa kummassakin aineistoissa. Alku- ja loppukyselyn aineistot esitettiin eri matriiseissa. Tutkimukseen osallistuneiden naisten taustatietoja kuvattiin kyselylomakkeissa hyödyntäen frekvenssijakaumia, maksimeja, minimejä sekä keskiarvoja. Naisten syntymärekisteritiedoista ajettiin ristiintaulukoita ja laadittiin tilastollisia tunnuslukuja, kuten keskiarvoja, sairaaloittain tutkimusindi-

kaattorien mukaan. Alku- ja loppukyselyiden tulokset muodostettiin vertailemalla syntymärekisteritietoja Khiin neliötestillä eli Pearsonin korrelaatiokertoimella. Khiin neliötestillä tarkasteltiin tulosten tilastollista merkittävyyttä sekä muutosvaikutusta. Tilastollisesti merkitseväenä rajana pidetään $p < 0,05$ ja suuntaa antavana tuloksena $p < 0,1$.

Tulokset

Taustatiedot

Alkukyselyyn vastanneiden äitien keski-ikä oli 29,7 vuotta (vaihteluväli 17–45 vuotta). Heistä 39,3 % oli ensisynnyttäjiä. Äitien keskimääräinen synnyttäneisyys oli 1,2 ja suurin synnyttäneisyysluku oli 12. Loppukyselyyn vastanneiden äitien keski-ikä oli 30,0 vuotta (vaihteluväli 17–45 vuotta). Heistä 38,6 % oli ensisynnyttäjiä. Äitien keskimääräinen synnyttäneisyys oli 1,1 ja suurin synnyttäneisyysluku oli 9. Kaikista vastaajista valtaosa oli naimisissa (59,2–59,3 %) tai avoliitossa (36,2–37,3 %), loput olivat rekisteröidyssä parisuhteessa, naimattomia, eronneita tai asumuserossa. Alku- ja loppukyselyssä yleisimmät koulutusasteet olivat ammattikoulu tai muu ammatillinen tutkinto (35,5–39,3 %) sekä alempi korkeakoulututkinto (31,7–32,1 %). Lisensiaattitutkinnon tai tohtorin tutkinnon suorittaneita oli vähiten (2,0–2,3 %). Lähes kaikilla tutkimukseen osallistuneilla synnytystukihenkilönä oli lapsen isä (93,6–95,2 %). Lopuilla oli tukihenkilönään kumppani tai muu tukihenkilö. Ilman tukihenkilöä synnytti 2,6–3,0 % äideistä.

Kaikista kyselyihin vastanneista valtaosalla oli positiivinen synnytyskokemus (79,7–81,2 %). Negatiivisena synnytyksensä koki 1,3–3,0 % kaikista äideistä. Synnytyskokemus oli jotain positiivisen ja negatiivisen väliltä 15,8–18,9 %:lla vastanneista. Alkukyselyssä korkein positiivinen synnytyskokemusprosentti oli Hyvinkäällä (87,6 %) ja loppukyselyssä Hämeenlinnassa (88,0 %). Matalin myönteinen synnytyskokemusprosentti alkukyselyssä oli Tampereella (73,0 %) ja loppukyselyssä Hyvinkäällä (77,8 %). Alkukyselyssä korkein negatiivinen synnytyskokemusprosentti oli Kuopiossa (3,0 %) ja loppukyselyssä Hyvinkäällä (6,9 %). Matalin negatiivinen synnytyskokemusprosentti oli alkukyselyssä Salossa (0,0 %) ja loppukyselyssä Tampereella (0,9 %).

Alkukyselyyn vastanneille naisille syntyi 1015 vauvaa. Vastasyntyneiden syntymäpaino oli keskimääräinen 3542 grammaa. Korkein syntymäpaino oli 5085 grammaa ja matalin oli 670 grammaa. Lapset syntyivät 26+0 ja 42+2 raskausviikkojen välillä. Loppukyselyyn vastanneille naisille syntyi 704 vauvaa. Korkein syntymäpaino oli 5190 gram-

maa ja matalin oli 1750 grammaa. Keskimääräinen syntymäpaino vastasyntyneillä oli 3534 grammaa. Lapset syntyivät 33+4 ja 42+3 raskausviikkojen välillä.

