



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MATALAN RISKIN SYNNYTYKSEN KRITEERIT JA HOITOKÄYTÄNTEET KANSALLISESTI

Opinnäytetyö

TEKIJÄT: Jenna Törrönen
Henna Hiltunen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Kättilön tutkinto-ohjelma			
Työn tekijät Jenna Törrönen ja Henna Hiltunen			
Työn nimi Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet kansallisesti			
Päiväys	7.4.2019	Sivumäärä/Liitteet	77/9
Ohjaaja Päivi Hoffrén, kättilötyön lehtori			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Yliopistollinen sairaala, Naisten akuuttikeskus			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Matalan riskin synnytys tarkoittaa luonnollista syntymää, joka etenee ilman riskitekijöitä ja synnytyksen jälkeen sekä äiti että vauva voivat hyvin. Matalan riskin synnytyksen tulee antaa edetä omalla painollaan ja turhaa puuttumista tulee välttää, koska ylihoitaminen ja turha synnytykseen puuttuminen voi vaikuttaa hoidon turvallisuuteen sekä sen kustannuksiin haitallisesti. Suomessa ei ole laadittu virallisesti kansallista määritelmää matalan riskin synnytykselle, mutta osa Suomen yliopistollisista sairaaloista on laatinut sille omat kriteerinsä ja hoitolinjansa.</p> <p>Tutkimuksen aihe saatiin yhdeltä Suomen yliopistolliselta sairaalalta, joka toimii myös työn tilaajana. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Suomen yliopistollisten sairaaloiden matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet. Tavoitteena oli koota, kerätä sekä lisätä tietoa matalan riskin synnytyksestä ja sen hoidosta. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelututkimuksen avulla haastatteleamalla kahta kättilöä kustakin yliopistollisesta sairaalasta ja menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelut toteutettiin videoneuvottelutyökalujen avulla tai puhelimitse, jonka jälkeen ne tallennettiin ja litteroitiin. Tulokset käsiteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla ja niitä vertailtiin raportissa. Tulosten mukaan neljässä viidestä Suomen yliopistollisesta sairaalasta oli laadittu omat kriteerit sekä osin hoitosuosituksia matalan riskin synnytykselle. Osa laadituista kriteereistä ja hoitokäytänteistä oli yhteneviä, mutta tuloksista nousi esiin myös eroavaisuuksia. Yhteneviä piirteitä ilmeni muun muassa luonnollisen synnytyksen tukemisessa ja matalan riskin synnytyksen puuttumattomuudessa. Eroja ilmeni esimerkiksi sairaaloiden hoito-ohjeiden mukaisessa matalan riskin synnytyksen aikaisessa seurannassa sekä sallittavissa lääkkeellisissä kivunlievitysmenetelmissä.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan käyttää apuna, kun laaditaan kansallista määritelmää ja kriteerejä matalan riskin synnytykselle. Yhtenevä määritelmä ja kriteeristö tulisi laatia, jotta kaikissa Suomen synnytysairaaloissa ryhdyttäisiin toteuttamaan matalan riskin synnytysten hoitoa yhteneväisesti ja suositusten mukaisesti sekä kiinnitettäisiin huomiota turhan ylihoitamisen välttämiseen.</p>			
Avainsanat Matalan riskin synnytys, kättilötyö, synnytyksen hoito, kriteerit, hoitokäytänteet			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Midwifery			
Authors Jenna Törrönen and Henna Hiltunen			
Title of Thesis Criteria and clinical practice guidelines for low-risk labour at a national level			
Date	7.4.2019	Pages/Appendices	77/9
Supervisor Päivi Hoffrén, Senior lecturer			
Client Organisation /Partners University Hospital, Labour Ward			
<p>Abstract</p> <p>Low-risk labour means a natural childbirth which proceeds without risk factors and after which both the mother and the baby do well. The delivery should be allowed to proceed by itself and unnecessary intervention should be avoided. Excessive treatment and unnecessary intervention can affect both the safety of nursing and its costs. In Finland there is no official definition for low-risk labour, but some hospitals have made their own criteria and practice guidelines.</p> <p>The topic for this thesis came from one of the university hospitals in Finland which also acts as the client organization of the thesis. The purpose of this study was to find and define criteria and practice guidelines for low-risk labour at university hospitals in Finland. The focus was to gather and increase information of low-risk labour and its care. Research material was collected by interviewing two midwives together from each hospital, using the theme interview method. The interviews were carried out by video conferencing or by phone, and the interviews were recorded and transcribed afterwards. The results were analyzed using the material-oriented analysis and they were compared in this report. The study results showed that four of the five university hospitals had made their own criteria and some practice guidelines for low-risk labour. Some of the criteria and practice guidelines were convergent but the results also revealed divergence between hospitals. There were congruences in the results in supporting natural birth and avoiding intervening in low-risk labour. There were differences between the hospitals considering both the instructions on medicinal pain relief in low-risk labour and also monitoring during labour.</p> <p>The results of the study can be helpful when defining national criteria for low-risk labour. Nationally recognized definition and criteria should be formed to ensure consistent care across all university hospitals in Finland. Unified guidelines would also help prevent unnecessary treatments.</p>			
Keywords Low-risk labour, midwifery, care of labour, criteria, practice guidelines			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	MATALAN RISKIN SYNNYTYS	7
2.1	Matalan riskin synnytyksen määritelmä.....	7
2.2	Matalan riskin synnytyksen kriteerit.....	8
2.3	Matalan riskin synnytyksen arviointi	8
3	MATALAN RISKIN SYNNYTYKSEN HOITOKÄYTÄNTEET	10
3.1	Matalan riskin synnytyksen hoito.....	10
3.2	Matalan riskin synnytyksen kivunlievitys	11
3.2.1	Lääkkeetön kivunhoito matalan riskin synnytyksessä	11
3.2.2	Lääkkeellinen kivunhoito matalan riskin synnytyksessä	13
3.3	Synnytyksen vaiheet ja niiden hoitokäytännöt.....	15
3.3.1	Synnytyksen käynnistyminen	15
3.3.2	Avautumisvaihe.....	16
3.3.3	Ponnistusvaihe.....	17
3.3.4	Jälkeisvaihe	18
3.3.5	Tarkkailuvaihe.....	20
4	TUTKIMUKSEN AINEISTO, MENETELMÄT JA ANALYYSI	21
4.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	21
4.2	Kvalitatiivinen tutkimus	21
4.3	Tutkimuksen toteutus.....	21
4.4	Sisällönanalyysi.....	22
4.5	Tutkimuksen prosessi.....	23
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
5.1	Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytännöt: sairaala 1	26
5.1.1	Matalan riskin synnytyksen kriteerit.....	26
5.1.2	Hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä	28
5.1.3	Luonnollisen kulun edesauttaminen ja riskiarviointi.....	30
5.2	Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytännöt: sairaala 2.....	31
5.2.1	Matalan riskin synnytyksen kriteerit.....	31
5.2.2	Hoitokäytännöt matalan riskin synnytyksessä	32
5.3	Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytännöt: sairaala 3.....	34

5.4	Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet: sairaala 4.....	36
5.4.1	Matalan riskin synnytyksen kriteerit.....	36
5.4.2	Matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteet	38
5.4.3	Matalan riskin synnytyksen arviointi ja eteneminen	40
5.5	Matalan riskin synnytysten kriteerit ja hoitokäytänteet: sairaala 5	42
5.5.1	Matalan riskin synnytyksen määritelmä.....	42
5.5.2	Matalan riskin synnytyksen kriteerit.....	43
5.5.3	Hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä.....	44
5.5.4	Matalan riskin synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuminen ja riskiluokitus.....	47
5.6	Tutkimuksen tulosten koonti.....	48
5.6.1	Yhtenevät kriteerit matalan riskin synnytykselle	48
5.6.2	Yhtenevät hoitokäytänteet matalan riskin synnytykselle.....	50
6	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	52
7	POHDINTA.....	54
7.1	Tutkimusten tulosten tarkastelu	55
7.2	Ammatillinen kasvu ja kehitys.....	59
7.3	Kehitysideat ja tutkimuksen hyödynnettävyys	62
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	64
	LIITE 1: HAASTATTELU: MATALAN RISKIN SYNNYTYKSEN KRITERIT JA HOITOKÄYTÄNTEET: SAIRAALA 5	69
	LIITE 2: TUTKIMUKSEN SUOSTUMUSASIAKIRJA	74
	LIITE 3: TUTKIMUKSEN SAATEKIRJE	75
	LIITE 4: TUTKIMUKSEN HAASTATTELURUNKO	76
	LIITE 5: SWOT-ANALYYSI	77

1 JOHDANTO

Nykyisin kättilöt hoitavat samoissa yksiköissä sekä matalan että korkean riskin synnytyksiä, jonka vuoksi myös matalan riskin synnytyksiä hoidetaan helposti lähes samalla tavalla kuin komplisoituneita synnytyksiä tai riskisynnytyksiä. Tämän seurauksena osasta hoitokäytänteistä on tullut synnytysairaaloissa rutiininomaisia, jolloin synnytysten ei anneta edetä luonnollisesti, vaan niihin puututaan turhan usein syyttä. (Filppu 2018; Raussi-Lehto 2017a, 217-218). Turha ylihoitaminen johtaa tarpeettomiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin, mikä vaikuttaa lapsen ja synnyttäjän hyvinvointiin sekä lisää hoitokustannuksia (Järvi 2013). Tällä on vaikutusta myös siihen, luottavatko kättilöt ja synnyttäjät normaalin luonnollisen synnytyksen etenemiseen. Tutkimukset synnytyksen hoitokäytänteistä ja niiden merkityksestä mahdollistaa kriittisen tarkastelun rutiininomaiselle hoidolle, joka puuttuu normaaliin synnytystapahtumaan. (Raussi-Lehto 2017a, 218).

Matalan riskin synnytyksen keskeisessä roolissa on riskitekijöiden puuttumien (Stenfors ja Kukko 2016, 12-13). Matalan riskin synnytyksen hoidon tavoitteena on taata synnyttäjälle turvallinen synnytyskokemus panostamalla yksilölliseen hoitoon, turhien toimenpiteiden välttämiseen, suoritettujen toimenpiteiden asianmukaiseen perusteluun sekä perheen osallistamiseen päätöksenteossa. Synnyttäjän henkilökohtaiset voimavarat sekä toiveet synnytykseen liittyen tulisi ottaa huomioon ja synnytyksen luonnollista kulkua tulisi kunnioittaa. (Äimälä, Stenfors, Koivunen, Botha, -Tuomi, Mettälä, Ratia, Kukko, Kalvas, Mäkelä, Heinilä ja Seppänen 2016a.)

Jo vuonna 2013, Tampereella järjestetyillä Kättilöpäivillä esitettiin, että koko Suomeen tulisi saada yhtenevät kansalliset kriteerit sekä hoitosuosituksot matalan riskin synnytykselle (Järvi 2013). Tähän mennessä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen yliopistollinen sairaala sekä Oulun yliopistollinen sairaala ovat laatineet omat kriteerinsä ja hoitomallinsa matalan riskin synnyttäjille. Kuitenkin Kättilöopiston lopettaessa toimintansa vuonna 2018, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin laatima haikaramalli ei ole enää virallinen eikä haikaramalli-termi ole enää käytössä (Palander 2018).

Tutkimuksessa käsitellään matalan riskin synnytyksen kriteereitä sekä hoitokäytänteitä. Työn tarkoituksena oli selvittää yliopistosairaaloiden kriteerit ja hoitokäytänteet matalan riskin synnytykseen. Tavoitteena oli lisätä ja koota tietoa matalan riskin synnytyksen hoidosta. Matalan riskin synnytyksen tutkiminen lisää kättilöiden tietämystä sekä ammattitaitoa ja näin edistää synnytyksen luonnollista kulkua tukevaa kättilötyötä sekä potilasturvallisuutta ja vähentää hoitoon liittyviä kustannuksia. Tutkimuksen avulla tilaajalle mahdollistetaan heidän matalan riskin synnytyksen kriteereiden ja hoitokäytänteiden laatiminen ja yhtenäistäminen muiden yliopistollisten sairaaloiden kanssa.

Tämä tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusryhmäksi rajattiin Suomen yliopistolliset sairaalat, jotka sijaitsevat viidessä eri kaupungissa. Tilaajana sekä tutkimuksen aiheen antajana toimii yksi yliopistollisista sairaaloista. Yhteyshenkilöinä toimivat kyseisen sairaalan kliininen opettaja sekä kättilö.

2 MATALAN RISKIN SYNNYTYS

2.1 Matalan riskin synnytyksen määritelmä

Määriteltäessä matalan riskin synnytystä olennainen kriteeri on riskitekijöiden puuttuminen. Mahdollisia riskejä arvioidaan koko raskauden sekä synnytyksen ajan. (Stenfors ja Kukko 2016, 13; Raussi-Lehto 2017b, 216). WHO:n eli World Health Organizationin tekemän määritelmän mukaan matalan riskin synnytyksessä fysiologista syntymää pyritään suojelemaan ja sen hoidossa tulisi välttää toimenpiteitä, jotka eivät ole tarpeellisia (World Health Organization 1996). Käytännössä matalan riskin synnytyksestä puhutaan myös normaalina synnytyksenä (Filppu 2018, 10). Teoriassa kumpikin käsite kuitenkin eroaa.

Normaali synnytys on ikään kuin yläkäsite, jonka alle voidaan luetella useampia toisistaan hieman eroavia määritelmiä, joissa periaatteet ovat kuitenkin lähtökohtaisesti samat: luonnollisuus sekä hyvinvoivat synnyttäjät ja vauva. Fysiologisesta synnytyksestä puhuttaessa synnytys mielletään fysiologisena prosessina, jossa hormonaaliset muutokset ja niiden vaikutukset mahdollistavat syntymän, kun taas luonnollinen synnytys ajatellaan olevan fysiologinen synnytys, johon ei puututa lääketieteellisin keinoin. Säännöllisen synnytyksen muuttua epäsäännölliseksi synnytyksen käynnistäminen, verenvuoto tai päästävien synnytystoimenpiteiden käyttö. Myös matalan riskin synnytyksen voi laskea normaali synnytys -käsitteen alle. (Stenfors ja Kukko 2016.)

Suomessa ei ole laadittu yhteneviä kansallisia kriteereitä tai hoitosuosituksia matalan riskin synnytykselle ja sen hoidolle. Kuitenkin esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on kehittänyt haikaramallin matalan riskin synnytysten hoitoon ja ottanut sen käyttöön vuoden 2016 alussa. Haikaramalli pohjautuu muun muassa WHO:n normaalisyntymän hoito-ohjeisiin ja NICE:n eli National Institute for Health and Care Excellence hoito-ohjeisiin. (Filppu 2018, 10-12; Saari-Kemppainen 2016.) Kun kättilöopisto suljettiin vuonna 2018, haikaramalli-termiä ei enää virallisesti käytetä. (Palander 2018.) Tässä tutkimuksessa kyseistä termiä ja mallin sisältöä käytetään, koska se liittyy olennaisesti aiheeseen.

Myös Tampereen yliopistollinen sairaala on laatinut Mariski-toimintamallin, joka käsittelee matalan riskin synnytyksen kriteereitä. Sen tavoitteena on vähentää synnytyksessä tehtäviä toimenpiteitä ja tukea normaalin synnytyksen etenemistä. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2017.) Lisäksi Oulun yliopistollinen sairaala on kehittänyt oman OMARI-hoitolinjan matalan riskin synnyttäjille. OMARI-hoitolinjassa synnytyksen hoitaminen perustuu hoitosuosituksiin, jotka ovat näyttöön perustuvia. (Kemppainen, Lotvonen, Pietikäinen, Holappa ja Kauppila 2017.)

Riitta Filpun pro gradu -tutkielmassa (2017) kävi ilmi, että kättilöiden asenteet, ikä, näkemykset sekä työkokemuksen määrä vaikuttivat matalan riskin synnytysten hoitoon ja kriteereiden määrittelyyn. Nykyisin kättilöt hoitavat samoissa yksiköissä sekä matalan että korkean riskin synnytyksiä, jonka

vuoksi myös matalan riskin synnytyksiä hoidetaan kiinnittämällä liiallisesti huomiota mahdollisiin riskeihin. Tämän vuoksi synnytysten ei anneta edetä luonnollisesti, vaan niihin puututaan turhan usein syyttä. (Filppu 2018, 10-12.)

2.2 Matalan riskin synnytyksen kriteerit

Matalan riskin synnytyksen kriteerit ovat lähes samat kuin normaalin synnytyksen kriteerit, kuitenkin muutamilla lisäyksillä (Stenfors ja Kukko 2016, 13). WHO:n mukaan normaali synnytys toteutuu, kun synnytys käynnistyy spontaanisti raskausviikoilla 37-42 ja lapsi sekä synnyttäjät ovat hyvävointisia synnytyksen jälkeen (World health organization 1996). Tämän lisäksi matalan riskin synnytykseen kuuluu, ettei avautumisvaiheen tai ponnistusvaiheen aikana ole riskejä, sikiö syntyy spontaanisti pää edellä, synnyttäjällä ei ole aikaisempia synnytykseen liittyviä komplikaatioita eikä synnytyksen hoi-
toon vaikuttavaa sairautta. (Raussi-Lehto 2017b, 216.)

Mariski-toimintamallin mukaan matalan riskin synnytyksen kriteereihin kuuluu, että raskaus on yksisikiöinen, synnytys käynnistyy spontaanisti raskausviikoilla 37+0 - 41+6, lapsivedenmenosta on kulunut alle 48 tuntia, lapsivesi on normaalia eikä siinä ole merkkejä tulehduksesta, sikiö on raivotarjonnassa pää alaspäin ja sikiön sykekäyrä on sairaalaan tullessa normaali. Lisäksi kriteereihin kuuluu, että synnyttäjät on iältään 18-40 vuotias mikäli hän on ensisynnyttäjät, painoindeksi (body mass index, BMI) on ennen raskautta alle 35, eikä hänellä ole perussairauksia. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2017.)

Haikaramallin kriteerit ovat lähes samat Mariski-toimintamallin kanssa, kuitenkin pienillä poikkeuksilla ja lisäyksillä. Haikaramallin mukaan matalan riskin synnytys toteutuu, kun synnyttäjällä ei ole taustalla synnytysopillisia komplikaatioita kuten aiempia sektioita, yli 1000 ml vuotoa tai hartiadysokttaa, painoindeksi on ennen raskautta alle 32, raskausdiabeteksen sokerirasituskokeessa on korkeintaan yksi poikkeava arvo ja sikiön painoarvio on alle neljä kilogrammaa. Synnyttäjällä voi haikaramallin mukaan olla jokin perussairaus, joka ei vaikuta synnytyksen etenemiseen tai hoidettu B-ryhmän streptokokki. (Saari-Kempainen 2016.) Olennainen asia matalan riskin synnytyksessä kuitenkin on riskitekijöiden puuttuminen avautumisvaiheen alusta ponnistusvaiheen loppuun. Tämä vaatii kättilöltä jatkuvaa sekä synnyttäjän että sikiön riskien kartoittamista. (Stenfors ja Kukko 2016, 13.)

2.3 Matalan riskin synnytyksen arviointi

Riskien arviointia tehdään koko raskauden ja synnytyksen ajan (Raussi-Lehto 2017b, 216). Raskauden ollessa matalan riskin raskaus, tulee kättilön seurata ja kiinnittää huomio myös muutoksiin, jotka voivat viitata raskaana olevan naisen tai sikiön tilan muuttuneen poikkeavaksi, jolloin puhutaan korkean riskin raskaudesta. Raskauden aikana raskaana olevasta naisesta seurataan raskauteen ja synnytykseen vaikuttavia tärkeitä tietoja, jotka kirjataan ylös äitiyskorttiin. Merkittäviä asioita ovat myös raskaana olevan taustatiedot kuten sairaudet, käytössä oleva lääkitys, päihteiden käyttö, kuukautis-anamneesi sekä aikaisemmat raskaudet, keskenmenot, raskauden keskeytykset, synnytykset, synny-

tystoimenpiteet ja synnytystavat. Raskauden edetessä raskaana oleva nainen käy useissa äitiysneuvolan terveystarkastuksissa, joissa seurataan raskauden kulkua, raskaana olevan vointia sekä sikiön kehittymistä ja kasvua. Terveystarkastuksien aikana voidaan tehdä erilaisia tutkimuksia, joista oleellisia ovat sisä-, ulko-, ultraääni-, veri- ja virtsatutkimukset. Lisäksi neuvolassa seurataan raskaana olevan naisen painoa ja verenpainetta koko raskauden ajan. (Pietiläinen ja Väyrynen 2017a, 170-173; Pietiläinen ja Väyrynen 2017b, 177-181.)

Synnyttämään tullessa synnytyssalissa tai -päivystyksessä arvioidaan, kuuluuko synnyttäjän matalan riskin ryhmään. Mikäli riskejä ei todeta, voidaan synnytystä pitää matalan riskin synnytyksenä. Synnytyksen edetessä normaalisti, hoitaa kätilö synnytystä matalan riskin toimintamallin mukaisesti. Mikäli jotakin poikkeavaa ilmenee tai tilanne muuttuu, tehdään riskiarviota uudelleen. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2017; Raussi-Lehto 2017b, 216; Äimälä ym. 2016a.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin laatimaan haikaramalliin sisältyy oma synnyttäjän riskiluokituksen seurantalomake, jota kätilö täyttää synnytyksen aikana. Lomakkeella selvitetään aiemmat synnytykset ja keskenmenot, raskausviikot, synnyttäjän painoindeksi (BMI) ennen raskautta sekä tupakointi. Lomakkeella on tarkistuslista matalan riskin synnyttäjän kriteereistä, joiden mukaan valikoituu, onko synnytys matalan riskin synnytys vai ei. Synnytyksen seuranta ja hoito etenee valikoituneen luokituksen mukaisesti. Mikäli synnytys on matalan riskin synnytys, edetään vihreää linjaa ja mikäli synnytys ei ole matalan riskin synnytys, edetään punaista linjaa. Synnytyksen edetessä seurataan ja kirjataan tarkasti, jos riskiluokitus muuttuu. Lomakkeelle kirjataan tarkat ajat synnytyksen etenemisestä ja sen vaiheista, lapsivedenmeno, käytetty kivunlievitys ja puudutus, synnytystapa ja -asento, istukan irrotus, repeämät ja leikkaukset, vuodot, vauvan tiedot sekä synnyttäjän oma kokemus synnytyksestä. (Saari-Kemppainen 2016.)

