



## **Kivun viitoittamalla tiellä**

Kättilön antama ohjaus synnytyksen lääkkeellisestä  
kivunlievityksestä

Hoitotyön koulutusohjelma,  
kättilö  
Opinnäytetyö  
3.5.2010

---

Piia Kulha  
Emmi Närvänen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Kättilö	
Tekijä/Tekijät			
Piia Kulha ja Emmi Närvänen			
Työn nimi			
Kivun viitoittamalla tiellä. Kättilön antama ohjaus synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä.			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Kevät 2010	69 + 4 liitettä
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa kättilön antamasta ohjauksesta synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä hänen itsensä kuvaamana. Tarkoituksena oli myös kuvailla, miten kättilöt kokevat ammatillisen kehittymisen olevan yhteydessä heidän antamaansa ohjaukseen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Opinnäytetyö on osa Metropolia ammattikorkeakoulun Hyvä syntymä -projektiä.</p> <p>Tutkimuksemme lähetymistapa oli laadullinen, koska tarkoituksena oli kuvailla kättilöiden kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimusaineisto kerättiin synnytyssalissa työskenteleviltä kättilöiltä (n=5) teemahaastatteluna eräässä etelä-suomalaisessa synnytyssairaalassa. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällön analyysiä.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella kättilöt kuvailevat antamaansa ohjausta synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä hyvin moniulotteisesti. Synnyttäjän ohjaaminen lääkkeellisessä kivunlievityksessä on aina tavoitteellista. Kättilöt kuvailevat pyrkivänsä ohjauksessa yhteistyöhön synnyttäjän kanssa. Ohjaus on pääasiassa tiedonantamista, jossa erilaiset synnyttäjän taustatekijät sekä erilaiset ohjauksen apukeinot otetaan huomioon. Haasteita ohjaukseen tuovat erilaiset ristiriitatilanteet, joita saattaa syntyä synnyttäjän esittäessä toiveita, jotka eivät synnytyksen vaiheen kannalta ole suotuisia. Ammatilliseen kehittymiseen kättilöt kuvailivat vaikuttavan suuresti mallioppimisen sekä työkokemuksen kartumisen mukanaan tuoman varmuuden. Vaihtelevalla synnytyskulttuurilla koettiin olevan oma osansa ammatillisessa kehittämisessä.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön työelämän kehittämisessä. Tutkimuksemme johtopäätöksinä voidaan ajatella synnyttäjän ohjauksen olevan hyvin moniulotteista ja välillä haastavaakin toimintaa, jossa kollegoiden tuki ja mielipiteet näyttelevät isoa osaa synnyttäjää hoitavan kättilön antamassa ohjauksessa.</p>			
Avainsanat			
Ohjaus, kättilö, synnytys, lääkkeellinen kivunlievitys			

Degree Programme in		Degree
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care
Author/Authors		
Piia Kulha and Emmi Närvänen		
Title		
Pain along the path. Patient guidance Given by Midwives About Medical Pain Relief During Labour.		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Spring 2010	69 + 4 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of our study was to gather information on what kind of patient guidance midwives gave on pain management during labour. Likewise the aim was to describe how midwives' professional development was connected to the patient guidance on medical painkilling methods. In our study, we focused on the midwives' point of view. Our study was part of the good Birth -project by Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland. The aim was to produce information which may be utilised in the development of practices.</p> <p>Our study aimed to describe midwives' experiences of the phenomenon under study. The approach of the study was qualitative. The data was collected by theme interviews from midwives (n=5) who worked in the delivery room in one of the maternity hospitals in southern Finland. The data was analysed by the methods of qualitative content analysis.</p> <p>The results showed that the patient guidance on medical pain management in labour was always target-oriented, and it was based on the parturient's needs, wishes and safety. According to the midwives, they cooperated with the parturient which meant making decisions together through discussion. Information given by the midwives on medical methods focused on practical issues such as preliminary preparations requisited. In overall, patient guidance was an interaction process in which attendance and emotional support for example, were included as the means of patient guidance. Midwives aimed at patient-centredness in guidance, taking into account various factors associated with the parturient such as the fear of childbirth and parity. Challenges for patient guidance were conflict situations that arose from the parturient's expectations that were not favourable for that stage of the labour. The midwives described their professional development was greatly influenced by observing more experienced colleagues, and work experience gave them confidence. The current Finnish childbirth culture was perceived as a distinct segment of their professional development.</p> <p>This may indicate that the current form of antenatal classes requires more development to meet the needs of the pregnant women. It is important to increase collaboration between maternity hospitals and prenatal clinics. This may guarantee that patient guidance given to parturients would be as multiprofessional and coherent as possible. The results may also indicate that the intergration of evidence based information into practice must be developed at the organisational level.</p>		
Keywords		
patient guidance, midwife, labour, medical pain relief		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OHJAUS KÄTILÖTYÖSSÄ	3
2.1	”Minä lupaan ja vannon...”	5
2.1.1	Kätilö synnyttäjän ohjaajana	6
2.1.2	Tiedon jakaminen	7
2.1.3	Vuorovaikutus ohjauksessa	9
2.1.4	Itsemääräämisen ja päätöksentekoon osallistumisen tukeminen	11
2.1.5	Ohjauksen menetelmät	13
2.2	Laadukas ohjaus	14
3	SYNNYTYSKIVUN MERKITYS	16
3.1	Kipu synnytyksen eri vaiheissa	18
3.2	Kipu synnyttäjän kokemana	19
4	SYNNYTYSKIVUN FARMAKOLOGINEN LIEVITYS	21
4.1	Synnytysanalgesian kehitys Suomessa	22
4.2	Kohdesairaalaassa käytetyt lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät	23
4.3	Inhalaatioanalgesia	24
4.4	Regionaalinen analgesia	24
4.5	Parenteraaliset opioidit	27
5	SYNNYTYKSEN KIVUNHOITO EETTISENÄ OIKEUTENA	28
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	30
7	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	30
7.1	Kvalitatiivinen lähestymistapa	30
7.2	Teemahaastattelu	31
7.3	Tiedonantajat	33
7.4	Aineiston keruu	33
7.5	Aineiston analyysi	34
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	37
8.1	Tavoitteellisuus	38
8.2	Yhteistyö	39
8.3	Tiedon antaminen	40

8.4	Ohjauksen apukeinot	42
8.5	Synnyttäjän taustatekijät	45
8.6	Haastavat ohjaustilanteet	48
8.7	Ammatillinen kehittyminen	51
9	POHDINTA	53
9.1	Tutkimuksen luotettavuus	53
9.2	Eettiset näkökohdat	58
9.3	Tulosten tarkastelua	60
9.4	Kehittämisehdotukset	68
9.5	Jatkotutkimusehdotukset	69
	LÄHTEET	70
LIITTEET	Liite 1: Kategoriointitaulukko	
	Liite 2: Teemahaastattelurunko	
	Liite 3: Tutkimuslupahakemus	
	Liite 4: Saatekirje kätilöille	
KUVIOT	Kuvio 1: Kohdesairaalassa käytetyt lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät	
	Kuvio 2: Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet	
	Kuvio 3: Yhteenveto kätilön antaman ohjauksen sisällöstä	

## 1 JOHDANTO

Useimmille naisille synnytyskipu on heidän elämänsä vaikein ja kovin kipukokemus (Ranta 1999: 489). Lähes kaikki naiset kokevat kipua synnytyksessä, mutta sen kokeminen vaihtelee suuresti yksilöiden välillä (WHO 1996: 13). Miettinen-Jaakkola (1992: 44) pohtii synnytyskipun olemusta toteamalla, että kipu itsessään ei koskaan ole pelkkä aistimus vaan siihen liittyy aina käsitys sen osuudesta laajempaan kokonaisuuteen. Se, miten reagoimme kipuun, on opittua ja yhdistämme sen alitajuisesti johonkin vaaraan.

Tapa, jolla naiset synnyttävät lapsia, on tiiviisti sidoksissa näkemyksiin luonnosta, tieteestä, terveydestä, lääketieteestä, vapaudesta ja inhimillisistä – varsinkin naisen ja miehen välisistä – suhteista (Odent 1984: 118). Medikalisaatio eli lääketieteellistyminen on raivannut tietään synnytysten pariin jo monen vuosikymmenen ajan. Synnytyskipusta on muodostunut lääketieteellinen ongelma sen sijaan, että se kuuluisi luonnollisena osana synnytykseen. Raja terveyden ja sairauden välillä on hämärtynyt riskiorientoituneessa ja lääketiedekeskeisessä synnytykskulttuurissamme. Synnytyskipu ja sen lievittäminen puhuttaa niin alan ammattilaisia kuin itse synnyttäjiäkin jatkuvasti. Suomen Kätilöliitto on hiljattain julkaissut kannanoton liittyen synnytysten medikalisoitumiseen. Farmakologisten kivunlievitysmenetelmien käyttö on yleistynyt paljon varsinkin kehittyneissä maissa. Tiedetään kuitenkin, että menetelmillä on etujensa lisäksi myös haittapuolia, jotka ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö lisää tarvetta normaaliin synnytykseen puuttumiselle erilaisin toimenpitein, kuten oksitosiinin infusoinnilla ja invasiivisella sikiömonitoroinnilla. (WHO 1996: 13–16.) Koukkula (1992: 57) on tutkimuksessaan todennut, että kivun lievittäminen synnytyksessä nähdään nykyään pääasiassa lääketieteellisenä ongelmana ja hoitohenkilökunnan toiminta kivun lievittämiseksi painottuu farmakologisten menetelmien käyttöön.

Hautaniemen (2007: 86) mukaan synnytys on luonnollinen tapahtuma, jota tulee seurata huolellisesti, mutta johon ei tule puuttua muuten kuin perustelluista syistä. Eettisestä näkökulmasta ajateltuna kätilön tulee tarjota synnyttäjälle riittävää ja täsmällistä tietoa puolueettomalta kannalta. Tämän taustalla on ajatus kätilötyön filosofiasta, jonka mukaan synnytyk-

sen normaaliin kulkuun ei tule tarpeettomasti puuttua, ja jossa painotetaan naisen oikeutta itsemääräämiseen koskien terveystalintoja. (Lowe 2004: 258.)

Potilaan tai asiakkaan ohjaamista eri konteksteissaan on hoitotieteessä tutkittu paljon niin ohjaajan kuin ohjattavankin näkökulmasta. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ohjaaminen nähdään osana ammatillista toimintaa (Kääriäinen 2007: 106) ja hoitohenkilöstö asennoituu siihen yleisesti ottaen myönteisesti (Tähtinen 2007: 68). Synnyttäjän ohjaaminen on tärkeä ja olennainen osa kätilötyötä, mutta tutkimustietoa kätilön antamasta ohjauksesta on varsin vähän ja se on hajanaista. Opinnäytetyössämme käyttämämme tutkimustieto on kerätty kahden viimeisen vuosikymmenen ajalta, sillä kotimainen kätilötyön tutkimus on kaiken kaikkiaan hyvin vähäistä. Oman tutkimuksemme tuloksia tarkastellessa huomasimme kuitenkin paljon yhteneväisyyksiä vanhempienkin tutkimustulosten kanssa. Tämä kertonee siitä, että uudistuminen ja kehitys sekä kätilötyössä että koko äitiyshuollossa tapahtuvat hitaasti.

Opinnäytetyössämme tutkimme eräässä eteläsuomalaisessa sairaalassa työskentelevien kätilöiden synnyttäjille antamaa ohjausta synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä heidän itsensä kuvaamana. Opinnäytetyömme on osa Metropolia ammattikorkeakoulun Hyvä syntymä – projektia, jonka tavoitteena on normaalisyntytyksen hoidon kehittäminen ja sitä kautta naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Opinnäytetyömme aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä nykyään säännöllisen alatiesynnytyksen hoidossa käytetään lisääntyvässä määrin tarpeettomia interventioita, joista osa on seurausta synnytyskivun lääkkeellisestä kivunlievityksestä. Kätilön rooli synnytyksenaikaisessa lääkkeellisessä kivunlievityksessä on synnyttäjän ohjaamisen kannalta merkittävä. Näin ollen on aiheellista tutkia kätilön antaman ohjauksen tarkoituksenmukaisuutta synnyttävän naisen hyvinvoinnin ja synnytyksen luonnollisen etenemisen kannalta.

Kätilön antaman ohjauksen tutkiminen on perusteltua, koska sillä on paljon vaikutusta lääkkeellisen kivunlievitysmenetelmän valintaan tiedonannon kautta. On hyödyllistä tutkia ohjauksen sisältöä lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä, jotta saadaan kuva sen laadusta ja käytettävyydestä synnyttäjän päätöksenteon tukena. Synnyttäjän saama ohjaus ja sen laatu vaikuttavat paljolti synnytyskokemukseen. Ohjausosaamisen tutkiminen lääkkeellis-

ten kivunlievitysmenetelmien käytössä kättilöitä haastatteleamalla voi nostaa esiin myös kehittämistarpeita pohjakoulutuksessa sekä täsmennyksiä työelämän syvennys- ja jatkokoulutuksiin.

## 2 OHJAUS KÄTILÖTYÖSSÄ

Sana ”ohjata” on johdos germaaniperäisestä *ohja* -kantasanasta ja on esiintynyt kirjakielessä Agricolasta alkaen (Häkkinen 2004: 818). *Ohjaaminen* määritellään ohjauksen antamisena jollekin, kuten käytännöllisenä opastuksena. Lisäksi se on jonkin suuntaamista, johdatamista tai johtamista (Sadeniemi 1996: 12). Suomen kielen perussanakirja (1992: 335) määrittelee ohjaamisen jonkin saattamisena kulkemaan haluttuun suuntaan, pitää jokin oikeassa suunnassa ja säädellä jonkin kulkua. Yleisissä sanakirjamääritelmässä korostuu selkeästi termin etymologinen lähtökohta, ohjaajan valta-asema ohjauksessa ohjattavaan nähden yhteistyönäkökulman sijaan. Syntyy vaikutelma, että ohjaus on yksinomaan ohjaajaveitoista, ja että ohjaaja johdattelee ohjattavaa nimenomaan itse haluamaansa lopputulokseen. Toisaalta on huomioitava, että tieteellisissä määritelmässä tulevat esiin ihanteet, millaista ohjauksen tulisi olla. (Kääriäinen 2007: 106.)

Ohjaus on synonyymi sanoille opetus, koulutus, kasvatus ja valmennus (Jäppinen 1999: 265). Leino ja Leino (1996: 102) ovat määritelleet ohjauksen samaa tarkoittavaksi ilmaisuksi myös sanoille johdattaa, johtaa, opastaa, saattaa, neuvoa ja evästä. Ohjaus -käsitettä on käytetty rinnakkain muun muassa neuvonnan, tiedon antamisen, opetuksen sekä informoinnin käsitteiden kanssa. Hoitotieteessä käsitteet eroavat kuitenkin sekä tarkoitukseltaan että sisällöllisesti. Kääriäisen (2007: 107) mukaan hoitotieteessä ohjaus-käsite liittyy aina johonkin havaittavaan hoitohenkilöstön tai potilaan mielessä olevaan tapahtumaan. Ohjaus saatetaan usein ymmärtää tiedon ja neuvojen antamiseksi, mitä se ei varsinaisesti ole. Ohjauksessa on tarkoitus pidättäytyä suorien neuvojen ja valmiiden ratkaisumallien tarjoamisesta.

Hoitotiede määrittelee ohjauksen sisältyväksi muihin käsitteisiin. Ohjaaminen nähdään osana ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Ohjaus ammatillisena toimintana



tarkoittaa keskustelemista tavoitteellisesti asiakkaan tilanteeseen ja oppimiseen liittyvistä asioista. Prosessina ohjaus on joko aktiivista merkitysten luomista, tavoitteellista ongelmanratkaisua ja selviytymistä tai kokemusten reflektointia sekä niistä oppimista. Ohjausprosessissa autetaan ja tuetaan potilasta käsittelemään tilannettaan. Ohjauksen tavoite ja sisältö määrittelevät ohjausprosessin etenemistä. Ohjauksen sisältö liittyy potilaan tietojen ja taitojen oppimiseen sekä psykososiaaliseen tukemiseen. Hoitotieteessä ohjauksen katsotaan myös aina olevan sidoksissa potilaan ja hoitajan yksilöllisiin arvoihin, terveydentilaan, sukupuoleen, käyttäytymiseen ja perhetaustaan. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 253; Kääriäinen 2008: 12.) Jokaisella synnyttävällä naisella on taustallaan omat elämäkokemuksensa, jotka värittävät hänen odotuksiaan ja toiveitaan sekä vaikuttavat hänen kokemukseensa raskaudesta ja synnytyksestä. Näin ollen jokainen ohjaustilanne on aina ainutlaatuinen. (Weaver 1998: 88.)

Ohjausta on hoitotieteessä tutkittu paljon eri näkökulmista. Muun muassa Tähtinen (2007: 60–63) on tutkinut hoitajien tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia, ohjausmenetelmien hallintaa, ohjaustapahtumaa ja ohjauksen puitteita heidän itsensä kuvaamana. Tutkimustulosten mukaan hoitajat arvioivat tiedolliset ja taidolliset ohjausvalmiutensa sekä vuorovaikutustaitonsa hyväksi. Tutkimuksen mukaan työkokemuksen pituudella oli merkitystä hoitohenkilöstön tiedollisiin ja taidollisiin ohjausvalmiuksiin. Pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat arvioivat ohjausvalmiutensa paremmiksi kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat hoitajat. Opetus- ja ohjaustaitojen kehittyminen edellyttivät käytännön kokemusta. Hoitajat pitivät ohjausta arvokkaana osana työtään ja arvioivatkin asenteelliset ohjausvalmiutensa hyväksi. Toisaalta he olivat sitä mieltä, että potilaan ohjaaminen vähentää aikaa hoitaa muita potilaita. Hoitajat arvioivat myös toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti ja potilaan tunteet huomioiden. Hoitajilla oli työyksiköissään käytettävissä näyttöön perustuvaa tietoa käytettäväksi ohjauksen perustaksi, mutta siihen perehtymiseen ei ollut aikaa. Hoitajien esittämiä kehittämisehdotuksia olivat muun muassa aika-, henkilöresurssien ja koulutuksen lisääminen.

## 2.1 ”Minä lupaan ja vannon...”

Kättilötyössä edellytetään ohjauksen, neuvonnan ja ammatillisen vuorovaikutuksen osaamista erilaisten ihmisten kanssa. Synnytyksen hoitotyössä tämä tarkoittaa naisen omien voimavarojen tukemista vuorovaikutuksellisin keinoin. (Pienimaa 2006: 29.) Kättilön rooliin synnytyksen hoitajana liittyy siis varsin läheisesti ohjaajan rooli. Synnyttäjän ohjaaminen on tieteellisen tiedon ja kliinisen osaamisen taitavaa yhdistämistä ja soveltamista. (Raussi-Lehto 2007: 208). Tämä liittyy läheisesti kättilötyön karitatiiviseen luonteeseen, mikä tarkoittaa ammattitaidon hyödyntämistä parhaalla mahdollisella tavalla apua tarvitsevan hyväksi (Väyrynen 2007: 32–33). Kättilövala, joka alkaa otsikon sanoin, on kättilön nöyrä lupaus auttaa synnyttävää naista parhaan taitonsa mukaan.

Ohjaus on synnytyksen hoidon tärkeä elementti ja työväline. Ohjaussuhteessa on oleellista hyväksyä synnyttäjän ja kättilön asiantuntijuuksien erilaisuus toisiaan täydentävänä voimavarana. Tasavertainen suhde mahdollistaa molempien osapuolien välisen aktiivisen ja tavoitteellisen toiminnan. (Kääriäinen 2008: 14.) Styrmanin ja Leino-Kilven (1993: 61) tutkimuksessa synnyttäjät katsoivat hyvän hoidon olevan yhteistyötä kättilön kanssa. Louhivuori (1994: 121) on todennut, että myös kättilön näkökulmasta onnistunut hoitosuhde edellytti yhteistyön sujumista sekä molemminpuolista luottamusta (Louhivuori 1994: 121.)

Synnytyksen hoitotyössä kättilö on ohjausprosessin asiantuntija, mikä edellyttää ammatillisen vastuun kantamista (Kääriäinen 2007: 134). Ohjausprosessin asiantuntijuus edellyttää tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä. Onnismaan (2007: 46) mukaan ohjaaja ei kuitenkaan saa nojautua liiaksi asiantuntijuuteensa, sillä se voi johtaa ”ennalta tietämiseen”. Ohjauksen työvälineitä ovat tiedot, taidot sekä oma persoona (Ojanen 2000: 62).

Synnyttäjä ymmärretään asiansa, tilanteensa ja tavoitteidensa asiantuntijaksi ja asiakkaaksi. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 255). Onnismaan (2007: 27) mukaan nykyään ohjauksessa korostetaan aiempaa enemmän jaettua asiantuntijuutta. Hyvänä esimerkkinä ohjausmentaliteetin muuttumisesta ajan myötä voidaan pitää lääkintöhallituksen työryhmän mietintöä, joka

on vuodelta 1977. Synnytyskivun lääkkeellisen lievittämisen valinnassa ei itse synnyttäjällä tuolloin ollut juurikaan sanansijaa: “Ratkaisun kivunlievityksen tarpeesta ja menetelmän käytöstä tulee tapahtua obstetrikon, anestesiologin ja synnytystä valvovan hoitajan yhteisellä päätöksellä”. (Lääkintöhallitus 1977: 3.)

Kääriäinen (2007: 107–111) on tutkinut ohjauksen laatua sekä potilaan että hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimuksen mukaan ohjaus parhaimmillaan mahdollisti ohjattavan ja ohjaajan oppimisen, voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvun sekä edisti ohjattavan terveyttä. Ohjausprosessissa tapahtui oppimista niin ohjattavan kuin ohjaajankin osalta. Ohjauksen avulla pyrittiin saavuttamaan tavoitteet auttamalla ohjattavaa oppimaan tehokkaampia tapoja käsitellä hyvinvointiin liittyviä asioita. Ohjauksen ominaispiirteitä olivat potilaan ja hoitohenkilöstön konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta.

### 2.1.1 Kätilö synnyttäjän ohjaajana

Monissa kätilötyötä kuvaavissa tutkimuksissa on esitetty hyvän kätilön ominaisuuksia synnyttäjän kuvaamana. Kuvauksista on noussut esiin piirteitä, joita tarvitaan synnyttäjän hyvässä ja laadukkaassa ohjaamisessa. Styrmanin ja Leino-Kilven (1993: 42) tutkimuksessa kätilöltä vaadittiin ja edellytettiin hyvän hoidon suhteen kiinnostusta, synnyttäjän yksilöllistä huomioimista sekä yhteistyötä. Kätilöllä tuli myös olla riittävästi aikaa synnyttäjälle. Ahonen, Hupli ja Lauri (1995: 51–54) ovat tutkimuksessaan todenneet, että synnyttäjän hoitotyössä korostuu hyvien vuorovaikutustaitojen hallitseminen ja sitä kautta kyky yhteisten toimintalinjojen löytämiseen. Lisäksi kätilöiltä vaaditaan osaamista nähdä vastuunsa antamastaan tiedon määrästä ja laadusta, jonka perusteella hänen tulee rohkaista synnyttäjää esittämään toivomuksiaan. Yhteistoimintaan perustuva päätöksenteko sisältää sekä ammatillisen tiedon että synnyttäjän yksilölliset toiveet, eikä ole turvallisuusriski synnyttäjälle tai syntyvälle lapselle. Synnyttäjän hoidon synnyttäjälähtöisyys ei voi toteutua, elleivät myönteiset asenteet synnyttäjän oikeuksiin siirry toiminnan tasolle. Hautaniemen (2007: 68) tutkimuksessa synnyttäjät kuvasivat hoitohenkilökunnan tärkeiksi ominaisuuksiksi rauhallisuutta, ammattitaitoisuutta, vanhempaa ikää, rentoutta, empaattisuutta ja kannustavuutta.

ta. Kätilö voi olemuksellaan vahvistaa synnyttäjän turvallisuuden tunnetta. Ajan ja tiedon antaminen sekä huolenpito koettiin hallintaa vahvistaviksi tekijöiksi.

Styrmanin ja Leino-Kilven (1993: 42) tutkimuksessa synnyttäjät ovat katsoneet hyvän hoidon edellytyksiksi kätilön koulutuksen, ammattitaidon ylläpitämisen ja jatkuvan lisäkoulutuksen. Kätilön pitäisi tuntea uusimmat hoitomenetelmät ja heidän tulisi pysyä synnyttäjän hoidossa ajan tasalla. Synnyttäjien mukaan myös kätilön työkokemus toi varmuutta synnytyksen hoitoon. Cluett (2005: 50) on todennut, että näyttöön perustuva hoitotyö on keskeinen edellytys nykyaikaiselle ja naiskeskeiselle toiminnalle äitiyshuollossa.

Louhivuori (1994: 40–42) on tutkinut kätilöiden ammatillista kasvua sekä humanististen periaatteiden toteutumista synnytyksen hoidossa. Tutkimuksen mukaan kätilöt odottivat synnyttäjältä aktiivisuutta ja hyvää yhteistyötä. Kätilöiden näkemyksen mukaan toisinaan synnyttäjien ennakkokäsitykset ja -odotukset synnyttämisestä sinänsä ja erityisesti henkilökunnasta saattoivat perustua ihannekuvaan synnytyksen helppoudesta, kivuttomuudesta ja onnellisuudesta. Ihannemalli ja todellisuus, kuten lamaannuttavat supistuskivut, saattoivat passivoita synnyttäjän toimintakyvyttömäksi. Luottamus kätilöön ja hyvä yhteistyö voivat kuitenkin auttaa synnyttäjää ongelmatilanteessa.

Kätilön kompetenssia on määritelty erilaisissa sopimuksissa ja suosituksissa sekä eettisissä ohjeissa niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla (Väyrynen 2006: 32). Kätilön ammatillista pätevyyttä on kuvailtu myös kolmiulotteisella, holistisella mallilla, johon kuuluvat kliininen osaamisen lisäksi ammatillinen lähestymistapa sekä yksilöllinen näkemys kätilötyöstä (Fraser – Cooper 2003: 6). Tärkeää onkin huomata, että jokainen kätilö ohjaa synnyttäjää paitsi tietojensa ja taitojensa avulla, myös persoonaansa käyttäen.

### 2.1.2 Tiedon jakaminen

Kätilön antama ohjaus liittyy avun ja objektiivisen tiedon antamiseen synnyttäjän yksilölliset tarpeet ja mielipiteet huomioiden. Tiedon jakaminen on yksi tärkeimpiä tekijöitä hoitosuhteessa. Riittämätön tiedon saanti vähentää synnyttäjän mahdollisuutta itsenäiseen pää-

töksentekoon lisäten samalla hoitavan kättilön päätäntävaltaa (Liukkonen – Heiskanen – Lahti – Saarikoski 1998: 33–34).

Ryttläinen (2005: 132–137) on tutkinut sisäistä hallintaa synnytyksen aikana naisten arvioimana. Synnytyksen aikana hallinnan tunnetta edistettiin antamalla tietoa synnytyksen etenemisestä sekä toimintamahdollisuuksista esimerkiksi synnytyskivun suhteen. Ilman tietoa synnyttäjän oli vaikea hahmottaa itseään aktiivisena toimijana synnytyksen aikana. Tässäkin tilanteessa epävarmuus synnytyksen kulusta tuotti turvattomuutta ja pelkoa. Asiantuntijalta ei vaadittu synnytyksen kulun ennustamista, vaan riittävän ja asiallisen tiedon avulla orientoida naista synnytystilanteessa. Oman näkemyksensä mukaan synnyttäjät pyrkivät synnytyksen aikana aktiivisesti tuomaan esille toivomuksiaan, mielipiteitään sekä tuntemuksiaan ja siten osallistumaan päätösten tekemiseen, mitä asiantuntijat eivät aina huomioineet päätöksentekotilanteissa.