Indikaattorit

Tutkimustulokset esitellään indikaattorien mukaan. Taulukoissa esitellään sairaaloittain toimenpiteiden ja kivunlievityksen käyttö prosentteina sekä 3.–4. asteen repeämien esiintyvyys ennen ja jälkeen intervention. Intervention muutosvaikutusta on tarkasteltu Khiin neliötestillä eli Pearsonin korrelaatiokertoimella. Tilastollisesti merkitseväksi rajana pidetään $p < 0,05$ ja suuntaa antava jos se on $p < 0,1$. Interventiosairaaloiden eli Hyvinkään keskussairaalan ja Oulun yliopistollisen sairaalan p-luvut on esitelty erikseen. Kontrollisairaloita ovat Tampereen ja Kuopion yliopistolliset sairaalat sekä Salon ja Hämeenlinnan keskussairaalat, ja niiden p-luvut on esitetty yhdessä.

Synnytyksen kesto

Syntymärekisterissä tiedot synnytyksen kestosta on jaettu avautumis- ja ponnistusvaiheeseen. Alkukyselyyn vastanneiden ensisynnyttäjien avautumisvaiheen kesto oli keskimäärin 1067 minuuttia, kun taas uudelleensynnyttäjien avautumisvaihe kesti keskimäärin 577 minuuttia. Tieto avautumisvaiheen kestosta puuttui 180 synnyttäjältä (17,9 %) alkuaineistossa.

Loppukyselyyn vastanneiden ensisynnyttäjien avautumisvaiheen kesto oli keskimäärin 1036 minuuttia, kun taas uudelleensynnyttäjien avautumisvaihe kesti keskimäärin 555 minuuttia. Tieto avautumisvaiheen kestosta puuttui 31 synnyttäjältä (4,4 %) loppuaineistossa.

Taulukko 2. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien avautumisvaiheen keston keskiarvo minuutteina sairaaloittain ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
P0*	1023	889	1096	1126	1154	985	1067

ennen							
P0* jälkeen	1130	1007	829	1142	1071	872	1036
P1** ennen	572	515	601	591	591	520	577
P1** jälkeen	551	545	572	548	585	550	555

*P0 = ensisynnyttäjä, **P1 = uudelleensynnyttäjä

Alkukyselyyn vastanneiden ensisynnyttäjien ponnistusvaiheen kesto oli keskimäärin 69 minuuttia, kun taas uudelleensynnyttäjien ponnistusvaihe kesti keskimäärin 18 minuuttia. Tieto ponnistusvaiheen kestosta puuttui 173 synnyttäjältä (17,2 %) alkuaineistossa.

Loppukyselyyn vastanneiden ensisynnyttäjien ponnistusvaiheen kesto oli keskimäärin 49 minuuttia, kun taas uudelleensynnyttäjien ponnistusvaihe kesti keskimäärin 17 minuuttia.

Taulukko 3. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien ponnistusvaiheen keston keskiarvo minuutteina sairaaloittain ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salu	Yhteensä
P0* ennen	49	91	128	41	46	67	69
P0* jälkeen	43	48	106	34	32	52	49
P1** ennen	10	24	43	12	12	17	18
P1** jälkeen	11	17	34	13	16	26	17

*P0 = ensisynnyttävä, **P1 = uudelleensynnyttävä

Synnytystapa

Koulutusinterventiolla ei ollut vaikutusta alatiesynnytysten määrään. Alkukyselyyn vastanneista alateitse synnytti 86,2 %, kun taas loppukyselyssä alatiesynnytyksiä oli 87,4 % kaikista synnytyksistä.

Imukuppiavusteisia synnytyksiä alkukyselyssä oli 9,2 % synnytyksistä, kun taas loppukyselyssä niitä oli 9,1 %. Sekä alku- että loppukyselyssä imukuppia käytettiin eniten Hyvinkäällä (12,3 % ja 15,4 %). Vähiten imukuppiavusteisia synnytyksiä alkukyselyssä oli Oulussa (7,1 %) ja loppukyselyssä Tampereella (4,4 %). Pihtiavusteisia synnytyksiä ei ollut lainkaan alku- eikä loppukyselyssä. Kiireellisten sektioiden (3,8 % vs 2,3 %) ja hätäsektioiden (0,3 % vs 0,3 %) määrässä ei ollut juurikaan eroa alku- ja loppukyselyn välillä. Perätilasynnytysten määrä pysyi lähes samana kummassakin kyselyssä (0,5 % vs 1,0 %).