3 MATALAN RISKIN SYNNYTYKSEN HOITOKÄYTÄNTEET

3.1 Matalan riskin synnytyksen hoito

Matalan riskin synnytyksen hoidon tavoitteena on varmistaa synnyttäjälle ja sikiölle turvallinen, luonnollinen ja normaalisti etenevä synnytys. Oleellista on, että synnytyksen annetaan edetä mahdollisimman luonnollisesti ja synnyttäjälle annetaan tarvittavasti tietoa lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista. Jokaiselle synnyttäjälle ja perheelle annetaan myös mahdollisuus osallistua synnytyksen suunnitteluun. Jokaisen tarpeita ja toiveita kuunnellaan ja niitä toteutetaan mahdollisuuksien mukaan, jolloin mahdollistetaan mahdollisimman hyvä synnytyskokemus. (Kempainen ym. 2017; Raussi-Lehto 2017b, 216; Tampereen yliopistollinen sairaala 2017; Äimälä ym. 2016a.) Synnytys-suunnitelman laatiminen on yksi esimerkki synnyttäjän aktiivisesta osallistumisesta synnytyksen suunnitteluun (Raussi-Lehto 2017b, 16). Synnytyksessä toiminta tulee olla näyttöön perustuvaa ja kaikki toimenpiteet tulee perustella (Tampereen yliopistollinen sairaala 2017; Äimälä ym. 2016a).

Synnytyksen hoidossa on tärkeää tukea synnyttäjää, hänen perhettään sekä mahdollista muuta tukihenkilöä ennen synnytystä, synnytyksen aikana sekä synnytyksen jälkeen. Normaalisti alateitse tapahtuvan matalan riskin synnytyksen hoitaa kättilö. Kättilö tarkkailee synnyttäjän sekä sikiön vointia koko synnytyksen ajan sekä arvioi ja havainnoi mahdollisia riskitekijöitä. (Raussi-Lehto 2017a, 217; Tiitinen 2018a; World health organization 1996.) Kättilön tulee synnytyksen aikana pitää huolta synnyttäjän ja sikiön voinnista, kuunnella ja keskustella yhdessä synnyttäjän sekä hänen tukihenkilönsä kanssa synnytyksen etenemisestä, sopia heidän kanssaan sopivasta kivunlievityksestä sekä huomioida heidän toiveensa kättilön omaa ammattitaitoa hyödyntäen (Äimälä ym. 2016a). Synnytykseen ei puututa liikaa, vaan kannustetaan ja kunnioitetaan sen normaalia etenemistä (Tampereen yliopistollinen sairaala 2017). Normaalisti etenevään synnytykseen puuttuminen ilman lääketieteellistä syytä voi vaikuttaa äidin sekä vauvan hyvinvointiin haitallisesti (Järvi 2013).

Synnytyksympäristön on hyvä olla rauhallinen ja turvallinen, jossa synnyttäjä pystyy rentoutumaan ja liikkumaan. Synnyttäjää kannustetaan liikkumaan vapaasti omien tuntemusten ja voimavarojen mukaan sekä etsimään asentoa mikä tuntuu hyvältä. Rentoutua voi esimerkiksi ammeessa, keinutuolissa tai musiikkia kuunnellessa. Rentoutumista on hyvä harjoitella jo loppuraskauden aikana, koska se helpottaa ja nopeuttaa avautumisvaihetta synnytyksessä. Lisäksi ennen sairaalaan tuloa synnyttäjää kannustetaan olemaan kotona niin kauan kuin se hänestä tuntuu hyvälle. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2017.)

Vuonna 2013 Suomessa käynnistettiin synnytystupa-hanke, jonka tarkoituksena oli mahdollistaa matalan riskin synnyttäjille ja heidän perheilleen vaihtoehto synnytyksen hoidosta ja paikasta sekä saada kättilöiden vetämät synnytystuvat osaksi sairaalajärjestelmää. Synnytystuvat ovat kodinomaisia, tarkoituksenmukaisia ja taloudellisia paikkoja synnyttää. Ne ovat myös potilasturvallisempi vaihtoehto kotisyntytykselle. Tuvassa ilmapiiri on pyritty tekemään sisustuksen kautta rauhallisen ja tur-

vallisen tuntuiseksi sekä mahdollisimman kodinomaiseksi. Tarjolla voi olla erilaisia lääkkeettömiä keinoja kivunlievitykseen kuten musiikkia, jumppapalloja tai vesiallas. (Elo 2018; Järvi 2013; Kallio 2018.)

3.2 Matalan riskin synnytyksen kivunlievitys

Noin 95 prosenttia synnyttäjistä pitää synnytystä kivuliaana. Synnytykseen liittyvä kipu on osa synnytystä, mikä kertoo synnytyksen edistymisestä. Kivun sijainti sekä voimakkuus vaihtuvat synnytyksen edetessä. Kipu on kuitenkin jokaisen oma kokemus ja sen kokeminen voi olla hyvin erilaista ja yksilöllistä. Kivun voimakkuuteen vaikuttavat synnytyksen käynnistyminen, supistusten kesto ja voimakkuus sekä synnyttäjän yleisvointi. Lisäksi kipuun vaikuttavat sikiön koko ja asento suhteutettuna synnyttäjän lantioon. Myös muilla sosiaalisilla sekä psykologisilla tekijöillä, kuten synnyttäjän motivaatiolla, mielialalla ja ennako-odotuksilla on vaikutusta kipukokemukseen. (Aflatuni 2017; Raussi-Lehto 2017c, 256; Äimälä ym. 2016a.)

Synnyttäjät suhtautuvat synnytykskipuun eri tavoin. Kätilön tehtävänä on tukea synnyttäjää selviytymään kivusta sekä kertoa mahdollisista erilaisista kivun hoidon menetelmistä ymmärrettävästi. Kätilön tulee kunnioittaa ja tukea synnyttäjän päätöstä siitä, mitä menetelmiä hän haluaa käyttää. Tärkeintä on, että synnyttäjä, syntyvä lapsi ja perhe saa turvallisen ja miellyttävän synnytyksen. (Raussi-Lehto 2017c, 256.)

3.2.1 Lääkkeetön kivunhoito matalan riskin synnytyksessä

Matalan riskin synnytyksen kivunhoidossa on oleellista käyttää ja suosittelaa ensisijaisesti lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Tällaisia vaihtoehtoja ovat esimerkiksi vedessä oleminen, aqua-rakkulat, hieronta ja tens-laite. (Karttunen 2018; Saari-Kemppainen 2016.) Myös erilaisista apuvälineistä kuten keinu-tuolista, voimistelupallosta sekä lämpö- ja kylmäpakkauksista voi olla apua kivun sietämisessä. Lisäksi liikkeessä oleminen, rentoutuminen, kipeiden alueiden hieronta ja painelu sekä läheisen läsnäolo ovat hyviä apuja kivunlievityksessä. (Karttunen 2018; Sarvela ja Nuutila 2009.) Rentoutuminen helpottaa alkuvaiheen supistuksista syntyvää kipua sekä nopeuttaa avautumisvaihetta, joten on hyvä miettiä yksilöllisesti jo hyvissä ajoin sopivaa keinoa ja asentoa, jossa kykenee rentoutumaan. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2017). Tärkeä osa kivunlievitystä on myös kätilön läsnäolo (Saari-Kemppainen 2016).

Läheisyys ja kosketus saavat aikaan oksitosiinin eritystä, mikä vähentää aistimusta kivusta sekä edistää synnytystä. Oksitosiini on kehon oma hormoni, millä on vaikutusta monella tapaa elimistöön ja tunteisiin. Veren suuri oksitosiinipitoisuus esimerkiksi alentaa stressiä, alentaa verenpainetta ja edistää toipumista. Lisäksi oksitosiini on tärkeässä osassa muodostamassa kiintymyksen tunteita. Synnytyksen aikana puoliso tai muu läheinen voi esimerkiksi hieroa synnyttäjää, jolloin luonnollisen oksitosiinin eritykseen edistyy. Kivunlievityksen lisäksi keino on samalla hyvä tapa saada puoliso tai läheinen osallistumaan osaksi synnytystä. (Karttunen 2018; Äimälä ym. 2016a.) Läheisen ihmisen läsnäolo vahvistaa myös synnyttäjän turvallisuudentunnetta sekä vähentää kivun ja pelon tuntemista.

Hieronta on myös tehokas apu jännityksen poistoon ja se auttaa synnyttäjää rentoutumaan, jolloin myös verenkierto on parempaa ja synnytyksen edistyminen helpottuu. Hierontaa voidaan toteuttaa kosketuksella, sivelyllä, painannalla ja hankauksella tai sen apuna voidaan käyttää esimerkiksi Gua Sha -kampaa. On kuitenkin hyvä muistaa, että kaikki synnyttäjät eivät pidä kosketuksesta. (Raussi-Lehto 2017c, 259-260.)

Liikkuminen ja liikkeessä oleminen helpottaa synnytyksestä aiheutuvan lihasvenytyksen tuomaa kipua sekä edistää synnytystä. Synnyttäjän asennon ollessa pystysuunnassa, on myös painovoima apuna synnytyksen etenemisessä. Kun synnyttaja on pystyasennossa, sikiön tarjoutuva osa painaa kohdun kaulaa, jolloin kohdunsuun avautuminen on tehokkaampaa ja nopeampaa. Pystyasento voi vähentää myös kivun tuntemista, kun lantion alueelle kohdistuva paine vähenee. Lantion liikuttaminen sekä painonsiirto puolelta toiselle rentouttavat lantion sisäisiä lihaksia, mikä voi helpottaa kipua entisestään sekä edistää synnytyksen kulkua. Liikkuminen myös parantaa synnyttäjän sekä sikiön verenkiertoa. Liikkumisen tueksi voi ottaa käyttöön erilaisia apuvälineitä, kuten voimistelupallon. Pallon päällä voi esimerkiksi istua ja liikuttaa lantiota tai siihen voi nojata polviasennossa ollessa. On hyvä pyrkiä pysymään jatkuvasti liikkeessä, kokeilla erilaisia asentoja ja liikkeitä sekä miettiä yksilöllisesti millainen asento on kullekin synnyttäjälle hyvä ja toimiva. (Karttunen 2018; Raussi-Lehto 2017c, 258-259.)

Vesi helpottaa synnytyksessä tulevaa kipua, koska se rentouttaa ja helpottaa supistusten tunnetta sekä saa oksitosiinia erittymään. Vesi myös pehmentää kudoksia ja vähentää repeytymisen riskiä. Vettä voi hyödyntää suihkussa sekä ammeessa olemisella. Veden lämpötilan voi valita omien tunteusten mukaan huomioiden kuitenkin sen, ettei veden lämpötila nousisi yli 35 celsiusasteen. Kuumassa vedessä ei suositella olemaan pitkiä aikoja ruumiinlämmön nousemisen vuoksi, mikä ei ole synnytyksessä hyväksi synnyttäjälle eikä vauvalle. Suihkuun saa mennä missä vaiheessa synnytystä tahansa, kun taas kylpyyn ei kannata mennä liian ajoissa ennen avautumisvaihetta, ettei se hidasta synnytyksen etenemistä. Parhaan avun kylvystä saa aktiivisen avautumisvaiheen aikana, jolloin vesi nopeuttaa synnytystä pehmentämällä kudoksia. Mikäli synnytys venyy pitkäksi ja väsyttäväksi, kylpyyn meneminen voi pysäyttää kivuliaat supistukset, jolloin synnyttaja saa aikaa levätä. (Karttunen 2018; Raussi-Lehto 2017c, 259-260.)

Aqua-rakkuloita voidaan käyttää synnytyksen aikana helpottamaan kipua. Aqua-rakkuloita laitetaan synnyttäjän ristiselän alueen iholle supistuksen aikana. Ihon alle ruiskutetaan ohuella neulalla steriiliä vettä, jolloin muodostuu aqua-rakkula. Steriiliä vettä laittaessa iho kiristyy ja aiheuttaa polttavaa tunnetta alaselälle. Polttava tunne kestää noin 15-30 sekuntia, jonka jälkeen selälle tulee kipua lievittävä lämmin ja rentouttava tunne. Kipua helpottava vaikutus pohjautuu porttiteoriaan, jonka mukaan aivokuori pystyy ottamaan vastaan vain tietyn määrän kipuimpulsseja, jolloin synnyttaja keskittyy aqua-rakkuloiden tuottamaan kipuun supistuskipujen sijasta. Tavallisesti aqua-rakkuloita laitetaan noin 2-6 kappaletta muutaman senttimetrin välein ja niitä voidaan myös lisätä tarpeenmukaan. Aqua-rakkuloiden kivunlievitys kestää noin tunnin ajan niiden laitosta. (Karttunen 2018; Tiitinen 2018b; Äimälä ym. 2016a.)

TENS-hoito eli transcutaneous electrical nerve stimulation, on lääkkeetön ja turvallinen keino synnytyksen alkuvaiheen supistusten kivun helpottamiseksi (Carroll, Tramer, McQuay, Nye ja Moore 2005; Äimälä ym. 2016a). TENS-laite lähettää ihon kautta sähköimpulsseja, jotka estävät kivun viestinnän aivoihin. Laite edistää myös synnyttäjän kehon omaa endorfiinin tuotantoa, mikä toimii elimistön omana kivunlievityksenä. Laitteeseen kuuluu kahdesta neljään elektrodi, jotka yhdistyvät johdoilla laitteen ohjaimiin. Elektrodit laitetaan selän iholle pystysuunnassa kummallekin puolelle selkärankaan. Ohjaimella synnyttäjä pystyy itse hallitsemaan ja säätämään sähköimpulssien voimakkuutta sekä taajuutta omien tunteiden ja tarpeiden mukaisesti. TENS-hoidolla ei ole haittavaikutuksia oikein käytettynä synnyttäjään tai vauvaan, mutta hoitoa ei voi käyttää, mikäli synnyttäjällä on epilepsia, sydämentahdistin, sydänvika tai elektrodien kiinnityspaikan iho ei ole ehyt ja siisti. Hoitoa ei voi myöskään käyttää vedessä ollessa eikä elektrodeja saa kiinnittää muualle elimistöön. (Äimälä ym. 2016a.)

3.2.2 Lääkkeellinen kivunhoito matalan riskin synnytyksessä

Lääkkeellisten kivunlievityskeinojen käytössä on tutkimusten mukaan vaikutusta supistustoimintaan ja synnytyksen keston. Synnytyksen edetessä lääkkeelliset kivunlievityskeinot nostavat myös tarvetta synnytyksen hoidolle sekä esimerkiksi rajoittavat synnyttäjän liikkumista. Kaikilla lääkkeellisillä kivunlievitysmenetelmillä on riski sivuvaikutuksille, jonka vuoksi sikiön ja synnyttäjän seuranta lääkkeitä käytettäessä tulee toteuttaa erityisen tarkasti. (Raussi-Lehto 2017a, 260-261.)

Matalan riskin synnytyksessä sallittavissa lääkkeellisissä kivunlievitysmenetelmissä on eroja käytäntöiden ja suositusten välillä. Haikaramallin mukaan matalan riskin synnytyksen hoidossa sallittuja lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ovat ilokaasu, paraservikaali- ja pudendaalipuudutus. Lisäksi oksitosiinin ja epiduraalin käyttö on sallittua tilannekohtaisesti. (Saari-Kemppainen 2016.) WHO:n mukaan matalan riskin synnytyksen kivunlievitykseen ei kuulu lääkkeelliset puudutukset, koska puudutteen käytön jälkeen sikiön ja synnyttäjän vointia tulee seurata tarkemmin (Raussi-Lehto 2017c, 264).

Ilokaasu on turvallinen, halpa ja helposti käytettävä kivunlievitysmenetelmä. Kaasu on sekoitus hapetta ja typpioksiduulia. Heti supistuksen alkaessa ilokaasua hengitetään maskin avulla muutaman kerran, kunnes supistus alkaa helpottaa. Vaikutus alkaa noin 30 sekunnin kuluttua, joten supistuksen alku on hyvä pyrkiä ennakoimaan. Vaikutus kestää noin muutaman minuutin ajan. Ilokaasun käytöstä voi joillekin synnyttäjistä seurata ohimenevää pahoinvointia ja huimausta, mutta oireet häviävät ilokaasun vaikutuksen loppumisen yhteydessä. (Sarvela ja Nuutila 2009; Sarvela ja Volmanen 2014; Tiitinen 2018b.)

Paraservikaalipuudutuksessa (PCB) eli kohdunkaulan puudutuksessa tehdään kohdunkaulan kummallakin puolella sijaitseviin paraservikaalisiin hermopunoksiin johtopuudutus, jolloin lievitetään etenkin avautumisvaiheen aikaista kipua. Puudutusta käytetään, kun kohdunsuu on avautunut vähintään neljä senttimetriä tai enemmän. Puudutteen vaikutus alkaa nopeasti ja sen kesto on vaihdellen 60-120 minuuttia. Tarvittaessa puudutus voidaan laittaa uudestaan noin kahden tunnin jälkeen,

jos synnyttäjän ja sikiön vointi on hyvä. Kyseinen kivunlievitys sopii parhaiten uudelleensynnyttäjälle. Puudutuksesta voi seurata joskus ohimenevä sikiön sydänäänten harveneminen, mutta kyseinen sivuvaikutus on harvinaista. Sivuvaikutus johtuu puudutteen mahdollisesta kulkeutumisesta myös kohdun verenkiertoon, jolloin se pääsee kulkeutumaan myös sikiöön. (Raussi-Lehto 2017c, 264-265; Sarvela ja Nuutila 2009; Sarvela ja Volmanen 2014; Tiitinen 2018b; Äimälä ym. 2016a.)

Pudendaalipuudutuksessa eli häpyhermon puudutuksessa puudutetaan välilihan seutu, jolloin voidaan helpottaa ja poistaa synnytyskanavan alaosassa sekä ulkosynnyttimien alueella tuntuvaa ponnistusvaiheen kipua. Puudute saa välilihan pehmenemään, jolloin pehmytosavastus on vähäisempää. Puudutus laitetaan ponnistusvaiheen alkaessa ja kohdunsuun ollessa täysin auki. Pudendaalipuudutuksen kesto on noin 60-120 minuuttia ja se voidaan tarvittaessa uusua. Tavallisesti puudutetta käytetään muiden puudutusten lisänä. Riskit ovat vähäisiä niin äidille kuin sikiöllekin. (Raussi-Lehto 2017c, 265; Sarvela ja Volmanen 2014; Tiitinen 2018b.)

Oksitosiinin ja epiduraalipuudutuksen käytöstä voidaan neuvotella tilannekohtaisesti ja perustellusti lääkärin kanssa. Matalan riskin synnytykseen ei kuulu oksitosiinin käyttö avautumisvaiheen aikana, mutta käytön voi aloittaa lääkärin luvalla, jos tarve on perusteltu. Mikäli ponnistusvaihe pitkittyy, voi kättilö tarvittaessa aloittaa oksitosiinin käytön ilman lääkärin erillistä lupaa. Myös epiduraalipuudutuksen käyttö kivunlievityksenä voidaan tarvittaessa aloittaa lääkärin toimesta perustellusti, mikäli avautumisvaihe on vasta alkamassa, kohdunsuu on melkein kokonaan auki tai synnytys ei ole vielä täysin käynnissä. (Saari-Kemppainen 2016.)

Synteettistä oksitosiinia voidaan annostella perifeerisen laskimokanyylin kautta synnytyksen käynnistymisen tai sen edistymisen vuoksi. Oksitosiini saa kohdun supistamaan sekä se vaikuttaa supistusten voimakkuuteen ja keston. Käytön aikana synnyttäjän ja sikiön vointia seurataan ja arvioidaan oksitosiinin riittävää annostusta. Synnytyksen jälkeen käytettynä oksitosiini edesauttaa kohdun supistumista ja istukan syntymisen edistymistä. Lisäksi se ehkäisee liiallista verenvuotoa. (Äimälä ym. 2016a.)