Styrman ja Leino-Kilpi (1993: 36, 76) ovat tutkineet ensisynnyttäjien käsityksiä hyvästä hoidosta säännöllisen synnytyksen aikana. Ensisynnyttäjien näkemyksen mukaan hyvä hoito koostui tiedon antamisesta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta synnytyksen aikana. Synnyttäjät vaativat kättilöltä aloitteellisuutta ohjauksessa. Synnyttäjät tarvitsivat tietoa eri kivunlievitysmahdollisuuksista. Eri vaihtoehtojen tarjoaminen edisti synnyttäjien näkemyksen mukaan heidän omatoimisuuttaan ja he tulkitsivat omien toiveiden huomioon ottamisen kunnioittamiseksi.

Hautaniemen (2007: 78, 80–84) tutkimuksessa omaan tilanteeseen liittyvän tiedon saaminen synnytyksen aikana lisäsi synnyttäjän hallinnan tunnetta. Tiedon puute tai sen riittämättömyys sekä epäselvästi annettu tieto estivät itsemääräämisen toteutumista. Tärkeää oli tieto synnytyksen etenemisestä, mahdollisista vaihtoehdoista sekä tilannekohtaisista käytännön toimintaohjeista. Tutkimuksen mukaan tärkeää oli huomioida tapa, jolla tietoa annetaan. Selkeät ja rauhallisesti annetut ohjeet lisäsivät luottamuksen tunnetta sekä hallintaa. Ohjeiden jatkuva antaminen sinnikkäästi ja perusteltuna koettiin hyödyllisenä. Tietoon perustuvien valintojensa kautta naiset kokivat voivansa vaikuttaa synnytykseen. Tiedon välittämisen synnyttäjät katsoivat myös lisäävän kompetenssia synnyttämisen suhteen. Kättilö toimi ensisijaisena tiedonantajana synnytyksen hoidon aikana.

Kätilötyössä on aina korostettu naisen omien ratkaisujen kunnioittamista (Väyrynen 2006: 33). Tietoisen suostumuksen mahdollisuuden antaminen on synnyttäjälle tärkeää, sillä se edistää osallistumista tukevan ohjauksen toteutumista. Tietoisella suostumuksella tarkoitetaan hyvin perusteltujen vaihtoehtojen tarjoamista ja niistä keskustelemista yhdessä synnyttäjän kanssa. Valinnan mahdollisuus on yhteydessä myönteiseen synnytyskokemukseen. (Hautaniemi 2007: 68, 80–81). Tietoinen suostumus muodostuu kahdesta eri käsitteestä, tietoisuudesta ja suostumuksesta. Ihmisen ollessa tietoinen (*informed*) jostakin, hän on perehtynyt asioihin. Suostumus (*consent*) merkitsee samanmielisyyttä, myöntymistä tai luvan antamista omien tuntemusten perusteella. Tietoisen suostumuksen antaminen edellyttää monipuolisen ja ymmärrettävän tiedon saamista vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa. Annetun tiedon tulee olla riittävää, täsmällistä, tarkkaa sekä tilanteeseen sopivaa. Lääketieteellisten termien käyttämistä tulee välttää. Henkilökunnan tehtävänä on varmistaa, että annettu tieto on ymmärretty oikein. (Välimäki 2004: 138, 142.)

### 2.1.3 Vuorovaikutus ohjauksessa

Ohjauksessa keskeistä on osapuolten välinen vuorovaikutus ja sen laatu. Mattila (2001: 105) määrittelee hoitosuhteen vuorovaikutuksen ydinprosesseiksi vahvistumisen ja tunnekokemuksen jakamisen, jotka edistävät potilaan hyvää oloa ja terveyttä. Ohjaus nähdään aktiivisena ja tavoitteellisena toimintana, jossa asiakas ja hoitohenkilöstö ovat kaksisuuntaisessa vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa, ja joka on sidoksissa heidän kontekstiinsa. (Kääriäinen 2007: 134.) Vuorovaikutus hoitotyössä on usein myös spontaania kohtaamista ja reagoimista potilaan tarpeisiin. Ohjaaminen edellyttää ohjaajalta hyviä vuorovaikutus- ja johtamistaitoja. Vuorovaikutustaitoihin kuuluvat ohjattavan kehitystä edistävä ohjauksen ajoitus, suotuisan ilmapiirin luominen ja ohjausympäristön hyödyntäminen. Johtamistaitoja tarvitaan turvallisen ohjausympäristön valitsemiseen, ohjausprosessin ylläpitoon sekä muutosten arviointiin ja kirjaamiseen. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 256.)

Vuorovaikutustilannetta voidaan tarkastella neljällä, toisiaan seuraavalla tasolla, joita ovat vuorovaikutusta edeltävä vaihe, esittely- eli suuntautumis-, ylläpito- eli työ-, sekä päätös- vaihe. Hoitosuhde kätilön osalta syntyy jo ennen ensimmäistä kohtaamista, sillä hän on

yleensä muodostanut jonkinlaisen ennakkokäsityksen tulevasta suhteesta saamiensa esitietojen perusteella. Ensimmäisessä vaiheessa kättilöllä on mahdollisuus itsetutkiskeluun ja sitä kautta tunnistaa ensimmäisiä reaktioitaan synnyttäjää kohtaan. Tämä on tärkeää, sillä vuorovaikutusta edeltävälle vaiheelle on tyypillistä stereotyyppien luominen. Tällöin riskinä on, että vuorovaikutus tapahtuu roolien, ei todellisten ihmisten, välityksellä. (Sundeen – Stuart – Rankin – Cohen 1987: 141–143.)

Ensivaikutelma luo perustan vuorovaikutukselle. Ensimmäinen tapaaminen määrittää sen, millaiseksi vuorovaikutus jatkossa muodostuu. Esittely- eli suuntautumisvaiheessa kättilö ja synnyttäjät muodostavat kumpikin alustavan käsityksen toisistaan, mikä vaatii aikaa. Luottamus kehittyy edelleen vastavuoroisuuden kokemiseen, välittämiseen ja empatiaan. Tärkeää on lisäksi, että roolit selkiytyvät molemmille osapuolille. Päätösvaihe merkitsee auttamissuhteen päättymistä, mikä parhaimmillaan on kasvattava kokemus sekä kättilölle että synnyttäjälle. Jälkikäteen on syytä tarkastella saavutettuja tai saavuttamattomia tavoitteita itsereflektion avulla. Myös keskustelu synnyttäjän kanssa voi antaa aineksia ammatilliseen kasvuun ohjaajana. (Sundeen ym. 1987: 143–156.)

Ohjauksessa keskustelu luo pohjan vuorovaikutukselle, ja sen välineitä ovat kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö. Kohtelu ilmenee välittämisenä, avoimuutena, aitoutena, iloisuutena ja inhimillisyytenä sekä ystävällisyytenä ja hyväksyntänä. Ymmärtäminen on empatiaa, kuuntelemista ja kysymistä. Tukeminen on auttamista, rohkaisemista ja vahvistamista. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 254.) Onnismaa (2007: 45) katsoo kunnioituksen ja empatian olevan ohjaussuhteen lähtökohtia, ei niinkään erillisiä ”ohjaustaitoja”.

Ryttläinen (2005: 145) on todennut tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunta voi toiminnallaan ja ohjauksellaan joko edistää tai estää synnyttäjän kokemusta hallinnasta synnytyksen aikana. Asiantuntijoiden toiminnassa synnyttäjän kokemaa hallintaa esti eniten naisen kohtelemisen tyllysti. Synnyttäjä ei rohjennut kysyä asiantuntijalta mitään eikä esittänyt omia mielipiteitään. Tyllysti käyttäytyvä asiantuntija väritti käytöksellään koko tilanteen kielteiseksi. Lisäksi ammattilaisen epävarmuus aiheutti epäluottamusta synnyttäjässä huonontaen hallinnan kokemusta. Epävarmuus näkyi hoitotyössä tietämättömyytenä, hätäntymisenä tai mielipiteiden vaihtumisena usein.

Onnismaan (2007:44) mukaan ohjaus parhaimmillaan on dialogia. Dialoginen ohjaussuhde on eräänlainen kasvatussuhte, jossa ohjaajalla on vastuu tehdä kaikkensa ohjattavan kasvun edistämiseksi. Dialogisuus terminä viittaa molemminpuolisuuteen, Minä-Sinä suhteeseen. (Ojanen 2000: 62.) Ohjauksessa puheviestinnän, dialogin, osuus asiakkaan tai potilaan osallistumisen tai osallistumattomuuden kannalta on merkittävä (Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen – Renfors 2007: 82–83). Yhteistoiminnassa verbaalinen ja non-verbaalinen kommunikaatio kietoutuvat toisiinsa (Onnismaa 2007: 44). Ohjattavan osallistumista tukevissa puhekäytännöissä voidaan tarkastella neljää eri tekijää: osallistujaksi kutsuminen, itsearvioinnin tukeminen, ohjattavan asiantuntemuksen kunnioittaminen sekä hoitajan kohteliaisuus. Vuorovaikutus voidaan aloittaa arkirupattelulla sekä voinnin ja tunteiden tiedustelemisella. Itsearviointia voidaan tukea tunnusteleavan puheen avulla, mikä tarkoittaa sanojen toistamista, epätäydellisiä lauseita ja taukoja. Kuunteleva palautteen antaminen osoittaa, että ohjattavan näkemys omasta tilanteestaan tulee kuulluksi. Vaihtoehdot tulee esittää neutraalisti ja ohjeiden tulee olla yksilöllisiä. Ohjaajan kohteliaisuus edistää myös ohjattavan osallistumista vuorovaikutukseen. (Kyngäs ym. 2007: 82–83.) Ohjausvuorovaikutuksessa kuunteleminen saa uudenlaisen merkityksen. Se voi tarkoittaa esimerkiksi ohjattavan käsitysten ja väärinkäsitysten sekä uskomusten kuulemistä. Ohjattavan puhe voi antaa paljon vihjeitä hänen avuntarpeestaan. (Onnismaa 2007: 41.)

Samat asiakkaan tai potilaan osallistumista edistävät ohjausvuorovaikutuksen puhekäytännöt toistuvat myös Koukkulan (1992: 47) tutkimuksen tuloksissa. Tutkimuksessa uudelleensynnyttäjät ovat kuvailleet hyvää hoitajaa muun muassa seuraavin määritelmien: ”Ymmärtäväinen, rohkaiseva, ei äksy, ei ylhäältäpäin komentelevä, ei vähättelevä, ei työkeä, ei moiti, tietää, mitä tekee, kyselee, tarjoaa kivunlievitystä, keskustelee, ohjaa ajatuksia muualle, ja joka kuuntelee synnyttäjää”.

#### 2.1.4 Itsemääräämisen ja päätöksentekoon osallistumisen tukeminen

Ohjausta synnytyksen aikana synnyttäjän näkökulmasta tarkasteltaessa voidaan todeta, että synnyttäjät pitävät tärkeänä tiedonsaantia, yksilöllisesti toteutettua ohjausta, itsemääräämistä, yhteistyötä päätöksenteossa, omatoimisuutta, hallinnantunnetta. Kätilötyötä sekä synnyt-



täjien kokemuksia käsittelevissä tutkimuksissa kuvataan usein synnytyksen aikaisen ohjauksen tai sen puutteen seurauksia, ei niinkään varsinaista ohjausprosessia.

Koukkula (1992: 59) on tutkimuksessaan todennut, että tasavertainen toiminta synnyttäjän kanssa, hänen mielipiteidensä huomioon ottaminen sekä yksilöllisten vahvuuksien ja heikkouksien tunnistaminen synnytyskivun kohtaamisessa heti sairaalaan tulovaiheessa auttavat hoitajaa toteuttamaan hoitotyötä synnyttäjän tarpeita vastaavalla tavalla. Synnyttäjän tiedot, kättilön läsnäolo ja mahdollisuus keskustella kättilön kanssa lisäävät itsemääräämistä. (Vallimies-Patomäki 1998: 154.)

Ahonen ym. (1995: 49–51) ovat tehneet vertailevaa tutkimusta päätöksenteosta synnyttäjän hoidossa sekä synnyttäjien että kättilöiden näkökulmasta. Tutkimuksessa kuvailtiin asennoitumista päätöksentekoon sekä toteutunutta todellisuutta kättilöiden ja synnyttäjien arvioimana. Tutkimustulosten mukaan synnyttäjien ja kättilöiden välillä ei ollut juurikaan eroa suhtautumisessa synnyttäjien osallistumisoikeuteen päätöksenteossa. Kättilöt ja synnyttäjät olivat yhtä mieltä myös siitä, että synnyttäjän mielipiteen huomioiminen päätöksenteossa on tärkeää. Synnyttäjän oikeuteen tiedonsaantiin synnyttäjät ja kättilöt suhtautuivat samansuuntaisesti. Merkittävänä tutkimustuloksena koetusta todellisuudesta saatiin kuitenkin näkemuserot kättilöiden ja synnyttäjien välillä. Vaikka suurin osa sekä synnyttäjistä että kättilöistä kannatti vahvasti yhteistä päätöksentekoa, ei synnyttäjien kokemusten perusteella todellisuudessa näin kuitenkaan tapahtunut yhtä suuressa määrin. Kättilöiden käsitykset omasta toiminnastaan olivat selkeästi myönteisempiä kuin mitä synnyttäjät olivat synnytyksen hoitotilanteissa kokeneet. Ero ryhmien välillä on erittäin merkitsevä. Kättilöiden asenteet synnyttäjän oikeuteen päätöksenteossa olivat yhtä paljon osallistumista kannustavat kuin synnyttäjilläkin. Käytännön hoitotilanteessa todellisuus oli kuitenkin toisenlainen. Tutkimuksen tulokset nostivat esiin käytännön synnytyksen hoitotilanteen synnyttäjälähtöisyyden ja synnyttäjän oikeuksiin asennoitumisen eron. Kättilöt suhtautuivat ammatillisen auktoriteetin kyseenalaistamiseen kannustavasti, mutta suhtautuminen eriävään päätöksentekoon oli kuitenkin kielteinen.

Haaramo (1995: 48) on tutkinut synnyttäjän itsemääräämistä synnytyksensä hoidosta synnyttäjän itsensä arvioimana. Tutkimuksessa kättilön katsottiin olevan paras tiedonantaja syn-

nytyksen aikana sillä hän osaa vastata selvimmin synnyttäjien esittämiin kysymyksiin. Itsemääräämisen suhteen kätilö kuvattiin tärkeäksi tiedon antajaksi ja synnyttäjän kysymyksiin vastaajaksi. Synnyttäjät halusivat keskustelua, tietoja ja hyvää yhteistyötä synnytystä hoitavan henkilökunnan kanssa. He ovat kasvamassa itsemääräämiseen myönteisellä tavalla ja näkevät sen paremman hoidon ja palvelun edellyttämisenä.

Louhivuoren (1994: 98) mukaan kätilöt pitävät synnyttäjiä kykenevinä tekemään päätöksiä kivunlievitysmenetelmien suhteen. Haaramo (1995: 47–48) on todennut tutkimuksessaan, että kivunlievitys on synnytyksen hoidossa osa-alue, jonka suhteen synnyttäjät haluavat tehdä päätöksiä. Antamalla mahdollisuuden valintaan tarjoamalla eri vaihtoehtoja voidaan synnyttäjä osallistaa synnytyksen hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Hallinnan kokemus synnytyksessä vahvistuu, kun synnyttäjälle tarjotaan mahdollisuus valita muun muassa synnytysasento, kivunlievitysmenetelmä ja käytetäänkö supistuksia vauhdittavaa lääkitystä. Valintaa edeltää aina yhteinen keskustelu ja pohdinta asiantuntijan kanssa eri toimintamahdollisuuksista. Synnyttäjien näkemyksen mukaan ei ole välttämätöntä, että synnyttäjän valinta tai toive tosiasiallisesti aina toteutuu vaan merkityksellisempää on, että hän kokee saaneensa aidon mahdollisuuden valitsemiseen. Päätöksentekoon osallistumattomuuden syiksi synnyttäjät kuvaavat heidän omien toiveiden ja tuntemustensa sivuuttamista. (Ryttyläinen 2005: 129–130.)

### 2.1.5 Ohjauksen menetelmät

Louhivuori (1994: 61–69) on todennut, että kätilöt pitävät potilaan kanssa juttelua, erityisesti tiedon antamista, ja fyysistä läsnäoloa itsensä turvattomaksi kokevan synnyttäjän auttamismenetelmänä. Kätilöt oman näkemyksensä mukaan ohjaavat synnyttäjää jatkuvasti antamalla tietoa synnytyksen eri vaiheista sekä siitä, mitä on odotettavissa. Tiedonanto perustellaan turvallisuuden tunteen luomisella, synnyttäjän ymmärryksen lisäämisellä, synnyttäjän oikeudella saada tietoa sekä motivoinnilla. Kätilöt kokevat myös, että he pyrkivät ohjauksen kautta vaikuttamaan synnyttäjän käyttäytymiseen päämääränään hillitty ja hallittu synnytys. Haastatellut kätilöt arvioivat myös ajoittain jättävänsä jotain kertomatta suojelakseen synnyttäjän psyykettä mahdollisesti pelottavilta asioilta. Yli puolet kätilöistä, halutessaan kannustaa synnyttäjiä, valehtelevat synnyttäjille esimerkiksi synnytyksen etenemi-

sestä. Kätilöt kuvasivat joutuvansa toisinaan tekemään hoitopäätöksiä vastoin synnyttäjän toivomuksia ammatillisen vastuunsa nojalla.

Pihlajaniemi (1992: 52) on tutkinut synnytyskipua ja kätilön käyttämiä synnytyskipua lievittäviä hoitomenetelmiä synnytyksen avautumisvaiheessa. Synnyttäjän ammatillinen tukeminen synnytyskipun lievittämiseksi sisältää informatiivisen, emotionaalisen ja toiminnallisen tuen. Informatiivinen tuki koostuu synnyttäjän ohjauksesta ja tietojen välittämisestä. Synnytyskipun lievittämisen kannalta keskeisiä ohjauksen osa-alueita ovat psykoprofylaktisen menetelmän mukainen ohjaus, liikkumisen ja asentojen valinnan ohjaus sekä ”muuhun” keskittymisen ohjaus. Tietojen välittämisen osalta synnytyksessä korostuvat tieto synnytyksen edistymisestä, suoritettavista toimenpiteistä ja synnytyksessä käytettävästä laitteistosta. Ammatillisella tuella pyritään vaikuttamaan synnytyskipuun, synnytykseen liittyviin pelkoihin ja synnytyskipun hallintaan ja tätä kautta synnytyskipun kokemiseen.

Synnyttäjän ohjaaminen tapahtuu siis pääasiallisesti vuorovaikutuksellisin keinoin. Kätilön antamasta tuesta on myös käytetty termiä vuorovaikutuksellinen tukeminen. Tämä kuvaa hyvin ohjauksen päämääriä, joita ovat kasvun, terveyden, elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukeminen sekä voimavarojen lisääntyminen. Toisinaan synnyttäjän ollessa lamaantunut kivusta hän ei kykene vuorovaikutukseen häntä ohjaavan kätilön kanssa. Tällöin kätilöltä vaaditaan kykyä ottaa tilanne haltuun, Ohjaustapoja tulee osata käyttää tilanteen mukaan. Mikäli synnyttäjän todellisia tarpeita ei kuulla, on mahdollista, että annettu ohjaus menee hukkaan. Ohjausmenetelmiä vuorovaikutuksen keinoin ovat esimerkiksi ohjeiden antaminen, tiedon jakaminen perusteluineen, hyväksyvä ja tukeva ohjaus, katalysoiva ja aktiivinen kuuntelu sekä erilaisten tunteiden salliminen ja pukeminen sanoiksi. Konfrontointi on ohjattavan puheen ja toiminnan ristiriidan esiintuomista ilman syyllistämistä. Tällöin kätilö toimii ikään kuin peilinä, joka auttaa näkemään sokeita kohtia. Menetelmä vaatii kuitenkin hienotunteisuutta ja oikeaa ajoitusta. (Äimälä 2006: 39–42.)

## 2.2 Laadukas ohjaus

Kääriäinen (2007: 115, 134) on tutkinut ohjauksen laatua sekä potilaan että hoitohenkilöstön arvioimana. Tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että laadukas ohjaus on potilasläh-

töistä, vuorovaikutteista, tavoitteellista, hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa ja vaikuttavaa. Lisäksi laadukas ohjaus on aina sidoksissa potilaan ja hoitohenkilökunnan kontekstiin. Ohjauksen tulee olla riittävää ja asianmukaisin resurssein toteutettua. Potilaista viidennes ei pidä ohjausta potilaslähtöisenä, vaikka hoitohenkilöstöstä suurin osa arvioi toimivansa potilaslähtöisesti ohjaustilanteissa. Karlsenin (1997: 101–102) mukaan hoitajat painottavat yksilöllisyyden merkitystä ohjauksessa, mutta käytännön ohjaustyössä kuitenkin sivuuttavat potilaan yksilölliset tarpeet, ja ohjauksen sisältö muotoutuu usein yleisluontoiseksi ja pinnalliseksi.

Jos ohjattavan taustatekijöitä ei oteta huomioon, ohjaus tapahtuu aina samalla tavalla tilanteesta riippumatta. Ohjaaminen ei tällöin perustu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Fyysisiin taustatekijöihin liittyy asiakkaan kyky vastaanottaa ohjausta. Ohjauksessa on osattava asettaa asiakkaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen ja mietittävä, millaisia asioita hän on kulloinkin valmis omaksumaan. Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. (Kyngäs ym. 2007: 29–32.)

Kääriäisen (2008: 11) mukaan laadukas ohjaus edellyttää ohjaajalta ohjauksen filosofisten ja eettisten lähtökohtien pohdintaa sekä hyviä ohjausvalmiuksia. Laadukas ohjaus on monitahoinen ja kontekstisidonnainen ilmiö. Laadukkaan ohjauksen turvaamiseksi ensisijaisen tärkeää on, että jokainen potilasta ohjaava tunnistaisi ja tiedostaisi omat ohjausta koskevat lähtökohtansa, kuten mitä ohjaus on sekä miten ja miksi ohjaan. Ohjaustoiminta on perusteltua, kun ohjaaja on tietoinen ohjauksen taustalla olevasta filosofiasta ja etiikasta. Käytännön kättilötyössä tämä ilmenee esimerkiksi siinä, kohdellaanko synnyttäjää aktiivisena ja vastuullisena oman tilanteensa asiantuntijana sekä kunnioitetaanko hänen tietojaan, kokemuksiaan ja arvojaan. Synnyttävän naisen käyttäytymisen ymmärtäminen vaatii kättilöltä myös työn eettistä pohdintaa. Siihen kuuluvat omien henkilökohtaisten ja ammatillisten arvolähtökohtien tunnistaminen refleктоimalla omia uskomuksia ja kokemuksia. Myös mahdollisten ennakkoluulojen ja ohjauksen merkityksen tunnistaminen liittyvät ammatilliseen itsetarkasteluun. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 255.) Louhivuoren (1994: 121) mukaan kättilöt pitävät oman työskentelyn arviointia erittäin tärkeänä, jopa välttämättömänä.

Laadukas ohjaus pohjautuu tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen. Tämä edellyttää, että hoitaja päivittää tietojaan tarjotakseen potilaalle asianmukaista tietoa päätöksenteon ja valintojen tueksi. Hoitajan velvollisuutena on myös ylläpitää ja kehittää ohjaustaitoja, mikä tarkoittaa taitoa rakentaa ja ylläpitää potilaan luottamusta, luoda hyvä vuorovaikutussuhde sekä käyttää oikein ja järkevästi erilaisia ohjausmenetelmiä. (Kääriäinen 2008: 11; Weaver 1998: 97.) Benner, Tanner ja Chesla (1999: 49) toteavat, että käytäntö ilman teoriaa ei tuota taitavaa käyttäytymistä monimutkaisia selviytymistaitoja edellyttävillä aloilla, jollaista kättilötyökin on. Toisaalta teorialla ilman käytäntöä on vielä huonommat selviytymisen mahdollisuudet. Hoitajan kehittäessä taitojaan teoria ja käytäntö kietoutuvat keskinäiseksi, toisiaan tukevaksi omaehtoiseksi prosessiksi. Todellinen asiantuntijuus voidaan saavuttaa vain, jos molempia osa-alueita kehitetään ja arvostetaan.

### 3 SYNNYTYSKIVUN MERKITYS

*Ja vaimolle Hän sanoi: ”Minä teen suuriksi sinun raskautesi vaivat, kivulla sinun pitää synnyttämän lapsia; mutta mieheesi on sinun halusi oleva, ja hän on sinua vallitseva”.*

1. Mooseksen kirja, 3. luku, 16. jae

Synnytyskipu kuuluu olennaisena osana synnytykseen, se on luonnollista, kertoo synnytyksen etenemisestä ja on hieman erilaista synnytyksen eri vaiheissa. Synnytyskipun tarkoitus on osaltaan varoittaa synnyttäjää, jotta hän osaa hakeutua turvalliseen paikkaan synnyttämään ja mahdollisesti saamaan apua.

Jo niinkin vanhasta kirjasta kuin Raamatusta löytyy viittauksia synnytyskipuun, jonka lievittäminen kristillisten oppien mukaan on kiellettyä. Synnytyskipu ymmärretään Raamatun mukaan Jumalan langettamana rangaistuksena syntiselle naiselle. Keskiajan Euroopassa naiset, joilla oli kykyjä ja taitoja muun muassa lievittää synnytyskipua, paloivat noitina rovioilla lähes kahden vuosisadan ajan. (Utrio 1994: 188.) Kautta aikojen synnytyskipua on kuitenkin pyritty lievittämään tavalla tai toisella. Suomessa ennen sairaalasyntyksiä naiset synnyttivät saunan lämmössä. Pirttiviinaa hankittiin köyhimpiinkin koteihin synnytystuskien lievittämiseksi. (Hänninen 1965: 12–13.) Muissa kulttuureissa on myös kuvattu eri-

laisia tapoja ja riittejä, kuten nokkosilla vihtominen, transsi sekä humalluttavien aineiden nauttiminen (Sarvela 2009: 295).

Kipu-termiä on määritelty hoitotieteellisissä julkaisuissa melko pitkälti samalla tavalla. McCafferyn ja Paseron (1999: 17) mukaan kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan, ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sen esiintyvän. Tämä määrittely kivusta on hoitotieteessä yleisin. Suomen kielen perussanakirjan (1990: 487) mukaan kipu tarkoittaa fyysistä tuskaa, kirvelyä, kivistystä, polttoa tai pakotusta. Englanninkielinen sana ”pain” tulee sanasta ”poena”, joka merkitsee piinaa ja rangaistusta (Kalso – Mattila 1996: 387).

Synnytys jaetaan kolmeen toisiaan seuraavaan vaiheeseen, joita ovat avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaihe. Synnytyksen voidaan katsoa olevan eräänlaista aktiivista työtä, jota työstehtään yhdessä kivun kanssa. (Liukkonen ym. 1998: 28–29; Sariola – Haukkamaa 2004: 332; Ranta 1999: 485.) Synnytyskipuun liittyviä yleisiä ja kaikilla esiintyviä kivun tunnusmerkkejä ovat muun muassa vasokonstriktio eli verisuonten supistuminen, pulssin kiihtyminen, verenpaineen kohoaminen, hengityksen tiheneminen, lihasten jännittyminen sekä ihon muuttuminen kalpeaksi ja hikiseksi. Kipu aiheuttaa elimistöön stressitilan, johon se reagoi erilaisin stressivastein. Tässä suhteessa synnytyskipu ei eroa muusta akuutista kivusta. Kiputila lisää stressihormonien, kuten adrenaliinin, noradrenaliinin, kortisolin sekä endorfiinien erittymistä, mikä voi heikentää verenkiertoa, aiheuttaa asidoosia ja heikentää ruoansulatusta. (Brownridge 1994: 45.)