Taulukko 4. Synnytystapa prosentteina sairaaloittain ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Alatie ennen	88,2	84,1	88,1	85,5	85,3	84,2	86,2
Alatie jälkeen	91,3	77,7	92,9	90,7	87,7	83,1	87,4
Imukuppi ennen	7,1	12,3	8,5	9,1	9,2	9,2	9,2
Imukuppi jälkeen	7,5	15,4	7,1	4,4	11,5	12,0	9,1
Kiireellinen sektio ennen	4,2	3,1	3,4	4,1	3,7	5,3	3,8

Kiireellinen sektio jälkeen	0,6	5,4	0,0	2,7	1,3	2,4	2,3
Hätäsektio ennen	0,0	0,5/n=1	0,0	0,5/n=1	0,0	1,3/n=1	0,3
Hätäsektio jälkeen	0,0	1,5/n=2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,200 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,434 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,152.

Oksitosiini

Oksitosiinin käyttö synnytyksen aikana oli lähes yhtä yleistä loppukyselyyn ja alkukyselyyn vastanneiden kesken (53,1 % vs 57,0 %). Sekä alku- että loppukyselyssä runsainta oksitosiinin käyttö oli Hämeenlinnassa (73,1 % vs 67,9 %) ja vähäisintä Salossa (44,0 % vs 28,9 %).

Taulukko 5. Oksitosiinin käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	55,5	66,7	50,6	51,6	73,1	44,0	57,0
Jälkeen	47,5	65,4	45,7	56,8	67,9	28,9	53,1

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,109 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,862 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,330.

Kivunlievitys

Epiduraalipuudutuksen käyttö synnytyksen aikana oli yhtä yleistä niin alku- kuin loppukyselyynkin vastanneiden parissa (48,9 % vs 48,6 %). Puudutusta käytettiin eniten Hyvinkäällä (56,4 % vs 57,7 %) ja sen käyttö oli vähäisintä Salossa (42,7 % vs 39,8 %).

Taulukko 6. Epiduraalipuudutuksen käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salu	Yhteensä
Ennen	45,4	56,4	53,5	46,1	45,4	42,7	48,9
Jälkeen	41,3	57,7	47,1	52,5	50,0	39,8	48,6

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,395 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,758 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,743.

Spinaalipuudutusten määrä oli lähes sama alku- ja loppukyselyssä (17,9 % vs 18,2 %). Alkukyselyssä spinaalipuudutusta käytettiin eniten Hämeenlinnassa (23,1 %) ja vähiten Kuopiossa (11,0 %). Loppukyselyssä sen käyttö oli runsainta Oulussa (23,8 %) ja vähäisintä Kuopiossa (12,9 %).

Taulukko 7. Spinaalipuudutuksen käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salu	Yhteensä
Ennen	21,4	20,0	11,0	16,0	23,1	14,7	17,9
Jälkeen	23,8	20,0	12,9	14,2	21,8	14,5	18,2

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,601 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,964 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,912.

Paraservikaalipuudutuksia oli lähes yhtä paljon alku- ja loppukyselyssä (25,7 % vs 23,9 %), mutta sairaalakohtaiset erot olivat merkittäviä: paraservikaalipuudutusta käytettiin eniten Hämeenlinnassa (55,6 % vs 52,6 %) ja vähiten Hyvinkäällä (4,6 % vs 4,6 %).

Taulukko 8. Paraservikaalipuudutuksen käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	33,6	4,6	19,2	31,5	55,6	10,7	25,7
Jälkeen	26,3	4,6	18,6	29,0	52,6	15,7	23,9

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,133 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,984 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,852.

Pudendaalipuudutuksia oli lähes yhtä paljon alku- ja loppukyselyssä (12,4 % vs 13,6 %), mutta sairaalakohtaiset erot olivat erittäin suuria: pudendaalipuudutusta käytettiin eniten Hämeenlinnassa (70,0 % vs 71,8 %) ja vähiten Salossa (1,3 % vs 1,2 %).