Epiduraalipuudutus on tehokas kivunlievitysmenetelmä, jossa puudute laitetaan epiduraalitalaan ohuen katetrin avulla. Katetri jää synnytyksen ajaksi paikoilleen, jolloin lisäpuudutusta voidaan antaa noin kahden tunnin välein. Teho alkaa noin 20-25 minuutin kuluttua ja sen kesto on noin 90-120 minuuttia. Epiduraalipuudutus laitetaan tavallisesti silloin, kun kohdunsuu on avautunut noin kolme senttimetriä ja säännölliset supistukset ovat alkaneet. Puudutteen käytön aikana on tärkeää seurata tarkkaan synnyttäjän ja sikiön vointia, puudutuksen vaikutusta, supistuksia, kipua sekä synnytyksen kulkua. Puudutteesta voi seurata useita ohimeneviä haittavaikutuksia, kuten esimerkiksi pahoinvointia, huimausta, verenpaineen laskua, jalkojen ja virtsarakon puutumista tai supistusten heikkene- mistä, mutts oireita voidaan kuitenkin hoitaa. Lisäksi epiduraalipuudutuksen käytön yhteydessä elimistön oman kipua lievittävän endorfiinituotannon vaikutus lakkaa. (Raussi-Lehto 2017b, 262-264)

3.3 Synnytyksen vaiheet ja niiden hoitokäytänteet

Synnytys voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen, joita ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe, jälkeisvaihe ja tarkkailuvaihe. Avautumisvaihe alkaa, kun säännölliset supistukset alkavat ja päättyy, kun kohdunsuu on auennut täysin. Ponnistusvaihe alkaa kohdunsuun ollessa täysin auki, ja päättyy lapsen syntymään. Jälkeisvaihe alkaa lapsen synnyttyä ja päättyy, kun jälkeiset eli istukka ja kalvot ovat syntyneet. Tarkkailuvaihe alkaa jälkeisten syntymästä ja päättyy noin kahden tunnin tehostetun seurannan jälkeen. (Raussi-Lehto 2017d, 221; Tiitinen 2018a.)



Kuvio 1. Synnytyksen vaiheet

3.3.1 Synnytyksen käynnistyminen

Synnytys voi käynnistyä lapsivedenmenolla tai supistuksilla. Lisäksi 1-7 vuorokautta ennen synnytyksen käynnistymistä voi ilmetä verislimaista vuotoa eli tapahtuu niin sanottu limatulpan irtoaminen, joka voi myös olla merkki synnytyksen käynnistymisestä. (Raussi-Lehto 2017d, 221; Tiitinen 2017a). Usein käynnistymistä voi enteillä myös ohimenevä kohdun supistelu, joka kestää muutamia tunteja, mutta tämä ei kuitenkaan aina tarkoita suoraan synnytyksen käynnistymistä. Tällaiset enteilevät supistukset ovat lyhyempiä, epäsäännöllisempiä sekä heikompia kuin varsinaiset synnytyssupistukset ja niitä saattaa ilmetä jo vuorokausia ennen synnytyksen käynnistymistä (Ekblad 2016; Pulli 2017a).

Lapsivedenmeno tapahtuu, kun sikiökalvot ovat puhjenneet. Tavallisesti sikiökalvot puhkeavat itsestään kohdunsuun avautumisen loppuvaiheessa (Tiitinen 2018a; Ekblad 2016.) Synnytyksen käynnistäminen kalvojen puhkaisulla ei ole WHO:n hoito-ohjeen mukaan osa normaalisti etenevää fysiologista synnytystä eikä sen suosittelemiseksi ole todisteita. (Raussi-Lehto 2017c, 246.) Lapsivedenmenon jälkeen varsinaiset synnytyssupistukset alkavat yleensä muutaman tunnin kuluessa ja synnytys käynnistyy kahden vuorokauden sisällä. (Raussi-Lehto 2017d, 223; Tiitinen 2018a.) Tavallisesti lapsivesi on kirkasta tai hieman harmaata ja se tuoksuu imelältä, mikäli ei ole merkkejä tulehduksista tai muista poikkeavuuksista (Pietiläinen ja Väyrynen 2017c, 204-205; Raussi-Lehto 2017d, 223).

Säännöllisistä supistuksista puhutaan, kun supistuksia tulee vähintään kymmenen minuutin välein ja tilanne jatkuu sellaisenaan vähintään kahden tunnin ajan ilman, että supistusten väli pitenee. Säännölliset supistukset ovat kestoaltaan noin 40-60 sekuntia ja ne tuntuvat kivuliailta sekä niiden aikana kohtu tuntuu kovalta. Synnytys on käynnissä, kun supistukset ovat olleet säännöllisiä yli kahden tunnin ajan ja ne jatkuvat lapsen syntymään saakka ilman keskeytystä sekä, kun kohdunsuu on avautunut kolmesta neljään senttimetriä. (Pietiläinen ja Väyrynen 2017c, 204; Raussi-Lehto 2017d, 221-223; Tiitinen 2018a.)

Tarkkaa syytä synnytyksen käynnistymiselle ei tunneta. Käynnistymisen epäillään kuitenkin liittyvän hormoneihin sekä sikiön kehitykseen. Sikiön kehittyessä ja kohdun kasvaessa lihassolut venyvät, jonka seurauksena kohtulihakset supistelevat. (Sand, Sjaastad, Haug ja Bjålie 2015, 509-510.) Koko raskauden ajan kohtu supistelee kivuttomasti, kunnes viimeisillä raskausviikoilla supistuksia tulee enemmän ja kohdunkaula alkaa kypsyä (Tiitinen 2018a). Supistusten syntyyn vaikuttaa myös estrogeenit sekä progesteroni. Estrogeenit stimuloivat supistuksia, kun taas progesteroni estää niiden syntymistä. Synnytyksen lähestyessä estrogeenituotanto lisääntyy ja progesteronituotanto vähenee tai säilyy ennallaan, mikä edesauttaa supistusten voimistumista ja lisääntymistä. Myös raskaudesta ja synnytyksen käynnistymisestä johtuva oksitosiinin erittyminen ja prostaglandiiniutuotannon lisääntyminen voimistaa supistuksia. (Sand ym. 2015, 510.)

3.3.2 Avautumisvaihe

Avautumisvaihe voidaan jakaa latenssivaiheeseen ja aktiiviseen avautumisvaiheeseen. Synnytys alkaa latenssivaiheella, jonka aikana kohdunkaula alkaa pehmentyä ja lyhentyä sekä kohdunsuu alkaa avautua. Supistukset voivat olla alkuun epäsäännöllisiä ja niissä voi olla taukoja, mutta latenssivaiheen edetessä supistukset säännöllistyvät. Uudelleensynnyttäjän latenssivaihe on yleensä kestoaltaan lyhyempi, kun ensisynnyttäjällä se voi kestää jopa vuorokausia. Aktiivinen avautumisvaihe alkaa, kun kohdunsuu on avautunut neljä senttimetriä ja supistukset muuttuvat säännöllisiksi. Avautumisvaihe päättyy, kun kohdunsuu on auennut kymmenen senttimetriä eli se on täysin auki. (Äimälä ym. 2016a; Äimälä, Stenfors, Koivunen, Botha, Tuomi, Mettälä, Ratia, Kukko, Kalvas, Mäkelä, Heinilä ja Seppänen 2016b; Pulli 2017a.) Kohdunsuun avautuessa sikiö laskeutuu alaspäin, painuu lantion pohjalle ja pää kiertyy synnyttäjän lantion mukaan. Sikiön tarjoutuva osa painaa kohdun alaosaa sekä kohdunsuun reunoja vasten, mikä voi tuntua synnyttäjistä kivuliaalle. (Tikkanen ja Tekay 2019a; Tikkanen ja Tekay 2019b.)

Avautumisvaiheen aikana matalan riskin synnyttäjää ohjataan olemaan kotona niin kauan, kun hän kokee siellä pärjäävänsä. Häntä ohjataan ottamaan yhteyttä sairaalaan, mikäli lapsivedenmeno tapahtuu kotona ollessa. Kun supistukset muuttuvat säännöllisiksi ja kivuliaiksi, tulee synnyttäjän lähteä sairaalaan. (Äimälä ym. 2016b, Raussi-Lehto 2017d, 221-223.) Mikäli sairaalaan on pitkä matka ja synnyttäjä on uudelleensynnyttäjä, tulee sairaalaan lähteä aikaisemmin mahdollisen synnytyksen nopeamman etenemisen vuoksi (Pietiläinen ja Väyrynen 2017c, 207). Synnyttäjän tullessa sairaalaan kättilö tekee arvion tilanteesta ja sen kiireellisyydestä sekä tarkistaa äitiyskorttiin ja esitietolomakkeeseen kirjatut synnytykseen vaikuttavat merkittävät asiat. Kättilö myös valmistelelee synnyttäjän tulevaan synnytykseen ja varmistaa hoidon jatkuvuuden. (Raussi-Lehto 2017e, 244.)

Sairaalaan tulovaiheessa synnyttäjän supistuksia ja sikiön sykettä mitataan yleensä noin 20 minuutin ajan, jolloin varmistetaan sikiön vointi. Tätä kutsutaan niin sanotusti tulokäyräksi. (Tikkanen ja Tekay 2019c.) Matalan riskin synnytyksen seurantaan ja hoitoon sisältyy myös muissa synnytyksen vaiheissa sikiön sykekäyrän seuranta eli KTG-rekisteröinti (kardiotokografia), jonka avulla seurataan sikiön sydämen sykettä ja kohdun supistuksia synnyttäjän vatsanpeitteiden päältä. Kardiotokogra-

fiarekisteröinnin avulla voidaan seurata sikiön vointia tulkitsemalla muun muassa sykkeen perustaso ja lyöntitiheyden muutoksia suhteessa supistuksiin. Lisäksi sikiön vointia voidaan seurata kuuntelemalla sikiön sykettä sikiöstetoskoopin avulla. (Saari-Kemppainen 2016; Raussi-Lehto 2017c, 252; Sarvilinna, Isaksson, Kokljuschkin, Timonen ja Halmesmäki 2016; Uotila 2017, 527.)

Raskausviikolla 36+0 tai viimeistään tulovaiheessa tutkitaan, esiintyykö synnyttäjän synnytyskanavan normaalifloorassa GBS eli B-ryhmän streptokokkibakteeri. B-ryhmän streptokokkia voi esiintyä oireettomana osalla naisista ilman, että siitä olisi naiselle mitään haittaa, mutta hoitamattomana se on yksi merkittävimmistä vastasyntyneen infektiosairauksien tai -kuolleisuuden aiheuttajista. Tämän vuoksi kaikille synnyttäjille suoritetaan B-ryhmän streptokokki -seulonta ja niille, joilla se todetaan, toteutetaan antibioottiestohoito synnytyksen aikana. (Naistalo.fi s.a.a; Raussi-Lehto 2017e, 245.)

Avautumisvaiheen aikana on tärkeää hoitaa ja tarkkailla synnyttäjää, syntymän edistymistä sekä seurata sikiön vointia. Synnyttävältä äidiltä seurataan ja arvioidaan säännöllisesti verenpainetta, pulssia ja lämpöä. Näiden mittaaminen katsotaan kuuluvan jatkuvaan synnytyksen etenemisen tarkkailuun ja ovat synnytyksen kulkuun puuttumattomia toimenpiteitä. Osana seurantaa on myös lapsiveden määrän, värin sekä koostumuksen tarkkailu. Myös supistusten tarkkailu on hyvin tärkeää avautumisvaiheessa, koska supistukset vaikuttavat kohdun verenkiertoon ja näin ollen myös sikiön sykkeeseen ja vointiin. (Tiitinen 2018a; Raussi-Lehto 2015a, 248-252.)

Kättilön tehtäviin kuuluu seurata ja arvioida synnytyksen etenemistä muun muassa edellä mainittujen mittauksien avulla, olla fyysisenä sekä henkisenä apuna ja synnyttäjän sekä perheen tukena. Tutkimusten mukaan läsnäolo, empatia ja jatkuva synnyttäjän saama tuki ovat yhteydessä muun muassa synnytyksen lyhyempään keston ja vähäisempään lääkkeellisten kivunlievityskeinojen käyttöön. Kättilön tulee kannustaa ja kertoa synnyttäjälle sekä hänen perheelleen meneillään olevasta tilanteesta. Ravinnon ja nesteiden saanti on myös huomioitava synnytyksen aikana. Ruokaa ja juotavaa tarjottaessa kättilön tulee huolehtia myös synnyttäjän virtsaamisesta. Synnyttäjä ei välttämättä tunne virtsaamisen tarvetta, joten virtsarakon tyhjentäminen säännöllisesti on tärkeää. Täysi rakko voi olla synnytyksestä, joten tarvittaessa kättilö voi tyhjentää rakon myös katetroimalla. Tärkeä osa kättilön työtä avautumisvaiheessa on myös tarvittava kivunhoito ja sen seuranta. Lisäksi kättilön tulee kannustaa ja tukea synnyttäjää etsimään itselle kivuttomin ja mieleisin asento avautumisvaiheen aikana. On tärkeää myös huolehtia synnyttäjän vaatteiden puhtaudesta ja muusta hygieniasta. (Raussi-Lehto 2017c, 248-250.)

3.3.3 Ponnistusvaihe

Ponnistusvaihe alkaa, kun kohdunsuu on avautunut kokonaan ja päättyy kun lapsi on syntynyt. Kun sikiö alkaa painaa välilihaa ja peräsuolta, synnyttäjälle tulee ponnistustarve (Tiitinen 2018a.) Vaikka kohdunsuu on täysin auki, ennen aktiivista ponnistusvaihetta täytyy huomioida, onko sikiö laskeutunut tarpeeksi ja onko sikiön pää kiertynyt niin, että lakisauma on suorassa mitassa. Liian aikainen ponnistaminen voi johtaa synnyttäjän väsymiseen tai kohdunsuun reunan turpoamiseen, mikä voi

olla jopa este alatiesynnytykselle. Ponnistusvaiheessa kättilön tärkein tehtävä on tukea synnyttäjää ja olla tilanteessa läsnä. (Raussi-Lehto 2017c, 265-266; Ekblad 2016.)

Synnyttäjä tietää parhaiten itse, mikä synnytysasento tuntuu aktiivisessa ponnistusvaiheessa hyvältä. Suositeltavia asentoja ovat kylkiasento, istuma-asento, kyykkyasento, konttausasento tai puoli-istuva asento. Suomessa suurin osa synnyttäjistä synnyttää puoli-istuvassa asennossa. Kättilö auttaa synnyttäjää oikeanlaiseen asentoon, ohjaa synnyttäjää sanallisesti koko ponnistusvaiheen ajan sekä tukee välilihaa. Ponnistusasentoa olisi hyvä kokeilla jo etukäteen ja kättilön tulisi ohjata ja auttaa synnyttäjää löytämään hyvä asento. Synnyttäjälle tulee kertoa etukäteen mahdollisen kipulääkityksen tai suonensisäisen infuusion vaikutuksesta liikkumiseen, ja näin ollen myös ponnistusasentoon. Kylkiasennolla on ponnistusvaiheessa välilihaa suojaava vaikutus, kun taas selinmakuulla välilihan repeämien riski kasvaa. (Raussi-Lehto 2017c, 266; Ekblad 2016.)

Kättilön tulee tukea välilihaa hyvin ponnistuksen aikana väliliharepeämien välttämiseksi (Tiitinen 2018a). Kättilöliiton laatimassa hoitosuosituksessa välilihan repeämien ehkäisemiseksi kättilöä suositellaan kontrolloimaan sikiön pään syntymisnopeutta sekä tukemaan ja tarkkailemaan välilihaa. Jos peräaukon sulkijalihaksen repeämisen riski on suuri, suositellaan välilihaleikkausta eli episiotomiaa. (Räisänen, Raussi-Lehto ja Laine 2018.) Kättilön tulee myös seurata sikiön sykettä aina supistusten välillä, antaa synnyttäjälle tarvittaessa lisähapetta ja kutsua synnytyslääkärin paikalle, jos sikiön vointi huononee. Hänen tulee myös huolehtia synnyttäjän kivun hoidosta. (Raussi-Lehto 2017c, 265-270.)

Ponnistusvaiheen kesto on jokaisella yksilöllinen ja se voi kestää muutamasta minuutista jopa pariin tuntiin (Tiitinen 2018a). Jos aktiivinen ponnistusvaihe kestää yli puolitoista tuntia, on synnyttäjän väsyminen ja synnytyksen pitkittyminen todennäköistä. Tutkimusten mukaan ponnistusvaiheen pitkittynyt kesto voi olla haitaksi sekä synnyttäjälle että lapselle. Esimerkiksi välilihan repeäminen, synnytyksen jälkeinen runsaampi vuoto tai lapsen pienemmät Apgar-pisteet voivat olla riskinä, jos ponnistusvaihe pitkittyy. (Manasi 2017; Ekblad 2016.)

Synnyttäjää tulisi kannustaa spontaaniin ponnistamiseen. Niin kauan, kun synnytys etenee, sikiön syke on normaali ja äidin vointi pysyy hyvänä, ponnistusvaiheen keston ei tulisi puuttua. Jos synnyttäjä ei kykene ponnistamaan tehokkaasti tai ponnistusvaihe alkaa pitkittyä, kättilö voi ohjata ponnistamisessa. Ohjattu ponnistaminen ei kuitenkaan ole suositeltava toimintatapa. On todettu, että ohjattu ponnistaminen voi hieman lyhentää ponnistusvaiheen kestoa, mutta se voi vaikuttaa negatiivisesti sikiön hapettumiseen ja vaurioittaa esimerkiksi synnyttäjän lantiota tai välilihaa. (Manasi 2017; The Joanna Briggs Institute 2017a.)

3.3.4 Jälkeisvaihe

Jälkeisvaihe on synnytyksen kolmas vaihe ja se kestää yleensä noin tunnin. Vaihe alkaa, kun lapsi syntyy ja loppuu, kun istukka ja kalvot ovat syntyneet. Lapsen synnyttyä hänet kuivataan välittömästi lämmönhukan estämiseksi. Kättilö antaa lapselle Apgar-pisteet, joilla arvioidaan syketiheyttä,

hengitystä, lihasjänteveyttä, reagoitua ärsykkeille sekä vartalon väriä. Jokaisesta näistä osa-alueesta voi saada kaksi pistettä. Apgar-pisteet annetaan yhden sekä viiden minuutin iässä, ja jos pisteet ovat minuutin iässä alle seitsemän, ne annetaan vielä uudestaan kymmenen minuutin ikäisenä. (Raussi-Lehto 2017c, 274-276; Tiitinen 2018a; Luukkainen 2011, 330-331; Deufel ja Montonen 2016, 60-61.)

Lapsen hengityksen tulisi käynnistyä 30-60 sekunnin sisällä syntymästä. Jos hengitys ei käynnisty itsestään, tulee lapsen ihoa stimuloida esimerkiksi hieromalla, joka voi riittää ärsykkeeksi hengityksen käynnistymiselle. Hengitysteitä saatetaan imeä, jos lapsivesi on ollut vihreää. Lapselta tarkastetaan pää, kitalaki, selkä, sukupuolielimet ja raajat mahdollisten epämuodostumien toteamiseksi. Ennen napanuoran katkaisua, napavaltimosta tai -laskimosta voidaan ottaa astrup-näyte. Napanuora katkaistaan, kun lapsi on identifioitu ja napanuorassa ei tunnu enää sykettä. Syntymän jälkeen vastasyntyneen hengitystä arvioidaan muun muassa tarkkailemalla lapsen yleisvointia, hengitystiheyttä, ihon väriä sekä mittaamalla happisaturaatioarvoa. Lapsi nostetaan syntymän jälkeen äidin rinnalle, jonka jälkeen suurin osa terveistä lapsista imee rinnasta jo tunnin sisällä syntymästä. Kun lapsi ja perhe on saanut olla rauhassa hetken ajan, lapsi punnitaan ja päänympäry, lämpö, pulssi sekä hengitys mitataan. (Raussi-Lehto 2017c, 274-276; Tiitinen 2018a; Luukkainen 2011, 330-331; Deufel ja Montonen 2016, 60-61.)

Lapsen syntymän jälkeen kohtu supistuu nopeasti, jolloin se irrottaa istukan ja synnyttäjän tulee ponnistaa jälkeiset supistuksen aikana ulos. Jälkeisiä voidaan auttaa syntymään painamalla kevyesti vatsaa kohdun kohdalta ja napanuoraa varovasti vetäen. Jos istukka ei ole syntynyt tunnin kuluessa jälkeisvaiheen alkamisesta, aloitetaan aktiivinen jälkeisten ulos auttaminen. (Raussi-Lehto 2017c, 275-276; Tiitinen 2018a.) Spontaanin jälkeisten syntymisen esteenä voi olla synnytyksessä käytetty oksitosiini, epiduraalipuudutus tai runsaat määrät muita lääkkeitä. Spontaanin jälkeisten syntymisen edellytyksenä on säännöllinen matalan riskin synnytys. Synnyttäjälle on kerrottava jälkeisvaiheesta ja sen hoidosta jo ennen synnytystä, jotta hän osaa ottaa hyödyt sekä haitat huomioon päätöksiä tehdessään. (The Joanna Briggs Institute 2017b.)

Jälkeisvaihetta voidaan nopeuttaa antamalla synnyttäjälle kohtua supistavaa lääkettä, jolloin lääke auttaa istukkaa irtoamaan helpommin. Tutkimusten mukaan aktiivinen jälkeisten ulosautto vähentää merkittävästi riskiä syntymän jälkeiseen verenvuotoon ja lyhentää jälkeisvaiheen kestoa, mutta lisää riskiä muun muassa pahoinvointiin ja voi vaikuttaa diastoliseen verenpaineeseen nostavasti. (Raussi-Lehto 2017c, 275-276; Manasi 2016.) Suomessa käytettäviä kohtua supistavia lääkkeitä ovat oksitosiini, metyyligometriini, misoprostolia sekä sulprostoni-infuusiota. Näistä ensisijaisesti käytetään oksitosiinia. Lääkkeiden käyttöä tulee arvioida aina potilaskohtaisesti, koska etenkin yhteiskäyttöön voi liittyä vaikeitakin sivuvaikutuksia. (Ahonen ja Stefanovic 2013, 347.)