Synnytyskipu aiheutuu kohdun rytmikkäistä supistuksista, jotka synnytyksen edetessä tihentyvät, sekä lantion ja ulkosynnyttimien venytyksestä sikiön pään painuessa alemmaksi. Synnytyskipu on kokemuksena yksilöllinen ja sen voimakkuuteen vaikuttavat muun muassa sikiön koko ja asento, supistusten voimakkuus, synnyttäjän kipukynnys, mahdolliset aiemmat synnytyskokemukset sekä odotukset. (Liukkonen ym. 1998: 28–29; Sariola – Haukkamaa 2004: 332; Ranta 1999: 485.) Lisäksi kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä hengelliset tekijät (Sailo 2000: 30–31). Pelko, epätietoisuus ja ahdistus vaikeuttavat kipukokemusta ja saattavat jättää pitkäaikaiset negatiiviset jäljet synnyttäjän mieleen (Kalso 2002: 248).

### 3.1 Kipu synnytyksen eri vaiheissa

Avautumisvaihe jaetaan latenttiin ja aktiiviseen vaiheeseen. Synnytyksen latentissa vaiheessa synnyttäjät tuntevat supistukset hallittavina. Kipuja kuvaillaan kuukautiskivun tyyppisiksi. Kipu on siis olemassa, mutta se on hallittavissa. Synnytyksen aktiivivaiheessa synnyttäjät kokevat rasittavimman kivun. (Koukkula 1992: 55–56.)

Avautumisvaiheen kipu on viskeraalista, tuntuu tylppänä ja jomottavana sekä on huonosti paikannettavissa. Kipu välittyy kohdunkaulakanavan ja kohdunsuun tuntohermojen sympaattisten säikeitten myötä selkäyttimeen rintarangan T11 -12 segmenttien tasolle. Kohdunsuun avautuessa kolmeen tai neljään senttimetriin kivut muuttuvat yhä terävämmiksi, voimistuvat ja laajenevat myös spinaalisegmenttien T10 ja L1 alueelle. Kohdunsuun ollessa kahdeksasta kymmeneen senttimetriin auki, avautumisvaiheen aktiivisessa vaiheessa, kivut ovat voimakkaimmillaan. Ensisynnyttäjillä avautumisvaihe kestää keskimäärin kymmenen tuntia ja on yleensä selkeästi kivuliaampi, kuin uudelleensynnyttäjillä, joiden avautumisvaiheen kesto on keskimäärin kuusi tuntia. Avautumisvaiheen kestossa esiintyy niin ensisynnyttäjillä kuin uudelleensynnyttäjilläkin suurtakin vaihtelua. (Hollmén 1992: 108; Liukkonen ym. 1998: 28–29.) Avautumisvaiheessa koettu kova, hallitsematon kipu, voi heikentää kohdun supistustoimintaa, sillä voimakkaan kivun aiheuttama katekoliamiinien, adrenaliinien ja noradrenaliinien erityksen lisääntymisen kehossa on todettu aiheuttavan verenkiertohäiriöitä. Näin ollen synnyttäjän kipu ja tuskaisuus saattavat aiheuttaa verenkierron heikkenemistä istukassa ja siten hapenpuutetta lapselle. (Liukkonen ym. 1998: 29.)

Aktiivinen ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuu on täysin auki eli kymmenen senttimetriä, jolloin kohdunsuun reunat eivät enää tunnu. Tällöin sikiön pää on laskeutunut lantion pohjalle ja tehnyt sisärotaation. Synnyttäjä tuntee voimakasta ponnistamisen tarvetta lapsen tarjoutuvan osan painaessa peräsuolta supistusten aikana. (Sariola – Haukkamaa 2004: 328–329; Brownridge 1994: 42.) Ponnistusvaiheen kesto vaihtelee suuresti ja on uudelleensynnyttäjillä yleensä nopeampi kuin ensisynnyttäjillä. Ponnistusvaiheen kipu syntyy, kun lapsen tarjoutuva osa painaa ja venyttää lantion kipuherkkiä alueita, kuten lantion ja välilihan alueen lihaksia, lihaskalvoja ja ligamenteja. Ponnistusvaiheen lopulla kudosten venytyminen sekä välilihaan, lihaksiin, virtsarakkoon ja -putkeen ja peräsuoleen kohdistuva pai-

ne aiheuttavat terävää ja tarkoin paikantuvaa kipua. (Liukkonen ym. 1998: 29–30.) Osa synnyttäjistä voi kokea edellä mainittujen tekijöiden ohella myös särkevää, polttavaa ja krampppimaista kipua reisissä, joka johtuu lanneristipunoksen hermojen puristuksesta (Kallio 2002: 246).

Ponnistusvaiheen jälkeen seuraa synnytyksen kolmas eli jälkeisvaihe. Tässä vaiheessa kohdun supistuu voimakkaasti ja istukka sekä lapsivesikalvot poistuvat kohdusta. Jälkisupistukset aiheuttavat huomattavasti lievempää kipua, kuin avautumisvaiheen supistukset. Jälkeisvaiheessa puudutetaan ja ommellaan mahdolliset välilihan repeämät tai mahdollinen episiotomiahaava, mikä tuottaa kipua juuri välilihan alueella. (Liukkonen ym. 1998: 30.)

### 3.2 Kipu synnyttäjän kokemana

Synnyttäjistä noin 95 % pitää synnytystä kivuliaana, noin 20 % kokee sietämätöntä kipua ja puolet synnyttäjistä kokee erittäin kovaa kipua. (Sariola – Haukkamaa 2004: 322) Samanlaisia tuloksia on saanut Pihlajaniemi (1992: 66) tutkimuksessaan, jossa kävi ilmi, että vain pienellä osalla synnyttäjistä synnytys on täysin tai lähes kivuton tai heikosti kivulias. Valtaosalla synnyttäjistä synnytyskipu vaihtelee voimakkuudeltaan kohtalaisesta erittäin voimakkaaseen. Arviot kivusta painottuivat eniten voimakkaan kivun suuntaan ja noin joka kymmenes synnyttäjä koki kivun sietämättömänä.

Pihlajaniemi (1992: 67) on tutkinut synnytyskipua synnyttäjien kuvaamana. Tutkimustulosten mukaan synnyttäjän korkeampi ikä, synnytykseen liittyvät pelot, turvattomuuden tunne, synnyttäjän kokemus itsestään huonona synnyttäjänä sekä avautumisvaiheen kokeminen teknisenä olivat tekijöitä, jotka lisäsivät synnyttäjän kokemaa kipua. Hyvin moni synnyttäjä pelkäsi synnytyskipua. Synnytyskivun kokemiseen eivät olleet yhteydessä synnytysten lukumäärä, avautumisvaiheen kesto, synnytysvalmennus, läsnäolijat synnytyksessä, kipulääkitys, liikkuminen ja oksitosiini-infuusion käyttö. Vallimies-Patomäen (1998: 166) tutkimuksen mukaan jalkeilla oleminen ja muiden selviytymiskeinojen käyttö vähentävät kivuliaisuutta, farmakologisen kivunlievityksen käyttöä sekä synnyttäjän pelkoja. Koukkula (1992: 54–55) on todennut tutkimuksessaan, että suurin yksittäinen tekijä, joka edistää syn-



nyttyskivun sietämistä, on tukihenkilön mukana olo synnytyksessä. Muita edistäviä tekijöitä ovat valinnan mahdollisuutta korostava hoitoympäristö, synnytystilanne sekä yksilöllinen ohjaus ja tuki.

Fyysistä kiputuntemusta synnyttäjät kuvaavat sanoin: repivä, polttava, terävä, kouristava ja painava. Synnytyskipua synnyttäjät kuvaavat myös seuraavin affektiivisin ilmauksin: kiduttava, tappava, kauhistuttava, väsyttävä ja ärsyttävä. Kipua ei koeta ainoastaan fyysisenä tuntemuksena, vaan pikemminkin kokonaisvaltaisena tuskana. Uudelleensynnyttäjien kuvaukset kivusta ovat maltillisempia ja sisältävät vähemmän affektiivisiä ilmauksia. Ponnistusvaiheen kivun kuvailussa synnyttäjät käyttävät kokonaisvaltaisia pahanolon ilmauksia. Synnytyskipukokemus on moniulotteinen ilmiö, jonka perusta on synnyttäjän yksilöllisessä kokemuksessa synnytyskivusta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. (Koukkula 1992: 55–57.)

Rytyläinen (2005: 141, 174) todennut, että kättilöt usein vähättelevät tai aliarvioivat synnyttäjän kokemaa kipua, mikä kipukokemuksen lisäksi heikentää synnyttäjän kokemaa hallinnan tunnetta synnytyksen aikana. Samansuuntaiseen tulokseen on tullut myös Koukkula (1992: 57), jonka mukaan synnyttäjät kokevat negatiivisena inhimillisen vuorovaikutuksen vähäisyyden ja heidän mielipiteidensä huomiotta jättämisen synnytyksen aikana.

Koukkulan (1992: 54–59) tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitohenkilökunnan toiminta synnytyskivun lievittämiseksi painottuu farmakologisten menetelmien käyttöön. Tutkimuksessa todettiin myös, että ensisynnyttäjät eivät ole kovin tietoisia synnytyskivun lievityksestä hoitotyön keinoin. Inhimillisen vuorovaikutuksen keinoja ei aina käytetä synnyttäjien tarpeita vastaavalla tavalla. Uudelleensynnyttäjät painottavat synnytyskivun lievittämisessä synnyttäjän yksilöllisiä näkemyksiä ja toiveita sekä tilanteen tuomia vaatimuksia. Synnyttäjien mukaan henkilökunta voi toiminnallaan edistää synnyttäjää selviytymään kipujen kanssa. Edistäviä tekijöitä ovat inhimillisen vuorovaikutuksen tasolla tapahtuva hoitotyö, synnyttäjän mielipiteiden ja yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen heti hoitosuhteen luomistilanteessa synnytyssairaalassa sekä myöhemmin vaihtoehtoja valitessa.

Koukkulan (1992: 31, 54–57) tutkimuksessa ensisynnyttäjät asennoituvat farmakologiseen kivunlievitykseen kielteisesti ennen synnytystä. Synä kielteiseen asennoitumiseen oli luonnonmukaisuuden pitäminen parempana vaihtoehtona ja lääketieteellisten kivunlievitysmenetelmien mahdollisesta vahingollisuudesta lasta ajatellen. Uudelleensynnyttäjät olivat mielestään kykeneviä ja halukkaita oman toimintansa avulla edistämään selviytymistä kivusta. Ensisynnyttäjien vahvuutena on kivun kohtaaminen, jota leimaa usko ja halu selvitä synnytyksestä. Uudelleen synnyttäjien kohdalla vahvuutena on aikaisemman kokemuksen tuoma henkilökohtainen ymmärrys tapahtumasta. Uudelleensynnyttäjät olivat mielestään kykeneviä ja halukkaita oman toimintansa avulla edistämään selviytymistä kivusta.

Ohjauksen ajoittaminen kuhunkin synnytyksen vaiheeseen sopivaksi on tärkeää. Jotta ohjauksella olisi vaikuttavuutta, hoitajan on tärkeää havaita ohjattavan valmius vastaanottaa ohjausta (Benner 1984: 79.) Synnyttäjän voimavarat ovat maksimissaan synnytyksen latentissa vaiheessa, jolloin heidän mukaansa on paras mahdollinen hetki keskustella kättilön kanssa toimintalinjoista kivunhoidon osalta. Tällöin synnyttäjillä on vielä voimia keskittyä omien perusteltujen mielipiteiden esittämiseen. Myös hoitajalla on mahdollisuus tutustua synnyttäjän arvomaailmaan, jota hän voi käyttää pohjana toiminnalleen myöhemmässä vaiheessa. Henkilökunta ei aina synnyttäjien mielestä käytä tilaisuutta ohjatakseen tai tukeakseen heitä kohtaamaan synnytyskipua. (Koukkula 1992: 40, 57.)

#### 4 SYNNYTYSKIVUN FARMAKOLOGINEN LIEVITYS

Hyvään synnytyksen hoitoon kuuluu olennaisena osana myös synnytyskipun hallinta niin, että synnyttäjällä on kaikki voimavaransa ja keskittymiskykynsä käytettävänä synnytyksen aikana. Kivunlievityksen, niin lääkkeettömän kuin lääkkeellisenkin, on todettu myös vähentävän äidin ja vastasyntyneen epäedullisia synnytyksen ja kivun stressivasteita. Hallittavissa oleva ja mahdollisimman siedettävä synnytyskipu lisäävät naisen potentiaalia hallita synnytstilannetta. Kivuttomuus vapauttaa naisen keskittymään synnytykseensä ja antaa energiaa osallistua siihen. (Ryttyläinen 2005: 131.)

Kättilön osuus kivunlievitysmenetelmien valinnassa on oleellinen. Kättilön ohjausosaaminen, omat mielipiteet, kiireinen ilmapiiri sekä osaston vakiintuneet hoitokäytännöt voivat olla esteenä hyvälle ja synnyttäjän toiveita vastaavalle kivunlievitykselle. Synnyttäjien mukaan myös ohjauksen ajoittaminen synnytyksen alkuvaiheeseen edistää heidän osallistumistaan päätöksentekoon ja antaa myös kättilölle mahdollisuuden tutustua synnyttäjän arvo maailmaan. Synnyttäjät katsovat, että kivun pahetessa ja ollessa kovimmillaan ohjausta on vaikeaa ottaa vastaan. (Koukkula 1992: 34, 57–59.)

Synnytyskipun lievitykseen on olemassa useita tehokkaita lääkkeellisiä menetelmiä, joista suurin osa kuitenkin aiheuttaa tutkimusten mukaan lisääntynyttä lisähoidon tarvetta synnytyksen edetessä sekä mahdollisesti rajoittavat synnyttäjän vapaata liikkumista. Synnytysanalgesian tavoitteena on tarjota äidille, isälle ja syntyvälle lapselle turvallinen ja miellyttävä synnytystapahtuma. (Hollmén 1992: 106, 110–112).

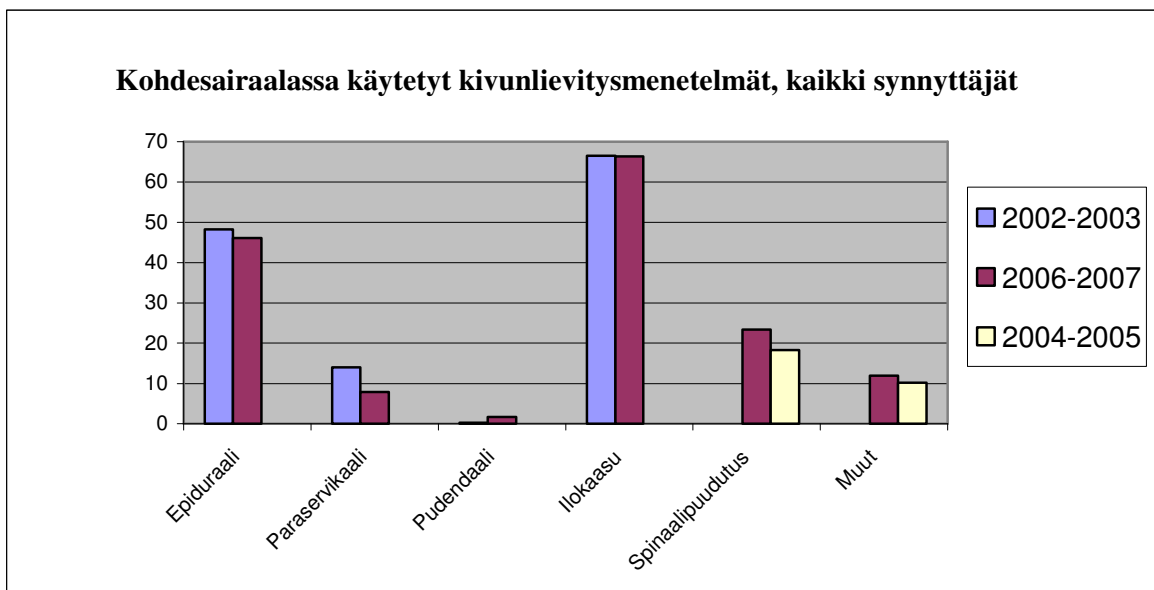
#### 4.1 Synnytysanalgesian kehitys Suomessa

Suomeen ja Pohjoismaihin synnytyskipun hoidon vaatimukset ja hoitomenetelmien kehittäminen tulivat vasta 1960-luvulla ja sitä kautta synnytyskipun modernin hoidon kehitys alkoi vähitellen 1970-luvun alussa. Sitä ennen käytössä olivat lähinnä parenteraaliset opiaatit ja ilokaasuinhalaatiot, mutta niidenkin käyttö oli vähäistä. Tehokkaiden analgesiamenetelmien puuttuessa myös kättilöiden ja synnytyslääkärien oli pakko suhtautua kipuun kuin luonnonlakiin, ja henkinen tuki jäi usein ainoaksi avun antamisen keinoksi. Synnytyskipujen lievityksen kehitys sai kuitenkin vauhtia keväällä 1977, jolloin naiskansanedustajat tekivät hallitukselle kirjallisen kysymyksen. Vastineessaan silloinen sosiaali- ja terveysministeri Irma Toivanen velvoitti lääkintöhallituksen selvittämään edellytyksiä laajentaa synnytyskipujen lievitystä sairaaloissa sekä antamaan maata koskevat yhdensuuntaiset ohjeet synnytyskipujen lievityksestä. Lääkintöhallitus asettikin hieman myöhemmin tekemällään päätöksellä työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää synnytyskipujen lievittämisen tarve, laatia ehdotus toteuttamisohjelmasta sekä arvioida tarvittavat henkilövoimavarat. (Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö 1977: 1–4.)

Työryhmän yhtenä ehdotuksena oli lumbaalisen epiduraalipuudutuksen esittäminen ensisijaiseksi valtakunnalliseksi johtopuudutusmenetelmäksi. Tätä kautta epiduraalipuudutuksen käytön yleistyttyä 1980-luvun alussa pystyttiin vähitellen lähes kaikissa Suomen synnytys-sairaaloissa tarjoamaan tehokasta synnytysanalgesiaa. Silti vasta 1990-luvulla anestesia-lääkärin määrä ja asenneilmapiirin muutos mahdollistivat nykyaikaisen kivunlievityksen kokonaisvaltaisen käyttöönoton. (Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö 1977: 1–4.)

#### 4.2 Kohdesairaalaassa käytetyt lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät

Tilastojen mukaan kohdesairaalaassa käytetyimmät lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät ovat ilokaasu ja epiduraalipuudutus. (Kuvio 1). Spinaalipuudutuksen käyttö on hieman vuosien aikana kasvanut. Yhdistetyn spinaali-epiduraalipuudutuksen käytöstä ei löydy tietoja kohdesairaalan osalta. Stakesin tilastotiedotteesta (2008) ei ole tarkemmin eritelty, mitä kaikkia menetelmiä sisältyy kohtaan ”muut lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät”.



KUVIO 1. Kohdesairaalaassa käytetyt synnytyksen lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät vuosilta 2002 – 2003, 2006 – 2007 sekä 2004–2005. Stakes 2008.

### 4.3 Inhalaatioanalgesia

Typpioksiduulista on kansankielessä käytetty yleisesti ilmaisua ilokaasu sen aiheuttamien sivuvaikutuksien takia, joita ovat muun muassa humalankaltainen ja huvittunut olotila. Typpioksiduuli on räjähtämätön epäorgaaninen kaasu ja inhaloitavista analgeeteista ainoa yleisesti synnytys kivun hoidossa käytetty ja hyvin tutkittu lääkintämuoto. Vähäisen veriliukoisuutensa vuoksi anestesia alkaa nopeasti muutamassa minuutissa. Ilokaasua käytetään erityisesti avautumisvaiheen supistuksia helpottamaan, sillä sen rauhoittava ja kipua lievittävä vaikutus on hyvä. (Rosenberg 1998: 499; Kaukinen 1996: 362.) Ilokaasu kulkeutuu nopeasti istukan läpi, mutta sillä ei ole havaittu olevan kliinisesti merkittäviä vaikutuksia sikiöön tai vastasyntyneeseen ja se poistuu vastasyntyneen elimistöstä nopeasti hengityksen käynnistyessä. (Nikkola – Fellman 2006: 3573).

Ilokaasu hengitetään maskista, jossa sekoitussuhde on hapen ja typpioksiduulin osalta 1:1. Ilokaasun hengittäminen aloitetaan heti supistuksen alkaessa ja lopetetaan supistuksen heiketessä. Kaasu kulkeutuu aivoihin verivirran mukana noin 15 sekunnissa, ja tehokkaimmillaan kivunlievitys on noin puolen minuutin sisään hengityksen jälkeen. Synnyttäjistä vain noin 4-10 % pitää ilokaasun antamaa kivunlievitystä riittävänä ja siksi sitä käytetäänkin usein yhdistettynä muihin kivunlievitystekniikoihin täydentävänä menetelmänä. (Kalso 2002: 251.) Kätilö ohjaa synnyttäjää ilokaasun käytössä. Aluksi hengitystekniikka vaatii oppettelua ja totuttelua, joten kätilön antaman ohjauksen tulee olla selkeää. (Tiitinen 2008).

### 4.4 Regionaalinen analgesia

Regionaalinen analgesia määritelmänä kattaa seuraavissa kappaleissa käsittelemämme epiduraali- ja spinaalipuudutuksen, paraservikaalipuudutuksen sekä pudendaalipuudutuksen (Jaakola – Alahuhta 2006: 536–537). Puuduteaineet estävät hermoärsykkeiden johtumista vaikuttamalla hermokalvon natriumkanaviin. Puudutteiden aiheuttamia haitallisia ja toksisia oireita ovat korvien soiminen, puheen puuroutuminen, tajunnan tason lasku, kouristukset, rytmihäiriöt ja verenkiertolama. Puudutteiden ja opioidien vaikutus selkäytimen kivun-

säätelyyn on synergistinen eli ne vaikuttavat samansuuntaisesti. (Kalso – Vainio 2002: 166.)

Epiduraalipuudutusta pidetään yhtenä tehokkaimmista synnytyskivun lievittämiskeinoista (Nystedt – Edvardsson – Willman 2004: 460) erityisesti ensisynnyttäjillä, joiden synnytys on yleensä pitkäkestoisempi ja kivuliaampi kuin uudelleensynnyttäjän. Puudutuksen tarpeen määrittelee kättilö yhdessä synnytyslääkärin ja synnyttäjän kanssa. Puudutuksen laittaa anestesia lääkäri kättilön avustamana. (Sariola – Haukkamaa 2004: 334; Veräjänkorva – Huupponen – Huupponen – Kaukkila – Torniainen 2006: 146.) Epiduraalipuudutus laitetään mieluiten vasta, kun synnytys on varmasti käynnissä kohdunsuun ollessa kolmesta neljään senttimetriä auki. Epiduraalipuudutus on pitkävaikutteisempi kuin spinaalipuudutus ja se voidaan myös tarvittaessa toistaa. Puudutuksen sivuoireena voi esiintyä verenpaineen laskua, jota pyritään estämään suonensisäisellä nesteytyksellä jo ennen puudutuksen antoa. Sivuoireiden vuoksi epiduraalipuudutus vaatii jatkuvaa sikiön sykekäyrän rekisteröintiä sekä äidin voimien, verenpaineen ja pulssin seurantaa. Toisaalta epiduraalipuudutus voi parantaa istukan verenkiertoa ja siten turvata sikiön vointia, jolloin siitä voi olla apua esimerkiksi pre-eklampsian yhteydessä. (Sariola – Haukkamaa 2004: 334.)

Nystedt ym. (2004: 460–464) toteavat, että epiduraalianalgesian käyttö synnytyksen aikana ei lisää riskiä joutua sektioon. Epiduraalipuudutuksen ja hartiadystokian välillä on kuitenkin yhteys. Epiduraalipuudutuksen käyttö voi lisätä äidin kuumeilua synnytyksen aikana. Lisäksi epiduraalipuudutuksen käytön katsotaan lisäävän riskiä vastasyntyneen sepsikseen ja antibioottihoitoon. Tämä saattaa johtua siitä, että epiduraalipuudutus on yleinen ensisynnyttäjien keskuudessa. Ensisynnyttäjien synnytys on usein kestoaltaan pitkä ja sisältää lukuisia sisätutkimuksia sekä lapsiveden menon synnytyksen varhaisessa vaiheessa. Epiduraalipuudutuksen käyttö on myös yleistä synnyttäjillä, joilla on jo ennalta kohonnut riski hartiadystokian ilmaantumiseen tai synnytyksen päättämiseen sektioon. Näin ollen epiduraalipuudutuksen yhteyttä näihin komplikaatioihin ei voida varmistaa. Vallimies-Patomäen (1998: 150–151) tutkimuksen mukaan epiduraalipuudutus on yhteydessä supistusten tehostamiseen lääkkein, sikiönveren pH-määritykseen, synnytyksen pitkään kestoan sekä epä-säännölliseen alatiesynnytykseen.

Spinaalinen eli intratekaalinen puudutus on epiduraalipuudutuksen ohella tehokkaimpia synnytys kivun lievitysmenetelmiä ja sillä voidaan poistaa voimakkaimmatkin kivut lähes kokonaan (Kalso 2002: 252). Käyttämällä pieniä lääkeainepitoisuuksia saadaan aikaan sensorinen puutumisen ja vältetään synnytyksen kannalta haitallinen motorinen salpaus. (Pere 1996: 271, 276.) Lievittääkseen kohdun supistelusta aiheutuvia kipuja, puudutuksen tulee ulottua kymmenennen rintarankakan tasolle asti (Covino – Scott – Lambert 1994: 139). Spinaalipuudutus puuduttaa nopeasti synnytyiskanavan alaosan ja välilihan alueen (Brownridge 1994: 165), sillä se laitetaan suoraan selkäydintilaan. Spinaalipuudutuksen analgeettinen kesto on noin 1-2 tuntia, eikä sitä voida uusida kuten epiduraalipuudutusta. Spinaalipuudutusta käytetäänkin yleisemmin uudelleensynnyttäjillä, joilla synnytys on keskimäärin nopeampi ja kivuliaampi kuin ensisynnyttäjillä. (Kalso 2002: 253.)

Yhdistetty spinaali-epiduraalipuudutus (CSE, combined spinal-epidural) tarjoaa molempien tekniikoiden edut. Siinä yhdistyvät spinaalipuudutuksen nopea kivunlievitys sekä epiduraalipuudutuksen pitkäkestoinen kivunlievitys. Tällöin etuna on myös se, että puudutus voidaan tarvittaessa uusida epiduraalililassa olevan katetrin kautta. Yhdistelmätekniikan käyttö synnytyksissä on Suomessa vielä melko vähäistä. (Jaakola 2008: 33.)

Kohdunkaulan puudutus eli paraservikaalipuudutus on Suomessa melko yleisesti käytetty varsinkin uudelleensynnyttäjillä sen nopeuden ja suhteellisen lyhyen keston vuoksi (1-1,5 tuntia). (Sariola – Haukkamaa 2004: 333–334.) Puudutus voidaan tarvittaessa uusida ja se on tarkoitettu erityisesti avautumisvaiheen kivunlievitykseen kohdun suun ollessa auki neljä senttimetriä tai enemmän (Raussi-Lehto 2007: 252). Kohdunkaulan puudutuksen laittaa aina synnytyslääkäri. Puuduteaine ruiskutetaan niin sanotulla Kobakin neulalla emättimen pohjukkaan lähelle kohdunkaulaa. Injektiotekniikoiden ollessa nykyisin melko pinnallisia ja kehittyneitä sekä käytettäessä pienempiä ja laimeampia puuduteainemääriä, sikiön syke- ja verenpaineen harvenemista havaitaan kohdunkaulan puudutuksen yhteydessä melko harvoin. Kohdunkaulan puuduttaminen vaatii kuitenkin jatkuvaa kohdun sisäistä KTG-rekisteröintiä, sillä puudutetta saattaa joutua kohtuverenkiertoon ja sitä kautta sikiöön. Paraservikaalipuudutus on kohtalaisen tehokas, sillä noin 60 % synnyttäjistä pitää kivunlievitystä hyvänä. Paraservikaalipuudutus on käyttökelpoinen terveillä synnyttäjillä, joilla on täysiaikainen raskaus ja hyväkuntoinen sikiö. (Sariola – Haukkamaa 2004: 333–334.)