Taulukko 9. Pudendaalipuudutuksen käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	2,9	6,2	7,0	7,8	70,4	1,3	12,4
Jälkeen	2,5	10,8	8,6	8,2	71,8	1,2	13,6

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,787 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,140 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,886.

Ilokaasun käyttö oli lähes yhtä yleistä alku- ja loppukyselyssä (55,4 % vs 57,1 %), mutta sairaaloiden välillä oli eroja: vähäisintä ilokaasun käyttö oli Oulussa (42,0 % vs 39,4 %) ja runsainta alkukyselyssä Tampereella (64,4 %) ja loppukyselyssä Hyvinkäällä (66,9 %).

Taulukko 10. Ilokaasun käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	42,0	60,0	64,0	64,4	43,5	57,3	55,4
Jälkeen	39,4	66,9	64,3	67,8	48,7	54,2	57,1

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,634 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,182 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,684.

Muun lääkkeellisen kivunlievityksen käyttö oli lähes yhtä yleistä alku- ja loppumittauksessa (9,2 % vs 9,9 %). Eniten niitä käytettiin Hämeenlinnassa (31,5 % vs 29,5 %) ja vähiten Oulussa (3,8 % vs 4,4 %).

Taulukko 11. Muiden lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	3,8	5,1	16,3	4,1	31,5	4,0	9,2
Jälkeen	4,4	6,2	12,9	10,4	29,5	4,8	9,9

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,774 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,709 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,816.

Ei-lääkkeellisen kivunlievityksen käyttö oli lähes yhtä yleistä alku- ja loppukyselyssä (48,7 % vs 49,3 %). Alkukyselyssä eniten sitä annettiin Salossa (78,7 %) ja vähiten Hyvinkäällä (21,5 %). Loppukyselyssä ei-lääkkeellistä kivunlievitystä annettiin eniten Kuopiossa (84,3 %) ja vähiten Hyvinkäällä (26,2 %).

Taulukko 12. Ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	47,5	21,5	76,2	44,7	43,5	78,7	48,3
Jälkeen	43,1	26,2	84,3	49,2	48,7	68,7	49,3

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,372 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,305 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,860.

Episiotomia ja repeämät

Episiotomioita tehtiin lähes yhtä paljon ennen ja jälkeen koulutusintervention (22,0 % vs 24,0 %). Sairaaloiden välillä havaittiin eroja: eniten episiotomioita tehtiin Hyvinkäällä (36,9 % vs 40,8 %), alkukyselyssä vähiten Hämeenlinnassa (13,0 %) ja loppukyselyssä vähiten Salossa (12,0 %).

Taulukko 13. Episiotomiat sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	19,3	36,9	14,5	25,1	13,0	13,3	22,0
Jälkeen	20,0	40,8	14,3	25,7	21,8	12,0	24,0

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,884 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,471 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,434.

3.- tai 4. asteen repeämiä oli lähes saman verran ennen ja jälkeen koulutusintervention (0,8 % vs 1,4 %). Repeämien lukumäärä vaihteli alkukyselyssä nollan ja kolmen välillä ja loppukyselyssä yhden ja kolmen välillä sairaaloittain.

Taulukko 14. 3.-4. asteen repeämät sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salu	Yhteensä
Ennen	0,4 / n=1	1,0 / n=2	0,6 / n=1	0,5 / n=1	2,8 / n=3	0,0 / n=0	0,8
Jälkeen	1,3 / n=2	2,3 / n=3	1,4 / n=1	0,5 / n=1	1,3 / n=1	2,4 / n=2	1,4

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,350 ja Hyvinkään p-luvuksi 0,364 sekä vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,592.

Apgar -pisteet

Suurin osa vastasyntyneistä sai alku- ja loppuaineistossa Apgar -pisteiksi yhden minuutin iässä yhdeksän tai kymmenen (77,9 % vs 80,5 %). Osa vastasyntyneistä sai seitsemästä kahdeksaan Apgar -pistettä (17,8 % vs 15,2 %) ja loput yhdestä kuuteen pistettä (4,2 % vs 4,3 %) yhden minuutin iässä alku- ja loppuaineistossa. Valtaosa vastasyntyneistä sai yhdeksän tai kymmenen Apgar -pistettä (90,7 % vs 91,9 %) ja osa seitsemästä kahdeksaan pistettä (8,2 % vs 6,6 %) viiden minuutin iässä alku- ja loppuaineistossa. Viiden minuutin iässä alle seitsemän pistettä sai alkuaineistossa 1,1 % ja loppuaineistossa 1,5 % vastasyntyneistä.