3.3.5 Tarkkailuvaihe

Tarkkailuvaihe, jota kutsutaan myös synnytyksen neljänneksi vaiheeksi, kestää noin kaksi tuntia jälkeisten syntymän jälkeen. Näiden kahden tunnin ajan lapsi ja synnyttäjä ovat yhä jatkuvassa tarkkailussa, yleensä synnytyssalissa, jonka jälkeen he pääsevät osastolle jatkohoitoon. Kahden tunnin tarkkailun aikana kätilö muun muassa seuraa synnyttäneen naisen sekä lapsen vointia, ohjaa ensi-imetyksessä sekä keskustelee synnyttäjän kanssa synnytyksestä hänen jaksamisensa ja haluamisen mukaan. Huomiota tulisi kiinnittää varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen ja ensi-imetyksen ohjaamiseen. Kätilön tulee myös huomioida milloin perheelle tulisi antaa aikaa olla rauhassa. (Raussi-Lehto 2017c, 281.)

Synnyttäneen naisen fyysisen voinnin tarkkailuun kuuluu jälkivuodon arviointi, kohdun supistumisen seuranta, verenpaineen, pulssin ja lämmön mittaus. Myös lapsen yleisvointia seurataan, mitataan lämpöä, hengitystä, sykettä ja arvioidaan ääntelyä. Ensimmäistä virtsausta sekä suolen toimintaa tulee tarkkailla ja tieto niistä tulee merkitä lapsen hoitosuunnitelmaan. Vastasyntynyt virtsaa yleensä viimeistään 48 tuntia syntymästä ja suoli toimii noin 24 tunnin päästä syntymästä. Tarkkailuvaiheen jälkeen synnyttänyt nainen ja lapsi siirtyvät vuodeosastolle tai heidät kotiutetaan. (Raussi-Lehto 2017c, 281; Ihme ja Rainto 2015, 308.)

4 TUTKIMUKSEN AINEISTO, MENETELMÄT JA ANALYYSI

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet kansallisesti, koska Suomessa niitä ei ole vielä laadittu yhtenevästi. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja toteutuksen haastattelumuotona käytettiin teemahaastattelua. Kohderyhmäksi rajattiin Suomen yliopistolliset sairaalat.

Tavoitteena tutkimuksella oli lisätä ja koota yhtenevästi tietoa matalan riskin synnytyksestä, sen kriteereistä sekä hoidosta. Matalan riskin synnytysten tutkiminen ja tieto lisäävät kansainvälisesti kätilöiden tietämystä sekä ammattitaitoa ja näin edistää synnytysten luonnollista kulkua tukevaa kätilötyötä. Laajempi tieto matalan riskin synnytyksestä ja sen hoidosta vähentää myös hoitoon liittyviä kustannuksia sekä lisää potilasturvallisuutta. Tiedon lisääminen edistää synnytyksen luonnollisuutta ja vähentää turhaa synnytyksiin puuttumista.

Tutkimus antaa sen tilaajille mahdollisuuden soveltaa ja kehittää omia käytäntöjään matalan riskin synnytyksen hoidossa sekä yhtenäistää käytäntöjään kansallisesti muiden yliopistosairaaloiden kanssa. Tekijöille opinnäytetyö antaa hyvän teorianäytteen ja ammatillisen pohjan siitä, millainen matalan riskin synnytys on, kuinka se määritellään, millaiset kriteerit siihen sisältyy, kuinka sitä hoidetaan ja mitkä ovat erot korkean riskin synnytykseen.

4.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus on tutkimuksen menetelmäsuuntaus. Sen tarkoituksena on tiedostaa kohteen merkitystä, ominaisuuksia ja laatua kaikenkattavasti. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Tyypillisimpiä kvalitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä ovat havainnointi, kysely, haastattelu ja erilaisista dokumenteista kerätty tieto. Näitä menetelmiä voidaan käyttää yksistään, rinnakkain tai yhdisteltynä. Kun pohditaan kvalitatiivisen tutkimuksen soveltuvuutta, parhaiten se soveltuu tilanteisiin, joissa tutkittavasta ilmiöstä tiedetään hyvin vähän, siitä halutaan saada hyvä kuvaus ja syvälinen näkemys. (Tuomi ja Sarajärvi 2018a, 83; Kananen 2015a, 70-71.)

4.3 Tutkimuksen toteutus

Tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka toteutettiin joko Skype-, Zoom-videoneuvottelunohjelman, ääni- tai videopuhelun avulla. Käytettävä yhteydenotto-
muoto sovittiin etukäteen yhdessä haastateltavien kanssa sen mukaan, mitä ohjelmaa sairaalan työyksikössä voitiin käyttää. Jokaisesta yliopistollisesta sairaalasta haastateltiin kahta kätilöä, jotka työskentelevät synnytysosastoilla. Teemahaastattelun suunnitellut kysymykset ja aiheet liittyivät jokaisen sairaalan omiin matalan riskin synnytysten kriteereihin, hoitokäytänteisiin sekä niiden toteutumiseen. Pyrkimyksenä oli, että jokaisesta sairaalasta haastatellaan kahta vankkaa työkokemusta ja tietämystä omaavaa kätilöä yhtä aikaa. Jokainen työyksikkö sopi itsenäisesti haastatteluun osallistuvat

kätilöt. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin, koottiin sekä analysoitiin. Työn valmistuessa haastattelun osallistuneihin sairaaloihin lähetetään sähköinen linkki Theseukseen, mistä he pääsevät lukemaan valmiin työn.

Teemahaastattelu tarkoittaa haastattelumuotoa, jossa haastattelu etenee tietyn teeman mukaan. Aiheesta keskustellaan vapaamuotoisesti ja tarvittaessa haastattelija kysyy tarkentavia kysymyksiä vastauksiin perustuen. Teema on valittu etukäteen ja haastattelija on laatinut tarkentavia lisäkysymyksiä aiheeseen liittyen. On kuitenkin tutkimuksen toteuttajasta kiinni, kuinka haastattelu toteutetaan. Teemahaastatteluun lukeutuu sekä avoimet haastattelut, että hyvin strukturoidut haastattelut. (Tuomi ja Sarajärvi 2018a, 87-88.)

Tutkimuksen teemahaastattelun teemat:

- Sairaalan virallinen määritelmä matalan riskin synnytykselle
- Sairaalan matalan riskin synnytyksen kriteerit
- Sairaalan matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteet

Tiedonkeruumenetelmänä haastattelulla on monia etuja. Haastattelun aikana kysymyksiä voi tarkentaa, toistaa tai esittää toisin väärinymmärrysten välttämiseksi. Sen yhteydessä voi keskustella haastateltavan kanssa ja havainnoida tilannetta, joka voi tuoda lisäsisältöä aineistoon. Havainnoimalla ilmeitä, eleitä ja puhetyyliä asiat voivat saada erilaisen merkityksen. Kysymykset tai haastattelun teema voidaan lähettää etukäteen haastateltavalle, jotta hän on voinut tutustua etukäteen aiheeseen tai haastateltava voidaan valikoida niin, että hänellä on asiantuntijuutta aiheesta. Nämä asiat eivät onnistuisi esimerkiksi kyselylomaketta käytettäessä. (Tuomi ja Sarajärvi 2018a, 84-86.)

Tässä työssä haastattelut äänitettiin, joten ne täytyi litteroida kirjalliseen muotoon. Se tarkoittaa, että haastattelut kuunnellaan ja kirjoitetaan tekstimuotoon, jolloin aineiston käsittely ja analysointi ovat helpompia. Tutkija saa itse päättää aineiston litteroinnin tarkkuuden. Litterointi voidaan tehdä sanatarkasti, jolloin esimerkiksi puheen tauot, eleet ja äänen paino kirjataan tuloksiin erilaisilla symboleilla. Seuraavaksi tarkin taso on yleiskielinen litterointi, jolloin puhekielisyys ja murreilmaisut karsitaan tekstistä pois. Propositiotason litterointia käytettäessä kirjataan vain havainnon tai sanoman ydinsisältö. (Kananen 2015b, 160-161.) Tässä työssä litteroinnissa käytettiin yleiskielistä litteroinnintyyliä.

4.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä erilaisia tutkimuksia. Tutkittava materiaali on joko valmiiksi tekstimuodossa tai sellaiseksi muutettu aineisto. Materiaali voi olla esimerkiksi kirja, haastattelu tai keskustelu. Aineistoa analysoidaan tiivistämällä, erittelemällä sekä eroja ja yhdennäköisyyksiä etsimällä. Sisällönanalyysillä voidaan tarkoittaa laadullista sisällönanalyysiä sekä sisällön määrällistä erittelyä, joista kumpaakin pystytään käyttämään samaa materiaalia analysoidessa. Laadullisessa sisällönanalyysissä materiaali jaetaan ensin pienempiin osiin, jonka jäl-

keen se käsitteellistetään. Käsittelyn jälkeen materiaalista tehdään uudenlainen kokonaisuus. Analyysiä pystytään jatkamaan esimerkiksi tuottamalla tekstimateriaalista määrällisiä tuloksia. Sisällönanalyysiä voidaan tehdä materiaalin tai valmiin teoreettisen viitekehyksen perusteella joko teoria-ohjaavasti, teorialähtöisesti tai aineistolähtöisesti. (Tuomi ja Sarajärvi 2018b, 103-105; Tuomi ja Sarajärvi 2002, 105, 109-116.) Tässä tutkimuksessa käytettiin laadullista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja analyysi toteutettiin seuraavaksi lueteltujen työvaiheiden avulla. Yhden sairaalan haastattelu on liitetty tutkimusraportin loppuun (Liite 1) esimerkkinä sisällönanalyysistä.

Kun aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ryhdytään toteuttamaan, ensimmäiseksi suoritetaan redusointi. Se tarkoittaa aineiston pelkistämistä niin, että aineistoista poimitaan olennaisimmat sisällöt tiivistämällä tai pilkkomalla sitä. Pelkistetyt ilmaukset eritellään omiin ryhmiinsä, erilleen alkuperäistekstistä sitä kadottamatta. Tämä luo pohjaa seuraavalle työvaiheelle, klusteroinnille. (Tuomi ja Sarajärvi 2018b, 122-124.)

Klusterointi eli ryhmittely tehdään pelkistettyjä ilmaisuja ryhmittelemällä tai luokittelemalla. Luokittelu tapahtuu teemoittain, niin että samaan ilmiöön liittyvät ilmaisut ryhmitellään yhteen alaluokkaan. Klusteroinnin aikana aineisto tiivistyy entisestään ja muodostuvat luokat osoittavat suuntaa tutkimuksen tuloksista. (Tuomi ja Sarajärvi 2018b, 124-125.)

Abstrahointi on analyysin viimeinen vaihe, mikä tarkoittaa aineiston käsitteellistämistä. Klusteroidusta aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta oleellisin tieto, niitä luokitellaan tarpeen mukaan vielä pääluokkiin ja niistä edetään tutkimuksen johtopäätöksiin. Koko abstrahoinnin ajan on huomiotava myös alkuperäisaineisto, jotta sisältö ei muutu. Tuloksissa esitellään aineistolähtöisen sisällönanalyysin pohjalta muotoutuneet käsitteet ja luokat. (Tuomi ja Sarajärvi 2018b, 125-127.)

4.5 Tutkimuksen prosessi

Tutkimusta voidaan kutsua prosessiksi, joka etenee jatkuvasti ja vaiheittain. Tutkimusprosessin vaiheet ovat samankaltaisia kaikissa tutkimuksissa ja jokainen vaihe auttaa seuraavaa vaihetta eteenpäin. Vaiheet voidaan jakaa esimerkiksi aiheeseen perehtymiseen, tutkimuksen suunnitteluun, tutkimuksen toteuttamiseen ja raportointiin. (Jyväskylän yliopisto 2010.) Tämä tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, joten sen etenemistä kuvaamaan voidaan käyttää tutkimusprosessin etenemistä ja vaiheita.



Kuvio 2. Tutkimuksen prosessin vaiheet

Ensimmäinen vaihe tutkimusprosessissa on aiheeseen perehtyminen. Sen aikana löydetään sopiva ja mielenkiintoinen aihe tutkimukselle, perehdytään aiheeseen liittyvään aiempaan tietoon sekä pääte-

tään tutkimuksen näkökulma. Aiheen valinnassa kannattaa ottaa huomioon esimerkiksi oma mielenkiinto, jotta motivaatio työtä kohtaan säilyy sekä tarkastella onko aiheesta aiempaa tutkimustietoa. Jos aiheesta on tehty jo useita tutkimuksia, uuden näkökulman löytäminen voi olla pulmallista, mutta toisaalta jos aiheesta ei ole tehty aiempia tutkimuksia, voi tiedon löytäminen olla haastavaa. Myös aiheen hyvä rajaaminen on kannattavaa ja kuuluu tutkimusprosessiin. (Jyväskylän yliopisto 2010.)

Tutkimuksen aihe löytyi tilaajan verkkosivuilla esillä olevasta aihepankista. Kättilöopiskelijoina aihe herätti kiinnostuksen, jonka jälkeen tutkimuksen aihe varattiin loppuvuodesta 2017. Aihe oli melko tarkkarajainen jo itsessään, jonka lisäksi päätettiin ryhtyä tutkimaan asiaa ammattilaisten näkökulmasta. Työtä ryhdyttiin tekemään vuoden 2018 alussa ja aihekuvaus hyväksyttiin maaliskuussa. Jo aihekuvausta kirjoitettaessa havaittiin aiheesta olemassa olevan tutkimustiedon vähäisyys. Aiheeseen oli vaikeaa löytää tietoa nimenomaan matalan riskin synnytyksestä, koska käsitettä ei ole määriteltä valtakunnallisella tasolla. Aiheesta on esitetty vain suosituksia esimerkiksi kättilöliiton osalta.

Tutkimusprosessin toisessa vaiheessa eli tutkimuksen suunnittelussa keskeiseen rooliin nousee työn perinpohjainen suunnittelu niin aineiston, sen hankinnan sekä menetelmien osalta. Tämän vaiheen aikana tutkimuskysymys konkretisoituu entisestään, käsitteet sekä näkökulma määritellään sekä sovitetaan tutkimuksen aikataulu sekä aineiston hankintaan ja tutkimuksen tulosten käsittelyyn sopivat menetelmät. Suunnitteluvaiheeseen kuuluu myös tutkimussuunnitelman laatiminen, johon kirjataan kaikki tutkimuksen suunnittelun vaiheessa päätetyt asiat. (Jyväskylän yliopisto 2010.)

Tutkimuksen työsuunnitelman kirjoittaminen alkoi heti aihekuvausten hyväksymisen jälkeen. Tietoa ryhdyttiin etsimään eri tietokannoista ja avuksi pyydettiin myös ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikkoa. Tietoa oli hankalaa löytää, mutta käsitteiden kunnollinen määrittely helpotti hieman. Sovittiin, että opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena haastattelututkimuksena ja haastatteluun pyydetään osallistumaan kaksi kättilöä jokaisesta yliopistollisesta sairaalasta. Haastattelu toteutettaisiin teemahaastatteluna ja haastattelut nauhoitettaisiin, jotta haastattelija pystyy keskittymään haastattelusta saatuihin vastauksiin eikä niiden kirjaamiseen.

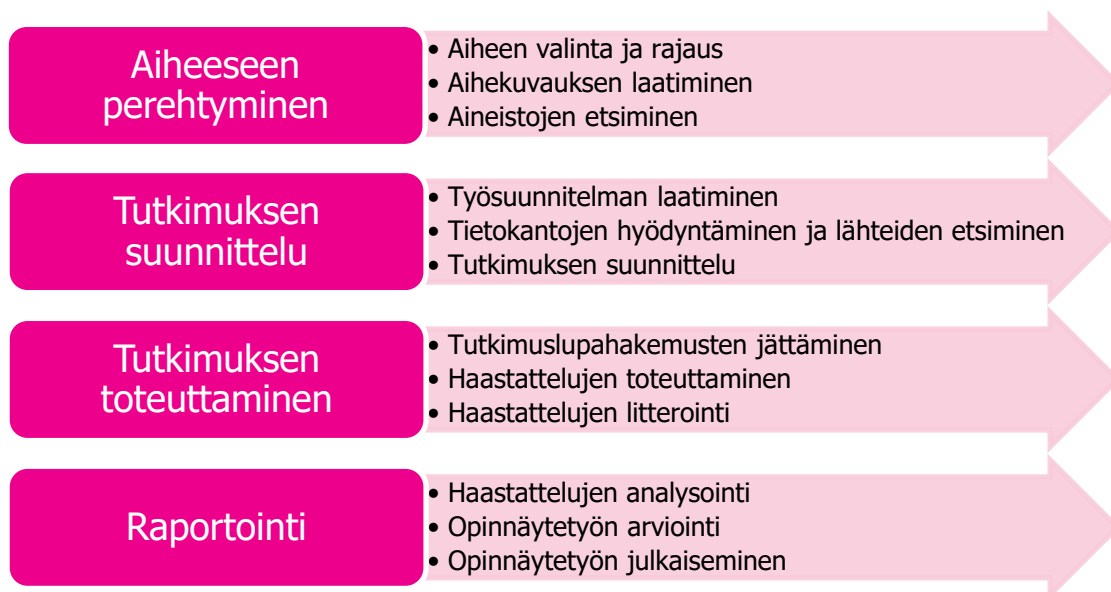
Tutkimuksen toteuttaminen on tutkimusprosessin kolmas ja työläin vaihe. Sen aikana kerätään tutkimusta varten tutkittava aineisto sekä analysoidaan se. Aineistonhankintamenetelmiä on monenlaisia, mutta aineistoina voidaan käyttää esimerkiksi valmiita dokumentteja, kuten kirjoja, haastattelua tai kyselyä. Aineisto kootaan ja analysoidaan, mikä tarkoittaa kerätyn aineiston pohjalta tutkimuskysymyksiin vastaamista. Analyysitapoja on monenlaisia, jonka vuoksi tutkimukselle sopivin analyysi on valittava tarkkaan. Aineiston pohjalta koostettu analyysi esitellään tutkimuksessa ja siitä tehdään johtopäätöksiä ja tulkintoja. Lopuksi tulisi myös arvioida tutkimuksen luotettavuutta. (Jyväskylän yliopisto 2010.)

Tutkimuksen toteuttamisvaihe alkoi tutkimuslupahakemusten tekemisellä syyskuussa 2018. Hakemusten lähdettyä käsiteltäviksi ryhdyttiin vahvistamaan teoriaosaa. Haastattelut toteutettiin marras-

kuu 2018-tammikuu 2019 välisenä aikana. Apuna käytettiin Skype- ja Zoom -videoneuvotteluohjelmia sekä ääni- ja videopuheluita. Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna niin, että kahta kättilöä haastateltiin yhtä aikaa yhtä yliopistollista sairaalaa kohti. Haastattelut litteroitiin sitä mukaa kun haastattelut saatiin tehtyä.

Tutkimusprosessin viimeinen vaihe on raportointi. Tässä vaiheessa viimeistään tutkimus kirjataan ylös kokonaisuudessaan yhteisesti sovittuun raporttimuotoon. Tekstin tulisi olla alusta loppuun loogista, selkeää sekä perusteltua ja raportissa tulee ottaa huomioon lähdeviitteiden sekä lähteiden asiallinen merkintätapa. Kokonaisuudessaan valmiiksi kirjoitettua tutkimusta voidaan kutsua raportiksi. (Jyväskylän yliopisto 2010.)

Haastattelujen analysointi aloitettiin joulukuussa 2018. Analysointi aloitettiin pelkistämällä alkuperäiset ilmaukset, jonka jälkeen pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia. Alaluokista muodostui yläluokkia, joiden avulla muodostettiin pääluokat. Tutkimuksen tulokset avattiin luokittelun avulla ja tuloksista koostettiin yhteenveto tulosten yhteneväisyyksiin perustuen. Maaliskuun aikana kirjoitettiin tutkimuksen pohdinta -osio ja suoritettiin työn viimeistely.



Kuvio 3. Tutkimuksen prosessin vaiheiden sisältö

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet kansallisesti, koska Suomessa niitä ei ole vielä laadittu yhtenevästi. Tavoitteena tutkimuksella oli lisätä ja koota yhtenevästi tietoa matalan riskin synnytyksestä, sen kriteereistä ja hoidosta. Matalan riskin synnytysten tutkiminen ja tieto lisäävät kättilöiden tietämystä sekä ammattitaitoa ja näin edistää synnytyksen luonnollista kulkua tukevaa kättilötyötä sekä matalan riskin synnytyksen hoitoa.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Suomen yliopistolliset sairaalat. Haastatteluista saadut tutkimustulokset esitetään sairaaloittain satunnaisessa järjestyksessä niin, että sairaalat on nimetty seuraavasti: sairaala 1, sairaala 2, sairaala 3, sairaala 4 ja sairaala 5. Tutkimustulokset on käsitelty sisälönanalyysin avulla, jolloin tuloksista muodostui ala-, ylä- ja pääluokat, joiden avulla tulokset on esitetty. Tekstissä on käytetty apuna suoria lainauksia haastatteluista havainnollistamaan tulosten sisältöä.

5.1 Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet: sairaala 1

Sairaalan 1 haastattelun tulosten perusteella muodostettiin kolme pääluokkaa, jotka nimettiin seuraavasti: **matalan riskin synnytyksen kriteerit, hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä** sekä **luonnollisen kulun edesauttaminen ja riskiarviointi**.

5.1.1 Matalan riskin synnytyksen kriteerit

Pääluokka ”Matalan riskin synnytyksen kriteerit” muodostui kolmesta yläluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä, synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä** sekä **sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä**.