Pudendaalipuudutuksen voi laittaa synnytyslääkäri tai siihen koulutuksen saanut kätilö. Pudendaalipuudutus tehdään juuri ennen ponnistusvaihetta ja onnistuessaan se puuduttaa väli-lihan ja ulkosynnyttimien seudun. Näin ollen se on omiaan lievittämään ponnistusvaiheen kipua. Puudutemenetelmän etuna on ponnistuskyvyn säilyminen tehokkaana. (Kalso 2002: 252). Episiotomia ja sen ompelu voidaan tehdä myös ilman lisäpuudutusta synnyttäjän saatua pudendaalipuudutuksen. Puuduttaminen suoritetaan samanlaisella neulalla kuin paraservikaalipuudutus. Puuduteneula viedään sormiohjauksessa emättimen limakalvon läpi heti istuinluun kärjen takaa noin 1 cm:n syvyyteen. Neula läpäisee tiiviin ristiluustiinkärkisiteen, jonka takana kulkee häpyhermo. (Sariola – Haukkamaa 2004: 335.)

#### 4.5 Parenteraaliset opioidit

Euforisoivat analgeetit eli opioidit vaikuttavat kipua estävästi selkäytimessä, keskiaivoissa, aivorungossa ja aivokuorella sijaitsevien opioidireseptoreiden välityksellä. Opioidit ovat tehokkaimpia akuuteissa kiputiloissa, joissa kipu johtuu lähinnä kudosaauriosta ja tulehduksesta. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat väsymys, pahoinvointi ja oksentelu, ummetus, suun kuivuminen sekä hengityslama. Oikein annosteltuna opioidit eivät aiheuta kivuliaalle synnyttäjälle hengityslamaa, sillä kipu stimuloi hengityskeskusta. (Kalso – Vainio 2002: 137–138, 142.) Parenteraalisten opioidien kipua lievittävä teho ei ole samaa luokkaa kuin epiduraalipuudutuksissa sekä annosvasteessa on todettavissa paljon yksilöllistä vaihtelua. Opioidien käyttö on kuitenkin hyvä vaihtoehto tilanteissa, joissa puudutusten käyttö on vasta-aiheista. Näitä ovat hyytymishäiriö, paikallinen infektio tai sepsis, hypovolemia, allergia sekä riittävien anestesiapalvelujen puute. (Jaakola 2008: 32.)

Suomessa petidiini eli meperidiini on ollut käytetyin opioidi synnytysanalgesiassa 1940-luvulta lähtien, joskin sen käyttö on viime aikoina huomattavasti vähentynyt tehokkaampien kivunlievitysmenetelmien yleistyttyä (Jaakola 2008: 31). Petidiiniä käytetään lihakseen annosteltuna pääasiallisesti avautumisvaiheen alussa, kohdunsuun ollessa auki 0-3 senttimetriä (Raussi-Lehto 2007: 249). Petidiinin etuna on tehokas imeytyminen ja nopea metaboloituminen synnyttäjän elimistössä (Kalso – Mattila 1996: 400). Mahdollisen spasmo-lyyttisen vaikutuksensa takia petidiini on suosittu synnytyskivun hoidossa kohdunsuun



avautumisvaiheessa, mutta sen on todettu tehoavan vain noin vajaalla puolella synnyttäjistä. Synnytyksen yhteydessä on lisäksi syytä ottaa huomioon petidiinin sikiön hengitystä lamaava vaikutus, mikäli lääkettä on annosteltu äidille 2 -3 tuntia ennen lapsen syntymää. (Raussi-Lehto 2007: 249.) Taustalla on toksisen metaboliitin, norpetidiinin, kerääntyminen vastasyntyneen elimistöön (Kalso – Mattila 1996: 400). Synnyttäjälle petidiini voi aiheuttaa sivuvaikutuksina väsymystä, pahoinvointia, oksentelua, kutinaa, hengityslamaa sekä ongelmia mahan tyhjenemisen kanssa (Nikkola 2003: 2065).

Synnytyskivun lievityksessä lyhytvaikutteisista opioideista fentanyyliä on käytetty eniten. Sen etuna on nopeavaikutteisuus eikä sillä ole aktiivisia metaboliitteja, jolloin sikiövaikutukset ovat epätodennäköisiä. (Jaakola 2008: 31.) Fentanyylin on katsottu olevan tehokas voimakkaan synnytyskivun hoidossa (Raussi-Lehto 2007: 250). Fentanyyli annostellaan laskimoon ja usein vielä potilaan itse säätelemän kipupumpun avulla (patient-controlled analgesia, PCA). Suoneen annostellun fentanyylin vaikutus alkaa lähes heti ja on huipussaan muutamassa minuutissa. Kivunlievityksen kesto on noin 30–60 minuuttia. Lyhytvaikutteisuus mahdollistaa myös toistuvan annostelun tarvittaessa (Jaakola 2008: 31). Fentanyylin tiedetään kulkeutuvan nopeasti istukan läpi. Haittavaikutuksena sen on todettu hidastavan sikiön sykettä sekä vähentävän sykevaihtelua ohimenevästi. (Nikkola 2003: 2066.)

## 5 SYNNYTYKSEN KIVUNHOITO EETTISENÄ OIKEUTENA

Kätilötyössä on kyse naisen ja perheen hoitotyöstä, johon liittyy uuden elämän syntyminen. Kätilötyössä keskeisintä on eettisestä näkökulmasta se, että usein on kyse vähintään kahden ihmisen tai koko perheen terveydestä. Kätilötyössä tehdyt eettiset ratkaisut muokkaavat suurissa määrin väestön käsitystä palvelujärjestelmän toimivuudesta, sen eettisestä laadusta ja siitä, miten se edistää terveyspalvelujen käyttäjien oikeuksia (Leino-Kilpi 2003: 172–173.) Kätilötyön eettisissä ohjeissa mainitaan myös keskeiset eettiset periaatteet joita ovat itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, turvallisuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys ja omatoimisuus.

Kätilö vastaa itsenäisesti säännöllisen synnytyksen hoidosta. Synnytys on luonnollinen tapahtuma, jonka aikana kätilö vahvistaa naista ottamaan vastuunsa ja käyttämään omia kykyjään ja sisäistä vahvuuttaan erityisesti synnytyskipun kanssa selviämisestä. Kätilö käyttää luovuuttaan ja persoonallisuuttaan synnyttäjän tarpeiden tulkinnassa. Kätilöllä tulee olla kyky tulkita myös sanatonta viestintää. Kätilö pyrkii luomaan turvallisen ja myönteisen synnytyskokemuksen. Hän rohkaisee ja antaa tilaa erilaisille vaihtoehdoille, kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta.

Synnyttäjä on aina kipujensa ensisijainen asiantuntija. Hän määrittelee kivun olemassaolon sekä voimakkuuden. Toissijaisina kivun asiantuntijoina tulevat lääkäri, hoitaja, perhe ja ystävät. Hoitohenkilökunnan ensisijainen tehtävä on tukea ja auttaa potilasta selviytymään kivusta. Olennaista on potilaan kokeman kivun ja sen merkityksen ymmärtäminen sekä hyväksyminen. Kivun lievittäminen voi olla haaste hoitohenkilökunnalle, sillä potilaan oikeus kivun hoitoon perustuu ihmisoikeuksiin. (Sailo – Qvick 2000: 60–63.)

Kivunhoito on osaltaan myös asennekysymys. Kipua voidaan pitää luonnollisen osana sairautta tai tapahtumaa ja näin ollen hyväksytään, että synnytykseen kuuluu kipuja. (Sailo – Qvick 2000: 62–63.) Kätilön työtä ohjaavat omien eettisten ohjeiden lisäksi myös sairaanhoitajien eettiset ohjeet (Leino-Kilpi 2003: 173). Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (2006) mukaan sairaanhoitajan ensisijaisena tehtävänä on tukea ja auttaa potilasta selviytymään kivusta ja näin edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Kätilö voi joutua pohtimaan tätä asiaa synnyttäjän vaatiessa tehokkaampaa kivunlievitystä synnytyskipuihin. Synnytyksen etenemisen, ajankohdan tai sikiön voinnin perusteella ei välttämättä voida antaa synnyttäjälle hänen haluamaansa kivunlievitysvaihtoehtoa. Tällöin kätilön olisi kuitenkin mietittävä muita kivunlievitysmenetelmiä tai vaihtoehtoja, joilla pystyy synnyttäjän voimavaroja tukemaan ja perusteltava asia selkeästi synnyttäjälle. (Pylkkänen 2006: 31–33.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa kätilön antamasta ohjauksesta synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä hänen itsensä kuvaamana. Tarkastelemme myös, miten kätilön ammatillinen kehittyminen on yhteydessä hänen antamaansa ohjaukseen synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä. Tavoitteena on, että opinnäytetyön kautta tuotettua tietoa voidaan hyödyntää käytännön työelämän kehittämisessä. Hyödynsaajina ovat kohdesairaalan synnytysosaston kätilöt, joilla on mahdollisuus käyttää hyödykseen tuottamaamme tietoa omassa työssään. Lisäksi kohdesairaala voi hyödyntää tuottamaamme tietoa henkilökunnan koulutuksen järjestämisessä ja koordinoinnissa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiseksi kätilö kuvailee antamaansa ohjausta synnytyksen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä?
2. Miten kätilön ammatillinen kehittyminen on yhteydessä hänen antamaansa ohjaukseen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä?

## 7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

*Totuuden tutkimukseen tarvitaan välttämättä metodi.*

*(René Descartes: Järjen käyttöohjeet)*

### 7.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Valitsimme tutkimukseemme laadullisen lähestymistavan, koska tarkoituksenamme on kuvata ja käsitteellistää kätilön synnyttäjälle antamaa ohjausta synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä. Laadulliselle terveystutkimukselle ominainen ihmislähtöisyys sopii hy-

vin tutkimaamme aiheeseen. Suomenkielissä metodioppaissa ja tutkimusraporteissa käytetään laadullisen tutkimuksen synonyymeinä termejä kvalitatiivinen, pehmeä, ymmärtävä ja ihmistutkimus. (Tuomi – Sarajärvi 2008: 23.) Kvalitatiivisella tutkimuksella voidaan saada syvällisiä ja ilmiötä aidosti kuvaavia tuloksia tiedonantajien itsensä kuvaamana (Janhonen – Nikkonen 2001: 21). Laadullista menetelmää kannattaa käyttää silloin, kun kyseessä on vähän tutkittu aihe (Kylmä – Juvakka 2007: 31). Kvalitatiivinen lähestymistapa tutkimuksessa soveltuu käytettäväksi myös, kun ollaan kiinnostuneita tietyssä tapahtumassa, tässä tapauksessa synnyttäjän ohjaamisessa, mukana olleiden yksittäisten toimijoiden luomista merkitysrakenteista (Metsämuuronen 2006: 88).

## 7.2 Teemahaastattelu

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu on käytetyin tutkimusaineiston keruumenetelmä. Siitä huolimatta haastattelun valitseminen tulee olla perusteltu tapa hankkia tietoa kunkin tutkimuksen kohdalla. Opinnäytetyönämme tutkimme rajattua aihealuetta, josta on melko vähän aiempaa tutkimusta. Koemme, että haastattelun avulla voimme saada rikkaan ja riittävän tutkimusaineiston analysoitavaksi. Haastattelu tiedonhankintamenetelmänä sopii tutkimukseemme, sillä pyrkimyksenämme on ymmärtää haastateltavan kokemusmaailmaa. (Taylor 2005: 40.) Valitsimme haastattelun aineistokeruumenetelmäksi, koska haastattelun aikana meillä on mahdollisuus tulkita kysymyksiä ja täsmentää vastauksia sekä oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä. Myös haastateltava saa mahdollisuuden kuvailla näkemyksiään yksityiskohtaisemmin. Joustavuutta kuvaa myös se, että kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä kuin katsomme aiheelliseksi. Haastattelutilanteessa olemme suorassa, kielellisessä vuorovaikutuksessa tiedonantajan kanssa, jolloin voimme suunnata tiedonhankintaa haastattelun aikana. Haastattelussa halutaan korostaa sitä, että haastateltava on aktiivinen ja merkityksiä luova subjekti. Haastattelun kautta on parempi mahdollisuus saada kuvaavia esimerkkejä tietystä aiheesta tai tilanteesta. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 34–35; Metsämuuronen 2006: 113; Taylor 2005: 41; Tuomi – Sarajärvi 2008: 74–76.)

Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä tuo opinnäytetyön tekemiseen myös haasteita ja huomioon otettavia näkökulmia. Hirsjärvi ja Hurme (2008: 35) ovat kuvailleet muutamia haastattelun haittapuolia. Haastattelemisen vaatii haastattelijalta taitoa ja osaamista säädellä

keskustelun kulkua ja etenemistä. Keskustelu haastattelun aikana ei saa lähteä versomaan aiheen ulkopuolelle. Haastattelu on myös aikaa vievä tapa kerätä tutkimusaineistoa. Ennen haastattelua täytyy etsiä sopivat haastateltavat ja saada heidän suostumuksensa. Itse haastattelu ja aineiston litterointi ovat hidasta työtä. Haastattelun luotettavuusongelmaksi katsotaan haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia.

Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, sillä se korostaa kvalitatiivisen tutkimusotteen mukaisesti tutkijan ja tiedonantajan välisen suhteen roolia todellisuuden kuvaamisessa. Teemahaastattelua on luonnehdittu eräänlaiseksi keskusteluksi, jossa tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville häntä kiinnostavat asiat (Eskola – Vastamäki 2007: 25). Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin ja niihin liittyviin tarkentaviin kysymyksiin, joista keskustellaan. Teemahaastattelu korostaa ihmisten tulkintoja ilmiöistä sekä heidän asioille antamia merkityksiä. Oleellista on myös, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelua sanotaan puolistrukturoiduksi, koska käsiteltävät teemat ovat kaikkien haastateltavien kohdalla samat, mutta avoimuudessaan se on lähellä syvähaastattelua. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 47–48; Tuomi – Sarajärvi 2008: 76–77.) Haastattelijan tehtävänä on varmistaa, että kaikki etukäteen määritellyt teema-alueet käydään läpi haastattelussa. Teema-alueiden järjestys ja laajuus vaihtelevat haastattelutilanteen ja haastateltavan mukaan (Eskola – Vastamäki 2007: 27), mikä kuvastaa hyvin menetelmän joustavuutta.

Valitsimme haastattelun lajiksi yksilöhaastattelun, koska kättilön antama ohjaus, jota opin näytetyössämme tutkimme, on yksilöohjausta. Kättilön työn itsenäisen luonteen vuoksi katsoimme, että yksilöhaastattelu on pari- tai ryhmähaastattelua parempi vaihtoehto. Yksilöhaastattelussa ei ole muita vaikuttamassa haastateltavan vastauksiin ja vastuu haastattelun suunnasta on täysin haastattelijalla (Hirsjärvi – Hurme 2008: 61). Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu haastattelun tallentaminen, minkä johdosta se sujuu nopeasti ja ilman katkoja. Kun haastattelu nauhoitetaan, saadaan kommunikaatiotapahtumasta säilytetyksi olennaisia seikkoja kuten tauot, äänenkäyttö ja mahdollinen johdattelu. Nauhuria voidaan käyttää kuitenkin vain haastateltavan suostumuksesta. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 92–93.)

### 7.3 Tiedonantajat

Tutkimukseen osallistui viisi (n=5) kohdesairaalassa synnytyssalilyötä tekevää kätilöä. Työkokemuksen pituus synnytyksen hoitotyöstä vaihteli 0–5 vuoden, 6–10 vuoden ja yli kymmenen vuoden välillä. Työsuhteen laadulla tai edellisillä työpaikoilla ei ollut merkitystä tiedonantajien valinnassa vaan työkokemus synnytyksen hoidosta ratkaisi. Tärkeää oli myös, että haastateltavat olivat kyvykkäitä ilmaisemaan itseään mahdollisimman monipuolisesti tutkittavan aiheen kannalta (Tuomi – Sarajärvi 2008: 87–88).

Tavoitteena oli löytää tutkimukseemme työuran alkuvaiheessa olevia sekä jo jonkin verran työkokemusta kartuttaneita kätilöitä. Lisäksi toivoimme joukkoon myös vähintään yhden pitkän työkokemuksen omaavan kätilön. Näin oletimme, että saamme näkyviin ohjaukseen vaikuttavia ammatilliseen kehitykseen liittyviä tekijöitä, kuten pohjakoulutuksen ajankohta tai työkokemuksen pituus.

### 7.4 Aineiston keruu

Haastattelut järjestimme tiedonantajien työpaikalla elokuussa 2009. Käytännön järjestelyistä sovimme yhdessä osastonhoitajan kanssa. Osastonhoitaja oli valinnut työntekijöistään viisi kriteerit täyttävää haastateltavaa, joita haastattelimme heidän työajallaan. Osastonhoitaja oli huolehtinut haastateltavien anonymiteetistä pyytämällä henkilökohtaisesti heitä osallistumaan haastatteluun ja antamalla lähettämämme saatekirjeet. Haastatteluista ei yleisesti puhuttu osastolla.

Haastattelut järjestettiin kukin synnytysosaston yhteydessä. Käytännön syistä kaikkia haastatteluja ei pystytty järjestämään samassa tilassa. Haastatteluun varattu rauhallinen tila ja etukäteistieto haastattelutapahtumasta vähensivät häiriötekijöitä, joskaan eivät niitä täysin poistaneet. Haastattelutilasta riippumatta haastatteluasetelma pystyttiin pitämään samanlaisena. Haastattelun aikana tiedonantaja istui tuolissa ja haastattelija häntä vastapäätä. Tarkkailija istui pöydän ääressä hieman sivummalla. Haastattelut toteutimme yhteistyössä siten, että toinen toimi vuoroin haastattelijana ja toinen tarkkailijan roolissa. Haastattelun aikana tarkkailija kirjasi joitakin tukisanoja paperille, jotta kyettiin esittämään tarkentavia kysy-

myksiä tai palaamaan aiheeseen haastattelun edetessä. Haastattelunauhuri oli sijoitettu haastattelijan ja tiedonantajan väliin sopivalle etäisyydelle molemmista. Olimme varanneet käyttöön myös varanauhurin. Haastattelun aluksi tiedonantaja sai tutustua haastattelun teemoihin ja lukea saatekirjeen vielä kertaalleen läpi. Haastattelua ohjasivat samansisältöiset teemat, mutta haastatellut saivat kertoa vapaamuotoisesti tutkittavasta ilmiöstä. Ennen haastattelun alkua osapuolet esittelivät itsensä ja haastateltavalta kysyttiin lupa haastattelun nauhoitukseen. Kaikki tiedonantajat suostuivat nauhurin käyttöön. Haastattelumateriaalin litteroimme sanatarkasti puhtaaksi. Litteroinnin jälkeen aineistoa kertyi 42 sivua, fontti koolla 12, rivivälillä 1.

### 7.5 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysi käynnistyy tallennettujen haastattelujen litteroinnilla välittömästi jokaisen haastattelun jälkeen. Toisaalta analyysia tapahtuu jo haastatteluvaiheessa, jolloin havainnoidaan haastateltavaa. Teemahaastattelujen kautta keräämämme tutkimusaineiston analysoimme induktiivisella sisällönanalyysillä, jolloin lähtökohtana on tutkimukseen osallistujien näkökulma ja kokemusmaailma (Kylmä – Juvakka 2007: 29). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin päämääränä on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja kysymysten mukaisesti sillä oleellista laadullisessa tutkimuksessa on, että ne eivät ole ennalta sovittuja ja määriteltyjä. (Tuomi – Sarajärvi 2008: 21, 97.)

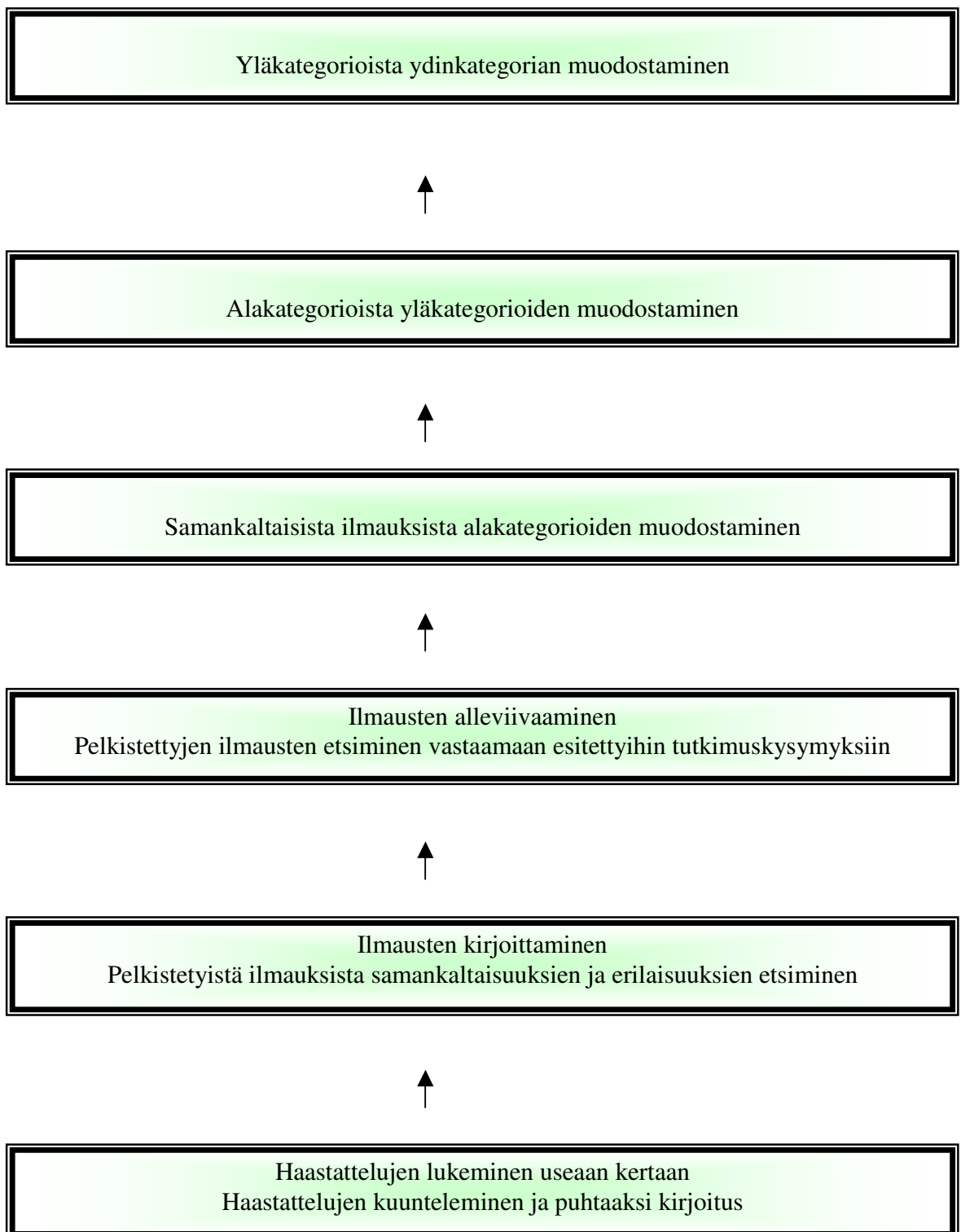
Laadullinen sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voimme tehdä havaintoja verballisessa muodossa olevista dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Sisällönanalyysissä on oleellista samanlaisuuksien ja erilaisuuksien erottelu tutkimusaineistosta. Aineistoa kuvaavat luokat ovat toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee vaiheittain käyden läpi pelkistämisen, aineiston ryhmittelyn ja lopuksi abstrahoinnin. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 26.)

Tutkimusaineiston pelkistäminen tarkoittaa sitä, että tutkimusaineistolta kysytään tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä. Vastaukseksi saadaan pelkistetyt ilmaukset aineistosta. Seuraavassa vaiheessa etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja samanlai-

suuksia ryhmittelemällä aineisto. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Kolmannessa vaiheessa, jota kutsutaan abstrahoinniksi, yhdistetään samansisältöiset luokat, jolloin saadaan aikaiseksi yläluokat. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 26–29.) Haasteena sisällönanalyysissä on tutkimusaineiston pelkistäminen niin, että se kuvaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Luotettavuuden kannalta onkin tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tutkimustulosten ja aineiston välillä. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 36.)

Tutkimuksessamme analyysiyksiköksi valitsimme kaikki aineistosta nousevat tutkimustehtävien kannalta olennaiset selkeät ilmaisut eli analyysi kohdistui suoraan aineiston sisältöön (kuvio 3). Analyysiyksiköt koostuivat alkuperäisistä ilmauksista muodostaen aihekokonaisuuden, joka saattoi sisältää useita lauseita. Analyysiyksikköä emme valinneet tarkasti etukäteen, koska halusimme tuoda esille kaikki tiedonantajien tulkinnat ja merkitykset ilmiöstä tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Aineistosta poimitut lausumat pelkistimme ja yhdistimme samaa tarkoittavat ilmaisut omiin luokkiinsa. Pelkistettyjä ilmaisuja kertyi yhteensä 331. Pelkistetyt ilmaisut koodasimme kirjainkoodeilla ja niihin liitetyillä sivu- ja rivinumeroilla, jotta pystyimme palaamaan aineistoon tarvittaessa. Seuraavassa vaiheessa nimesimme muodostetut luokat sisältöä kuvaaviksi ja näin muodostimme alakategoriat (24). Yhdistimme vielä samansisältöiset luokat, nimesimme ne kokonaisuutta kuvaaviksi ja sitä kautta muodostimme yläkategoriat (7) (liite 1). Yhdistämällä yläkategoriat saimme muodostetuksi ydinkategorian. Seuraavassa on esitettyinä kuvio induktiivisen sisällönanalyysin vaiheista (kuvio 2).

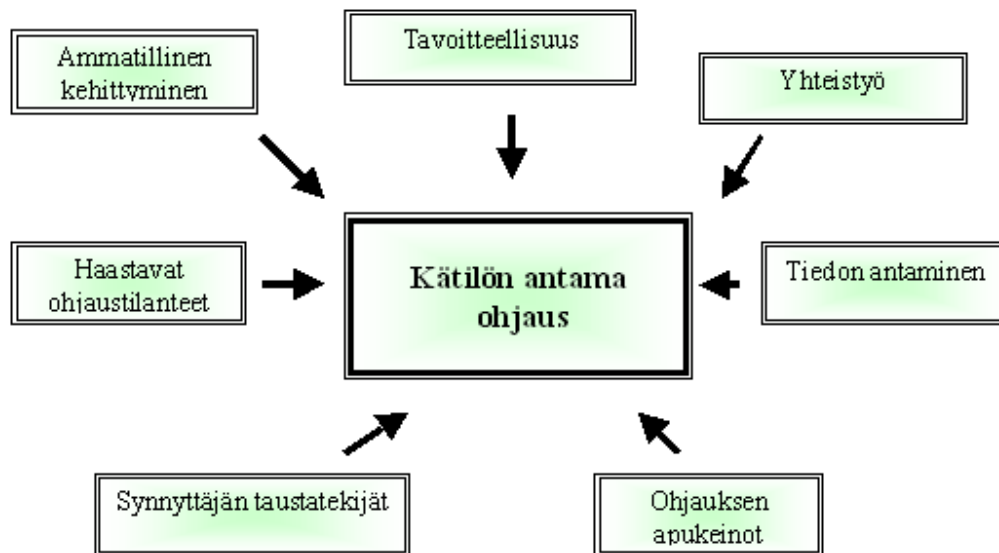




KUVIO 2: Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Haastattelemamme kätilöt ajattelivat, että synnyttäjän ohjaaminen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä on pääasiassa kätilön tehtävä. Synnyttäjän ohjaaminen on moniulotteinen ilmiö, jota voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Kuviossa 3 on esitettyä yhteenveto kätilön synnyttäjälle antaman ohjauksen sisällöstä. Tutkimuksen tuloksena esitämme kohdesairaalan kätilöiden kuvauksen synnyttäjän ohjaamisesta lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen aikana. Esittelemme pääkategorioista muodostuneet yläkategoriat alleviivattuina. Liitteessä 1 on esitettyä kategoriointi kokonaisuudessaan (liite 1).