Sairaalahoito

Alku- ja loppuaineistossa valtaosa vastasyntyneistä oli viikon iässä kotona (95,2 % vs 98,2 %), osa oli lapsivuodeosastolla (2,6 % vs 0,7 %) ja loput tarvitsivat muuta sairaalahoitoa (2,3 % vs 1,1 %). Indikaattori sairaalahoito tarkoittaa vastasyntyneen sairaalahoitoa viikon kuluttua syntymästä.

Yhteenveto

Yhdenkään indikaattorin kohdalla ei havaittu tilastollisesti merkittävää muutosta. Tilastollisesti suuntaa antavia tuloksia ei myöskään löydetty koe- tai vertailusairaaloissa. Interventiolla ei näin ollen todettu olevan merkittävää muutosvaikutusta äidin tai vastasyntyneen terveyteen eikä synnytyksen kulkuun.

Taulukko 15. Indikaattorien p-luvut Oulun yliopistollisesta sairaalasta, Hyvinkään keskussairaalasta ja vertailusairaaloista.

	Oulu	Hyvinkää	Vertailusairaalat
Synnytystapa	0,200	0,434	0,152
Epiduraalipuudutus	0,395	0,758	0,743
Spinaalipuudutus	0,601	0,964	0,912
Paracervikaalipuudutus	0,133	0,984	0,852
Pudendaalipuudutus	0,787	0,140	0,883
Ilokaasu	0,634	0,182	0,684
Muu lääkkeellinen	0,774	0,709	0,816
Muu kivunlievitys	0,372	0,305	0,860
Oksitosiini	0,109	0,862	0,330
Episiotomia	0,884	0,471	0,434
3. tai 4. asteen repeämä	0,350	0,364	0,592

Pohdinta

Synnytyksen aikaista jatkuvaa tukea on tärkeä tutkia, sillä siitä on kansainvälisesti paljon merkittävää tutkimusnäyttöä, mutta Suomessa aihetta on tutkittu vain vähän. Suomen äitiyshuollon palvelujärjestelmä on epäyhtenäinen, jolloin hoidon jatkuvuus raskauden ja synnytyksen osalta on haastavaa (Ryttyläinen 2005: 34). Syntymän aikaisen jatkuvan tuen tarjoamisen kannalta olisi välttämätöntä äitiyshuollon rakenteellinen muutos niin, että raskausaika, synnytys ja syntymän jälkeinen hoito olisi yhtenäistä. Tällaisia äitiyshuollon malleja käytetään muun muassa Englannissa, Hollannissa ja Uudessa-Seelannissa, joten sen toimivuudesta on näyttöä.

Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusetiikassa lähtökohtana on tutkittavan aiheen hyödyllisyys tutkimusalan kehittämisen kannalta. Hoitotieteessä tällä voidaan tarkoittaa tutkimusta, joka hyödyttää tulevaisuudessa esimerkiksi potilasryhmiä tai kehittää hoitotyön laatua. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 218). Näin ollen aihetta on tärkeitä tutkia näyttöön perustuvan kättilötyön edistämisen kannalta. Viime aikoina onkin korostettu, että jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 218).

Tutkijalla on velvollisuus noudattaa tutkimusetiikkaa (Vilka 2007: 92). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimuksen uskottavuuden ja luotettavuuden takaavat hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen (Kuula 2006: 34), johon on Hyvä syntymä -hankkeessa pyritty.

Tutkimukseen on käytetty ainoastaan niiden osallistujien aineistoa, jotka ovat antaneet luvan heidän syntymärekisteritietojen käyttöön ja vastanneet kyselylomakkeeseen. Vastaaminen kyselylomakkeisiin ja syntymärekisteritietojen käyttämiseen suostuminen on ollut äideille vapaaehtoista ja tämä on kysytty äideiltä erikseen. Aineisto mitä tutkimuksessa on käytetty, ei ole sisältänyt tunnistetietoja, joten tutkimukseen osallistujien yksityisyyttä on kunnioitettu. Tutkimuksen tuloksista kaikki on esitetty objektiivisesti.