5.1.1.1 Raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”Raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit” koostuu neljästä alaluokasta, joita ovat **raskauden kesto ja raskausaika, sikiöiden määrä, synnytyksen käynnistyminen ja lapsivedenmeno ja -väri**. Haastattelun tulosten mukaan kyseisessä sairaalassa matalan riskin synnytyksen kriteereihin kuuluu, että raskausaika on säännöllinen, raskaus on yksisikiöinen ja synnytys käynnistyy spontaanisti raskauden ollessa täysiaikainen raskausviikolla 37-42. Lisäksi lapsiveden menosta saa olla enintään 48 tuntia ja lapsiveden tulee olla kirkasta.

”Säännöllinen raskausaika”

”- - yksisikiöinen raskaus”

”Täytyy olla täysiaikainen, raskausviikot 37-42”

”Pitää olla spontaanisti käynnistynyt synnytys”

"Jos lapsivesi on mennyt, niin siitä saa olla enintään 48 tuntia ja se ei saa olla vihreää"

"Eli jos vesi on mennyt, niin veden pitää olla kirkasta"

5.1.1.2 Synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka "Synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä" muodostui viidestä eri alaluokasta, joita ovat **synnyttäjän ikä, synnyttäjän painoindeksi, synnyttäjän terveydentila, B-ryhmän streptokokki synnyttäjällä ja aikaisemmat synnytykset**. Sairaalan ohjeistamien kriteereiden mukaan matalan riskin synnytyksessä synnyttäjän tulee olla iältään 18-40 vuotias ja synnyttäjän painoindeksin (BMI) tulee olla ennen raskautta alle 35. Synnyttäjällä ei saa olla mikään perussairautta, jonka hoito vaatii lääkitystä, lukuun ottamatta Thyroxin-lääkitys.

"Äidin ikä pitää olla 18-40"

"BMI-raja eli 35 maksimissaan saa olla"

"Ei saa olla mitään perussairautta, joka vaatisi lääkitystä, mutta Thyroxin-lääkitys on meillä sellainen mikä saa olla, se ei sulje sitten perussairautena pois"

Lisäksi haastattelussa ilmi tulleiden kriteereiden mukaan synnyttäjällä saa olla positiivinen B-ryhmän streptokokki ilman, että se olisi vasta-aihe matalan riskin synnytykselle. Mikäli synnyttäjällä on aikaisempia synnytyksiä, joissa vuotoa on ollut yli 1500ml, ei synnytys ole matalan riskin synnytys.

"Saga-positiivisuus ei ole este kriteeristöön"

"Meidän kriteereissä on, että edellisessä synnytyksessä on ollut massiivivuoto, niin siinä taitaa olla 1500 raja, niin sitten ei ole seuraavassa synnytyksessä matalan riskin synnyttäjä"

5.1.1.3 Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka "Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä" koostuu kolmesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **sikiön kasvu, sikiön sykekäyrä ja sikiön tarjonta**. Haastattelusta tuli ilmi, että sairaalan matalan riskin synnytyksen kriteereihin kuuluu, että sikiö on kasvanut normaalisti, eikä sikiöllä ole diagnoosia sikiökautisesta kasvuhäiriöstä tai alipainoisuudesta. Lisäksi sikiön tulee olla raivotarjonnassa ja sairaalaan tullessa sikiön sykekäyrän tulee olla normaali.

"Normaalisti kasvanut sikiö"

"Ei saa olla IUGR tai SGA diagnoosia"

"Tulo KTG täytyy olla normaali"

"Lisäksi tulee olla raivotarjonnassa"

5.1.2 Hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä

Pääloukka "hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä" nimettiin kolmen yläluokan mukaan, joita ovat **sikiön ja synnyttäjän seuranta ja hoito matalan riskin synnytyksessä, matalan riskin synnytyksen vaiheiden hoitokäytänteitä ja matalan riskin synnytyksen kivunlievitys.**

5.1.2.1 Sikiön ja synnyttäjän seuranta ja hoito matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka "Sikiön ja synnyttäjän seuranta ja hoito matalan riskin synnytyksessä" koostuu kahdesta eri alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **sikiön seuranta** ja **synnyttäjän seuranta**. Haastattelussa kävi ilmi, että sairaalan ohjeiden mukaan matalan riskin synnytyksessä ei tarvita jatkuvaa syke-seuranta muulloin, kuin ponnistusvaiheen aikana. Synnytykseen kuuluu, että sikiön sydänäänet kuunnellaan 20 minuutin välein ja sikiön sykekäyrä otetaan joka toinen tunti.

"Ohjeessa on, että ei vaadi syke-seuranta koko ajan eli vaatii käyryksen joka toinen tunti ja sitten 20 minuutin välein sydänäänten kuuntelun"

"Ponnistusvaiheessa jatkuva käyrä"

"Ei suurin ero on siinä CTG-valvonnassa, että sitä ei tarvitse niin tiheästi ottaa, synnyttäjällä on sillä tavalla vapaampi"

Supistusanturi ei ole välttämätön, mikäli ei käytetä oksitosiinia, synnyttäjää supistaa normaalisti, sikiön voinnissa ei ole mitään huolestuttavaa, sydänäänikäyrä on normaali ja lapsivedenväri on normaali. Synnyttäjän seurantaan kuuluu tavallinen syke-seuranta ja tarvittaessa supistusten seuranta toko-anturilla.

"Tavallinen supistusanturi ei ole välttämätön, jos ei käytetä oksitosiinia ja äitiä supistaa normaalisti, eikä meillä ole sillä tavalla mitään huolta vauvan voinnista, CTG on normaali ja lapsiveden väri on normaali"

"Tavallinen syke-seuranta (synnyttäjällä) ja sitten tarvittaessa toko-seuranta"

"Pitää olla äidillä myös syke-seuranta ponnistusvaiheessa"

5.1.2.2 Matalan riskin synnytyksen vaiheiden hoitokäytänteitä

Yläluokka "Matalan riskin synnytyksen vaiheiden hoitokäytänteitä" muodostui kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **avautumisvaiheen hoito** ja **ponnistusvaiheen hoito**. Haastattelussa tuli ilmi, että sairaalassa ei ole tarkkoja rajoja synnytyksen etenemisen suhteen. Avautumisvaiheen annetaan edetä omaan rauhalliseen tahtiin ilman sen kulkuun puuttumista niin kauan, kun synnytys on matalan riskin synnytys.

"Ei ole tarkkoja rajoja synnytyksen etenemisen suhteen"

”Avautumisvaiheessa saattaa olla pitkäänkin esimerkiksi joitakin tunteja pysähtynyt synnytys, ei herkästi puututa siihen synnytyksen kulkuun niin kauan, kun ollaan matalassa riskissä”

”Annetaan latenssivaiheen esimerkiksi edetä siihen omaan rauhalliseen tahtiinsa”

Ponnistusvaiheen aikana ponnistaminen aloitetaan vasta sitten, kun äidillä tulee tarve ponnistaa. Tunnin aktiivisen ponnistamisen jälkeen tulee sairaalan ohjeiden mukaisesti ilmoittaa asiasta lääkärille, joka arvioi tilanteen.

”Sitten vasta kun äitiä ponnistuttaa, niin lähetään työntämään”

”Meidän ohje sanoo, että tunnin aktiivisen ponnistamisen jälkeen pitää tilanteesta informoida lääkäriä. Se ei automaattisesti tarkoita, että millään tavalla siihen puututaisiin, mutta lääkäri tekee arvion”

5.1.2.3 Matalan riskin synnytyksen kivunlievitys

Yläluokka ”matalan riskin synnytyksen kivunlievitys” koostuu kolmesta eri alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **luonnolliset kivunlievityskkeinot, lääkkeelliset kivunlievityskkeinot ja lääkkeellisten kivunlievityskkeinojen käytön jälkeinen seuranta**. Haastattelusta tuli ilmi, että sairaalassa käytettäviä luonnollisia kivunlievityskkeinoja ovat lämpöpakkaukset, voimistelupallot, TENS-laite ja aqua-rakkulat. Lisäksi kivunlievityksenä voi mennä suihkuun tai avautumisvaiheen aikana ammeeseen.

”Yleensä lämpöpakkausta, suihkua, aqua-rakkuloita, TENSsiä, puolisot hierovat, paljon päällä oloa semmosta niinkun alkuvaiheen lievitystä”

”Ja ammehan on yks, ammehuone meillä on, että sitäkin voi tarvittaessa avautumisvaiheessa käyttää”

Lääkkeellisinä kivunlievityskkeinoina matalan riskin synnyttäjille on sairaalassa käytössä Oxanest-injektioneste, paraservikaalipuudutus (PCB), pudendaalipuudutus, epiduraalipuudutus ja spinaalipuudutus.

”Sitten toki, jos kaipaa jotakin lääkkeellistä lievitystä esimerkiksi todella väsyneenä niin sitten me käytetään Oxanest-kipupiikkiä, jolla he saa huilahtaa hetken”

”Näiden lisäksi matalan riskin synnyttäjillä, heidän niin halutessaan on käytössä myös vahvemmat lääkkeelliset kivunlievitykset eli puudutteet, epiduraalipuudutus, PCB, spinaalipuudutus, pudendaalipuudutus siinä missä muillakin”

Lääkkeellisten kivunlievityskkeinojen käytön jälkeen matalan riskin synnyttäjän seuranta on sairaalassa erilaista. Sairaalan ohjeiden mukaan lääkkeellisten puudutteiden jälkeen syke-seuranta tulee

toteuttaa pidempään ja esimerkiksi epiduraalipuudutuksen ja spinaalipuudutuksen jälkeen tulee seurata puoli tuntia synnyttäjän verenpainetta.

”Rekisteröidään ja tilastoidaan matalan riskin synnyttäjäksi, mutta sen jälkeen, kun mitään interventioita, mitään puuttumista on tehty synnytyksen aikana, esimerkiksi annettu epiduraalipuudutus tai vaikka PCB, niin sen jälkeen syke seuranta on erilaista”
”Aina puudutteen antamisen jälkeen pidempi syke seuranta. Siihen ei ole mitään minuuttirajaa”

”Meidän ohjeessa sanotaan, että puudutteen jälkeen pidempi syke seuranta ja esimerkiksi selkäpuudutteen jälkeen tarvitaan puoli tuntia seurata verenpainetta”

5.1.3 Luonnollisen kulun edesauttaminen ja riskiarviointi

Pääloukka ”luonnollisen kulun edesauttaminen ja riskiarviointi” muodostui kahdesta eri yläluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **matalan riskin synnytyksen riskiarviointi** ja **matalan riskin synnytyksen luonnollisen kulun edesauttaminen**.

5.1.3.1 Matalan riskin synnytyksen riskiarviointi

Yläluokka ”Matalan riskin synnytyksen riskiarviointi” koostuu yhdestä alaluokasta, joka on **matalan riskin synnytyksen arviointi**. Haastattelussa kävi ilmi, että sairaalassa on hoito-ohje matalan riskin synnyttäjälle mikä sisältää matalan riskin synnyttäjän kriteerit. Hoito-ohjeen kriteeristö käydään läpi sairaalaan tullessa ja mikäli kriteerit täyttyvät, merkitään synnyttäjä matalan riskin synnyttäjäksi tilastollisesti. Tämän jälkeen synnyttäjää hoidetaan matalan riskin synnyttäjänä niin kauan, kun synnyttäjä täyttää kriteerit eikä synnytykseen ei tarvitse puuttua.

”Meillä on hoito-ohje matalan riskin synnyttäjälle, jos hän täyttää kaikki kriteerit. Aina kun hän tulee sairaalaan niin kriteeristö käydään läpi ja sitten hänet klikataan tilastollisesti matalan riskin synnyttäjäksi ja lähdetään siitä, että hän on matalan riskin synnyttäjä”

”On check-lista, mistä voidaan katsoa, että onko synnyttäjä nyt varmasti matalan riskin synnyttäjä ja kaikki ohjeet löytyvät”

”Meillä on ne tietyt kriteerit ja niin kauan, kun synnyttäjä täyttää ne kriteerit ja siihen synnytykseen ei tarvitse puuttua niin kauan hoidetaan matalan riskin synnyttäjänä”

5.1.3.2 Matalan riskin synnytyksen luonnollisen kulun edesauttaminen

Yläluokka ”Matalan riskin synnytyksen luonnollisen kulun edesauttaminen” muodostui kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **luonnollisen synnytyksen kulun tukeminen** ja **synnytykseen puuttumattomuus**. Haastattelussa tuli ilmi, että sairaalan hoito-ohjeen mukaisesti tuetaan ja

kannustetaan luonnolliseen synnytyksen kulkuun ja vältetään synnytykseen puuttumista, mikäli kaikki sujuu hyvin. Jos synnytykseen puututaan jollakin tavalla, tulee syy perustella synnyttäjälle.

”Sitten siinä (hoito-ohjeessa) on, että yritetään enimmäkseen tukea, kannustaa, tsemjata, sellasta luonnonmukasta kaikkiin”

”Jos kaikki sujuu hyvin, niin yritetään olla puuttumatta ja kannustetaan siihen luonnolliseen synnytyksen kulkuun”

”Sellaset, että jollain tavalla puututtaisiin synnytykseen esimerkiksi laittamalla skalppia tai puudutteella tai muilla, niin yritetään välttää. Jos sellasiin on perustetta niin ne pyritään aina synnyttäjälle perustelevaan”

5.2 Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet: sairaala 2

Sairaalan 2 haastattelun tulosten perusteella nimettiin kaksi pääluokkaa, joita ovat: **matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet matalan riskin synnytyksessä.**

5.2.1 Matalan riskin synnytyksen kriteerit

Pääluokka ”matalan riskin synnytyksen kriteerit” muodostui kolmesta yläluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä, sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä ja synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä.**

5.2.1.1 Raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä” muodostui neljästä alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **raskauden kesto ja raskausaika, sikiöiden määrä, lapsiveden väri ja synnytyksen käynnistyminen.** Haastateltavat kertoivat, että kyseisessä sairaalassa matalan riskin synnytyksen kriteereihin kuuluu normaali raskauden kesto sekä normaali raskausaika. Kriteereihin kuuluu myös, että raskauden tulee olla yksisikiöinen, synnytyksen tulisi käynnistyä spontaanisti ja lapsiveden tulisi olla kirkasta.

”Normaali raskauden kesto - -”

”Normaali raskaus”

”Yksisikiöinen raskaus”

”Spontaanisti käynnistynyt synnytys”

”Ei vihreä lapsivesi, siis kirkas lapsivesi”

5.2.1.2 Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä” muodostui kolmesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **sikiön tarjonta**, **sikiön sykekäyrä** ja **sikiön koko**. Haastattelussa kävi ilmi, että kyseisen sairaalan matalan riskin synnytyksen kriteereihin kuuluu, että sikiön tulisi olla raivotarjonnassa, sikiön sykekäyrän tulisi olla normaali ja sikiön tulisi olla normaalikokoinen.

”Sikiö raivotarjonnassa”

”Normaali sikiön sykekäyrä”

”Normaalikokoinen sikiö”

5.2.1.3 Synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä” muodostui viidestä alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **synnyttäjän terveydentila**, **B-ryhmän streptokokki**, **aikaisemmat synnytykset**, **synnyttäjän painoindeksi** ja **synnyttäjän kielitaito**. Haastateltavat kertoivat, että kyseisessä sairaalassa matalan riskin synnytyksen kriteereihin sisältyy, että synnyttäjällä sallitaan joitakin perussairauksia, joista on lueteltu esimerkkejä alla olevassa lainauksessa. Lääkityksistä ainoastaan kilpirauhasen vajaatoimintaan käytettävä Thyroxin-lääkitys on sallittu.

”Tiettyjä perussairauksia sai olla. Esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta, saa olla astma, johon ei ole lääkettä, auraton migreeni sai olla, suolistosairauksia tai allergisia sairauksia, johon ei ole lääkitystä. Mutta käytännössä jos äidillä on joku muu perussairauslääkitys, kun Thyroxin, niin se teki hänestä korkean riskin synnyttäjän”

Synnyttäjän B-ryhmän streptokokki tulisi olla negatiivinen ja painoindeksin tulisi olla ennen raskautta alle 35, eikä synnyttäjällä tulisi olla aikaisempia sektioita taustalla. Kriteereiden mukaan synnyttäjällä ja kättilöllä tulisi löytyä yhteinen kieli esimerkiksi tulkkia apuna käyttäen. Mikäli yhteistä kieltä ei ole ja kommunikointi ei onnistu, ei synnytys ole matalassa riskissä.

”GBS, eli streptokokki negatiivinen”

”35 oli raja” (painoindeksissä)

”Ei aikaisempia sektioita - -”

”Tällänen yllättävä asia, kun että synnyttäjällä ja kättilöllä on oltava niikun yhteinen kieli, tai siis on pystyttävä kommunikoimaan. Jos ei löydy yhteistä kieltä joko tulkin kautta tai esimerkiksi englanniksi, niin sitten ei ollut matalan riskin synnyttäjää”

5.2.2 Hoitokäytänteet matalan riskin synnytyksessä

Pääloukka ”hoitokäytänteet matalan riskin synnytyksessä” muodostui kahdesta yläluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **matalan riskin synnytyksen kivunhoito** sekä **matalan riskin synnytyksen hoito ja sikiön seuranta**.

5.2.2.1 Matalan riskin synnytyksen kivunhoito

Yläluokka ”Matalan riskin synnytyksen kivunhoito” muodostui kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **lääkkeellinen kivunlievitys** ja **lääkkeetön kivunlievitys**. Haastattelussa kävi ilmi, että kyseisessä sairaalassa matalan riskin synnytyksessä lääkkeellisenä kivunhoitona sallitaan kaikki kivunlievityskeinot, joista haastattelijat toivat ilmi ilokaasun ja puudutukset. Puudutuksista haastattelussa mainittiin epiduraalipuudutus ja kohdunkaulanpuudutus

”Synnytyksen aikana saa olla puudutus käytössä, eli voi olla epiduraali tai kohdunkaulanpuudutus”

”Käytännössä kyllä meillä matalan riskin synnyttäjällä on kaikki kivunlievityskeinot on sallittuja, että toki ensin lähdetään niistä lääkkeettömistä, mutta tosiaan oli myös ne ilokaasu ja puudutukset oli luvallisia, että edelleen pysyy matalan riskin synnyttäjänä”

Haastattelun mukaan lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja käytetään sairaalassa ensisijaisesti, joista käytössä on muun muassa vesi, TENS-laite, aqua-rakkulat, vyöhyketerapia sekä asentohoito ja siihen kuuluvat erilaiset apuvälineet. Haastateltavat toivat esille myös kättilön läsnäolon tärkeyden osana kivunlievitystä.

”On liikkeellä olo ja hieronta ja TENSsi ja suihku ja vesiallasta ja vyöhyketerapiaa, akupunktiota, aqua-rakkuloita, pähkinäpalloa, kylmägeelipusseja, lämpöpusseja, erilaisia apuvälineitä asentoihin; puolapuut, säkkituolit, pallot, kävelytuet, semmonen puhallettava kup-tyyny, jakkara ja kättilön läsnäolo”

5.2.2.2 Matalan riskin synnytyksen hoito ja sikiön seuranta

Yläluokka ”matalan riskin synnytyksen hoito ja seuranta” muodostui kolmesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **matalan ja korkean riskin synnytyksen hoitokäytänteiden erot, sikiön seuranta** ja **oksitosiinin käyttö**. Haastattelussa kävi ilmi, että kyseisessä sairaalassa korkean riskin synnyttäjän ja matalan riskin synnyttäjän hoitokäytännöt eivät eroa paljoa toisistaan muutoin kuin, että kättilö hoitaa matalan riskin synnyttäjää itsenäisesti. Haastateltavat kertoivat, että myös sikiön sydänäänien seuranta on samanlaista niin korkean kuin matalan riskin synnytyksessä.

”Käytännöt eroaa aika vähän eri synnyttäjärühmien välillä, on sitten matalan tai korkean riskin synnyttäjää, että siellä aika samoilla mennään. Paitsi tietysti se, että kättilö hoitaa itsenäisesti sitä matalan riskin synnyttäjää - -”

”- - mutta esimerkiksi sydänäänien seuranta on samanlaista, oli sitten korkean tai matalan riskin synnyttäjää - -”

Haastattelussa nousi esiin, että sikiön sykekäyrää seurataan kyseisessä sairaalassa jatkuvasti, mutta 30 minuutin taukoja voi olla. Ponnistusvaiheen aikana seuranta on koko ajan jatkuvaa. Sykekäyrän tulee olla 20 minuutin ajan hyvä, jotta synnyttäjä voi mennä esimerkiksi suihkuun tai ammeeseen.

”Kättilö hoitaa sen normaalin synnytyksen, sydänääniä täytyy seurata periaatteessa jatkuvasti, puolen tunnin taukoja saa olla, 20 minuuttia hyvää käyrää, että äiti voi mennä suihkuun tai ammeeseen”

”- - esimerkiksi ponnistusvaiheessa pitää olla jatkuva sydänääniseuranta”

Haastattelun tulosten mukaan oksitosiinin käyttö ole sallittua matalan riskin synnytyksessä, mutta sairaalan ohjeiden mukaan oksitosiinia käytetään synnytyksen jälkeisvaiheen aikana. Haastateltavat kertoivat, että sujuvasti edistyneessä matalan riskin synnytyksessä sitä ei aina kuitenkaan anneta.