KUVIO 3. Yhteenveto kätilön antaman ohjauksen sisällöstä.

## 8.1 Tavoitteellisuus

Kätilön antama ohjaus synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä on tavoitteellista toimintaa. Kätilön tavoitetta kuvaavat kolme alakategoriaa:

Turvallisuus  
Tarkoituksenmukaisuus  
Synnyttäjälähtöisyys

Kätilöiden mukaan synnytyksen kivunlievityksen tulee olla sikiön kannalta turvallisesti toteutettu. He painottivat, että synnytyksen hoidossa kätilö on vastuussa sekä synnyttäjän että sikiön hyvinvoinnista.

*”Se on turvallinen vauvalle ja sit se synnytys edistyy.”*

Käytetyn kivunlievitysmenetelmän tulee olla tarkoituksenmukainen ja kyseiseen synnytyksen vaiheeseen sopiva. Tavoitteena on, että lääkkeellisellä kivunlievityksellä ei olisi vaikutusta synnytyksen etenemiseen. Kätilöiden mukaan tarkoituksenmukainen kivunlievitys synnytyksessä etenee portaittain alkaen lääkkeettömistä menetelmistä edeten tarvittaessa lääkkeellisiin keinoihin. Kätilön tavoitteena on, että synnyttäjä itse on tyytyväinen saamaansa kivunlievitykseen.

Kätilöt kuvasivat antamansa ohjauksen tavoitteeksi myös synnyttäjälähtöisyyden. He toivovat, että synnytyksestä jää synnyttäjälle hyvä kokemus. Kivunlievityksen perimmäisenä tarkoituksena on, että synnyttäjä pärjää kipunsa kanssa. Kätilön näkemyksen mukaan kivuttomuus ei ole hyvän synnytykokemuksen takeena vaan ennemminkin synnyttäjän kokemus autetuksi tulemisesta.

*”Suurin kai se on se, että se synnyttäjä kokisi saavansa sellaisen kivunhoidon, jolla hän tulee toimeen. Ja se, että eihän se tavoite aina ole, että saadaan kivuton synnyttäjä vaan nimenomaan se, että hän kokee, että se kipu on huomioitu, ja autettu mahdollisuuksien mukaan.”*

## 8.2 Yhteistyö

Kätilöt kuvasivat synnyttäjän ohjaamisen tapahtuvan parhaimmillaan yhteistyön periaatteella. Tämä tarkoittaa päätösten tekemistä yhdessä keskustellen. Kätilö on synnytyksen hoidon asiantuntija, mutta synnyttäjä itse osaa parhaiten kuvailla tuntemuksiaan. Näin ollen tarvitaan yhteistyötä, jotta synnyttäjä kokisi selviävänsä kipunsa kanssa. Kätilöiden käyttämiä yhteistyötä edistäviä toimintatapoja ohjauksessa ovat:

Synnyttäjän osallistaminen  
Tietoisen päätöksenteon mahdollistaminen

Synnyttäjän osallistaminen merkitsee kuuntelemista sekä toiveiden ja tarpeiden kysymistä. Synnyttäjän kuunteleminen edistää yhteistyön toteutumista ohjauksessa, sillä näin kätilöllä on mahdollisuus ottaa aidosti huomioon synnyttäjän toiveet. Synnyttäjän kuvaillessa kokeemaansa kipua ja sen astetta kätilö voi ehdottaa sopivaksi mieltämäänsä kivunlievitysvaihtoehtoa juuri kyseiseen synnytyksen vaiheeseen.

*”Mutta se on just sitä, että siinä vaiheessa, kun ensikontakti tulee, et sitte läpi käydään sitä synnytyshistoriaa, ja se kertoo niistä synnytyskivuista, ja miten se ne kokee.”*

Kätilöt kertoivat kysyvänsä aktiivisesti synnyttäjän toiveita ja tarpeita kivunlievityksen suhteen. Heidän mukaan kaikki synnyttäjät eivät välttämättä oma-aloitteisesti tuo esiin omia ajatuksiaan liittyen kivunlievitykseen. Kysyminen on myös synnyttäjään tutustumista. Kätilöt kysyvät myös, miten jokin kivunlievitysmenetelmä on auttanut. Esimerkiksi uudelleen-synnyttäjää ohjatessa kätilöt pyytävät häntä kuvailemaan aikaisempaa synnytykskokemustaan, mikä myös osaltaan toimii pohjana ohjaukselle.

*”Mut se, että kartotan kummiski sen tilanteen, että mitä hän on niinku ajatellu.”*

*”Et mä aina niinku kerron vaihtoehdot ja sit mä kysyn: ”Onks sulla itellä jotain toiveita?”*

Eri kivunlievitysvaihtoehtojen tarjoaminen merkitsee kätilöiden mukaan synnyttäjän osallistamista päätöksentekoon. He pyrkivät ohjaamaan siten, että synnyttäjällä olisi aina mah-

dollisuus valita mieleisensä kivunlievitysmenetelmä. Kätilöt kertoivat tarjoavansa synnyttäjille eri kivunlievitysvaihtoehtoja niin lääkkeellisiä kuin lääkkeettömiäkin.

*”Ja sit just antaa tavallaan niit vaihtoehtoja, et että sil äidil on jotain, mistä se voi valita.”*

Yhteistyön periaatteeseen liittyy tietoisien päätöksenteon mahdollistaminen, mikä tarkoittaa käytännössä eri vaihtoehtojen tarjoamista sekä annetun tiedon perustelemista. Synnyttäjän ohjaaminen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä vaatii varsin kattavaa tietoperustaa, joka on rakennettu sekä teoreettisesta että kokemuksen kautta kertyneestä tiedosta. Kätilöt perustelevat synnyttäjälle antamaansa tiedollista ohjausta pyrkimyksenään antaa mahdollisuus tietoiseen päätöksentekoon. Usein tulee vastaan tilanteita, joissa esimerkiksi synnyttaja saattaa vaatia synnytyskivun lääkkeellistä lievittämistä liian aikaisessa synnytyksen vaiheessa. Synnyttäjän tietoinen päätöksenteko lääkkeellisen kivunlievityksen suhteen merkitsee sitä, että hän ymmärtää, mitä vaikutuksia ja seurauksia niillä saattaa olla.

*”Et jos se on vaikka sormelle auki ja se halua puudutuksen, ni sitte kerron, et miksi ei sitä nyt voida antaa ja mitä muuta me voitais kokeilla.”*

*”Ensin mä yritän perustella, että miksi sitä (epiduraalipuudutusta) ei vielä voisi laittaa, esimerkiksi jos synnytys ei vielä ole kunnolla käynnissä eli yritän niinku selittää, miten se synnytys yleensä etenee.”*

### 8.3 Tiedon antaminen

Kätilön synnyttäjälle antamassa ohjauksessa korostuu selkeimmin tiedon antaminen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Seuraavassa tekstitaulukossa esitetyt lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät ovat tilastojen mukaan kohdesairaalassa yleisimmin käytetyt lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät. Suurimmaksi osaksi näistä lääkkeellisistä menetelmistä kätilöt kertovat antavansa tietoa synnyttäjälle.

Ilokaasu  
Epiduraali- ja spinaalipuudutus  
Petidiini

Ilokaasusta kätilöt kertovat, että sen hengittäminen ei poista kipua kokonaan, vaan oikein käytettynä se vie supistuskivulta terävimmän kärjen. Lisäksi kätilöt antavat tietoa ilokaasun sivuvaikutuksista, kuten mahdollisesta pahoinvoinnista ja tokkuraisesta olotilasta sekä menetelmän vaikutustavasta. He kertovat synnyttäjille, että ilokaasusta saadussa kipua lievitävässä vasteessa on paljon yksilöllistä vaihtelua eri synnyttäjien välillä. Yksi kätilöistä mainitsee kertovansa ilokaasun hyvistä ja huonoista puolista sekä vaikutuksesta sikiön sykekäyrään.

*”No ilokaasusta nyt tulee esimerkiksi annettua aika sillai niinkun semmonen, että mitä hyvää siinä on ja mitä huonoa saattaa tulla, pahaa oloa ja saattaa tulla vähän semmonen humaltunu olo ja näin.”*

Regionaalisen analgesian muodoista kätilöt mainitsivat epiduraali- ja spinaalipuudutukset. Kätilöt kertovat synnyttäjille menetelmien vaikutusnopeudesta ja –ajasta. He antavat niin ikään tietoa myös tarvittavista esivalmisteluista, kuten virtsarakon tyhjentämisestä ennen puudutteen laittoa sekä i.v.-nesteen infusoinnista verenpaineen laskun ehkäisemiseksi. Epiduraali- ja spinaalipuudutusten laitton seurauksista kätilöt kertovat, että se vaatii tehokkaampaa sikiömonitorointia ja näin ollen sikiökalvojen puhkaisua scalp-elektrodin asettamista varten. Muutama kätilöistä mainitsee kertovansa selkäpuudutusten vaikuttavan ponnistamiseen epäedullisesti sekä mahdollisesti lisäävän riskiä imukuppi-synnytykseen. Harvinaisista selkäpuudutusten komplikaatioista, kuten epiduraaliabskessin tai postspinaalipäänsäryn mahdollisuus jätetään kertomatta. Komplikaatioista informointia synnytystilanteessa pidetään lähinnä synnyttäjän pelotteluna.

*”Haittavaikutuksista sen verran, että just et pissaamiseen voi vaikuttaa, et senkin takii täytyy pissata ja sitte toki, et siihen ponnistamiseen se vaikuttaa aika olennaisesti.”*

*”Jos on kalvot ehjät ja sit äiti haluais puudutuksen, niin toki mä sit sanon, että tän jälkeen meidän täytyy puhkasta ne kalvot, et me saadaan vauvan päähän se scalppi.”*

Petidiini oli parenteraalisista opioideista ainoa, jonka kätilöt mainitsivat haastatteluissa. Antaessaan tietoa petidiinistä kätilöt painottavat sen synnytystä edistävää vaikutusta. Tämän he perustelevat sillä, että petidiini auttaa synnyttäjää rentoutumaan. Synnyttäjille he myös vakuuttavat, että petidiinin antaminen ei pysäytä käynnissä olevaa synnytystä. Toisaalta he

kertovat myös, että petidiini liian aikaisessa synnytyksen vaiheessa annettuna saattaa pysäyttää synnytyksen.

*”Kerron, että mitä voi petidiinistä tapahtua, et se voi rentouttaa, se kohdunsuu lähtee avautumaan siitä, et päästään sitte taas vähän eteenpäin.”*

Petidiinin sivuvaikutuksista kätilöt kertovat synnyttäjään kohdistuvista vaikutuksista, kuten pahoinvointi ja huimaus. Lääkeaineen vaikutuksista sikiöön kätilöt eivät maininneet antavansa tietoa. Eräs kätilöistä mainitsi kertovansa synnyttäjille, että petidiiniä on käytetty kauan synnytyksen kivunlievityksessä.

*”Kerron, että mitä se petidiini on ja just kerron siitä, että sitä on käytetty kauan synnytyksivun lievitykseen ja kerron, mitä kaikkea sivuvaikutuksia siitä mahdollisesti voi tulla.”*

#### 8.4 Ohjauksen apukeinot

Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että synnyttäjän ohjaaminen on tiedon antamisen lisäksi paljon muutakin. Ohjaaminen ei ole passiivista tiedon siirtämistä vaan enemmänkin vuorovaikutusprosessi. Kätilöiden mukaan synnyttäjän ohjaaminen vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja ja varsinkin kykyä olla vuorovaikutuksessa erilaisten synnyttäjien kanssa. He painottivat, että ammatillisuuteen kuuluu mukautuminen ohjaustilanteisiin, jotka voivat olla hyvinkin erilaisia. Tutkimusaineistosta poimimme kätilöiden puheesta usein toistuvia, niin sanottuja ohjausta tukevia apukeinoja. Alakategorioita tästä ilmiöstä muodostui viisi:

- Mallin näyttäminen
- Läsnäolo
- Emotionaalinen tuki
- Ohjauksen ajoittaminen
- Synnyttäjän tulkitseminen

Sanallista ohjaamista kätilöt tukevat ja täydentävät konkreettisella mallin näyttämällä tarpeen mukaan. Esimerkiksi he näyttävät itse, minkälaisessa asennossa synnyttäjän tulee olla epiduraalipuudutusta laitettaessa. Myös ilokaasun hengittämistä opettaessa he näyttävät, miten maskia pidetään kasvoilla. Kätilöt myös varmistavat, että ilokaasua hengitetään oi-

kein. Yksi kätilö mainitsi myös, että uudelleensynnyttäjällä saattaa olla väärä hengitystekniikka, mikä täytyy tarkistaa.

*”Sit se, et pystyy hengittää, et silmälasit saattaa olla esteenä, et se maski ei mee kunnolla naamalle tai se maski on huonosti naamalla.”*

*”Monesti mä itte vielä ihan näytän niinku, et miten selkä pitää olla, et ne niinku ymmärtää sen, et mitä se tarkoittaa, et täytyy avata nikamavälit.”*

*”Jos mä esim. ilokaasunkin ohjaan niin kyllä mä jään siihen katsomaan, että miten se vaikuttaa, ja miltä se hänestä tuntuu.”*

Synnyttäjän ohjaaminen luonnollisesti vaatii läsnäoloa, jonka laatua kätilöt korostivat ja pitivät tärkeänä. Osastolla on usein kiire ja kätilöllä saattaa olla useampi synnyttäjä hoidettavanaan. Kätilöt kuitenkin pyrkivät kiireestä huolimatta luomaan lyhyestäkin läsnäolosta synnytyshuoneessa kiireettömän. Olemalla läsnä synnyttäjälle kätilöt viestittävät olevansa tämän käytettävissä ja tarjoavansa tilaisuuden kysellä ja jutella. Kätilöiden mukaan varsinkin synnyttäjä, jolla ei ole tukihenkilöä mukana, tarvitsee läsnäoloa vielä enemmän.

*”Mutta kyl mä sit, jos mä meen sinne, ni kyl mä siel oon niinku sillai sen hetken ihan rauhassa ja annan niille sen tilaisuuden kysellä tai puhua mun kaa, jos ne haluaa puhua.”*

Läsnäoloon synnytyshuoneessa vaikuttaa jonkin verran myös kätilön tulkinta synnyttäjän avuntarpeesta. Esimerkiksi hiljaisen ja vetäytyvän synnyttäjän luona vietetään vähemmän aikaa kuin äänekkään ja vaateliaan. Muutama tiedonantajista mainitsi lisäksi henkilökemioiden yhteensopivuuden lisäävän kätilön läsnäoloa synnytyshuoneessa.

*”Jonku kaa ei oikee niinku kemiat mee yhteen.”*

*”Että jos on kauheen semmonen aktiivinen synnyttäjä ja kiinnostunu ja kyselevä, ni sitte siel tulee paljon oltuu, mut sit jos on vähän semmonen niinku, et ei paljon puhu ja näin, ni sit siel tulee oltuu kyl ehkä vähän liiankin vähäsen.”*

*”Kyl se läsnäolo on tietenki tosi tärkeä varsinki, jos ei oo ketää seuralaista synnytykses ni kyl ne kaipaa sitä läsnäoloa ihan tosi paljon.”*



Kättilöt kuvasivat synnyttäjän ohjaamisen olevan myös emotionaalista tukemista. Kannustaminen ja todesta ottaminen ovat tutkimusaineistosta poimittuja emotionaalisen tuen muotoja, joita kättilöt käyttävät ohjatessaan synnyttäjää. Kannustavan ja rohkaisevan puheen avulla kättilöt kuvaavat tukevansa synnyttäjän jaksamista. Empaattinen ohjaaminen merkitsee synnyttäjään keskittymistä ja mukana elämistä. Synnytyskipua ymmärtää paremmin, jos sen on itse kokenut. Synnytyskipun kättilöt kuvailevat olevan subjektiivinen kokemus, joten synnyttäjän tuntemusten todesta ottaminen nähdään oleellisena osana emotionaalista tukemista.

*”Moni on sit sanonu just, että siit niinku kannustamisesta, että onneks sä sanoit siinä, että ”kyl sä jaksat”, vaik se tuntuu itestä ihan semmoselta luonnolliselta et ”kyl sä jaksat, et ihan kohta tulee puudutus”.”*

Ohjauksen oikea ajoittaminen on kättilöiden mukaan yksi oleellisin tekijä synnyttäjän ohjaamisessa. Kättilöt kertovat kullekin synnytyksen vaiheelle sopivista kivunlievitysmenettelmistä synnytyksen edetessä. Kättilöiden mukaan ei ole tarpeellista antaa kaikkea tietoa kerralla, joskin synnyttäjän ohjaaminen kannattaa ajoittaa siten, että hän pystyy kommunikoimaan kättilön kanssa. Näin ollen suurin osa tiedollisesta ohjauksesta olisi hyvä antaa synnytyksen alkuvaiheessa. Ohjauksen oikea ajoittaminen edistää yhteistyötä synnyttäjän kanssa.

*”Emmä siinä vastaanottotilanteessa jo kaada kaikkee sitä tietoa, et noni täs ois tää paketti, et sit näin tehään, et kyllä se täytyy elää tilanteen mukaan, koska synnytyksin etenee aina omalla tavallaan.”*

*”Yleensä mä pyrin kertomaan niistä kivunlievityskeinoista siinä vaiheessa vielä, kun se synnytys ei oo vielä kauheen kovassa vauhdissa, koska sillon ne on valmiit vastaanottaa sitä tietoo paremmin.”*

Vaikka tietoa tulee antaa synnytyksen vaiheen mukaan, kättilön tulisi kuitenkin aina olla ”askeleen edellä” eli ennakoida synnytyskipun kehittymistä. Ohjauksen tavoitteena näin ollen on, että synnyttäjän kokema kipu ei saisi hänestä ylivaltaa.

*”Et aina niinku tilanteen mukaan, mut et sit kuitenki vähän pitää niinku ennakoida, ettei sitä käy niin, et se äiti on ihan hirveen kipee ja sitte ei oikee mee enää mikää tieto perille.”*

Vuorovaikutus synnyttäjän ohjaamisessa kätilön osalta perustuu osittain sanattoman viestinnän tulkintaan. Tutkimusaineiston perusteella synnyttäjän tulkitsemisen alakategorioiksi muodostuivat kätilön tulkinta synnyttäjän kivusta sekä synnyttäjän tiedon tarpeen arviointi.

Synnyttäjän kipua kätilöt arvioivat kasvojen ilmeiden ja käyttäytymisen perusteella. Non-verbaalisen viestinnän perusteella kätilö pystyy tekemään päätelmiä synnytyksen vaiheesta ja näin ollen auttaa myös arvioimaan synnyttäjän tarvetta kivunlievitykseen.

*”Mut kyl sitä yrittää vähä silläkin perusteella kattoo, et miltä se äidin naama sit näyttää, et jos se naureskelee ja sanoo, et hän on nyt niin kipee, et hän ei enää pärjää niin kyl siin voi sit päätellä, onks se niin oikeesti.”*

Kätilöiden kuvauksista käy myös ilmi, että he jonkin verran arvioivat synnyttäjän tiedontarvetta, minkä perusteella he antavat ohjausta. Kätilön työn vuorovaikutteisen luonteen vuoksi kätilöt pitävät synnyttäjän tulkitsemista tärkeänä osana ammattitaitoa.

*”Se on varmaan aika paljon kiinni siitä minkälainen vaikutelma siinä tulee siitä synnyttäjistä, koska siin hirveesti vaistoo jo siinä hetkessä, ku sä oot sen synnyttäjän kanssa, et mitä tietoo se kaipaa.”*

## 8.5 Synnyttäjän taustatekijät

Synnytyksen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä annettu ohjaus on yleensä kokonaisvaltaista ja samansuuntaista synnyttäjistä riippumatta. Haastattelemamme kätilöt toivat kuitenkin esille, että tietyt asiat voivat vaikuttaa heidän antamaansa ohjaukseen niin sisältöön kuin ohjaustyyliinkin. Kätilöiden kuvauksista ohjaukseen vaikuttavista synnyttäjän taustatekijöistä muodostui alakategorioiksi:

- Sosiaaliset taustatekijät
- Valmentautuminen synnytykseen
- Synnytyspelko
- Synnyttäneisyys
- Synnyttäjän suhtautuminen kipuun

Ohjaukseen vaikuttavia sosiaalisia taustatekijöitä ovat synnyttäjän ikä, koulutus- ja kulttuuritausta. Synnyttäjän iän vaikutus ei näy niinkään ohjauksen sisällössä vaan ohjaustyyliissä. Nuoren synnyttäjän koetaan tarvitsevan enemmän tukea ja selkokielisenpää ohjausta kuin vanhemman synnyttäjän. Eräs kätilö kuvaili nuoren synnyttäjän ohjauksessa olevan äidillisempi ote kuin vanhemman synnyttäjän kohdalla. Nuoren synnyttäjän koetaan myös luottavan enemmän kätilön ammattitaitoon. Korkeasti koulutettujen synnyttäjien koettiin olevan vaativampia ohjauksen suhteen ja vaativan kätilöltä enemmän ohjaajana. Kätilöt arvioivat korkeasti koulutettujen synnyttäjien säilyttävän paremmin itsemääräämisoikeutensa. Yksi kätilö mainitsi synnyttäjän ulkomaalaistaustan vaikuttavan ohjaukseen kommunikaatio-ongelmien kautta.

*”Ja sit tietty ehkä vanhemmat synnyttäjät, ne oikee semmoset hyvin koulutetut niinkun, ne on sit taas kauheen vaativia.”*

*”Ja sitte et tietysti ulkomaalaistaustaset on vähän toinen juttu, et niitten kans voi tämmösii kommunikaatio-ongelmii tulla.”*

Kätilöiden mukaan ohjauksen kannalta on merkitystä, miten synnyttäjä on etukäteen valmentautunut synnytykseen. Valmentautuminen pitää sisällään synnyttäjän tiedot lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä sekä internetistä ja kavereilta saadun tiedon. Kätilöiden mukaan synnyttäjät omaavat perustiedot lääkkeellisistä menetelmistä, mutta eivät ole tarpeeksi tietoisia niiden vaikutuksista ja riskeistä. Internetistä ja kavereilta saatu tieto taas usein perustuu väritettyihin tarinoihin ja kauhukertomuksiin.

*”Se on niin helppo vaan vaatia, et haluun tämmösen ja tämmösen, jos ei tiedä, mitä kaikkea siellä on taustalla ja mihin se vaikuttaa.”*

*”Ne etukäteen valmentautumiset on joko sitä, että ne kuulee ystäviltään tai ne käy netistä lukemassa niitä kauhukertomuksia tai sitten niitä, että vaadi sitte sitä ja tätä ja vaadi sitä ja tätä, kun meet synnyttää.”*

Synnytyspelkoisen synnyttäjän ohjauksen koettiin olevan lähellä nuoren synnyttäjän ohjaustyyliä, mutta sisältävän sensitiivisemmän lähestymistyylin sekä olevan enemmän tiedollisesti tukevaa. Sensitiivisyys synnytyspelkoisen synnyttäjän ohjaamisessa merkitsee korostunutta toiveiden ja tarpeiden huomiointia sekä läsnäoloa. Mikäli synnyttäjä on käynyt pelkopoliklinikalla, pyritään siellä laadittuja suunnitelmia kivunlievityksen suhteen noudatta-

maan mahdollisimman pitkälle. Kätilöiden mielestä pelokas synnyttäjä vaatii paljon tiedollista tukea ja ohjausta sekä pitämistä ajan tasalla synnytyksen kulusta.

*”Ku aatellaa jotai sype - synnytyspelkopotilasta - niin ne kyllä yleensä niinku haluu just sitä tietoo. Ja et ne pysyy koko aika ajan tasalla siinä. Ja ehkä just se, et ne niinku itte saa enemmän päättää asioita.”*

*”Et kyl siinä niinkun, jos on pelokas synnyttäjä, ni se ohjaus korostuu niinku ehotomasti viel tuplana. Ehkä sitä kiinnittää just enemmän niinku huomiota siihen, et miten ne asiat sanoo.”*

Eniten synnyttäjän taustatekijöistä ohjaukseen katsottiin vaikuttavan synnyttäneisyyden. Tämä kategoria pitää sisällään aikaisemmat kokemukset synnytyskivun lievityksestä ja aikaisemmat negatiiviset synnytyskokemukset. Uudelleensynnyttäjien tiedontarve arvioitiin vähäisemmäksi kuin ensisynnyttäjien, sillä heillä on aikaisempaa synnytyskokemusta ja niiden kautta saatua tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Kätilöt arvioivat uudelleensynnyttäjien tietävän tarpeeksi esimerkiksi puudutuksista.

*”No kyl ne vaikuttaa tosi paljon tai sillai niinkun et jos on uudelleen synnyttäjä, ni kyl sen huomaa, et se menee vähä niinku sillee et ”nonii tähän on tuttu sulle ja...” –tyylillä.”*

Kätilöt kokivat, että synnyttäjän suhtautumisella synnytyskipuun on merkitystä annettuun ohjaukseen. Synnyttäjillä saattaa olla edellisistä synnytyksistä huonoja kokemuksia kivunlievityksen osalta. Synnytys on saattanut pitkittyä tai pysähtyä käytetyn kivunlievitysmenetelmän takia. Synnyttäjät, jotka ovat kokeneet postspinaalipäänsäryn, haluavat välttää epiduraali- ja spinaalipuudutuksia. Hyvin kivulias synnytyskokemus taustalla vaikuttaa siten, että synnyttäjä saattaa vaatia lääkkeellistä kivunlievitystä ajattelematta sen seurauksia.

*”Sit jotkut saattaa sanoo, et se (puudutus) on niinku hidastanu sitä synnytystä tai se on pitkittäny, et he ei haluu sen takii sitä puudutetta.”*

Kätilöt kokevat, että suurin osa synnyttäjistä pitää synnytyskipua ja sen lievittämistä lääketieteellisenä ongelmana. Kätilöt arvioivat, että synnyttäjien näkemyksen mukaan lääketieteelliset kivunlievitysmenetelmät kuuluvat luonnollisena osana synnytykseen, joten heidän saattaa olla vaikea ymmärtää annettuja perusteluja. Synnyttäjä saattaa olla tyytymätön synnytyskokemuksensa, mikäli esimerkiksi spinaalipuudutusta ei ole ehditty laittaa nopeasti

edenneen synnytyksen takia. Kätilöt toivat esiin, että ilman lääkkeellistä kivunlievitystä synnyttäviä on huomattavasti vähemmän. Niin sanottujen ”luomusynnyttäjien” ohjaaminen koetaan helpommaksi.