Tutkimuksessa esitetyt kyselylomakkeiden tiedot ovat Hyvä syntymä -hankkeelta ja syntymärekisteritiedot Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, joka ylläpitää tietokantaa syntymärekisteritiedoista saaden tiedot suoraan synnytyssairaaloista. Hyvä syntymä -hankkeeseen on osallistunut monia opiskelijaryhmiä. Näin voidaan pitää mahdollisena,

että aineistoa kerätessä, syöttäessä, käsiteltäessä ja analysoitaessa on voinut tapahtua virheitä. Valtakunnallisessa tutkimuksessa riittävänä otoskokona pidetään 500–1000 vastaajaa. Suuri otoskoko takaa, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. (Heikkilä 2010: 30,45). Kyseisen tutkimuksen alkukyselyn otos oli 1007 ja loppukyselyn otos 704. Hyvä syntymä -hankkeen puitteissa toteutetun tutkimuksen tulokset ovat numeraalisia, joten tilaa tulkinnalle ei jäänyt. Artikkelissa referoimme tutkimustulokset luettavaan muotoon sisältöä muuttelematta.

Tulosten pohdinta

Kansainvälisten tutkimuksien mukaan jatkuva synnytyksen aikainen tuki edesauttaa synnytyksen luonnollista etenemistä, jolloin spontaani alatiesynnytys on todennäköisempää. Myös perinataalikomplikaatioiden on havaittu vähenevän jatkuvan tuen myötä. Äidit kokevat synnytyksen aikaisen tuen hyvin tärkeänä ja toivovat saavansa sitä myös seuraavassa synnytyksessä.

Hyvä syntymä -hankkeessa toteutetun tutkimuksen tuloksien mukaan jatkuvan tuen koulutusinterventiolla ei ollut merkittävää muutosvaikutusta synnytyksen kulkuun eikä äidin tai vastasyntyneen terveyteen. Näin voidaan todeta kansainvälisten tutkimusten ja Hyvä syntymä -hankkeen puitteissa toteutetun tutkimuksen tulosten olevan ristiriidassa keskenään. Mahdollisia syitä Suomessa saatuihin tuloksiin voi olla monia. Koulutusinterventio on ehkä ollut riittämätön vaikuttaakseen kätilöiden toimintatapoihin ja asenteisiin. On myös mahdollista, että osa koulutusintervention saaneesta henkilökunnasta on ehtinyt vaihtua ennen loppukyselyn toteuttamista, jolloin osa henkilökunnasta ei ole saanut koulutusta jatkuvan tuen tarjoamisesta. Henkilökunnan asenteet ja vallitseva hoitokulttuuri voivat vaikuttaa jatkuvan tuen tarjoamisen määrään ja laatuun.

Teknologian kehitys on mahdollistanut synnytyksen kulun seurannan etäältä, esimerkiksi kansliasta, erinäisten hoitolaitteiden avulla. Tämä muutos on johtanut siihen, että kätilön läsnäolo synnytyshuoneessa on vähäisempää. Monissa kansainvälisissä tutkimuksissa oli annettu one-to-one -mallin mukaista tukea äideille, jolloin kätilö hoiti yhtä synnytystä kerrallaan. Hyvä syntymä -hankkeen tutkimussairaaloissa tällainen hoito ei resurssien vuoksi välttämättä ollut mahdollista. Tällöin koulutusinterventiosta huolimatta jatkuvaa tukea ei välttämättä ole kyetty tarjoamaan synnyttävälle perheelle. Toisaal-

ta, suomalainen synnytyksenhoito on jo valmiiksi korkeatasoista, joten koulutusinterventiolla ei välttämättä sen vuoksi saatu merkittäviä tuloksia.

Jatkotutkimusehdotukset ja johtopäätökset

Suomen synnytyskulttuuri on käännekohtassa, kun synnytyksiä keskitetään aina suurempiin yksiköihin ja pieniä synnytyssairaalaita lakkautetaan. Näistä aiheutuvien muutoksien johdosta onkin aiheutta pohtia mitkä tekijät edistäisivät ja mitkä vuorostaan vaarantavat jatkuvan tuen toteutumista.