”Oksitosiinia ei saa olla, et jos oksitosiinia otetaan käyttöön niin se ei oo enää matalan riskin synnytys”

”- - mutta käytännössä ohjeistus on myös, että matalan riskin synnyttäjät saa sen rutiininomaisen oksitosiiniboluksen siinä napanuoran katkasemisen jälkeen, eli 5 kansainvälistä yksikköä oksitosiinia. Toki kättilöt käyttävät tapauskohtaista harkintaa, että oikein sujuvasti edistyneessä matalan riskin synnytyksessä joku saattaa jättää sen antamatta, mut lähtökohtaisesti se ohjeen mukaan kuuluu kaikille”

5.3 Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet: sairaala 3

Sairaalan 3 haastattelun tulosten sisällönanalysointi osoittautui haasteelliseksi, koska sairaala ei ollut laatinut määritelmää tai kriteerejä matalan riskin synnytykselle ja näin myöskään matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteitä ei pystytty selvittämään. Sisällönanalysoinnin haasteellisuuden vuoksi luokkia ei saatu muodostettua, jonka vuoksi päädyttiin tarkastelemaan haastattelussa esiin nousseita asioita, jotka liittyivät matalan riskin synnytykseen ja sen hoitoon. Tuloksissa on tuotu esille vain pintoja haastattelussa esiin nousseista asioista, jotka ovat olleet aiheeseen liittyviä.

Sairaalan haastattelussa kävi ilmi, että kyseisessä sairaalassa oli laadittu kriteerit muun muassa lyhytjälkihoitoiselle synnytykselle, polikliiniselle synnytykselle ja vesisyntytykselle, joissa ilmeni osittain samankaltaisia piirteitä kuin matalan riskin synnytyksen hoidossa. Kyseisen sairaalan laaditut kriteerit ja hoitolinjat liittyvät suurimmaksi osaksi vain lapsivuodeaikaan sekä kotiutukseen.

”Ei ole (määritelmää matalan riskin synnytykselle), että meillä on polikliininen ja lyhytjälkihoitoseen synnytykseen kriteerit, että ei ole virallista niinkun virallisella sillä matalan riskin synnytys -termillä, mutta käytännössä ne on sitten nuo, että miten pystyy kotiutumaan. Että alle 36 tunnin iässä äiti ja lapsi on ne matalan riskin ja siten tavallaan myös tuohon niikun vesisyntytykseen liittyen on semmoiset matalan riskin synnyttäjän kriteerit, mutta niitä ei ole sillä tavalla, siellä ei lue, että matalan riskin synnytyksen kriteerit ovat nämä”

"- - siis onhan meillä ohjeita, mutta ei kyllä mitään sellaista yhtä ohjetta esimerkiksi, että matalan riskin synnyttäjän kriteerit niin ei sellaista löydy vaan se, että se tieto pitää hakea vielä tällä hetkellä vähän niikun useammasta paikasta tai useammasta ohjeesta ja että vähän jokaiseen vaiheeseen on omat ohjeensa niikun laatinut se yksikkö - -"

"- - meillä on sitten osastolla ja lapsivuodeaikana ne ehkä just keskeisimpänä nämä uudet polikliininen ja lyhytjälkihoiton synnytys nämä kriteerit, mitkä ovat ihan tarkat kriteerit vauvalle ja äidille, mutta nämä ovat sitten siihen lapsivuodeaikaan ja toki näissä otetaan kantaa myös siihen synnytykseen - -"

Haastattelussa nousi esiin muutamia yhteneviä kriteereitä sairaalassa käytössä oleville hoitolinjoille, joita voi verrata matalan riskin synnytyksen kriteereihin. Haastateltavat toivat esiin, että raskauden tulisi olla yksisikiöinen ja synnyttäjän tulisi olla perusterve ilman, että hänellä olisi mitään perussairautta, jolla on vaikutusta synnytykseen, synnytyksen jälkeiseen toipumiseen tai vastasyntyneeseen.

"Ja tota yksisikiöinen raskaus"

"Että äidillä niikun ei ole semmosta perussairautta mikä vaikuttaa siihen synnytykseen, synnytyksen jälkeiseen toipumiseen tai vastasyntyneeseen, eli perusterve synnyttäjää"

Vasta-aiheita riskittömään synnytykseen ovat myös synnyttäjän infektio-oireet synnytyksen aikana, pre-eklampsia, HIV tai hepatiitti sekä sikiön asfyksian merkit ja poikkeava kardiokokografia. Myös vihreä lapsivesi tai, jos lapsivedenmenosta on yli 24 tuntia ovat vasta-aiheita. Lisäksi vasta-aihe on, jos äidillä on aikaisemmissa synnytyksissä ilmennyt esimerkiksi runsasta vuotoa tai repeämiä.

"- - vasta-aiheena jos on monisikiöinen raskaus, pre-eklampsia sitten tietysti, jos sillä sikiöllä on asfyksian merkkejä, poikkeava ktg, äitillä on hiv, hepatiitti tai lapsivesi on vihreä tai se on mennyt yli vuorokausi sitten - -"

"- - ja toki ja sitten jos on muita infektion oireita ollut äitillä synnytyksen aikana niin se on kanssa sitten niikun vasta-aihe sille matalan riskin."

"- - ja se et se lapsivesi on ollu kirkasta, että tuota vihree vesi on este"

"Tietysti ne, jos äidillä on aikasempia synnytyksiä, että jos niissä on vuotanu paljon tai on istukka jäänyt kiinni tai pahat repeämät niin nehän nostaa sitä riskiä siihen synnytykseen"

Haastateltavat toivat esiin sairaalassa käytössä olevia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, joita voidaan käyttää synnytyksen aikana. Muun muassa TENS-laite, aqua-rakkulat, lämpöpussit, liikkeellä oleminen, vesi ja erilaiset apuvälineet asentohoidon toteutukseen ovat käytössä kyseisessä sairaalassa.

*”No tietysti liike, suihku, lämpöpussit, tämä TENS-laite, Gua Sha-kampa, aqua-rakku-
lat kyllä, sitten on tuota no erilaisia jakkaroita, jos haluaa olla jumppapallon päällä tai
sit se kupee-tuoli se on vähä niikun se on semmoinen pehmeä jakkara”*

*”Semmoinen sillä ei niikun synnytetä, mutta sen päällä voi istua. Se on semmoinen
jakkaramallisempi semmoinen C:n mallinen pehmeä tuoli, niin siinä voi myös keinoa
vaikka kuinka päin jos haluaa ja olla kontallaan. Ja säkkituoli on ja amme tietysti, joo
on joogaliina myös, että se on niikun synnytyssalissa sitten se joogaliina, mutta sekin
on siihen asentohoitoon, pystyasentoihin ja puolapuut on käytössä, jos joku haluaa
roikkua niissä ja kiikku. En minä tiedä onko se nyt mainittavan arvoinen ja joko minä
sanoin kaikki. No se on siihen asentohoitoon niin ehkä siinä oli kaikki”*

5.4 Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet: sairaala 4

Sairaalan 4 haastattelun tulosten perusteella nimettiin kolme pääluokkaa, joita ovat **matalan riskin synnytyksen kriteerit, matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteet** ja **matalan riskin synnytyksen arviointi ja eteneminen**.

5.4.1 Matalan riskin synnytyksen kriteerit

Pääluokka ”matalan riskin synnytyksen kriteerit” muodostui kolmesta yläluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä, sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä** ja **raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä**.

5.4.1.1 Synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä” koostuu neljästä eri alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **synnyttäjän terveydentila, synnyttäjän ikä, synnyttäjän painoindeksi** ja **synnyttäjän aikaisemmat synnytykset**. Haastattelussa tuli ilmi, että sairaala on laatinut kriteerit matalan riskin synnyttäjälle. Kriteereihin sisältyy, että synnyttäjän tulee olla terve, eikä hänellä tule olla synnytyksen kulkuun vaikuttavaa perussairautta, tai merkkejä infektiosta. Synnyttäjän hoidettu B-ryhmän streptokokki ei vaikuta riskiluokkaan.

*”Joo eli tässä on kriteerit ja ensimmäinen on se, että kyseessä on terve synnyttäjä,
jonka perussairaus ei vaikuta synnytyksen kulkuun.”*

”- - eikä synnyttäjällä ole infektiion merkkejä”

”Hoidettu GBS ei vaikuta riskiluokkaan”

Osa perussairauksista on sallittuja matalan riskin synnytyksessä, joista esimerkkejä alla olevissa suosissa lainauksissa. Tarvittaessa sairauksista voi konsultoida lääkäreitä.

”Matalan riskin synnyttäjällä voi olla esimerkiksi allergia, astma tai astma, joka on hyvässä hoitotasapainossa, auraton migreeni, hypotyreoosi, oireeton colitis ulcerosa tai Crohnin tauti, ihosairaus esimerkiksi psoriasis tai verenpainetauti, mikäli diastolinen paine on alle 95 ja äidillä ei ole käytössä verenpainelääkitystä. Ja tässä sitten myös jätetään sellanen ikkuna tietyllä tavalla, että tarvittaessa konsultoi lääkäriä”

”- - sitten normaali sokerirasitus tai sitten gestatiiodiabetes, jos rasituksessa on yksi poikkeava arvo ja diettihoito”

Sairaalan kriteereiden mukaan synnyttäjän tulee olla iältään 18-40 vuotias ja painoindeksin (BMI) tulee olla ennen raskautta alle 32. Lisäksi kriteerinä on, että synnyttäjän aikaisempiin raskausaikoihin, synnytyksiin ja lapsivuodeaikoihin liittyvä tausta on normaali. Synnyttäjän aikaisempien synnytyksien vasta-aiheita matalan riskin synnytykselle ovat yli 1000ml vuoto, hartiadystokia ja sektio.

”Sitten seuraava kriteeri on ikä 18-40 vuotta”

”BMI on alle 32 ennen raskautta”

”Normaali obstetrinen anamneesi; ei sektioita, ei yli 1000 ml vuotoja, ei hartiadystokioita”

5.4.1.2 Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä” nimettiin kahden alaluokan mukaan, joita ovat **sikiön tarjonta ja koko** ja **sikiön sydänäänikäyrä**. Haastattelun tulosten mukaan sairaalassa oli luokiteltu kriteerit, jotka koskivat sikiötä matalan riskin synnytyksessä. Kriteereihin kuului, että sikiön painoarvio on kliinisesti alle neljä kilogrammaa. Lisäksi sikiön tulee olla päätarjonnassa ja sydänäänikäyrän tulee olla normaali sairaalaan tullessa.

”Sikiön painoarvio on kliinisesti alle 4 kiloa”

”Päätarjonta”

”KTG tullessa normaali”

5.4.1.3 Raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä” koostuu neljästä alaluokasta, joita ovat **sikiöiden määrä, raskausviikot, synnytyksen käynnistyminen ja lapsivedenmeno ja väri**. Haastattelussa kävi ilmi, että sairaalan kriteereiden mukaan raskauden tulee olla yksisikiöinen ja synnytyksen tulee käynnistyä spontaanisti raskausviikolla 37+0-41+6, jotta kyseessä voi olla matalan riskin synnytys. Lisäksi lapsiveden tulee olla kirkasta tai haalean vihreää ja lapsiveden menosta tulee olla kulunut alle 48 tuntia.

”Yksisikiöinen raskaus”

"Sitten on raskausviikot 37+0-41+6"

"Synnytyksen spontaani käynnistyminen"

"Lapsiveden menosta on alle 48 tuntia"

"Lapsivesi on kirkasta tai hailakan vihreää"

5.4.2 Matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteet

Pääloukka "matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteet" nimettiin kolmen yläluokan mukaan, joita ovat **kivunlievitys matalan riskin synnytyksessä, synnyttäjän ja sikiön seuranta matalan riskin synnytyksessä** sekä **matalan riskin synnytyksen hoito ponnistusvaiheessa**.

5.4.2.1 Kivunlievitys matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka "Kivunlievitys matalan riskin synnytyksessä" koostuu kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **lääkkeetön kivunhoito** ja **lääkkeellinen kivunhoito**. Haastateltavat kertoivat, että kyseisessä sairaalassa tuetaan lääkkeetöntä synnytystä ja lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä tarjotaan kaikille synnyttäjille, eivätkä ne muuta synnyttäjän riskiluokkaa. Sairaalan lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ovat muun muassa akupunktio, vyöhyketerapia, TENS-laite, vesi, kuuma, kylmä, asentohoito, synnytyslaulu ja -tanssi. Haastateltavat nostivat esille myös kättilön läsnäolon merkityksen kivunhoidossa ja tukihenkilön ohjauksen hyvään läsnäoloon.

"Mitkään niikun lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ei muuta synnyttäjän riskiluokitusta ja niitä tarjotaan kaikille"

"Ja sitten meillä tuetaan semmoista lääkkeetöntä synnytystä, että meillä on käytössä näitä terapiapalloja, me käytetään akupunktiota, meillä on tuota joogaliinat joka huoneessa"

"Sitten me käytetään paljon Guo Sha-kampaa ja esimerkiksi se akupunktioneulat ja quo sha-kammat meillä on valmiina joka huoneessa - - sitten ne joogaliinat on joka huoneessa. Sitten jotkut on taitaa vyöhyketerapiaa, he voi sitäkin antaa siinä jos äiti vaikka latenssivaiheessa lepää. Me voidaan stimuloida vaikka sitten taas vähä parempia ja tehokkaampia supistuksia. Sitten tietysti suihku ja se amme - - ja sitten tietysti vapaa liikkuminen. Meillä synnytyshuoneet on aika isoja et siellä mahtuu hyvin liikkumaan, synnytystanssia harjoittamaan ja sitten tietenkin synnytyslaulu on sellainen mitä me kannustetaan aina äitejä käyttämään ääntään siinä supistuksen aikana, että monet kokevat siitä saavansa semmosta helpotusta ja myös sen tunteen et pystyy vaikuttamaan siihen synnytyksen kulkuun. No sit on ihan selän hieronta, selän painanta ja näitähän me opetetaan näille tukihenkilöille, joka useimmiten on se oma puoliso niin opetetaan heille ja sitten he jatkavat siinä - - että mehän pyritään siihen, että mahdollisimman paljon ollaan siinä huoneessa läsnä silloin, kun asiakas toivoo lääkkeetöntä synnytystä, kun me tiedetään jo tutkimusten mukaan, että se kannustaa asiakasta siihen lääkkeettömyyteen niikun auttaa häntä jaksamaan, mutta että sairaalatyössä se ei ole aina ei pysty ihan 100% sitä toteuttamaan - -"

"Meillä omia TENS-laitteita ja me lainataan niitä"

"- - sitten oli se kuuma/kylmä, no sitten vielä sen minä nyt laitoin X puhu akupunktiosta, sitten akupainantaa, sitten oli ehkä vielä se lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä niin se just kätilön läsnäolon kautta sitten se niikun tukihenkilön läsnäolo sillä tavalla, että tietysti kätilökin voi siinä sitten antaa niitä ohjeita tukihenkilölle, että miten olla hyvin läsnä sitten synnyttäjälle - -"

"Joo sitten meillä on niikun rekvisiittaa, meillä on semmosia lattiatattoja, että me voidaan synnyttäjän ei tarvii niikun siinä sängyssä keikkua, että hän voi tulla tukevasti lattialle ja hakea sopivia asentoja ja löytyy tällöistä rouhesäkkiä, että saa semmoisen niikun divaanimaisen pesän itselleen rakennettua"

Haastattelussa kävi ilmi, että kyseisessä sairaalassa matalan riskin synnyttäjälle lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä sallitaan pudendaalipuudutus, paraservikaalipuudutus, ilokaasu ja parasetamoli (Panadol), eivätkä nämä menetelmät muuta synnyttäjän riskiluokkaa.

"Matalan riskin synnyttäjä voi saada pudendaalipuudutuksen et sekään ei vielä muuta sitä riskiluokitusta"

"Mutta oikeastaan noista kivunlievityksistä ei ole mitkään muut, koska pudendaalipuudutus, paraservikaalipuudutus ja esimerkiksi ilokaasu lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä sekä nyt vaikka panadol, niin ne ei muuta sitä riskiluokkaa"

5.4.2.2 Synnyttäjän ja sikiön seuranta matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka "synnyttäjän ja sikiön seuranta matalan riskin synnytyksessä" muodostui kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **sikiön sydänäänten seuranta** sekä **synnyttäjän seuranta**. Haastateltavat toivat esille, että matalan riskin synnyttäjältä sikiön sydänääniä kuunnellaan kyseisessä sairaalassa 20 minuuttia kerrallaan tunnin välein, eikä kuuntelua tarvitse tehdä jatkuvana.

"- - niin sitten esimerkiksi vauvan sydänääniä niin kuunnellaan vaan 20 minuuttia kerrallaan ja siinä voi olla tunti välissä, ettei tarvita jatkuvaa kuuntelua"

Haastattelussa kävi ilmi, että matalan riskin synnyttäjän vointia ja synnytyksen etenemistä pyritään tarkkailemaan synnyttäjää sekä hänen käyttäytymistään seuraamalla.

"- - et se synnyttäminen ei oo niikun sairaanhoitoa, että koko ajan pitäisi seurata jotakin arvoa vaan lähinnä me seurataan sitä synnyttäjää ja hänen käyttäytymistä ja koitetaan vähän niikun ulkoa päin arvioida ja havainnoida, että missä synnytys menee, missä vaiheessa synnyttäjä on"

5.4.2.3 Matalan riskin synnytyksen hoito ponnistusvaiheessa

Yläluokka "matalan riskin synnytyksen hoito ponnistusvaiheessa" muodostui kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti; **ponnistusvaiheen hoitokäytänteet** ja **vesisynnytyksen mahdollisuus**. Haastattelussa kävi ilmi, että kyseisessä sairaalassa kaikkien synnyttäjien, myös matalan riskin synnyttäjien, ponnistusvaiheen hoitoon kuuluu jatkuva sydänäänien seuranta. Matalan riskin synnyttäjä saa valita vapaasti ponnistusasennon ja episiotomia tehdään vain tarvittaessa, mutta se sallitaan matalan riskin synnytyksien hoidossa. Kyseisessä sairaalassa matalan riskin synnytys voidaan hoitaa myös vesisynnytyksenä.

"On joo, että sitten ponnistusvaiheessa on kaikille synnyttäjille jatkuva KTG-kuuntelu"

"Tossa ponnistusvaiheessa niin me matalan riskin synnyttäjähän saa vapaasti valita asennon, että ei kätilö nii paljon ehdotakin hänelle"

"Ja sitten tietenkin niin episiotomiaan niin vain ja ainoastaan ihan tarvittaessa, että matalan riskin kohdalla varsinkin koitetaan yrittää ilman sitä episiotomiaa, mutta tota jos se ei ole mahdollista niin täytyyhän se sitten tehdä, että kyllä se niikun se ammatillinen silmä on siinä aina mukana, että se ei mikään itse tarkoitus olla sitte tekemättä episiotomiaa"

"Ja matalan riskin synnyttäjälle niin hän voi tuota synnyttää veteen"

5.4.3 Matalan riskin synnytyksen arviointi ja eteneminen

Pääloukka "matalan riskin synnytyksen arviointi ja eteneminen" muodostui kahden yläluokan mukaan, jotka nimettiin seuraavasti: **matalan riskin synnytyksen eteneminen** ja **riskiarvio ja -luokitus matalan riskin synnytyksessä**.

5.4.3.1 Matalan riskin synnytyksen eteneminen

Yläluokka "matalan riskin synnytyksen eteneminen" koostui kolmesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **synnytyksen etenemisen edistäminen**, **synnytyksen luonnollinen eteneminen** ja **oksitosiinin käyttö**. Haastattelussa kävi ilmi, että kyseisessä sairaalassa matalan riskin synnytysten etenemistä ei edistetä ulkoapäin esimerkiksi puhkaisemalla lapsivesikalvoja tai oksitosiinin avulla.

"Ja matalan riskin synnyttäjällä me ei vauhditeta synnytystä, me ei puhkasta kalvoja sillä lailla niikun että nopeutettaisiin, eikä me myöskään käytetä oksitosiinia"

Haastateltavat kertoivat myös, että kyseisessä sairaalassa tuetaan synnytyksen luonnollista etenemistä ja matalan riskin synnytyksen annetaan edetä omalla painollaan, ilman synnytyksen kulkuun puuttumista.

"Että me tuetaan sitä semmosta luonnollista edistymistä"

"Synnytys on matalan riskin synnytys ja etenee omalla painollaan ja niikun, että se on niikun syy olla lainkaan puuttumatta sen synnytyksen kulkuun"

Haastattelussa kävi ilmi, että oksitosiinin käyttö matalan riskin synnyttäjälle avautumisvaiheessa muuttaa synnyttäjän riskiluokkaa ja siitä tulee aina neuvotella lääkärin kanssa. Ponnistus- tai jälkeisvaiheessa oksitosiinin käytöllä ei ole vaikutusta riskiluokitukseen.

"- - mutta tässä meillä ainakin liittyy näihin matalan riskin synnytykseen hoitokäytäntöihin se, että kun puhuttiin siitä jouduttamisesta, että et silloin jos synnyttäjä kuuluu matalan riskin tähän luokitukseen niin esimerkiksi just synteettisen oksitosiinin käyttöä avautumisvaiheessa, niin siitä pitäisi aina neuvotella lääkärin kanssa, mutta toisaalta ehkä sitä pitää myös korkean riskin synnytyksissä, mutta tota mut sellanen asia sitten ja sitten jos sitä käytetään avautumisvaiheessa, niin sitten se riskiluokka muuttuu"

"Joo eli ponnistusvaiheessa tai sitten jälkeisvaiheessa niin sen synteettisen oksitosiinin käyttö niin ei muuta sitä riskiluokkaa"

5.4.3.2 Riskiarvio ja -luokitus matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka "riskiarvio ja -luokitus matalan riskin synnytyksessä" muodostui kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti; **riskiarvio** ja **riskiluokitus**. Haastattelussa nousi esiin, että kyseisessä sairaalassa riskiarviota toteutetaan niin, että synnyttäjät jaetaan matalan riskin synnyttäjiin ja riskisynnyttäjiin. Synnyttäjiä ohjataan soittamaan synnytyssairaalaan ennen sinne lähtemistä, jolloin toteutetaan ensiarvio riskiluokasta.