*”Halutaan synnyttää niinku tunnottomasti ja kivuttomasti ja sillee, et se vaan putoo se vauva sieltä.”*

## 8.6 Haastavat ohjaustilanteet

Ohjauksessa synnytyksen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä tulee ajoittain vastaan ammatillisesti haastavia tilanteita. Tilanteet ovat haasteellisia usein myös ammattieettiseltä kannalta, sillä tosinaan saatetaan joutua jopa rajoittamaan synnyttäjän itsemääräämisoikeutta. Haastavat ohjaustilanteet muodostaa yhden yläkategorioista ja sen alakategorioiksi muodostuivat:

Ohjaaminen ristiriitatilanteissa  
Kipeän synnyttäjän ohjaaminen  
Tukihenkilön puuttuminen kätilön työhön

Kätilöt toivat esille kaksi melko yleistä ristiriitatilannetta, joissa ohjaustaidot joutuvat erityisesti koetukselle. Näin voi käydä esimerkiksi tilanteessa, jossa synnyttäjä vaatii vahvempaa lääkkeellistä kivunlievitystä liian varhaisessa vaiheessa, jolloin synnytys ei vielä ole kunnolla käynnissä. Vastakohta tälle on tilanne, jossa synnyttäjä haluaisikin synnyttää ilman lääkkeellistä kivunlievitystä, mutta on kuitenkin niin kipeä ja jännittynyt, ettei synnytys sen takia etene. Näissä tilanteissa kätilöltä vaaditaan selkeitä ohjaustaitoja ja ammattieettistä näkemystä, jotta synnyttäjälle löydetään vaihtoehtoinen, miellyttävä sekä turvallinen kivunlievitysvaihtoehto.

Ristiriitatilanteissa korostuu kätilöiden mielestä annetun tiedon perusteleva teoria- ja kokemustietoon pohjaten. Tietoa tulee antaa riittävästi ja selkeästi, jotta synnyttäjä ymmärtäisi vaatimustensa mahdolliset seuraukset. Lisäksi ohjauksessa tulisi välttää katteettomien lupauksen antamista. Esimerkiksi kerrottaessa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä ei luvata täydellistä kivuttomuutta. Kätilö ei myöskään saisi luvata synnyttäjälle lääkkeellistä kivunlievitystä ilman, että on selvillä synnytyksen vaiheesta.

*”Ja sit se on tosi vaarallista mennä lupaamaan että sä saat puudutuksen tai näin, ilman että sä oot vielä tutkinut sitä.”*

*”Siin mä sitte yritän perustella mahdollisimman hyvin just sitä, että minkä takia ei voida vielä puuduttaa.”*

*”Että ei se (epiduraalipuudutus) välttämättä vie kaikkee kipua ja toisaalta se voi olla ihan hyväki, ettei vie kaikkee kipua pois ja semmonen painon tunne voi olla.”*

Itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tarvittaessa kätilöt mainitsivat yhdeksi haasteellisimmaksi asiaksi ohjaamisessa ristiriitatilanteissa. Kätilöiden mielestä synnyttäjien itsemääräämisoikeus lääkkeellisessä kivunlievityksessä on suhteellista. Kätilöt joutuvat miettimään ammattieettisiä näkökulmia tilanteessa, jossa synnyttäjän vaatimukset lääkkeellisestä kivunlievityksestä eivät ole synnytyksen vaiheen kannalta mahdollista toteuttaa. Kätilön on otettava huomioon myös lääkkeellisen kivunlievityksen mahdollinen vaikutus sikiön hyvinvointiin. Näissä tilanteissa kätilöltä vaaditaan hyviä neuvottelu- ja vuorovaikutustaitoja.

*”Et tokihan sillä synnyttäjällä on se itsemääräämisoikeus, mutta sitte täytyy aina miettiä, että minkä kustannuksella. Että sit taas kätilöllä on vastuu myös siitä vauvasta, et kyl niinku liian usein äidit ajattelee vain itseään.”*

*”Siinä täytyy sitten aina miettiä et se itsemääräämisoikeus on suhteellista. Mutta pääsääntöisesti mä esitän ne vaihtoehdot ja ehdotan, minkä mä kätilönä näkisin, että on nyt hyvä ottaa.”*

Suomessa kätilöt hoitavat hyvin itsenäisesti synnytyksiä, mutta edelleen synnytyksen lääkkeellinen kivunlievityksen toteutus kuuluu suurimmaksi osaksi lääkärille. Kätilöt keskustelvat synnyttäjän kanssa ja pohtivat sopivinta vaihtoehtoa kivunlievitykselle. Mikäli kätilö ja synnyttäjä eivät pääse yhteisymmärrykseen lääkkeellisen kivunlievityksen käytöstä, kätilö joutuu konsultoimaan lääkäriä ja siirtämään hoitovastuun hänelle. Toisinaan lääkäri tekee päätöksiä lääkkeellisestä kivunlievityksestä vastoin kätilön suosituksia.

*”Jos sieltä tulee se ehdoton, et kyl mä haluan tän puudutuksen niin tokihan mä yritän perustella, et miks sitä ei ehkä vielä vois laittaa, mut jos se edelleen on hyvin vahvasti, et hän haluaa niin sittenhän mä meen sen lääkärin luo.”*

*”Puhun asiasta ja lääkäri saa sitten tehdä sen päätöksen, että jos halutaan puuduttaa sormelle auki niin se on sitte sen lääkärin päätös ja lääkärin niinku myöskin vastuulla.”*

Haastaviin ohjaustilanteisiin lukeutuu myös kipeän synnyttäjän ohjaaminen, erityisesti niissä tilanteissa, joissa synnytyskivut ovat yltyneet todella koviksi. Kätilöt kokivat kipeän synnyttäjän ohjauksessa haasteelliseksi sen, että synnyttäjä ei välttämättä pysty ottamaan enää tietoa vastaan. Tästä syystä myös liian yksityiskohtaista tiedon antamista tulisi välttää ja pyrkiä mahdollisimman konkreettiseen ohjaukseen kipeän synnyttäjän kohdalla. Asioita saatetaan myös joutua toistamaan useampaan otteeseen.

*”Et se on aika haastavaa se, et ku äiti on tosi kipee ja sitten kun, jos se on susta riippumatonta, et sille ei saada vielä mitään kivunlievitystä, ni se, että vaan jaksaa sitä äitiä kannustaa ja tsempata ja ohjata justinsa ja sit siin ehkä on se, että se on kipee, ni sitä pitää moneen kertaan sanoo ne asiat.”*

Kipeän synnyttäjän ohjauskeinoina kätilöt toivat esiin myös rauhoittelun ja koskettamisen. Kätilöt kokivat tilanteen rauhoittamisen tärkeäksi osaksi kipeän synnyttäjän kivunhoitoa. Synnyttäjän rauhoittelukeinoina käytetään muun muassa rauhallista puhetta, koskettamista esimerkiksi kädestä kiinni pitämällä tai hartioiden hieromista.

*”Sillon, ku on kauheen kipee äiti, ni kylhän nyt harva mies tai kätilö pystyy katto-  
maa semmosta ihmistä, et kylhän sitä niinku usein yrittää ottaa kädestä kiinni tai  
hieroo selkää tai hartiaa.”*

*”Mut just se et rauhoittaa sen tilanteen on just puoliks sitä kivunhoitoa.”*

Kolmanneksi yläkategoriaksi haastaville ohjaustilanteille muodostui tukihenkilön puuttuminen kätilön työhön. Muutama kätilö toi esille, kuinka joskus tulee eteen tilanteita, joissa tukihenkilön omat mielipiteet synnytyskivusta tai vaatimukset kivunlievityksestä haittaavat kätilön synnyttäjälle suuntaamaa ohjausta. Tukihenkilöllä saattaa jopa olla tavoitteena täydellinen kivun poistaminen ja hänen ahdistuksensa tarttuu helposti myös synnyttäjään.

*”Isät varsinkin on vähän liiankin kirjaoppineita, et ne tulee sit kertomaan, et mitä seuraavaks tehään, niin silloin ne vaatiikin vähän enemmän, enemmän sitä niinku, et hei nyt tää tilanne on tämmönen.”*

*”Et ne (isät) ei kestä pienintäkää vaimon kipua ja sit ku yritetään sanoo niille, et siit voi tulla kaikenlaisii... -- Suoraan sanoen ne on välil ihan vihasiiki.”*

*”Et jos se tulee silleen hysteerisesti huutaen, ja isät yleensä siinä vaiheessa on niit hysteerisii. Se tarttuu siihen äitiin.”*

## 8.7 Ammatillinen kehittyminen

Toiseen tutkimuskysymykseemme haimme vastausta pyytämällä kätilöitä kuvailemaan erilaisia asioita heidän ammattiuransa varrella, joilla he kokevat olevan vaikutusta heidän antamaansa ohjaukseen synnytyksen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Kätilöiden ammatillisen kehityksen kuvauksista nousi esiin kolme alakategoriaa, joita olivat:

Mallioppiminen  
Synnytyskulttuuri  
Tietotaito

Mallioppimisella tässä yhteydessä emme tarkoita pelkästään sivusta seuraamista, vaan kätilöiden esille tuomaa tapaa pyytää neuvoja ja mielipiteitä toimintatapoihin vanhemmilta kollegoilta. Haastattelemamme kätilöt ilmaisivat mallioppimisen toimivan tärkeänä vaikuttimena lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä annetun ohjauksen suhteen. Kätilöt kuvailivat muun muassa hakevansa tukea ja mielipiteitä vanhemmilta kollegoilta tilanteissa, joissa mietitään, mikä lääkkeellisen kivunlievityksen vaihtoehdoista olisi paras synnyttäjälle. Kätilöiden mukaan myös lääkkeellisen kivunlievityksen ajoittaminen on asia, josta kysytään kollegan mielipidettä. Tietoa jaetaan ja asioista sekä tapahtumista keskustellaan paljon kollegoiden kesken. Tämä kuvastaa sitä, kuinka kollegoiden mielipiteitä arvostetaan, vaikka kätilön työ muuten on hyvin itsenäistä ja päätöksiä joudutaan tekemään välillä nopeastikin.

*”Käytännöstä se kaikkein paras oppi tulee ihan ehottomasti ja sit noilt vanhemmilta kollegoilta.”*



*”Just se ajoittaminen, se on vieläkin vaikeet, todella vaikeeta, et tulee välillä, et hei vitsi miten mä nyt tän. Ja aina yhdessä sit keskustellaan tuolla muitten kättilöitten kaa ja pohditaan.”*

*”Tääl on hirveen hyvä ainakin se, et aina voi kysyy, et niinku monta kertaa oon pohtinu, et vaikka jonku vanhemman kollegan kanssa, et no, pistettäkö tähän nyt spinaalipuudutus vai epiduraalipuudutus, et mitä mieltä sä oot ja niinku sitte aina saa niinku myös uusia näkökulmia itelleki.”*

Kättilön antamaan ohjaukseen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä vaikuttaa vallitseva synnytyskulttuuri, joka vaihtelee aikakausittain synnyttäjien mukanaan tuomien uusien tuulien sekä osastolla vallitsevien käytäntöjen mukaan. Erilaiset trendit aikakausittain näkyvät myös synnytyssalityössä. Esimerkiksi 1990-luvulla luonnonmukainen synnyttäminen tai ”aktiivisyntytyt” olivat yhden kättilön mukaan suosittua synnyttäjien keskuudessa, vaikka sen perimmäistä merkitystä eivät kaikki täysin ymmärtäneet. Kättilöt ovat huomanneet synnytyskulttuurissa kuluvalle vuosikymmenellä muutoksen lääkitsemiskeskeisempään suuntaan, mikä merkitsee lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien kasvanutta kysyntää. Osa kättilöistä mainitsi olevansa pohjimmiltaan lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien kannalla, mutta ovat joutuneet mukautumaan ja muokkaamaan toimintatapojaan nykyistä synnytyskulttuuria vastaavaksi.

*”Ei hoideta enää niinku äitiä vaan hoidetaan just niit laitteita ja sitä semmosta, se kauheen niinku teknistä.”*

*”Oon ite luonteeltani ollu sellanen, et mä oon tota enemmän ollu noitten luomusynnytyksen ja tällasten kannal.. Mut sit tietysti mun on pakko ollu omaa itteeni muuttaa, koska synnyttäjät on muuttunu. Enhän mä voi jämähtää siihen tasolle, mikä se on ollu.”*

Kolmanneksi ammatillisen kehityksen yläkategoriaksi muodostui tietotaito, joka pitää sisälleen koulutuksesta saadun teoriapohjan, työkokemuksen sekä tietojen päivittämisen. Haastattelemamme kättilöt ovat saaneet kättilökoulutuksensa eri aikoina. He kaikki kuvailivat saaneensa koulutuksen aikana teoritietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Eräs kättilöistä mainitsi, että koulutus on painottanut enemmän luonnonmukaista kivunlievitystä ja toisaalta korosti lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien haittavaikutuksia. Käytännön työllä ja kokemuksen karttumisella koettiin olevan suuri merkitys lääkkeellisten kivunlievi-

tysmenetelmien soveltamisessa ja ohjauksen muokkaamisessa. Koulutuksesta saatu teoria-tieto nähdään pohjana ammatilliselle kasvulle. Työkokemuksen koetaan kartuttavan tietoja ja taitoja sekä tuovan varmuutta työhön.

*”Perusopit oon saanu sielä. Ja sitte pikkuhiljaa tässä työuran varrella ne on niinku kehittyne.”*

*”Ihan tämmönen teoria tavallaan et, mikä tää puudutus on, mitä siin tehään, miten se tehään, miten se vaikuttaa, ja mitä hyvää ja huonoo siinä on .”*

*”kokemuksen myötä ni aika paljon siihen on tullut sit sellasta, et on ymmärtänyt, et apua, ei nyt ihan aina meekkään näin mitä teoriassa.”*

*”Kyl se käytännön kokemus muokkaa sitä koulutuksen antamaa teoriapohjaa nois kivunlievityskäytännöissä.”*

Tietojen oma-aloitteisen päivittämisen haastattelemamme kättilöt kuvasivat vähäiseksi. Heidän mukaan tutkitun tiedon etsimiseen ja siihen tutustumiseen ei ole resurssoitu tarpeeksi työaika. Uuteen tutkimustietoon tutustutaan, jos se on tarpeeksi helposti saatavilla. Synnytyksenhoidossa tulee ajoittain vastaan uusia ja erityisiä tilanteita, jotka saattavat motivoida etsimään tietoa oma-aloitteisesti. Koulutusta lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä muutama kättilö toivoi lisää työnantajan taholta.

*”Kyllä mä luen, jos mä törmään johonkin, mutta en mä lähe itte ettii sitä tietoo.”*

*”Kyl mä kauheen kiinnostunu oon, et jos joku sanoo, että täs on nyt tämmönen artikkeli niin sitte, mut emmä niinku ite silleen et luenpas nyt hoitotiedelehteä et oisko täällä jotain uutta tietoa mulle.”*

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tuotetun tiedon ja tulosten hyödyntämisen kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa yhtä selkeitä kriteereitä kuin määrällisessä tutkimuksessa. Tutkimuksen validiteetilla ja re-

liabiliteetilla on molemmissa lähestymistavoissa hieman erilainen sisältö. Laadullisessa tutkimuksessa validiteettiongelmat saattavat liittyä tutkimusaineiston ja tutkimuskysymysten väliseen ristiriitaan, aineistonkeruun puutteellisuuteen ja tutkimusaineiston heikkoon edustavuuteen. Reliabiliteettiin liittyvät epäkohdat voivat olla syntyä aineiston analyysin aikana tehdyistä virheistä. Toisaalta voidaan ajatella, että laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys eikä näin ollen ole toistettavissa tai siirrettävissä toiseen kontekstiin. Yleisesti standardoitujen arviointikriteerien puutteesta huolimatta on esitetty, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida suhteessa tutkimusaineiston keruuseen, aineiston analyysiin sekä tulosten raportointiin. (Nieminen 1997: 215–216.) Tutkimustulokset eivät ole käytetystä havaintomenetelmästä tai käyttäjästä irrallisia. Puhdasta, objektiivista tietoa ei siis ole olemassa sillä tutkija päättää tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa. (Tuomi – Sarajärvi 2008: 19.)

#### Tutkimusaineiston ja –menetelmän luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata tiettyä ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. Näin ollen on tarkoituksenmukaista, että aineistoon valitaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen, ja jotka kykenevät ilmaisemaan itseään. Lisäksi on tärkeää raportoida, minkä periaatteen mukaisesti haastateltavat on valittu. Myös tiedonhankintamenetelmä vaatii kriittistä tarkastelua. Jos haastattelussa esitetyt kysymykset ovat liian suppeita ja kapealle alueelle suuntautuneita, tutkimuksen luotettavuus vähenee. Toisaalta liian väljät haastatteluteemat johtavat siihen, että tutkimusaineistoa kertyy suuria määriä ja tutkija joutuu jättämään siitä paljon raportin ulkopuolelle. Aineiston luotettavuutta voidaan lisätä pitämällä haastattelupäiväkirjaa, johon kirjoitetaan omat kuvaukset ja huomiot haastattelun kulusta. (Nieminen 1997: 217.)

Tutkimukseemme valikoitunut tiedonantajien joukko muodostui vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistuneista synnytystä hoitavista kätilöistä. Tutkimukseen osallistuneet kätilöt olivat kukin tutkimushetkellä synnytyssalissa, joten heillä oli tuoreita ja jatkuvia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Tiedonantajien valinta oli harkinnanvarainen, koska tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolinen tutkimusaineisto. Kohdesairaalan synnytysosaston osastonhoitaja valitsi tiedonantajat määrittelemiemme kriteerien perusteella. Osastonhoitaja

tuntee alaisensa hyvin ja näin ollen pystyi valitsemaan kriteerit täyttävät mahdolliset tiedonantajat. Ennen haastattelua kukin tiedonantaja sai luettavaksi osastonhoitajalle toimittamamme saatekirjeen (liite 4).

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on järkevää testata haastattelussa esitettävät kysymykset kriittisillä vastaajilla ennen varsinaista aineistonkeruuta. Tämän jälkeen kysymyksiä voidaan tarvittaessa korjata ja sitä kautta myös ehkäistä validiteettiongelman syntyä. Tavalinen virhe kysymyksenasettelussa saattaa olla esimerkiksi niiden johdattelevuus. (Mäkinen 2006: 93.) Esitutkimuksen avulla varmistimme, että laatimamme haastattelurunko on toimiva, looginen ja ymmärrettävä (Vehviläinen-Julkunen 1997: 206).

Teemahaastatteluun sisältyi neljä teemaa (liite 2). Teemat muodostimme kirjallisuuteen ja aiempaan tutkimustietoon perehtymisen kautta. Haastattelua varten kehitimme teemoja täydentäviä apukysymyksiä. Haastattelurungon testasimme kahdella synnytyssalilyötä tekevällä kättilöllä kesäkuussa 2009. Koehaastattelu oli myös hyvä tilaisuus harjoitella haastattelemista. Haastatellut kättilöt eivät työskentele kohdesairaalassa eivätkä ole muilla tavoin kytköksissä opinnäytetyömme tekemiseen. Haastatteluja ei tallennettu millään tavalla, joten niiden avulla saatua tietoa ei ole käytetty opinnäytetyössämme. Koehaastattelusta saadun palautteen perusteella muokkasimme haastattelurungon apukysymyksiä täsmällisemmiksi ja ymmärrettävämmiksi. Teemahaastattelun ehdottomana hyvänä puolena havaitsimme sen, että kysymykset voi esittää siinä järjestyksessä kuin ne luontevimmin tulevat. Huomasimme myös, että ajankäyttöön tulee haastattelua tehdessä kiinnittää huomiota.

Varsinaiset tutkimushaastattelut vaihtelivat kestoltaan puolesta tunnista 50 minuuttiin ja ne tallennettiin nauhurille luotettavuuden parantamiseksi. Käytössämme oli kaksi nauhuri, joista toinen rikkoutui kesken haastattelun. Tämän johdosta korkeintaan muutama lause haastattelusta jäi puuttumaan. Varanauhurin nauhoituksen laatu oli hyvä. Kahden haastattelun keskeytyminen (puhelimien soiminen, haastattelunauhurin rikkoutuminen, huoneessa käynyt henkilökunnan jäsen) saattoi heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa meidän on oltava tietoisia omista lähtökohdistamme tutkimuksen tekijöinä (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Opinnäytetyön tekeminen ja laa-

dullisen tutkimusprosessin läpikäyminen on ollut meille molemmille uuden opettelua. Haasteita toi myös kokemattomuus synnytyksen hoitotyöstä, mikä ilmeni esimerkiksi haastattelurungon laatimisessa. Kattavien ja oleellisten teemojen luominen tutkimuskysymyksiä vastaaviksi oli haastavaa. Haastattelijoina olimme niin ikään kokemattomia, mikä saattoi näkyä haastateltavan lievänä johdatteluna. Tämä näkyi esimerkiksi siten, että apukysymyksiä teemojen välissä saatoimme käyttää jonkin verran liikaa.

Haastatteluaineiston laatu on suorassa yhteydessä sen luotettavuuteen. Haastatteluvaiheen aikana laatua voidaan parantaa huolehtimalla haastattelun tallentamisen apuna käytettävän nauhurin kunnosta ja varavälineistöstä. Välillä tarkistimmeekin tallentimen toimivuuden. Haastattelun laatua voimme paransimme tekemällä muistiinpanoja haastattelupäiväkirjaan. Päiväkirjaan kirjasimme huomioita haastateltavista ja haastattelun kulusta, mikä helpotti aineiston tulkintaa myöhemmin. Haastattelijoina toimimme samalla myös havainnoijina eli kirjoitimme muistiin, mitä ja miten sanottiin. Haastattelun lopuksi kävimme läpi haastattelurungon siltä varalta, että olisi jäänyt jotain täydennettävää. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 184–185, Tuomi – Sarajärvi 2008.)

#### Aineiston analyysin luotettavuus

Tutkimusaineiston analysoinnin aloitimme litteroimalla nauhurille tallennetut haastattelut. Luimme litteroitua aineistoa läpi useita kertoja löytääksemme tutkimuskysymyksiin vastaavat keskeiset lausumat, jotka saattoivat sisältää useampia virkkeitä. Analysoinnin luotettavuuden takaamiseksi tarkastelimme alkuperäisaineiston ja tehtyjen tulkintojen välisen yhteyden säilymistä. Analysoinnin eri vaiheissa esitimme tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä aineistolle, jotta pystyimme tarkistamaan, vastasiko luokitus asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Nieminen 1997: 219). Tutkijoina meillä ei ollut henkilökohtaista kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Näin ollen koemme pystyneemme tarkastelemaan tutkimusaineistoa tarpeeksi objektiivisesti. Tämä merkitsee sitä, että meillä ei ole tutkimusta tehdessämme ollut lähtökohtaisia tai kokemusperäisiä oletuksia siitä, mitä kättilön antama ohjaus on.

Tutkimusaineiston analysointi oli vaikein osa koko tutkimusprosessia. Jouduimme hakemaan paljon tietoa kirjallisuudesta analysointiin liittyen. Pelkistyksistä muodostettujen luokkien järjestäminen toisensa poissulkeviksi oli haastavinta, sillä ne olivat käsitteellisesti

hyvin lähellä toisiaan. Joitakin luokkia jätimme analyysin myötä kokonaan pois, koska huomasimme niiden olevan epäoleellisia tutkimuskysymysten kannalta. Pyrimme kriittisyyteen tekemiemme valintojen suhteen ja näin ollen jouduimme miettimään luokkien järjestystä useaan kertaan. Induktiivisessa sisällönanalyysissä oleellista on, että luokitus löytyy tutkimusaineistosta ilman, että aineistoa pakotetaan ennalta määrättyyn teoreettiseen kehikkoon (Nieminen 1997: 219.) Tulosten kuvauksessa olemme pyrkineet valitsemaan mahdollisimman kuvaavia ja loogisia alkuperäisilmauksia perusteluksi muodostamillamme luokituksille. Muodostuneiden yläkategorioiden määrän perusteella voimme myös todeta, että olemme pystyneet tarkastelemaan ilmiötä eri näkökulmista. Toisaalta analyysin taloudellisuus, joka tarkoittaa kattavaa kuvausta mahdollisimman harvojen käsitteiden avulla, saattoi kärsiä käsitteiden runsaudesta (Nieminen 1997: 220.) Kaiken kaikkiaan laadullisen tutkimuksen analysoinnissa on muistettava, että ei ole olemassa yhtä tulkinnallista totuutta, vaan tulkintaan vaikuttaa myös tutkijan persoonallinen näkemys (Denzin 1994: 899).

#### Tutkimustulosten luotettavuus

Tutkimusaineistosta poimituilla suorilla lainauksilla olemme pyrkineet lisäämään raportin luotettavuutta ja osoittamaan lukijalle se, minkälaisesta alkuperäisaineistosta olemme kategoriat muodostaneet (Kyngäs – Vanhanen 1999.) Tulokset muodostuivat kätilöiden todellisista kokemuksista ja kuvauksista. Tutkimustulosten koemme vastaavan asettamiimme tutkimuskysymyksiin, mikä on oleellista luotettavuuden kannalta.

Laadullinen tutkimus ei pyri määrällisen tutkimuksen tavoin tulosten yleistettävyyteen. Näin ollen tutkimustuloksiamme ei voi yleistää koskemaan kaikkia synnytyssalityötä tekeviä kätilöitä. Tutkimustuloksemme edustavat kuitenkin tutkittua ilmiötä sellaisenaan sidotuna kontekstiin, jossa se on tehty. Täten koemme, että laadullisen tutkimuksen tavoite täyttyy opinnäytetyössämme. Olemme tulkinneet ja kuvanneet tiedonantajan, kätilön, kokemusmaailmaa mahdollisimman avoimesti. Tuottamamme tieto on itsessään arvokasta ja olemme pyrkineet selkeyteen ja läpinäkyvyyteen tulosten raportoinnissa, jotta sen hyödynnettävyyttä on mahdollista arvioida.

## 9.2 Eettiset näkökohdat

Tutkimuseettiset kysymykset koskevat pääasiassa tiedonhankintaa ja tiedonantajien anonymiteettiä. Etiikka on tärkeä osa varsinkin inhimillistä toimintaa koskevassa tutkimuksessa. (Vehviläinen-Julkunen 2001: 26.) Tutkimusetiikassa eettisyys on myös tutkijan itsensä kehittämistä sekä tutkimusongelmien ja – menetelmien oikeaa valintaa (Mäkinen 2006).

Tutkimustamme varten haimme tutkimuslupaa kohdesairaalaan ylihoitajalta laatimamme tutkimussuunnitelman perusteella. Tutkimuslupa myönnettiin meille elokuussa 2009 (liite 3). Osastonhoitajan katsoimme olevan tässä yhteydessä pätevin valitsemaan osaston työntekijöistä mahdolliset tiedonantajat. Näin ollen tiedonantajien suostumus tutkimukseen osallistumisesta tapahtui hänen välityksellään.

Tutkimukselle on aina löydettävä perustelut laajemmasta tietoperustasta, joten on tärkeää pohtia sen oikeutusta ja eettisyyttä (Kylmä – Juvakka 2007: 144). Tutkimusaiheemme valikoitui Hyvä syntymä -projektin kautta. Alkuperäisenä aiheenamme oli tutkia kätilöiden asenteita synnytyksen lääkkeellistä kivunlievitystä kohtaan. Kirjallisuuteen ja tutkimustietoon perehtymisen jälkeen päädyimme tutkimaan kyseistä aihetta, mutta näkökulmaksi valitsimme kätilön synnyttäjälle antaman ohjauksen. Tätä aihetta on tutkittu hyvin vähän, joten olemme pystyneet tuottamaan uutta ja hyödyllistä tietoa. Asennetutkimus olisi näin pienellä tiedonantajien joukolla saattanut luoda anonymiteettiongelmia, sillä työyhteisön jäsenet tuntevat hyvin toisensa. Toisaalta koemme, että käyttämämme menetelmän ja valitsemamme näkökulman avulla pystyimme osaltaan valottamaan myös kätilöiden asenteita kyseisestä aihepiiristä.