Maailmalla saatujen tutkimustulosten valossa Suomen äitiyshuollon toimintamalli näyttäisi kehittyvän siihen suuntaan, että jatkuvan tuen tarjoaminen on hankalaa. Olisikin syytä tutkia Suomen äitiyshuollon mallin ja esimerkiksi caseload -mallin vaikuttavuuden eroja. Ulkomaalaisten tutkimustuloksien pohjalta nousi ajatus kotisynnytyksen hyödyistä niin äidin synnytyskokemuksen kuin synnytyksen kulun kannalta. Jatkossa voisikin tutkia kotisynnytyksien ja sairaalasyntymysten eroja kokemusten sekä perinataalitulosten kannalta.

Kätilöt ovat toiminnallaan avainasemassa muuttamaan suomalaista synnytyskulttuuria äidin ja vastasyntyneen terveydelle edullisemmaksi. Suomen nykyinen äitiyshuollon palvelujärjestelmä ei tue jatkuvan tuen toteuttamista. Maailmalla on saatu vahvaa näyttöä jatkuvan tuen hyödyistä, mikä tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa Suomen äitiyshuollon toimintamallia.

Lähteet

Barrett, Samantha J. – Stark, Mary Ann 2010. Factors associated with labor support behaviors of nurses. *The Journal of Perinatal Education*, 19 (1), 12–18.

Borders, Noelle – Haozous, Emily – Leeman, Lawrence – Rogers, Rebecca – Wendland, Claire 2013. Midwives' verbal support of nulliparous women in second-stage labor. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*. Verkkodokumentti.
<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=381eed3d-8794-42ceb284-f886ce3221a3%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4109>>. Luettu 24.9.2014.

Bruggemann, Odalea M – Parpinelli, Mary A – Osis, Maria JD – Cecatti, Jose G – Carvalhinho Neto, Antonio S 2007. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health* 2007, 4:5. 1–7.

Ekström, Anette – Lundgren, Ingela – Thorstensson, Stina – Hertfelt Wahn, Elisabeth 2012. Exploring Professional Support Offered by Midwives during Labour: An Observation and Interview Study. *Nursing Research and Practice*. Volume 2012. Verkkodokumentti. <<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/648405/>>.

Fox, Deborah – Lina, Chu – Kelly, Er Li Ting – Raes, Ana – Rooslee, Siti – Keing, Pua Siew – Seng, Chong Yap 2013. One-to-one midwifery care in Singapore –the first 100 births. *British Journal of Midwifery* 21 (10).

Hemminki, Elina – Heino, Anna – Gissler, Mika 2011. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalized health care in Finland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011; 188: 1186–1195.

Hodnett, Ellen D. – Gates, Simon – Hofmeyr, G. Justus – Sakala, Carol 2013. Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.

Iliadou, Maria 2012. Supporting women in labour. *Health Science Journal*. Volume 6 (3). Verkkodokumentti. <<http://www.hsj.gr/volume6/issue3/633.pdf>>.

Kipnis, Gayle 2013. Knowledge gained through a labor support seminar. *International Journal of Childbirth Education*, 28 (2).69–72.

Klaus, Marshall – Kennell, John – Robertson, Steven – Sosa, Roberto 1986. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal* 293 (6547). 585-587.

McGrath, Susan – Kennell, John 2008. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *BIRTH: Issues in Perinatal Care* 35 (2). 92–97.

McLachlan, H – Forster, D – Davey, M – Farrell, T – Gold, L – Biro, M – Albers, L – Flood, M – Oats, J – Waldenström, U 2012. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJORG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119 (12). 1483–1492.

RCM 2007. Normal Childbirth. Royal College of Midwives. Verkkodokumentti. <<http://www.rcm.org.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=121557&servicetype=Attachment>>. Luettu 10.4.2014.

Ryttyläinen, Katri 2005. Naisten arviointit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Simkin, Penny – O’Hara, Mary-Ann 2002. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5). 131–159.

Sleutel, Martha – Schultz, Susan – Wyble, Kerri 2007. Nurses’ views of factors that help and hinder their intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36 (3). 203–211.

WHO 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. Verkkodokumentti. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>. Luettu 10.4.2015.

Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland E Hemminki, a A Heino, a M Gissler a,b a THL (National Institute for Health and Welfare),. Published Online 24 May 2011. s.1192