"Siihen me koitetaan panostaa, että meillä olisi niikun kaksi linjaa riskisynnyttäjän hoito ja matalan riskin synnyttäjän hoito ja kun synnyttäjä tulee, niin jos hän täyttää nämä kriteerit - -"

"Ja mutta ensiarvio me tehdään, kun meillä on sellainen käytäntö täällä, että kaikki jotka tulee synnyttämään niin heitä ohjataan soittamaan meille ja meillä on niikun 24/7 puhelimesta, puhelimen päässä aina kättilö, joka ei kun meillä on kuitenkin niin iso synnyttäjämäärä että ei tee muuta kun vaan vastaa niihin puheluihin niin siinä vaiheessa kun synnyttäjä soittaa, toki joskus jotkut tulee soittamatta ja se on sit that 's fine, että se on ihan ok, mutta siinä vaiheessa kun synnyttäjä soittaa niin kyllä se tai niikun niiden perusasiat mietitään ja ikäänkuin arvioidaan se, että että kumpaan riskiluokkaan synnyttäjä kuuluu"

Kyseisessä sairaalassa riskiluokitus voi muuttua synnytyksen aikana esimerkiksi käytetyn lääkkeellisen kivunhoitomenetelmän takia, mutta avautumisvaiheessa käytetty opiaatti muuttaa riskiluokan vain neljäksi tunniksi, jonka jälkeen synnytys palaa takaisin matalan riskin synnytyksen luokkaan.

Varsinainen riskiluokittelu tapahtuu synnytyksen jälkeen, kun tarkastellaan synnytyksen kulkua, mutta atk-järjestelmiin tulee synnytys luokitella sekä tulo- että lähtövaiheessa synnytyksosastolta.

”Eli siis meillä on siitä, että jos on matalan riskin synnyttäjät ja on sairaalaan tullessa, niin valikoituu siihen matalan riskin synnyttäjien kategoriaan niikun X mainitsi jo aikaisemmin. Niin se riskiluokka voi muuttua siinä synnytyksen aikana ja yks mahdollinen tapa, että miten se voi muuttua on sitten tiettyjen lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö, ja se oli se sentraaliset puudutukset ja sitten on opiaatit, mutta niissä on sellainen hauska puoli, että jos käytetään esimerkiksi latenssivaiheessa niikun meidän talossa se on sellainen paikka sitten miten niitä välillä käytetään niin saa vaikka opiaattia niikun meidän käytännöissä niin Oxanestia niin silloin on neljä tuntia siinä korkean riskin synnyttäjänä, ja sitten jos siitä menee neljä tuntia siitä lääkkeestä niin sitten palautuu takasin siihen matalan riskin synnyttäjien ryhmään - -”

”Me katsotaan taaksepäin, että tuliko siellä se epiduraalipuudutus tai käytettiinkö siellä oksitosiinia siis infuusiona tai oliko siellä sikiön sydänäänissä poikkeamaa, oliko patologinen käyrä, otettiinkö mikroverinäytteet, tehtiinkö imukuppi, että sitten meillä potilas siirtyy eteenpäin niin meidän täytyy laittaa semmoinen tietynlainen niikun määritellä hänelle koodi, että onko hän nyt vihree vai punanen ja se vihree on matala riski ja punanen on korkea riski et siinä me vasta katsotaan niiku askel taaksepäin, että miten se sit menikään”

”- - niin ja me koska meillä niikun tilastoidaan sitä, niin sitten jokaiselle synnyttäjälle pitää löytyä sieltä noista atk-järjestelmistä se, että tullessa ja sitten lähtiessä meiltä, että mikä se on ollu se riskiluokka, että kyllä me niikun sitä määritetään”

5.5 Matalan riskin synnytysten kriteerit ja hoitokäytänteet: sairaala 5

Sairaalan 5 haastattelun tulosten perusteella nimettiin neljä eri pääluokkaa, joita ovat **matalan riskin synnytyksen määritelmä, matalan riskin synnytyksen kriteerit, hoitokäytänteet ja seuranta matalan riskin synnytyksessä** sekä **matalan riskin synnytyksen kulkuun puuttuminen ja riskiluokitus**.

5.5.1 Matalan riskin synnytyksen määritelmä

Pääluokka ”matalan riskin synnytyksen määritelmä” muodostettiin, koska haastattelussa kävi ilmi, että sairaala on laatinut **määritelmän matalan riskin synnytykselle**. Määritelmä on yhtenäinen WHO:n määritelmän mukaan. Siihen kuuluu, että raskaus on yksisikiöinen, synnytys käynnistyy spontaanisti raskausviikoilla 37-42, vauva on päätarjonnassa, synnytys pysyy matalassa riskissä synnytyksen loppuun saakka sekä synnytyksen jälkeen äiti ja vauva voivat hyvin.

”Meillä on sama kuin tämä WHO:n määritelmä eli spontaani yksisikiöinen raskaus, jonka synnytyksen alussa matalassa riskissä pysyy sellaisenaan läpi synnytyksen,

vauva syntyy spontaanisti päätarjonnassa raskausviikoilla 37-42 ja synnytyksen jälkeen äiti ja vauva voivat hyvin”

5.5.2 Matalan riskin synnytyksen kriteerit

Pääloukka ”matalan riskin synnytyksen kriteerit” muodostui kolmesta eri yläluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä, synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä** sekä **sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä**.

5.5.2.1 Raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”Raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit” muodostui kolmesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **raskausviikot ja synnytyksen käynnistyminen, sikiöiden määrä ja lapsivesi**. Haastattelussa tuli ilmi, että sairaalan ohjeiden mukaan matalan riskin synnytyksessä raskausviikkojen tulee olla 37-41+6, synnytyksen tulee käynnistyä spontaanisti ja raskauden tulee olla yksisikiöinen. Lapsiveden tulisi olla normaalia ja vaalean vihreää eikä siinä saisi olla infektion merkkejä sekä lapsiveden menosta tulee olla 24 tuntia siihen, kun synnytys käynnistyy.

”Viikot oli se 37-41+6”

”Spontaanisti käynnistynyt synnytys”

”Yksisikiöinen raskaus”

”Lapsiveden menosta alle 24 tuntia, ei ole infektion merkkejä ja vesi on normaalia ja vaalean vihreää”

5.5.2.2 Synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”Synnyttäjään liittyvät kriteerit” muodostui neljästä alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **synnyttäjän terveydentila, synnyttäjän painoindeksi, aikaisemmat synnytykset** sekä **B-ryhmän streptokokki synnyttäjällä**. Haastattelussa tuli ilmi, että sairaalan mukaan matalan riskin synnyttäjän tulee olla terve, eikä synnyttäjällä saa olla synnytyksen kulkuun vaikuttavia perussairauksia. Alla suora lainaus haastattelusta, jossa mainitaan esimerkkejä matalan riskin synnytyksen kriteereissä sallituista sairauksista.

”Terve synnyttäjä, ei synnytyksen kulkuun vaikuttavia perussairauksia, mutta voi olla esimerkiksi allergia, astma, hyvässä tasapainossa oleva astma, auraton migreeni, hypotyreoosi, oireeton colitis ulcerosa tai joku ihosairaus”

”Voi olla dieettihoitoinen GDM, omaseurannassa normaalit arvot”

Synnyttäjän painoindeksi (BMI) tulee olla ennen raskautta alle 32, eikä taustalla saa olla aikaisempia sektioita tai synnytyskomplikaatioita kuten runsasta yli 1000ml vuotoa tai hartiadystokiaa. Lisäksi sairaalan kriteereissä sallitaan synnyttäjän positiivinen B-ryhmän streptokokki (GBS).

”Äidin BMI ennen raskautta tulisi olla alle 32”

”Ei aikaisempia sektioita tai synnytysongelmia kuten hartiadystokia tai runsasta vuotoa, tarkoitetaan tällaista yli 1000ml vuotoa”

”GBS voi olla positiivinen ja se - -”

5.5.2.3 Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksessä” koostuu kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **sikiön tarjonta ja koko** sekä **sikiön sykekäyrä**. Haastattelussa kävi ilmi, että sairaalan matalan riskin synnytyksen kriteereiden mukaan sikiön kliininen painoarvio tulee olla alle neljä kilogrammaa, sairaalaan tullessa sikiön tulee olla päätarjonnassa ja sikiön sykekäyrän tulee olla normaali eli sykekäyrässä ei tule olla mitään poikkeavaa. Jos käyrä muuttuu poikkeavaksi synnytyksen aikana, ei synnytys ole enää matalan riskin synnytys.

”Vauvan kliininen painoarvio ois alle neljä kiloa”

”Synnyttämään tullessa pitää olla päätarjonta”

”Tulo sikiön sykekäyrän täytyy olla normaali ja - -”

”- - jos käyrä muuttuu poikkeavaksi, niin - - äiti ei ole enää matalassa riskissä sen jälkeen - -”

5.5.3 Hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä

Pääloukka ”hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä” muodostui kolmesta yläluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **synnyttäjän ja sikiön seuranta ja hoito matalan riskin synnytyksessä, matalan riskin synnytyksen vaiheet ja hoitokäytänteet** sekä **matalan riskin synnytyksen kivunhoito**.

5.5.3.1 Synnyttäjän ja sikiön seuranta ja hoito matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”Synnyttäjän ja sikiön seuranta ja hoito matalan riskin synnytyksessä” koostuu neljästä alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **synnyttäjän tukeminen, synnyttäjän perushoito, synnyttäjän voimien seuranta** ja **sikiön sykekäyrän seuranta**. Haastateltavat kertoivat, että synnyttäjän toiveita pyritään kuuntelemaan sekä kunnioittamaan ja häntä rohkaistaan luottamaan omiin voimavaroihinsa. Synnyttäjälle pyritään myös järjestämään rauhallinen ympäristö synnytyksen ajaksi.

”Synnytyksen aikana pyritään järjestämään synnyttäjälle rauhallinen ympäristö ja äidin toiveita kuunnellaan ja kunnioitetaan ja rohkaistaan luottamaan omiin voimavaroihinsa - -”

Haastateltavat toivat ilmi, että synnytyksen aikana tulee huolehtia äidin fyysisestä ja emotionaalista perushoidosta. Mikäli synnyttäjällä on postiviinen B-ryhmän streptokokki, se hoidetaan synnytyksen aikana, eikä se ole vasta-aihe matalan riskin synnytykselle.

”Kun synnytys on käynnissä, niin huolehditaan äidin hyvästä fyysisestä ja emotionaalista perushoidosta”

”GBS - - hoidetaan synnytyksen aikana”

Lisäksi haastattelussa kävi ilmi, että kyseisessä sairaalassa synnyttäjän vointia seurataan synnytyksen aikana WHO:n laatimien ohjeiden mukaan. Ohjeessa suositellaan arvioimaan lämpöä, verenpainetta, virtsaamista, kipua, ravitsemusta, nesteiden saantia ja tuen tarvetta vähintään neljän tunnin välein.

”WHO:n mukaan suositellaan arvioimaan lämpöä, verenpainetta, pissaamista, kipua, syömistä, juomista ja tuen tarvetta vähintään neljän tunnin välein”

Myös sikiön sykekäyrän seuranta nousi esiin haastattelun aikana. Haastateltavat kertoivat, että sairaalaan tullessa sikiön sykekäyrää otetaan 20 minuutin ajan. Synnytyksen aikana toteutetaan jaksottaista KTG-rekisteröintiä tunnin välein vähintään 20 minuuttia kerrallaan ja ponnistusvaiheen aikana KTG-seuranta on jatkuvaa. Myös puudutuksia käytettäessä tulee huolehtia jatkuvasta KTG-seurannasta.

”Tulo sikiön sykekäyrän - - ja sitä ajetaan 20 minuuttia”

”Toteutetaan jaksottaista KTG-rekisteröintiä tunnin välein vähintään 20 minuuttia kerrallaan, jos käyrä muuttuu poikkeavaksi, niin toteutetaan jatkuvaa KTG-seurantaa ja - - ponnistusvaiheessa täytyy olla sen KTG:n sitten jatkuva”

”- - sitten huolehditaan, että jatkuva KTG-seuranta toteutuu näiden meidän ohjeiden mukaan (puudutuksia käytettäessä)”

5.5.3.2 Matalan riskin synnytyksen vaiheiden hoitokäytänteet

Yläluokka ”Matalan riskin synnytyksen vaiheiden hoitokäytänteet” muodostui kolmesta alaluokasta, jotka ovat nimetty seuraavasti: **avautumisvaiheen hoitokäytänteet**, **ponnistusvaiheen hoitokäytänteet** ja **jälkeisvaiheen hoitokäytänteet**. Avautumisvaiheen hoitokäytänteisiin liittyen haastateltavat toivat ilmi, että synnyttäjää rohkaistaan odottamaan kotona aktiivisen vaiheen käynnistymistä. Latenssivaihe voi olla pitkäkestoinen sekä kivulias, joten synnyttäjää tulee tukea ja kuunnella koko latenssivaiheen ajan.

”Kohdunsuu voi edetä hitaasti kuuteen senttiin ja siinä vaiheessa rohkaistaan synnyttäjää lähtemään kotiin odottamaan aktiivisen vaiheen käynnistymistä”

”Latenssivaiheessa hyväksytään kipeitä supistuksia ja se voi kestää pitkään”

”Tuetaan ja kuunnellaan äitiä ja yritetään kompata sitä siinä avautumisvaiheen alussa tai näiden latenssivaiheiden aikana”

Ponnistusvaiheen hoitokäytänteisiin liittyen haastateltavat toivat ilmi, että ponnistusvaiheen aikana toteutetaan jatkuvaa KTG-seurantaa. Mikäli sykekäyrä on normaali, voidaan odottaa rauhassa vauvan tarjoutuvan osan laskeutumista. Synnyttäjää kuunnellaan ja häntä kannustetaan sekä ohjataan löytämään itselle sopiva ponnistusasento. Ensisynnyttäjän kohdalla ponnistusvaiheen katsotaan pitkittyvän, jos aktiivinen ponnistusvaihe kestää yli kaksi tuntia ja uudelleensynnyttäjän kohdalla yli tunnin. Aikarajojen ylittyessä voidaan käyttää oksitosiinia.

”Ponnistusvaiheessa odotetaan rauhassa vauvan tarjoutuvan osan laskeutumista, mikäli sykekäyrä on ihan normaali ja toteutetaan jatkuvaa KTG-seurantaa”

”Kuunnellaan äitiä ja kannustetaan muihinkin ponnistusasentoihin kuin poikkipöytään, pyritään ohjaamaan ja löytämään itselle sopiva ponnistusasento”

”Meillä on tällaiset kriteerit meidän sairaalassa, että ponnistusvaiheen katsotaan pitkittyvän, jos ensisynnyttäjän aktiivinen ponnistusvaihe on kestänyt yli kaksi tuntia, uudelleensynnyttäjällä yli tunnin ja silloin voidaan käyttää oksitosiinia, mutta vasta sitten”

Jälkeisvaiheen hoitokäytänteisiin kuuluu haastateltavien mukaan, että synnyttäjälle annetaan jälkeisvaiheen aikana oksitosiinia, mikäli synnyttäjä ei erikseen sitä kiellä. Mikäli oksitosiinia ei anneta, seurataan vuotoa ja annetaan oksitosiinia vain tarvittaessa. Istukan irtoamisen auttamiseen käytetään fysiologisia menetelmiä kuten kohdun hierontaa, rinnanpäiden pyörittelyä tai imetystä.

”- - jos äidillä on oikein vahva toive (jälkeisvaiheessa), ettei sitä oksitosiinia niin sitten seurataan sitä vuotoasiaa ja annetaan vain tarvittaessa ja voidaan kannustaa ja kokeilla jos ei istukan irtoamista saada aikaiseksi fysiologisilla menetelmillä kohtua hieromalla, pyörittämällä rinnanpäitä tai vauva imee, jos sitä oksitosiinia ei anneta ja näyttää, että istukka on kiinni”

5.5.3.3 Matalan riskin synnytyksen kivunhoito

Yläluokka ”Matalan riskin synnytyksen kivunhoito” koostuu kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti; **lääkkeetön kivunhoito** ja **lääkkeellinen kivunhoito**. Haastateltavat kertoivat, että sairaalassa pyritään tukemaan lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin, joita ovat esimerkiksi vesi, lämpöpakkaukset, hieronta ja TENS-laite.

”Kivunhoidossa pyritään tukemaan lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin - -”

”Meillä on amme, vettä, meillä saa nykyään vesisynnyttääkin ja sitten on lämpöpakkauksia niitä curapaxeja, meillä on suihkut joka huoneessa, erilaisia hierontavehkeitä, TENS-laitteita, kampoja”

Kyseisessä sairaalassa sallittuja lääkkeellisiä kivunlievityskeinoja matalan riskin synnyttäjälle ovat paraservikaali-, pudendaali-, epiduraali- ja spinaalipuudutukset.

” - - mutta myös hyväksytään se, että jos äiti tarvitsee jotakin lääkkeellistä kivunhoitoa, niin voidaan antaa, eli meillä matalan riskin synnytykseen kuuluu nämä paraservikaalit ja pudendaalit, epiduraali- ja spinaalipuudutukset - - ”

5.5.4 Matalan riskin synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuminen ja riskiluokitus

Yläluokka ”matalan riskin synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuminen ja riskiluokitus” koostuu kahdesta yläluokasta, joita ovat **riskien arviointi matalan riskin synnytyksessä** ja **matalan riskin synnytyksen etenemiseen puuttuminen**.

5.5.4.1 Riskien arviointi matalan riskin synnytyksessä

Yläluokka ”Riskien arviointi matalan riskin synnytyksessä” koostuu yhdestä alaluokasta, joka nimettiin seuraavasti: **riskiluokitus synnytyksen aikana**. Haastattelussa kävi ilmi, että sairaalan tulotilanteessa kätilö tekee riskiluokituksen ja myöhemmin hoitava kätilö arvioi riskiluokitusta koko synnytyksen ajan.

”Tulotilanteessa tehdään sitten tällainen riskiluokitus ja riskiä arvioidaan koko synnytyksen ajan”

”Alussa kätilö tekee arvion ja sitten myöhemmin hoitava kätilö arvioi sitä synnytyksen aikana”

5.5.4.2 Matalan riskin synnytyksen etenemiseen puuttuminen

Yläluokka ”Matalan riskin synnytyksen etenemiseen puuttuminen” koostuu kahdesta alaluokasta, jotka nimettiin seuraavasti: **synnytykseen puuttuminen** ja **oksitosiinin käyttö synnytyksen aikana**. Haastateltavat toivat ilmi, että sairaalassa synnytykseen pyritään olemaan puuttumatta sen edetessä normaalisti ja jokaiselle synnytykseen puuttumiselle tulee olla hyvä perustelu, mikä kirjataan synnytyskertomukseen.

” - - ja yritetään olla puuttumatta normaalisti etenevään synnytykseen millään lailla”
”Jokaiselle tällaiselle asialle millä puututaan synnytyksen kulkuun pitää laittaa hyvä perustelu synnytyskertomukseen, että miksi näin on tehty”

Kyseisessä sairaalassa oksitosiinin käyttö ei ole sallittua matalan riskin synnytyksissä synnytyksen edistämiseksi käytettynä. Käyttö sallitaan ainoastaan ponnistusvaiheen pitkittyessä ja jälkeisvaiheen aikana.

”Meidän sairaalassa oksitosiinin käyttö ei ole sallittua matalan riskin synnyttäjän hoidossa ennen kuin ponnistusvaiheessa, jos se pitkittyy niin silloin sitä voi käyttää, mutta ei synnytyksen edistämiseksi”

”- - me annetaan oksitosiinia äidille viisi yksikköä (jälkeisvaiheessa) tai sitten joskus, jos äidillä on oikein vahva toive, ettei sitä oksitosiinia niin sitten seurataan sitä vuotoasiaa ja annetaan vain tarvittaessa - -”

5.6 Tutkimuksen tulosten koonti

Tutkimuksen tuloksissa ilmeni yhteneviä piirteitä haastatteluista saatujen tulosten välillä, joiden pohjalta tuloksista koottiin yhteen sairaaloiden väliset yhtenevät asiat ja teemat, jotka nousivat esiin useammassa tuloksissa. Tulosten koonnissa ei otettu huomioon sairaalan 3 tuloksia, koska kyseinen sairaala ei ollut määritellyt matalan riskin synnytyksen kriteereitä ja hoitokäytänteitä. Koonti on tehty muiden neljän sairaalan tuloksista, joita ovat sairaala 1, sairaala 2, sairaala 4 ja sairaala 5. Kootut tulokset on jaettu kahteen eri teemaan, joita ovat yhtenevät kriteerit matalan riskin synnytykselle ja yhtenevät hoitokäytännöt matalan riskin synnytykselle. Kummassakin teemassa tulokset esitetään aiheittain.

5.6.1 Yhtenevät kriteerit matalan riskin synnytykselle

Tutkimuksen tuloksista nousi esille viisi yhtenevää kriteeriä sekä kuusi yhtenevää kriteereiden teemaa matalan riskin synnytykselle. Kriteerit ja kriteereiden teemat on koottu tutkimuksen tulosten perusteella ja niistä on muodostettu alla oleva taulukko. Yhtenevät kriteerit ja kriteereiden teemat on avattu tarkemmin taulukon alle.