Aiheellemme löytyy perusteet myös laajemmasta kontekstista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2007–2010) on laadittu suositukset synnytyksen hoitoon myös kivunlievitystä koskien. Suositusten mukaan synnytyksen hoidossa tulisi välttää tarpeettomia toimenpiteitä. Synnyttävän naisen kivunhallintaa tuetaan tarjoamalla hänelle mahdollisuus valita sekä ei-lääkkeellisistä että lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Synnytyksen aikana huolehdi-

taan myös naisen jatkuvasta psykososiaalisesta tuesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 69.) Näin ollen on aiheellista tutkia, miten kansalliset seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat suositukset toteutuvat käytännön kättilötyössä.

Laadullisen tutkimuksen ehdottomiin eettisiin periaatteisiin kuuluvat tiedonantajan vapaaehtoisuus, anonymiteetin turvaaminen sekä luottamuksellisuus. Tutkimuksen tekemisen kautta ei saa tuottaa minkäänlaista vahinkoa tiedonantajalle. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tutkijan vastuulla on haastateltavan anonymiteetin säilyminen koko tutkimusprosessin ajan (Mäkinen 2006: 115). Tutkimuseettisistä syistä emme mainitse tutkimusprosessin missään vaiheessa kohdesairaalan nimeä tai sijaintia tarkemmin. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Tiedonantajan henkilöllisyyden salaaminen voidaan turvata tutkimustulosten raportoinnissa viittaamalla haastateltaviin numeroilla tai kirjaimilla. (Mäkinen 2006: 115.) Lopullisessa raportissamme päädyimme kuitenkin jättämään tutkimusaineistosta poimituista lainauksista tunnisteet pois, sillä katsoimme niiden lisäävän tiedonantajien tunnistettavuutta. Laadullisen tutkimuksen raportti sisältää tavallisesti suoria lainauksia tutkimusaineistosta, mikä saattaa vaarantaa anonymiteetin säilymistä, sillä ainakin osa työntekijöistä tuntee toistensa työtavat ja puhetyylin hyvin. (Vehviläinen-Julkunen 1997: 31.) Tutkimuksemme tiedonantajien joukko on pieni. Tiedonantajan lähiympäristö, tässä tapauksessa esimerkiksi työyhteisö, ei saa tunnistaa tutkimukseen osallistuneita. Tarkkoja henkilötietoja emme haastateltavilta kysyneet, sillä ne eivät olleet oleellisia tutkimuksen kannalta. Suoria lainauksia olemme käyttäneet harkiten.

Pelkkä lupaus luottamuksellisuudesta tutkimusaineiston käsittelyssä ei riitä. Kerroimme haastateltaville, miten luottamuksellisuus käytännössä taataan tutkimuksen eri vaiheissa. Haastateltaville selvitimme, ketkä pääsevät käsiksi heidän antamiinsa tietoihin, ja kuinka henkilöllisyyden salaaminen käytännössä tapahtuu. Tutkimusaineistoa emme antaneet käsiteltäväksi kenellekään muulle. Tutkimusaineiston hävitimme tutkimuksen valmistumisen jälkeen. (Mäkinen 2006: 116, 148.)



Haastattelut suoritimme tiedonantajien työpaikalla ja -ajalla, mikä toi haastetta tiedonantajien anonymiteetin noudattamiseen käytännön järjestelyjen suhteen. Osastonhoitaja osoitti meille erilliset tilat haastatteluita varten ja ne pyrittiin järjestämään rauhalliseen ja häiriötömään paikkaan. Kaksi haastattelua keskeytyi ovenkoputukseen, mikä saattoi heikentää tiedonantajien anonymiteettiä. Haastattelutilat olisivat voineet sijaita kokonaan synnytysosaston ulkopuolella, mikä olisi taannut anonymiteetin säilymisen varmemmin.

Ennen haastattelua pohdimme, kuinka paljon kertoisimme tutkimuksesta haastateltaville. Tiedonantajilla on oikeus saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, mutta annettu tieto ei saa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tiedonantajan suostumusta pyydettyä, korostimme anonymiteettiä sekä mahdollisuutta keskeyttää tutkimus hänen niin halutessaan. Myös haastattelunauhurin käyttämiseen kysyimme luvan. (Vehviläinen-Julkunen 1997: 29–30.)

Jotta haastateltavilta voidaan saada pätevä suostumus tutkimukseen osallistumisesta, heitä tulee informoida tutkimuksen tekemisen yksityiskohdista. Luottamuksellisuus on tutkijan moraalinen velvollisuus, ja siitä on myös säädetty henkilötietolaissa. Tutkittavalla on oikeus valita vapaasti, haluaako hän osallistua tutkimukseen vai ei. (Mäkinen 2006: 116, 147.) Tutkimusluvan saatuaamme postitimme kohdesairaalaan saatekirjeet tutkimukseen osallistuville tiedonantajille (liite 4). Osastonhoitajan kanssa sovimme, että vain mahdollisesti tutkimukseen osallistuvat tiedonantajat saavat saatekirjeet luettavaksi. Näin ollen työyhteisön muut jäsenet eivät olleet tietoisia tutkimuksesta, joskin ovat toki saattaneet keskenään keskustella asiasta.

### 9.3 Tulosten tarkastelua

Tutkimustulosten perusteella voimme päätellä, että synnyttäjän ohjaaminen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen aikana on varsin moniulotteista työtä. Opinnäyte-työmme myötä ymmärrämme synnyttäjän ohjaamisen olevan paljon muutakin kuin tiedon jakamista. Se on pikemminkin dynaaminen vuorovaikutusprosessi, johon kuuluu joukko erilaisia hoitotyön elementtejä. Ohjaaminen synnytyksen alkuvaiheessa painottuu synnyttäjään tutustumiseen, tietojen keräämiseen ja keskusteluun erilaisista kivunlievitysmenetel-

mistä. Synnytyksen edetessä ohjaus siirtyy yhä enemmän konkretian tasolle ja keskittyy lähinnä mukana elämiseen ja läsnäoloon. Synnyttäjän kokeman kivun yltyessä usein fyysinen välimatka kätilön ja synnyttäjän välillä pienenee, jolloin koskettamisen merkitys kasvaa.

**Tavoitteellisuus.** Kätilöt kuvailivat synnyttäjän ohjaamisen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä olevan tavoitteellista toimintaa. Ohjauksen tavoitteiksi kätilöt määrittelevät turvallisuuden, tarkoituksenmukaisuuden ja synnyttäjälähtöisyyden. Kuten Lang (1993: 49) on tutkimuksessaan todennut, että vastuu synnyttäjistä ja tulevasta lapsesta, heidän turvallisuutensa, on yksi keskeisimpiä kätilöiden hoitoideologian sisältöjä. Näin ollen voidaan todeta, ettei tämä osa kätilöiden hoitoideologiaa ole muuttunut kahden vuosikymmenen aikana.

**Yhteistyö.** Synnyttäjän ohjaaminen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä on kätilöiden mukaan parhaimmillaan yhteistyötä. Synnyttäjän kuunteleminen, toiveiden ja tarpeiden kysyminen, vaihtoehtojen tarjoaminen sekä tietoisien päätöksenteon tukeminen ovat tapoja, joilla kätilöt pyrkivät edistämään yhteistyötä synnyttäjän kanssa. Synnyttäjät toivovat kätilön antavan valinnanmahdollisuuksia, mutta toisaalta kätilön tulisi tarvittaessa osata ottaa ohjat käsiinsä. (Lang 1993: 26). On tärkeää pohtia, mitä nämä asiat käytännön työssä tarkoittavat. Lowe'n (1998: 177) mukaan kätilöillä on erilaisia tapoja osallistaa synnyttäjää päätöksentekoon kivunlievityksen suhteen. Pelkkien suorien faktojen kertominen ei riitä päätöksentekoon osallistumiseen. Synnyttäjät arvostavat myös sitä, että kätilö esittää oman näkemyksensä tilanteesta, sillä tällöin häntä ei jätetä yksin päätöstensä kanssa.

Haastattelemiemme kätilöiden mukaan synnyttäjät saisivat tuoda aktiivisemmin esiin omia ajatuksiaan ja toiveitaan synnytyksen kivunhoidon suhteen, mikä puoltaa kätilöiden mainitsemaa yhteistyön näkökulmaa ohjauksessa. Toisaalta kuten Ruusuvuori (1992: 178) on jo lähes kaksikymmentä vuotta sitten todennut, että aktiivisena subjektina toimiminen sairaalaympäristössä ei välttämättä ole helppoa. Sairaala on paikkana useimmille outo ja henkilökuntaa ei tunneta ennalta. Lisäksi sairaalaan yhdistyy usein oman aseman mieltäminen potilaaksi. Nämä tekijät saattavat osaltaan vaikeuttaa synnytykseen liittyvien tuntemusten osoittamista. Lienee syytä pohtia, miten synnytykseen liittyvät hoitokäytäntömme asettavat syn-

nyttäjän potilaan asemaan, joka usein mielletään passiiviseksi. Ohjauksen avulla onkin mahdollista kannustaa synnyttäjää aktiivisuuteen synnytyksen aikana.

**Tiedon antaminen.** Synnyttäjän ohjaaminen synnytyksen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä on pitkälti tiedon antamista. Kätilön synnyttäjälle antama tieto lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä liittyy lähinnä käytännön asioihin, kuten puudutusten esivalmisteluihin, vaikutusnopeuteen- ja aikaan, ilokaasun hengitystekniikkaan sekä yleisimpiin sivuvaikutuksiin. Lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien vakavammista haittavaikutuksista kätilöt eivät anna tietoa synnyttäjälle, sillä he pitävät sitä lähinnä synnyttäjän pelotteluna. Näin ollen olisikin syytä panostaa tiedolliseen ohjaukseen jo synnytysvalmennuksessa. Tietoisen päätöksenteon prosessi tulisikin Lowe'n (2004: 255) mukaan alkaa jo raskauden aikana rohkaisemalla naista pohtimaan omia näkemyksiään ja odotuksiaan synnytyskivusta ja sen lääkkeellisestä lievityksestä. Lisäksi hänen tulisi saada riittävää ja asiallista tietoa lääkkeellisistä menetelmistä. Tietoiseen päätöksentekoon kuuluu muun muassa ymmärrys menetelmien hyödyistä sekä mahdollisista riskeistä ja sivuvaikutuksista.

**Ohjauksen apukeinot.** Tutkimustulostemme mukaan kätilöt käyttävät erilaisia apukeinoja synnyttäjän ohjauksessa. Näitä ovat mallin näyttäminen, läsnäolo, emotionaalinen tuki, ohjauksen ajoittaminen ja synnyttäjän tulkitseminen. Tutkimukseemme osallistuneet kätilöt kuvasivat synnyttäjän ohjaamisen vaativan hyviä vuorovaikutustaitoja. Kätilön tulee osata ”lukea” synnyttäjää myös sanattoman viestinnän avulla. Esimerkiksi synnyttäjän kasvojen ilmeet ja liikehdintä antavat kätilölle viitteitä synnytyskivun asteesta ja näin ollen viestittää, minkälaista ohjausta synnyttäjä kulloinkin saattaisi tarvita. Laaksoranta (1996: 39) on todennut tutkimuksessaan, että synnyttäjän ja kätilön väliseen vuorovaikutukseen kuuluu sanallisen vuorovaikutuksen lisäksi nonverbaalinen viestintä, kuten eleet, ilmeet, kosketus sekä hiljaa läsnäolo.

Monissa kätilötyötä koskevissa tutkimuksissa läsnäolo synnyttäjän luona mainitaan tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Vallimies-Patomäen (1998: 154) mukaan synnyttäjän luona olemisen sisältyy emotionaaliseen tukemiseen. Kätilön läsnäolon synnytyksen aikana synnyttäjät kokevat turvallisuuden tunnetta lisääväksi tekijäksi. Tutkimustulostemme mukaan olemalla läsnä synnytyshuoneessa kätilö viestittää olevansa käytettävissä. He myös pyrkivät kiireestä

huolimatta tekemään läsnäolosta kiirettömän, jotta synnyttäjällä olisi aikaa keskustella. Läsnäolon määrään vaikuttaa osaltaan henkilökemioiden yhteensopivuus. Ruusuvuori (1992: 48) on tutkimuksessaan todennut, että synnyttäjät arvostavat kättilöä, joka pystyy luomaan luontevan keskusteluyhteyden sekä heidän itsensä että tukihenkilön kanssa. Lisäksi he toivovat, että kättilö ehdottaa erilaisia keinoja lievittää kivun tunnetta. Haastattelemamme kättilöt toivat esiin sen, että he ehdottavat synnyttäjälle erilaisia kivunlievitysmenetelmiä, mikä on myös tapa osoittaa olevansa synnyttäjän käytettävissä.

Vallimies-Patomäki (1998: 154) on todennut tutkimuksessaan, että pelkojen ja kipujen lievittämisessä on tärkeää naisen fyysisistä tarpeista ja mielialasta huolehtiminen, tiedon ja neuvojen antaminen, hänen mielipiteidensä huomioonottaminen sekä oma-aloitteiseen ja aktiiviseen toimintaan kannustaminen. Styrmanin ja Leino-Kilven (1993: 76–77) mukaan synnyttäjien mukaan hyvän hoidon elementtejä ovat kannustaminen ja rohkaisu sekä yksilöllinen kohtelu (Styrman ja Leino-Kilpi 1993: 76–77). Samansuuntaisia asioita kertoivat myös haastattelemamme kättilöt synnyttäjien nykyäänkin odottavan.

McCrea, Wright ja Murphy-Black (1998: 177) ovat tutkineet havainnoimalla irlantilaisia kättilöitä ja heidän synnyttäjälle antamaansa ohjausta synnytyksen kivunlievityksestä. Kättilöt jakautuvat tutkimuksen mukaan kolmeen eri luokkaan, joista esimerkillisin on niin kutsuttu ”lämmän ammattilainen”. Tutkimuksen mukaan synnyttäjän hyvä ohjaaminen koostui yksilöidyn ja ymmärrettävän tiedon antamisesta ja läsnäolosta. Kättilö kertoi käytettävissä olevista kivunlievitysmenetelmistä sekä niiden hyödyistä ja riskeistä. Mikäli synnyttäjä halusi lääkkeellistä kivunlievitystä, kättilö painotti sen huolellista ajoittamista synnytyksen etenemisen kannalta. Synnyttäjän emotionaalinen tukeminen ja koskettaminen olivat tärkeä osa ohjaamista. Päätöksenteon suhteen synnyttäjää ei jätetty yksin tekemään päätöksiä vaan asioista keskusteltiin yhdessä. Tutkimustuloksissamme toistuu paljon edellä mainittuja asioita kättilöiden itsensä kuvaamina.

**Synnyttäjän taustatekijät.** Synnyttäjä tuo ohjaustilanteeseen mukanaan aina omat taustatekijänsä, jotka ovat omalta osaltaan vaikuttamassa kunkin ohjaussuhteen kehitykseen. Haastattelemiemme kättilöiden mainitsemia synnyttäjän taustatekijöitä ovat sosiaaliset taustatekijät, synnytykseen valmentautuminen, synnytyspelko, synnyttäneisyys sekä suhtautu-

minen synnytyskipuun. Kätilöt korostivat, että jokainen ohjaussuhde on hyvin yksilöllinen ja jokainen synnyttäjä kohdataan omana persoonanaan, sillä jokainen synnytys on erilainen. Kuitenkin he mainitsivat tiettyjä taustatekijöitä, joiden he kertoivat vaikuttavan esimerkiksi ohjauksen sisältöön ja tapaan ohjata. Esimerkiksi monisyntyttäjien he katsovat tarvitsevan vähemmän tiedollista ohjausta kuin ensisyntyttäjien. Vehviläisen (2000: 82) mukaan asiantuntijan ymmärrys yksittäisen naisen tilanteesta saattaa perustua järjestelmän yleisten normien soveltamiseen, joka johtaa asiakkaiden ja potilaiden tyypittelyyn asiakas- ja potilastapauksiksi. Tyypittely näkyy esimerkiksi naisen nimeämisenä ”ensisyntyttäjäksi”, jolloin saatetaan asettaa rajoja sille, kuinka kivulias synnytys voi olla. Hieman eriävään tutkimustulokseen on aikaisemmin päätynt Laaksoranta (1996: 49), joka on todennut, että kätilöt eivät luokittele synnyttäjää sen mukaan, kuinka monetta lasta hän on synnyttämässä. Synnyttäjä itse omana persoonanaan määrittää tuen tarpeen. Voidaankin pohtia, onko yksilöllisyys ohjauksessa todellisuutta vai pelkkä fraasi.

Kätilöiden mukaan synnyttäjät ovat valmentautuneet synnytykseen eri tavoin, mikä luo tietynlaisen viitekehyksen ohjaamiseen synnytystilanteessa. Valmentautuminen synnytykseen sisältää synnyttäjän tietämyksen lääkkeellisistä menetelmistä, Internetin keskustelupalstoilta ja kavereilta saadun tiedon. Kätilöiden mukaan synnyttäjät omaavat perustiedot synnytyksen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä, mutta he eivät ole riittävän tietoisia niiden haitta- ja sivuvaikutuksista. Synnyttäjät ovat saattaneet lukea internetin keskustelupalstoilta ”kauhukertomuksia” kivuliaista synnytyksistä, mikä luo usein aiheettomia pelkoja. Lisäksi kaverit usein myös kannustavat vaatimaan synnytyskivun lääkkeellistä kivunlievitystä oman kokemustensa perusteella. Elämme tietoyhteiskunnassa, joka pursuaa erilaisia informaation lähteitä, kuten aikakauslehdet ja Internet. Vaatii taitavaa lähdekritiikin käyttöä, kun ryhtyy tutustumaan Internetistä löytyviin synnyttämistä koskeviin kirjoituksiin ja niiden asianmukaisuuteen. Suuri informaatiotulva saattaa myös erehdyttää maallikon luulemaan omaavansa paljon ja tarpeeksi tietoa päätöksenteon pohjaksi. Raynes-Greenow, Roberts, McCaffery ja Clarke (2007: 143) ovat tutkimuksessaan päätyneet samansuuntaisiin tuloksiin. Synnyttäjät uskoivat tietävänsä tarpeeksi synnytyksen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä tehdäkseen tietoisia päätöksiä niiden käytöstä synnytyksessä. Todellisuudessa he eivät olleet lainkaan tietoisia niiden riskeistä, esimerkiksi vaikutuksista synnytyksen kul-

kuun tai sikiöön. Synnyttäjät luottivat, että sukulaisilta ja ystäviltä kuultu, kokemusperäinen tieto on riittävän luotettavaa ja tosiasiallista.

Haastattelemamme kätilöt eivät ottaneet kantaa nykymuotoiseen synnytysvalmennukseen. Neuvolan roolia synnytykseen valmentajana on kuitenkin kritisoinut muun muassa Ruusu-vuori (1992: 57–59) jo 90-luvun alussa. Tuolloin huomattiin, että neuvolan synnytysvalmennus antoi epärealistisen kuvan synnytyskivusta ja sen lievityksestä. Esimerkiksi lääkkeelliseen kivunlievitykseen liittyvät riskitekijät jätettiin käsittelemättä. Lisäksi havaittiin ristiriitaisuuksia synnytysvalmennuksessa jaetun ja muualta saadun tiedon välillä. Synnyttäjät tarvitsisivat enemmän tietoa ja ohjeita jo ennen synnytystä, jotta voisivat itse aktiivisesti toimia synnytyksen aikana.

**Haastavat ohjaustilanteet.** Synnyttäjän ohjaamisessa tulee ajoittain vastaan ristiriitatilanteita, jotka kätilöt kokevat haasteellisina. Yleisin ristiriitatilanne synnytyksenhoidossa koskee lääkkeellisen kivunlievityksen sopivaa ajankohtaa. Synnyttäjät saattavat usein vaatia lääkkeellistä kivunlievitystä synnytyksen kannalta epäedulliseen ajankohtaan. Langin (1993: 25–26) tutkimuksessa nousi esiin samantyyppinen ristiriitatilanne, joka mahdollisesti johtuu synnyttäjän tiedon puutteesta tai kykenemättömyydestä yhdistää tietoja. Jos esiintyviä ristiriitaisuuksia ei käsitellä, jää synnyttäjälle herkästi negatiivinen kuva synnytyksestä, kun se ei kaikilta osin vastannutkaan hänen odotuksiaan. Tutkimustuloksemme viittaavat siihen, että tähän epäkohtaan ei ole saatu isoa muutosta nykypäivään mennessä.

Kätilöt kokevat haastavana ohjauksen kannalta myös tukihenkilön puuttumisen kätilön työhön. Kätilöiden mukaan tukihenkilön saattaa olla vaikeaa hyväksyä kipua luonnolliseksi osaksi synnytystä. Joissakin tapauksissa tukihenkilöt vaativat lääkkeellistä kivunlievitystä piittaamatta sen seurauksista synnytyksen kulkuun. Sillankorvan (2000: 72) mukaan kätilöt kokevat tukihenkilön puuttumisen kätilön työhön vaikeaksi synnytyksenhoitotilanteessa. Lähes puolet tai puolet vastaajista oli kokenut erityisen vaikeaksi synnytyksenhoitotilanteen, jossa tukihenkilö antoi kätilölle synnytyksenhoitoon liittyviä ohjeita, arvosteli tämän työskentelytapaa tai komenteli kätilöä.

Langin (1993: 25–28) mukaan synnyttäjien odotukset koskien synnytyksen hoitoa olivat ristiriidassa todellisuuden kanssa. Toisaalta synnyttäjät pitivät synnytystä luonnollisena tapahtumana, johon tulisi puuttua mahdollisimman vähän, mutta toisaalta taas pitivät oikeutenaan saada lääkkeellistä kivunlievitystä heti niin halutessaan. Synnyttäjät toivoivat saavansa osaksi päättää itse synnytyksessä tarvittavien toimenpiteiden tarpeellisuudesta. He myös uskoivat tietojensa riittävän siihen. Myös Sillankorva (2000: 70) on noin kymmenen vuotta myöhemmin päätenyt samoihin tuloksiin, joiden mukaan synnyttäjän epärealistiset odotukset ja asennoituminen synnytykseen sekä tarkat suunnitelmat siitä, kuinka synnytyksen tulee edetä voi vaikeuttaa synnytyksen hoitoa.

Haastaviin ohjaustilanteisiin lukeutui haastattelemiemme kättilöiden mukaan kipeän synnyttäjän ohjaaminen, jossa korostuu tiedon antamisen sijaan rauhoittelu, asioiden toistaminen ja koskettaminen. Ohjaaminen tapahtuu siis fyysisestikin lähempänä synnyttäjää ja on enemmän konkretian tasolla silloin, kun synnyttäjä ei hallitse kipuaan. Laaksorannan (1996: 49) tutkimuksessa kättilöt ovat kuvailleet kosketuksen vaikutusta synnytyskipuun. Heidän mukaansa koskettaminen rauhoittaa ja rentouttaa synnyttäjää. Tällöin kipu tuntuu lievempänä kosketuksen viedessä pelkoa ja jännitystä pois. Näin kättilö voi tukea synnyttäjää kivusta selviytymisessä. Konkreettisesti koskettamalla kättilö voi myös viestiä ymmärrystä ja myötätuntoa synnyttäjää kohtaan.

**Ammatillinen kehittyminen.** Ammatillinen kehittyminen on osa kättilön työtä ja sitä tapahtuu jatkuvasti. Ammatillinen identiteetti on ikään kuin kättilön oma viitekehys ja taustatekijä, joka ohjaa toimintaa käytännön työssä. Ammatillinen kehittyminen tulee näin ollen myös osaksi synnyttäjän ohjaamista. Tutkimuksemme mukaan mallioppiminen, synnytyskulttuuri ja tietotaito ovat ammatillisen kehittymisen rakenneosia. Tutkitun tiedon käyttöä synnyttäjälle annetun ohjauksen pohjana kättilöt kuvaavat tutkimuksessamme yllättävän vähän.

Vaikka kättilön työ on pitkälti itsenäistä, he arvostavat kollegoiden mielipiteitä ja näkemyksiä pulmatilanteissa. Kättilöt kysyvät neuvoja kokeneemalta kollegalta etenkin lääkkeellisen kivunlievityksen ajoittamisen suhteen. Konsultoimista kättilöt pitävät itsestään selvänä osana kättilötyötä. Varsinkin kokemattomammat työyhteisön jäsenet kysyvät usein neuvoja

kokeneemmilta. Lang (1993: 33–35) on tutkimuksessaan saanut samansuuntaisia tuloksia jo pari vuosikymmentä sitten. Kätilöiden mukaan ammatillinen kasvu tapahtuu suurelta osin mallioppimisen kautta seuraamalla vanhempien ja kokeneempien kollegojen toimintaa. Mallioppiminen on lähinnä työtapojen ja -menetelmien omaksumista. Kokeneempiin kätilöihin turvaudutaan kysymällä neuvoja ja mielipiteitä. Työhön tullessaan nuori kätilö aloittaa sosiaalistumisen synnytysosaston kulttuuriin. Uuden tulokkaan on opittava osaston kätilöiden tapa tuntea, ajatella ja toimia. Tietyt käyttäytymismallit tulevat osaksi tulokkaan toimintaa ilman, että niiden taustaa syvemmin tulee pohtineeksi.

Mallioppimisella on myös varjopuolensa. Vastavalmistuneilla kätilöillä on usein tuoreessa muistissa viimeisin tutkittu tieto synnytyksen hoidosta. Työyhteisön uusi työntekijä voi kuitenkin nopeasti oppia vanhat talon tavat, jolloin tutkittu tieto sulautuu ja häviää vanhoihin käytäntöihin, jos sitä ei uskalleta reippaasti soveltaa käytäntöön. Sarlio (1997: 115) on todennut, että kätilöopiskelija saa teoreettisen, synnytyksenhoitollisen tiedon lisäksi valtavan määrän tietoa, asenteita, merkityksiä ja malleja kokeneen kätilön henkilökohtaisessa ohjauksessa käytännön jaksoilla. Samaa tapahtuu käytännön työelämässä koko ajan, kun kokeneemmilta kätilöiltä pyydetään mielipiteitä ja neuvoja. Tämä on toki luonnollinen osa työskentelyä ja ammatillisuutta, mutta vanhoja hoitokäytänteitä on hyödyllistä myös kyseenalaistaa ja arvioida jatkuvasti.

Synnyttäjän ohjaaminen kivunlievityksen suhteen on sidoksissa aikaan, paikkaan ja ihmisiin: 2000-luku, synnytyssairaala, työyhteisö ja synnyttävät naiset. Kätilön antama ohjaus rakentuu osaksi sen mukaan, mitä vaatimuksia ja asenteita ympäristö kohdistaa synnytyksen hoitoon. Osa haastattelemistamme kätilöistä mainitsi olevansa pohjimmiltaan lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien kannalla, mutta ovat joutuneet mukauttamaan toimintatapojaan ja antamaansa ohjausta enemmän nykyistä synnytyskulttuuria vastaavaksi. Syntymän hoito nähdään kovin teknisenä ja yksi kätilö kuvailikin sen olevan pitkälti erilaisten laitteiden hoitamista. Pidempää työuraa tehneet kätilöt totesivat, että nykyinen synnytyskulttuuri edustaa lääkitsemiskeskeisempää suuntausta. Naiset haluavat synnyttää mahdollisimman kivuttomasti ja toisaalta lääketiede vastaa tähän vaatimukseen kehittämällä jatkuvasti uusia menetelmiä. Sarlio (1997: 88) on tutkimuksessaan todennut, että kätilön toteuttamat synnytyssalirituaalit ilmentävät sairaalan sisäistä maailmaa, mutta ne muuttuvat jat-



kuvasti uuden medikaalitiedon ja ympäröivän yhteiskunnan esittämien toiveiden ja vaateiden vaikutuksesta.

Tutkimuksessamme tuli ilmi, että kätilöt päivittävät tietojaan oma-aloitteisesti melko vähän. Tutkittua tietoa ei etsitä aktiivisesti ja alan kirjallisuutta luetaan harvakseltaan. Työpaikalla uuteen ja tutkittuun tietoon tutustutaan, mikäli se on helposti saatavilla. Kätilöiden mukaan tietojen päivittämiseen ei ole resursoitu tarpeeksi työaika. Pakkonen (2009: 35–36) on saanut samansuuntaisia tuloksia tutkiessaan ammattikorkeakoulun ammatillisia erikoistumisopintoja suorittaneiden sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kätilöiden käsitäytksiä tutkitun tiedon käytön esteistä ja edistävästä tekijöistä hoitotyössä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että organisaatioon sekä tutkitun tiedon julkaisemiseen, saatavuuteen ja hyväksyttävyyteen liittyvät esteet olivat suurimpia syitä, miksi tutkittua tietoa ei käytetä. Lisäksi työn kiireellisyys, hoitajien ajan puute lukea tutkittua tietoa sekä tutkitun tiedon julkaiseminen vieraalla kielellä estävät uusien toimintatapojen soveltamista käytännön työhön.

Tutkimusten mukaan Suomessa hoitotieteellisen tutkimustiedon käyttö käytännön hoitotyössä melko vähäistä. Syiksi on esitetty muun muassa tutkimusraporttien heikko saatavuus ja raportoinnissa käytetty englannin kieli. On myös esitetty, etteivät kaikki terveydenhuollon organisaatiot ole myönteisiä muutoksille tai uudistuksille ja että esimerkiksi hierarkiset johtamiskäytännöt voivat estää tutkimustiedon hyödyntämistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 197).

#### 9.4 Kehittämisehdotukset

Tärkeimmän kehittämisehdotuksemme suuntaamme synnytysvalmennukseen ja sen kehittämiseen. Kuten olemme todenneet, synnyttäjän tietämys synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä saattavat lähtökohtaisesti perustua erinäisistä lähteistä hankittuun tietoon, joka ei aina ole riittävän tosiasiallista. Synnytysvalmennus tulisi järjestää omana kokonaisuutenaan tai osana perhevalmennusta. Olennaisen tärkeää olisi lisätä yhteistyötä ja keskustelua synnytysairaalan ja äitiysneuvolan välillä, jotta annettu ohjaus olisi mahdollisimman yhtenäistä ja toteutuisi moniammatillisella yhteistyöllä. Uudistamalla ja päivittämällä synnytysval-

mennuksen sisältöjä ja opetusmenetelmiä mahdollisesti voitaisiin lisätä sen vetovoimaisuutta pariskuntien keskuudessa.

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan tutkimustiedon hankkimista ja sen järjestelmällistä, kriittistä ja harkittua käyttöä (Eriksson ym. 2007: 188). Tutkimustieto niin lääkkeettömistä kuin lääkkeellisistäkin synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä sekä synnytyksen hoitokäytännöistä päivittyy jatkuvasti ja olisi tärkeää, että se saisi jalansijaa myös käytännön työkentillä. Osaston henkilökunnalle tulisi järjestää systemaattista täydennyskoulutusta esimerkiksi tutkimusklubi-periaatteella. Klubeissa voitaisiin keskittyä oman alan uusimpaan tutkimustietoon ja näin ollen pysyä ajan tasalla näyttöön perustuvista hoitokäytännöistä. Näin voitaisiin lisätä ammatillista keskustelua työyhteisön sisällä, mikä mahdollistaisi oman toiminnan jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen. Hoitotyön tutkimusklubit ovat Suomessa kohtalaisen uusi ilmiö, mutta maailmalla ne ovat toimineet jo muutaman vuosikymmenen ajan (Meriö 2009).

#### 9.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusaiheena ehdotamme tarkempaa selvitystä siitä, millaisia kokemuksia synnyttäjillä ja tukihenkilöillä on saamastaan ohjauksesta lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Tästä saatuja tuloksia voitaisiin vertailla tutkimukseemme ja näin selvittää, vastaako kättilön antama ohjaus synnytyksen kivunlievityksestä synnyttäjän tarpeita. Jatkotutkimuksella voitaisiin lisäksi tarkastella, miten kättilöiden ja synnyttäjien näkemykset annetusta ja saadusta ohjauksesta yhtenevät.

Monessa sairaalassa synnytysvalmennus on siirtynyt sairaalavierailuista virtuaaliseen maailmaan. Sairaanhoidopiirien internet-sivuille on luotu tietoisku, jonka oletetaan korvaavan vanhan synnytyssairaalassa toteutetun valmennuksen. Haastattelemamme kättilöt eivät ottaneet kantaa synnytysvalmennukseen eivätkä niin ikään neuvolankaan rooliin synnytykseen valmentajana. Opinnäytetyömme tuloksista esiin nousevana jatkotutkimusehdotuksena ehdotamme selvitystä siitä, miten neuvola valmentaa naisia ja tukihenkilöitä synnytyskivun suhteen. Olisi hyödyllistä selvittää neuvolasta saadun valmennuksen sisältöjä ja hyödynnettävyyttä synnyttäjän ja tukihenkilön näkökulmasta.

## LÄHTEET

- Ahonen, Pia – Hupli, Maija – Lauri, Sirkka 1995: Päätöksenteko synnyttäjän hoidossa – synnyttäjien ja kätilöiden käsityksiä. Turun yliopiston hoitotieteen laitos. Hoitotyön julkaisusarja A:15.
- Benner, Patricia – Tanner, Christine A. – Chesla, Catherine A. 1999: Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Helsinki: Wsoy.
- Benner, Patricia 1984: From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, Patricia 1993: Aloittelijasta asiantuntijaksi. Helsinki: Wsoy.
- Brownridge, Peter 1994: Pain Relief and Anaesthesia in Childbirth. Ashwood Medical Library.
- Cluett, Elizabeth R. 2005: Using the Evidence to Inform Decisions. Teoksessa: Raynor, Maureen D. – Marshall, Jayne E. – Sullivan, Amanda (toim.) 2005: Decision Making in Midwifery Practice. Churchill Livingstone.
- Conrad, Peter 2000: Medicalization, genetics and human problems. Kirjassa: Bird, Chloe – Conrad, Peter – Fremont, Allen M. (toim.) 2000: Handbook of Medical Sociology. 5. painos. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 2000:322-33.
- Covino, Benjamin G. – Scott, D. Bruce – Lambert, Donald D. 1994: Handbook of Spinal Anaesthesia and Analgesia. Medi Globe. Kin Keong Printing co pte ltd Singapore.
- Denzin, Norman K. 1994: The Practices and Politics of Interpretation. Teoksessa: Denzin, Norman K. – Lincoln, Yvonna S. (toim.) 1994: Handbook of Qualitative Research.
- Descartes, René 2001: Teokset I. Yksityisiä ajatelmiä, järjen käyttöohjeet, metodin esitys, optiikka, Kirjeitä 1619-1640. Jansson, Sami (suom.). Helsinki: Gaudeamus.
- Eskola, Jari – Vastamäki, Jaana 2007: Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Aaltonen, Juhani – Valli, Raine 2007: Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Eriksson, Katie – Isola, Arja – Kyngäs, Helvi – Leino-Kilpi, Helena – Lindström, Unni Å. – Paavilainen, Eija – Pietilä, Anna-Maija – Salanterä, Sanna – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Åstedt-Kurki, Päivi 2007: *Hoitotiede*. Helsinki: Wsoy.
- Fraser, Diane M. – Cooper, Margaret A. 2003: *The Midwife*. Teoksessa: Fraser, Diane M. – Cooper, Margaret A. 2003: *Myles Textbook for Midwives*. Churchill Livingstone.
- Haaramo, Maija 1995: *Riittääkö tahto ja tieto? Kuvaus synnyttäjän itsemääräämisestä, synnytystä koskevasta tiedosta ja päättämishalukkuudesta*. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.
- Hautaniemi, Soili 2007: *Sisäinen hallinta normaalisynnytyksessä ensisynnyttäjän kokemana*. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008: *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000: *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hollmén, Arno I. 1992: *Synnytyskipun lievitys*. Teoksessa: *Obstetriikka*. Recallmed Oy. Kouvola: Kouvolan painotalo Oy.
- Häkkinen, Kaisa 2004: *Nykysuomen etymologinen sanakirja*. Wsoy.
- Hänninen, Sisko-Liisa 1965: *Kätilötyön vaiheita*. Helsinki: Otava.
- Jaakola, Marja-Leena – Alahuhta, Seppo 2006: *Obstetrinen analgesia ja anestesia*. Teoksessa: Rosenberg, Per – Alahuhta, Seppo – Lindgren, Leena – Olkkola, Klaus – Takkunen, Olli (toim.) 2006: *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jaakola, Marja-Leena 2008: *Synnytysskipu ja sen lääkkeellinen hoito*. *Kipuviesti* 2: 30–33.
- Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001: *Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa*. Teoksessa: Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001: *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: Wsoy.
- Jäppinen, Harri (toim.) 1999: *Synonymisanakirja*. Porvoo: Wsoy.
- Kalso, Eija 2002: *Synnytysskipu*. Teoksessa: Kalso, Eija – Vainio, Anneli (toim.) 2002: *Kipu*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Kalso, Eija - Mattila, Mauri J. 1996: Euforisoivat analgeetit. Teoksessa: Koulu, Markku – Tuomisto, Jouko – Paasonen, Matti K. (toim.) 1996: Farmakologia ja toksikologia. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Medicina.
- Kalso, Eija - Vainio, Anneli 2002: Kivun hoitomuodot. Teoksessa: Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karlsen, Bjørg 1997: Hospital Nurses' Perceptions of Patient Teaching. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 11(2): 100–105.
- Kaukinen, Seppo 1996: Yleisanestesia-aineet. Teoksessa: Koulu, Markku – Tuomisto, Jouko – Paasonen, Matti K. (toim.) 1996: Farmakologia ja toksikologia. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Medicina.
- Koukkula, Rauni 1992: Synnytyskipu – vastasyntyneiden äitien kokemuksia. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007: Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: Wsoy.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3–12.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005: Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede*. 17(5): 250–258.
- Kääriäinen, Maria 2007: Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Kääriäinen, Maria 2008: Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö*. 6(4): 10–15.
- Laaksoranta, Liisa 1996: Koskettaminen synnyttäjän hoidossa. ”Kuin kalvo särkyisi”. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lahelma, Eero 2003: Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Duodecim* 119(19). Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93826.pdf>> Luettu 23.2.2009.
- Lang, Leena 1993: Kättilöiden hoitoideologia ja synnyttäjien hoitoa koskevia odotuksia ja kokemuksia: kurkistus erään yliopistollisen keskussairaalan synnytysosaston hoitokulttuuriin. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Lang, Leena - Nikkonen, Merja 1994: Kätilöiden hoitokulttuuri ja synnyttäjien hoitoa koskevia odotuksia ja kokemuksia. *Hoitotiede*. 6(3): 107–115.
- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Teoksessa: Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Wsoy.
- Leino, Antti - Leino, Pirkko 1996: Synonyymisanasto. Otava
- Leino-Kilpi, Helena 2003: Etiikka kätilötyössä. Teoksessa: Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta (toim.) 2003: Etiikka hoitotyössä. Wsoy.
- Liukkonen, Anja - Heiskanen, Päivi – Lahti, Anneli – Saarikoski, Seppo 1998: Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Kirjayhtymä. Tammer-Paino Oy.
- Louhivuori, Tiina 1994: Kätilöiden ammatillinen kasvu ja hoidon humanistiset periaatteet synnyttäjän hoidossa. Tutkimus. Helsingin sairaanhoito-opisto. Opettajankoulutusosasto.
- Lowe, Nancy K. 2004: Context and Process of Informed Consent for Pharmacologic Strategies in Labor Pain Care. *Journal of Midwifery and Womens Health*. 49(3): 250–259.
- Lääkintöhallitus 1977: Ehdotus synnytyskipujen lievittämisen toteuttamiseksi Suomessa. lääkitöhallituksen työryhmän mietintö. Helsinki.
- Mattila, Lea-Riitta 2001: Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- McCaffery, Margo – Pasero, Chris 1999: Pain. Clinical Manual. Second Edition. St. Louis: Mosby.
- McCrea, B. Hally – Wright, Marion E. – Murphy-Black, Tricia 1998: Differences in midwives' approaches to pain relief in labour. *Midwifery* 14: 174-180.
- Meriö, Anu 2009: Hoitotyön tutkimusklubit tuovat teorian käytäntöön. Verkkodokumentti. <[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajaleti/12\\_2009/ajankohtaikirjoitus/hoitotyön\\_tutkimusklubit\\_tuovat/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajaleti/12_2009/ajankohtaikirjoitus/hoitotyön_tutkimusklubit_tuovat/)> Luettu 17.3.2010.

- Metsämuuronen, Jari 2006: Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp.
- Miettinen-Jaakkola, Aila 1992: Nainen naiselle. Luonnollinen syntymä. Helsinki: Kääntöpiiri.
1. Mooseksen kirja, 3. luku, 16. jae. Raamattu. Vanha Testamentti. Painovuosi 1992. Porvoo: Wsoy.
- Mäkinen, Olli 2006: Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nieminen, Heli 1997: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: Wsoy.
- Nikkola, Eeva 2003: Suonensisäinen fentanyyli synnytysanalgesiassa. Lääkärikirja Duodecim. 119(21): 2063–2068.
- Nikkola, Eeva – Fellman, Vineta 2006: Farmakologisen synnytyskivun lievityksen vaikutukset vastasyntyneeseen. Suomen lääkärilehti. 61(36): 3569–3575.
- Nystedt, Astrid – Edvardsson, David – Willman, Ania 2004: Epidural Analgesia for Pain Relief in Labour and Childbirth – a review with a systematic approach. Journal of Clinical Nursing. 13(4): 455–466.
- Odent, Michel 1984: Birth Reborn. What Childbirth Should Be. Introduction by Sheila Kitzinger. Souvenir Press.
- Ojanen, Sinikka 2000: Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Saarijärvi: Palmenia-kustannus.
- Onnismaa, Jussi 2007: Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomioita ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Pakkonen, Mari 2009: Terveysalan täydennyskoulutus – mahdollisuus edistää tutkitun tiedon käyttöä hoitotyössä. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: Wsoy.
- Pere, Pertti 1996: Puudutteet. Teoksessa: Koulu, Markku - Tuomisto, Jouko - Paasonen, Matti K. (toim.): Farmakologia ja toksikologia. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Medicina.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2006: Kätilötyö tänään. Teoksessa: Paananen, Ulla Kristiina - Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari 2006 (toim.): Kätilötyö. Helsinki: Edita.

- Pihlajaniemi, Arja 1992: Synnytyskipu ja kättilön toiminta synnytyskipun lievittämiseksi. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pylkkänen, Eve 2006: Eettiset ongelmat synnytyksen hoitotyössä: kättilöiden kokemukset. Pro gradu –tutkielma Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Ranta, Pirjo 1999: Obstetrinen analgesia. Teoksessa: Rosenberg, Per - Alahuhta, Seppo - Kanto, Jussi - Takala, Jukka (toim.) 1999: Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Duodecim.
- Raussi-Lehto, Eija 2007: Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa: Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kättilötyö. Helsinki: Edita.
- Raynes-Greenow, Camille H. – Roberts, Christine L. – McCaffery, Kirsten – Clarke, Judith 2007: Knowledge and decision-making for labour analgesia of Australian primiparous women. *Midwifery* 23: 139–145.
- Rosenberg, Per 1998. Anestesia-aineet ja keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet. Teoksessa: Pelkonen, Olavi - Ruskoaho, Heikki, Bardy, Ali (toim.): Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Kustannus Oy Duodecim.
- Ruusuvuori, Johanna 1992: Mitä synnyttävien naisten puhe kertoo synnytyksestä? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31: 174–181.
- Ruusuvuori, Johanna 1992: Synnyttämisen suuntia. Synnyttävän naisen muuttuva asema diskurssikamppailussa. Sarja N-julkaisuja. Naistutkimusyksikkö. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Tampereen yliopisto.
- Ryttyläinen, Katri 2005: Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Sadeniemi, Matti (toim.) 1996: Nykysuomen sanakirja: Osa 4: O–R. Porvoo: Wsoy.
- Sailo, Eriikka 2000: Mitä kipu on? Teoksessa: Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.) 2000: Kivunhoito. Tampere: Tammi.
- Sailo, Kaija - Qvick, Leena 2000: Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa: Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.) 2000: Kivunhoito. Tampere: Tammi.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2006. Verkkodokumentti.  
<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)> Luettu 15.9.2009.



- Sariola, Anne - Haukkamaa, M. 2004. Normaali synnytys. Teoksessa: Ylikorkala, Olavi - Kauppila, Antti (toim.): Naistentaudit ja synnytys. 4. uudistettu painos. Keuruu: Duodecim. Otavan kirjapaino Oy.
- Sarlio, Johanna 1997: Raakaten ja rohkaisten. Kätilö ja sairaalasyntytyksen hoito rituaalitutkimuksen valossa. Pro gradu -tutkielma. Uskontotieteen laitos. Helsingin yliopisto.
- Sarvela, Johanna 2009: Synnytyskipu. Teoksessa: Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Duodecim. Keuruu: Otava.
- Sillankorva, Jaana 2000: Vaikea synnytyksenhoitotilanne: analyysi synnyttäjään ja tukihenkilöön liittyvistä tekijöistä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2010. Synnytyksen hoito. Verkkodokumentti. <<http://pre20090115.stm.fi/pr1169630707750/passthru.pdf>> Luettu 15.2.2009.
- Stakes 2008: Synnytystoimenpiteitä sairaaloittain Suomessa 2006-2007. Tilastotiedote 32/2008. Verkkodokumentti. <[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt32\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt32_08.pdf)> Luettu 10.2.2009
- Styrman, Menita – Leino-Kilpi Helena 1993: Synnyttäjän hyvä hoito säännöllisessä synnytyksessä ensisynnyttäjän kokemana. Turun yliopiston hoitotieteen laitos. Hoitotyön julkaisusarja A:1. Turun yliopistollinen keskussairaala.
- Sundeen, Sandra – Stuart, Gaild – Rankin, Elizabeth – Cohen, Sylvia 1987: Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön. Juva: Wsoy. SHKS.
- Suomen kielen perussanakirja 1992. Toinen osa L-R. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Suomen Kätilöliitto 1998: Tiedolla, taidolla ja tunteella. Kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Porvoo.
- Taylor, M. Clare 2005: Interviewing. Teoksessa: Holloway, Immy (toim.) 2005: Qualitative Research in Health Care. Open University Press.
- Tiitinen, Aila 2008: Synnytyskipun hoito. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00883](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883)> Luettu 17.3.2009
- Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2008: Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Tammi.

- Tuomainen, Raimo – Myllykangas, Markku – Elo, Jyrki – Ryyänen, Olli-Pekka 1999: Medikalisaatio - aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino Oy.
- Tähtinen, Tanja 2007: Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Utrio, Kaari 1994: Eevan tyttäret. Naisen, lapsen ja perheen historia. Helsinki: Tammi.
- Weaver, Jane 1998: Choice, Control and Decision-making in Labour. Teoksessa: Clement, Sarah (toim.) 1998: Psychological Perspectives on pregnancy and Childbirth. Churchill Livingstone.
- WHO 1996: Care in normal birth: a practical guide. Verkkodokumentti.  
<[http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)> Luettu 25.11.2009
- Vallimies-Patomäki, Marjukka 1998: Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64.
- Vehviläinen, Katri 2000: Äidit liukuhihnalla. Medikalisaatio, äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja naisen kokemukset. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WsoyPro Oy.
- Veräjänkorva, Oili – Huupponen, Risto – Huupponen, Ulla – Kaukkila, Hanna-Sisko – Torniainen, Kirsti 2006: Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: Wsoy.
- Välimäki, Maritta 2004: Potilasta ja hoitotyötä koskevat eettiset lähtökohdat. Teoksessa: Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta (toim.): Etiikka hoitotyössä. Juva: Wsoy.
- Väyrynen, Pirjo 2007: Kätilötyön etiikka. Teoksessa: Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007: Kätilötyö. Helsinki: Edita.
- Äimälä, Anna-Mari 2006: Kätilö naisen tukijana. Teoksessa: Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2006: Kätilötyö. Helsinki: Edita.

KATEGORIOINTITAUUKKO

Pelkistykset	Alakategoria	Yläkategoria	Ydin-kategoria
Turvallinen sikiölle	Turvallisuus	<b>Tavoitteellisuus</b>	K Ä T I L Ö N  A N T A M A  O H J A U S
Synnytys edistyy			
Järkevä valinta	Tarkoituksenmukaisuus		
Synnyttäjän tyytyväisyys	Synnyttäjälähtöisyys		
Hyvä synnytyskokemus			
Synnyttäjä pärjää kivun kanssa			
Synnyttäjä kokee tulleen autetuksi	Synnyttäjän osallistaminen	<b>Yhteistyö</b>	
Synnyttäjän kuunteleminen			
Toiveiden ja tarpeiden kysyminen	Tietoisien päätöksenteon mahdollistaminen		
Vaihtoehtojen tarjoaminen			
Perustelevuus	Tiedon antaminen ilokaasusta	<b>Tiedon antaminen</b>	
Rajallinen kivunlievitys			
Sivuvaikutukset			
Vaikutus sikiöön			
Yksilölliset erot vaikutuksesta			
Käyttötapa			
Vaikutustapa			
Hyvät ja huonot puolet			
Vaikutusnopeus ja -aika			
Harvinaiset komplikaatiot jätetään kertomatta			
Esivalmistelut			
Sivuvaikutukset			
Seuraukset			
Puudutuksen jatkaminen			
Käytännön ohjaus			
Ajoitus			
Vaikutus kipuun			
Synnytystä edistävä vaikutus			
Sivuvaikutukset	Tiedon antaminen petidiinistä		
Pitkä käyttökokemus			
Synnytystä hidastava vaikutus			
Tekniikan varmistus	Mallin näyttäminen	<b>Ohjauksen apukeinot</b>	
Konkreettinen malli	Läsnäolo		
Kättilälähtöinen läsnäolo			
Synnyttäjälähtöinen läsnäolo			
Kannustaminen	Emotionaalinen tuki		
Todesta ottaminen	Ohjauksen ajoittaminen		
Tiedon anto synnytyksen vaiheen mukaan			
Tiedon anto tilanteen mukaan			
Kättilön tulkinta synnyttäjän kivusta	Synnyttäjän tulkitseminen		
Synnyttäjän tiedontarpeen arviointi			

Synnyttäjän ikä	Sosiaaliset taustatekijät	<b>Synnyttäjän taustatekijät</b>		
Koulutustausta				
Kulttuuritausta				
Synnyttäjän tiedot kivunlievityksestä	Valmentautuminen Synnytykseen			
Internet				
kavereilta saatu tieto				
Sensitiivisyys	Synnytyspelko			
Tiedollinen tuki	Synnyttäneisyys			
Aikaisemmat kokemukset kivunlievityksestä				
Negatiiviset synnytyskokemukset				
Synnyttäjän asenne kivunlievitykseen	Synnyttäjän suhtautuminen kipuun			
Kipulääkkeen vaatiminen				
Tavoitteena kivuttomuus				
Perustelut fakta- ja kokemustietoon pohjaten	Ohjaaminen ristiriitatilanteessa			<b>Haastavat ohjaustilanteet</b>
Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen				
Katteettomien lupauksen välttäminen				
Hoitovastuun jakaminen	Kipeän synnyttäjän ohjaaminen			
Kovan kivun vaikutus synnyttäjään				
Ei yksityiskohtaista tietoa				
Asioiden toistaminen				
Rauhoittelu	Tukihenkilön puuttuminen kättilön työhön			
Koskettaminen				
Tukihenkilön vaatimukset	Mallioppiminen	<b>Ammatillinen kehittyminen</b>		
Ahdistus				
konsultointi	Synnytyskulttuuri			
Kollegan tuki				
Toimintatapojen mukauttaminen	Tietotaito			
Käsitys synnytyksen hoidosta				
Teoriatieto koulutuksesta				
Tietotaito				
Työkokemus				

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Mikä on sinun tavoitteesi synnytyksen kivunhoidon suhteen?
2. Kuvaile, miten ohjaat synnyttäjää lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä.
3. Kuinka paljon pystyt ottamaan huomioon synnyttäjän toiveita kivunlievityksen suhteen?
4. Kerro, mitkä erilaiset asiat ammattiurasi varrella ovat vaikuttaneet antamaasi ohjaukseen lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä?

10.6.2009

Ylihoitaja [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Asia: Tutkimuslupapyyntö

Hanke: Hyvä syntymä. Synnyttäjän jatkuvan tuen intervention kehittäminen ja arviointi

Pyydämme lupaa haastatella sairaalanne synnytysosaston kättilöitä opinnäytetyötämme varten. Tutkimme laadullisin menetelmin kättilön synnyttäjälle antamaa ohjausta synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä. Lisäksi tarkastelemme, miten kättilön ammatillinen viitekehys ja orientaatio vaikuttavat ohjaamiseen lääketieteellisestä kivunlievityksestä. Näin voimme osoittaa, miten annettu ohjaus tukee synnyttäjän selviytymistä ja omia voimavaroja. Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön työelämän kehittämisessä esimerkiksi hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen suhteen. Tutkimuksen tuotoksena saattaa myös nousta esiin kehittämistarpeita lisäkoulutusta silmällä pitäen.

Aineistonkeruun ajankohta tulisi olemaan syksyllä 2009, viikolla 34. Tutkimusaineisto on tarkoitus kerätä yksilömuotoisina teemahaastatteluina. Aikaa kutakin haastattelua varten tarvitsisimme noin tunnin verran. Haastatteluja varten tarvitsisimme, mikäli mahdollista, erillisen tilan osaston ulkopuolella. Näin voisimme parhaiten taata tiedonantajan anonymiteetin säilymisen ja haastattelutilanteen häiriöttömyyden.

Tutkimusraportti luovutetaan sen valmistuttua [REDACTED]

Mikäli tutkimuslupa myönnetään, otamme yhteyttä osastonhoitajaan sopiaiksemme käytännön asioista.



Emmi Närvänen (yhteyshenkilö)

[REDACTED]  
[REDACTED][Emmi.Narvanen@metropolia.fi](mailto:Emmi.Narvanen@metropolia.fi)

puh. [REDACTED]



Piia Kulha

[Piia.Kulha@metropolia.fi](mailto:Piia.Kulha@metropolia.fi)

puh. [REDACTED]

Työn ohjaaja: yliopettaja Riitta Paavilainen, TtT  
Metropolia Ammattikorkeakoulu, PL 00079 Metropolia

puh. [REDACTED]

[riitta.paavilainen@metropolia.fi](mailto:riitta.paavilainen@metropolia.fi)Myönnän/en myönnän tutkimuslupaa/tarvitsen lisäselvityksiä

Päiväys



[REDACTED], ylihoitaja

Liite:

Tutkimussuunnitelma



## Kättilön synnyttäjälle antama ohjaus synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä hänen itsensä kuvaamana

Arvoisa kättilö,

Opiskelemme Metropolia ammattikorkeakoulussa kättilön tutkintoon valmistavassa koulutusohjelmassa. Tutkinnon suorittamiseen liittyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme on osa oppilaitoksemme Hyvä syntymä – projektia. Tarkoituksenamme on tutkia kättilön synnyttäjälle antamaa ohjausta synnytyksen lääkkeellisestä kivunlievityksestä. Kartoitamme tutkittavaa aihetta vain kättilön näkökulmasta.

Kutsumme Sinut mukaan haastattelututkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista, joskin tärkeää, sillä aiheesta ei ole aiempaa tutkimusta. Haastattelu toteutetaan yksilömuotoisena työpaikallasi syksyllä 2009. Haastattelu tallennetaan ääninauhurille ja se on vain tutkijoiden käytettävissä. Haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Emmi Närvänen  
Emmi.Narvanen@metropolia.fi  
p. xxx xxxxxxxx

Piia Kulha  
Piia.Kulha@metropolia.fi  
p. xxx xxxxxxxx