Matalan riskin synnytyksen kriteerit

- Yksisikiöinen raskaus
- Synnytyksen spontaani käynnistyminen
- Kirkas lapsivesi
- Synnyttäjällä ei ole perussairautta, joka vaikuttaa synnytyksen kulkuun
- Synnyttäjän normaali obstetrinen anamneesi

Matalan riskin synnytyksen kriteereiden teemat

- Raskausviikot
- Sikiön tarjonta
- Sikiön koko
- Sikiön sydänäänikäyrä
- Synnyttäjän B-ryhmän streptokokki
- Synnyttäjän painoindeksi

Kuvio 4. Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja kriteereiden teemat

Matalan riskin synnytyksen kriteereistä nousi esiin viisi täysin yhtenevää kriteeriä, jotka koskivat **sikiöiden määrää, synnytyksen käynnistymistä, synnyttäjän perussairauksia, lapsivettä ja synnyttäjän obstetrista anamneesia**. Kaikkien neljän sairaalan kriteereiden mukaan raskauden tulee olla yksisikiöinen, synnytyksen tulee käynnistyä spontaanisti ja synnyttäjällä ei tule olla synnytyksen kulkuun vaikuttavia perussairauksia, jotta synnytys on matalan riskin synnytys. Sairaalat toivat esiin esimerkkejä perussairauksista, jotka ovat sallittuja matalan riskin synnytyksessä, mutta esiin tulleet sairaudet eivät ole täysin yhteneviä vaan niiden välillä on joitakin eroja.

Jokaisen neljän sairaalan mukaan lapsiveden tulee olla kirkasta ja normaalia, kuitenkin kahdessa sairaalassa sallitaan myös vaaleanvihreä lapsivesi osaksi matalan riskin synnytystä. Lisäksi kaikkien sairaaloiden kriteereissä ilmeni, että synnyttäjän aikaisemmillä synnytyksillä on vaikutusta matalan riskin synnytyksen luokitukseen. Näistä kolmen sairaalan kriteereissä määriteltiin, kuinka paljon synnyttäjän aikaisemmissa synnytyksissä on saanut ilmetä vuotoa ja ettei taustalla saa olla aikaisempia sektioita. Lisäksi kahdessa sairaalassa mainittiin myös aikaisemmissa synnytyksissä ilmenneestä har-tiadytokiasta, jolloin ei kuulu matalan riskin synnyttäjän ryhmään.

Kaikkien neljän sairaalan kriteereistä nousi esille kuusi eri kriteereiden teemaa. Teemat nousivat esille jokaisessa sairaalassa osana matalan riskin synnytyksen kriteereitä, mutta kriteereiden määrittämisessä ilmeni kuitenkin eroavaisuuksia sairaaloiden välillä. Kaikkien neljän sairaalan kriteereissä otettiin kantaa **raskauden kestoon, synnyttäjän B-ryhmän streptokokkiin, synnyttäjän painoindeksiin** sekä **sikiön tarjontaan, sykekäyrään ja kokoon**, joista kriteereiden teemat muodostettiin.

Kaikissa neljässä sairaalassa matalan riskin synnytyksen kriteereihin on määritelty tietyt raskausviikot, jotka vaihtelivat välillä 37+0 – 42+6. Jokaisessa sairaalassa määritetyt raskausviikot erosivat toisistaan, jolloin viikoista ei saatu yhteneviä. Kaikkien sairaaloiden kriteereissä mainitaan B-ryhmän streptokokki, joista kolmessa streptokokki saa olla matalan riskin synnyttäjällä positiivinen, mutta kuitenkin kahdessa näistä korostettiin, että se tulee olla hoidettu. Neljännen sairaalan kriteereiden mukaan B-ryhmän streptokokin tulisi olla negatiivinen, jotta synnytys kuuluu matalan riskin ryhmään. Myös synnyttäjän painoindeksi ennen raskautta on osa kaikkien sairaaloiden kriteereitä, joista kahdessa sairaalassa se oli määritelty alle 32:een ja kahdessa alle 35:een.

Lisäksi jokaisessa neljässä sairaalassa kriteeriksi on määritetty, että sikiön tarjoutuvana osana tulee olla pää. Kahdessa näistä sairaaloista tarkennetaan, että sikiön tulee olla raivotarjonnassa, kun taas lopuissa kahdessa sikiön tulee olla päätarjonnassa. Kaikkien sairaaloiden kriteereissä tuodaan ilmi myös sikiön normaali sykekäyrä, joista kolmessa eritellään, että sikiön tulositykekäyrän tulee olla normaali. Jokaisen sairaalan matalan riskin synnytyksen kriteereissä tuodaan ilmi sikiön koon ja kasvun merkitys. Näistä kahdessa sikiön kliinisen painoarvion rajaksi on asetettu alle neljä kilogrammaa.

5.6.2 Yhtenevät hoitokäytänteet matalan riskin synnytykselle

Tutkimuksen tuloksissa nousi esille kuusi matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteisiin liittyvää teemaa, jotka tulivat esille lähes kaikissa haastatteluissa. Kyseiset teemat on tuotu esille alla olevassa taulukossa. Teemojen käytänteet eivät olleet täysin yhteneviä jokaisessa sairaalassa vaan niissä oli eroja. Teemojen sisältö on avattu tarkemmin taulukon alle.

Matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteiden teemat

- Synnytyksen kulkuun puuttuminen
- Oksitosiinin käyttäminen
- Lääkkeettömät kivunlievityskeinot
- Lääkkeelliset kivunlievityskeinot
- Riskiarviointi ja -luokitus
- Sikiön sykekäyrän seuranta

Kuvio 5. Matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteiden teemat

Synnytyksen kulkuun puuttuminen tuli esille kaikkien neljän sairaalan tuloksissa. Sairaaloissa pyritään olemaan puuttumatta matalan riskin synnytyksen kulkuun, kun se etenee normaalisti omalla painollaan. Kolmessa sairaalassa korostettiin myös, että hoidossa tuetaan normaalia luonnollisen synnytyksen kulkua ja edistystä. Lisäksi kahdessa sairaalassa nostettiin esille myös se, että jos synnytyksen kulkuun joudutaan puuttumaan jollakin tavalla, tulisi se perustella myös synnyttäjälle.

Oksitosiinin käyttö matalan riskin synnytyksessä nousi esille kolmen eri sairaalan tuloksissa, mutta sen käyttöaiheilla oli eroja sairaaloiden välillä. Kolmessa sairaalassa tuotiin esille, että oksitosiinin käyttö ei sisälly matalan riskin synnytykseen. Kuitenkin näistä sairaaloista kahdessa suositus koski vain avautumisvaiheen aikaista oksitosiinin käyttöä. Kolmen sairaalan tulosten mukaan oksitosiinin käyttö on sallittua jälkeisvaiheessa. Ponnistusvaiheen aikaisessa oksitosiinin käytössä ei ilmennyt sairaaloiden välisiä yhteneviä ohjeita.

Kaikissa neljässä sairaalassa oli käytössä useita erilaisia **lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja** ja näistä kahdessa sairaalassa tuotiin lisäksi esille, että tuetaan ja kannustetaan matalan riskin synnyttäjää kokeilemaan lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. Lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista esille tulivat esimerkiksi erilaiset apuvälineet kuten TENS-laite, kylmä- ja lämpöhoito sekä voimistelupallot. Lisäksi useissa tuloksissa tuli esille esimerkiksi vedessä ja liikkeellä oleminen, tukihenkilöiden tuki, hieronta sekä asentohoito. Kahdessa sairaalassa tuotiin esille myös ponnistusvaiheen aikaisen asennon löytäminen, jolloin kannustetaan ja ohjataan synnyttäjää löytämään itselleen sopiva ponnistusasento. Myös kättilön läsnäolo mainittiin kahden eri sairaalan tuloksissa tärkeänä osana kivunlievitystä.

Matalan riskin synnytyksen hoidossa käytettyjen **lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien** käytössä oli eroja sairaaloiden välillä. Jokaisen neljän sairaalan haastattelussa kävi ilmi, että paraserviikaali- sekä pudendaalipuudutusta käytetään osana matalan riskin synnytyksen kivunhoitoa, eivätkä

ne vaikuta riskiluokkaan. Kolmessa sairaalassa neljästä mainittiin myös, että epiduraali- ja spinaali-puudutus sekä ilokaasu ovat osana matalan riskin synnyttäjän kivunhoitoa.

Riskiarviointi ja -luokitus matalan riskin synnytyksessä nousi esiin haastatteluissa. Kolme sairaalaa mainitsi haastatteluissaan, että riskiluokitus toteutetaan arvioimalla tulotilanteessa, täytyykö matalan riskin synnytyksen kriteerit. Kaksi sairaalaa mainitsi heillä käytössä olevasta hoitolinjasta tai -ohjeesta, jos synnyttäjä luokitellaan matalan riskin synnyttäjäksi. Lisäksi yksi näistä sairaaloista mainitsi riskiarvion jatkuvan koko synnytyksen ajan. Riskiluokkaa myös tilastoitiin järjestelmiin kahdessa sairaalassa, toisessa sairaalassa tilastointi toteutettiin sekä tulotilanteessa että osastolta lähtiessä, kun taas toisessa sitä toteutettiin vain tulotilanteessa.

Sairaaloiden tuloksista nousi esille myös **sikiön sykekäyrän seuranta** matalan riskin synnytyksessä, mutta käytänteissä oli eroja. Kahden sairaalan haastatteluissa mainittiin, että matalan riskin synnytyksen aikana sikiön sykekäyrää ei tarvitse seurata jatkuvasti, kun taas yhden sairaalan haastattelun mukaan seuranta on periaatteessa jatkuvaa. Kahdessa sairaalassa mainittiin, että sykekäyrää seurataan tunnin välein 20 minuuttia kerrallaan, yhdessä sairaalassa kerran kahdessa tunnissa 20 minuuttia kerrallaan ja yksi sairaala nosti esiin, että seurannassa saa olla vain puolen tunnin taukoja. Kolme sairaalaa mainitsi, että ponnistusvaiheessa toteutetaan jatkuvaa sykekäyrän seurantaa ja yksi sairaala nosti esiin, että seurannan tulee myös olla jatkuvaa, jos käytössä on puudutuksia. Lisäksi yhden sairaalan haastattelussa nousi esiin, että sykekäyrän tulisi olla 20 minuutin ajan hyvää, jotta synnyttäjä voi mennä suihkuun tai ammeeseen.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on vuonna 2012 uudistanut HTK-ohjeen eli ohjeen hyvästä teellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä Suomessa. Sen mukaan tutkimus voi olla luotettava ja eettisesti hyväksyttävä vain, jos se on noudattanut kyseistä ohjetta. Ohjeen keskeisiin näkökohtiin lukeutuvat muun muassa rehellisyys, huolellisuus, tarvittavien lupien hankkiminen, tutkimuksen kriteerien mukainen ja eettinen tiedonhankinta, yhteisten sääntöjen sopiminen sekä niiden noudattaminen ja muiden tekemän työn kunnioittaminen. (Tutkimuseettinen toimikunta 2012.) Tämä tutkimus on suunniteltu ja toteutettu näiden näkökohtien pohjalta. Lisäksi tutkimuksen eettisyyteen on vaikuttanut myös haastateltavien osallistumisen vapaaehtoisuus sekä se, että haastattelun on voinut keskeyttää missä tahansa vaiheessa. Myöskään haastateltavien henkilöllisyys, työnantaja tai muut tunnistettavat tiedot eivät tule ilmi missään vaiheessa tutkimuksen toteutusta. Tutkimuksessa ei ole mainittu myöskään tarkemmin työn tilaajaa varmistaaksemme osallistujien anonyymiteetin säilymisen.

Ennen haastatteluja kaikille haastateltaville lähetettiin suostumusasiakirja (Liite 2) sekä saatekirje (Liite 3). Suostumusasiakirjassa tuotiin esille haastattelijan vapaaehtoisuus, haastattelun käsittelyn luotettavuus ja varmistettiin haastateltavan ymmärrys haastatteluun. Jokainen haastateltava allekirjoitti ja palautti suostumusasiakirjan ennen haastattelua. Saatekirjeessä kerrottiin haastatteluun liittyvät tarpeelliset tiedot, kuten haastattelun tarkoitus ja sen toteutus. Haastattelut äänitettiin ja tallennettiin, jotta tiedot saatiin hyödynnettyä parhaiten. Tallenteet sekä suostumusasiakirjat säilytettiin sähköisesti salasanasuojauksen takana, johon vain opinnäytetyön tekijöillä oli pääsyoikeus. Nauhoitteet käsiteltiin sekä ne hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla, täyttyykö tutkimuksen luotettavuus, riippuvuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja saturaatio. Luotettavuus ja riippuvuus tarkoittavat, että tutkimustulokset ovat totuudenmukaisia ja ne on analysoitu niin, että myös ulkopuolinen päätyisi samaan tulokseen. Tutkimuksen siirrettävyys on kvalitatiivisessa tutkimuksessa lukijan vastuulla, mutta tutkijoiden tulee esittää tutkimukseen liittyvän ilmiön oletukset ja lähtökohdat niin, että se on lukijalle mahdollista. Vahvistettavuus tarkoittaa joko asiantuntijan antamaa vahvistusta tutkimustulosten totuudenmukaisuudelle tai riittävää ja monipuolista eri lähteistä etsittyä tietoa, joka vahvistaa ja perustelee tuloksia. Saturaaation avulla arvioidaan, onko tutkimuksessa ollut tarpeeksi suuri otanta ja tutkimusta tulisi jatkaa niin kauan, kun tutkimustulokset alkavat toistaa itseään eikä tuloksissa ilmene uutta tietoa. (Kananen 2015c, 352-355.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin luotettavia ja mahdollisimman tuoreita lähteitä kirjallisuudesta, artikkeleista ja tutkimuksista. Lisäksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti teemahaastattelun toteutus. Haastattelurunko (Liite 4) suunniteltiin ja haastattelut toteutettiin siten, että haastattelut olivat kaikille haastateltaville samanlaiset, eikä haastattelijoiden näkemykset tulleet haastatteluissa ilmi. Raportissa käytetyistä suorista lainauksista oli häivytetty murre sanat ja -ilmaukset sekä nimet ja muut tunnistettavat tiedot, joista olisi voinut päätellä haastateltavien asuin- tai työpaikan.

Tutkimuksen tulokset käsiteltiin aineistolähtöisesti, ilman että tutkimuksen toteuttajien mielipiteet tai ennakko-odotukset vaikuttivat sisällönanalyysiin ja raportin loppuun on liitetty esimerkki tutkimustulosten analysoinnista (Liite 1). Raportissa on kuvattu avoimesti myös tutkimusprosessin kulku ja eteneminen, mikä lisää luotettavuutta. Lähteiden alkuperäisiä luojia kunnioitettiin merkitsemällä tekstiviitteet ja lähdeviitteet asianmukaisesti ja oikein.

7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Suomen yliopistosairaaloiden kriteerit ja hoitokäytännöt liittyen matalan riskin synnytykseen ja tavoitteena oli lisätä sekä koota tietoa matalan riskin synnytysten hoidosta. Tutkimalla aihetta voidaan lisätä tietoa ja sitä kautta parantaa käytössä olevia toimintatapoja. Matalan riskin synnytykseen liittyvä tutkimus on mielestämme tärkeää, koska tutkittua tietoa löytyy varsin vähän ja samaan aikaan kättilöt hoitavat korkean riskin ja matalan riskin synnytyksiä samoissa yksiköissä. Näissä yksiköissä muodostuu hoitorutiineja, jolloin vääjäämättä riskittömien synnytysten ylihoitaminen lisääntyy. Tietoa lisäämällä ja muistuttamalla luonnonmukaisemman synnytyksen hoidon merkityksestä voidaan vaikuttaa muun muassa hoidon turvallisuuteen.

Tässä tutkimuksessa on paneuduttu matalan riskin synnytyksen määritelmään, kriteereihin ja hoitokäytänteisiin, joten tietoa on kerätty raskaudesta ja synnytyksen hoidosta, joissa ei ilmene riskejä tai komplikaatioita. Esimerkiksi imukuppsynnytys ja muut synnytysoperaatiot tai riskisynnyttäjän riskitekijät on jätetty työn ulkopuolelle, koska ne eivät kuulu matalan riskin synnytykseen. Myöskään raskausaikaan ei ole paneuduttu suuresti, koska aiheenamme on matalan riskin synnytys. Koimme, että raskausaika ei sisälly oleellisesti rajaamaamme aiheeseen, koska matalan riskin synnytyksessä oleellisinta on, että synnytys etenee ilman riskitekijöitä avautumisvaiheen alusta ponnistusvaiheen loppuun (Stenfors ja Kukko 2016, 13). Kuitenkin riskitön raskausaika vaikuttaa matalan riskin synnytyksen luokitteluun, joten siihen vaikuttavista asioista on mainittu tiivistetysti tekstissä.

Kun tutkimusta ryhdyttiin toteuttamaan, haasteeksi nousi matalan riskin synnytys ja normaali synnytys -termien päällekkäinen käyttö ja tutkimustiedon vähyys sekä suomalaisissa että kansainvälisissä lähteissä. Tämän vuoksi koimme, että oli haastavaa määritellä käsitettä sekä löytää luotettavaa tietoa aiheesta ja rajasimme aiheen ainoastaan matalan riskin synnytykseen. Havaitimme, että tutkimustietoa löytyy todella paljon synnytyksen eri riskeihin liittyen, mutta synnytys ilman riskejä tai komplikaatioita oli aiheena vain hyvin harvoissa tutkimuksissa. Myöskään riskittömiin synnytyksiin liittyvät tutkimukset eivät koskeneet suoraan matalan riskin synnytystä.

Myös kansainvälisissä lähteissä ilmenivät tutkitun tiedon vähyys sekä termien normal birth ja low-risk labour ristikkäinen käyttö, jonka vuoksi emme voineet tietää, puhutaanko nimenomaan matalan riskin synnytyksestä. Myös Suomessa on käytössä normaali synnytys -termi, joka eroaa matalan riskin synnytyksestä, jonka vuoksi normal birth -termillä oleviin kansainvälisiin lähteisiin ei pystytty luottamaan täysin. Koska rajasimme aiheen vain matalan riskin synnytykseen ja tutkimustieto oli kovin suppeaa, kansainvälisiä lähteitä ei tässä tutkimuksessa ole nostettu niin suureen rooliin. Tätä tukee myös opinnäytetyön aihe matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytännöt kansallisesti, joten olemme perehtyneet tutkimuksessa nimenomaan suomalaiseen matalan riskin synnytykseen ja sen hoitoon. Suomessa ei ole juurikaan tehty tutkimuksia matalan riskin synnytykseen liittyen, jonka vuoksi myöskään suomalaista tutkimustietoa ei ole työssä pystytty hyödyntämään. Koska luotettavaa ja aiheeseen kuuluvaa tutkimustietoa ei ollut, ei kaikkia tutkimuksen tuloksia pystytty tutkimuksiin vertaamaan.

Yksi tutkimuksessa käytetyistä lähteistä on WHO:n määritelmä, joka käsittelee normaalia synnytystä. Moni suomalainen matalan riskin synnytystä koskeva määritelmä ja hoito-ohje pohjautuu WHO:n määritelmään, jonka vuoksi kyseistä lähdettä on käytetty myös tässä työssä, vaikka määritelmässä käytetään normaali synnytys -termiä. Määritelmä on toiminut myös matalan riskin synnytyksen hoidon ohjaavana tekijänä. Koska WHO:n määritelmä on laadittu jo vuonna 1996, olisi Suomeen hyvä saada oma ajantasainen ja yhtenäinen määritelmä matalan riskin synnytykselle.

Tutkimuksessa tietolähteenä käytetty haikaramalli oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin oma matalan riskin synnyttäjien hoitomalli. Kun kättilöopisto suljettiin vuonna 2018, termi ei ole ollut enää virallisessa käytössä. Tässä tutkimuksessa sitä on kuitenkin käytetty, koska se sisältää olennaista, ajantasaista ja hyvää tietoa matalan riskin synnytyksistä, eikä sen arvoa heikennä se, että se ei ole enää käytössä oleva termi. Haikaramallin on laatinut hoitoalan moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu niin kättilöitä kuin lääkäreitäkin.

Tutkimusaineiston keräystapana piti olla alkuperäisen suunnitelman mukaan kyselylomake. Kuitenkin jo tutkimusprosessin alkuvaiheessa päädyimme vaihtamaan menetelmän teemahaastatteluun. Kyselylomakkeen riskinä oli mahdollisesti huonosti asetellut kysymykset tai liian suppea tutkimusaineisto, kun taas teemahaastattelun etuna oli se, että kysymystä pystyi tarvittaessa tarkentamaan tai muotoilemaan uudestaan, jos kuulija ei ymmärtänyt sen ydintä. Olimme laatineet teemahaastattelua ohjaavat kysymykset etukäteen, jotka olivat kaikille samat ja tarvittaessa käytimme apuna tarkentavia kysymyksiä. Päätimme toteuttaa haastattelun ryhmähaastatteluna, johon osallistui kaksi kättilöä kustakin sairaalasta yhtä aikaa. Mielestämme tiedon luotettavuutta lisäsi se, että kaksi kättilöä haastateltiin yhtä aikaa, koska he pystyivät täydentämään toinen toisiaan sekä samalla hyväksymään toistensa vastaukset kuuntelemalla ja tarvittaessa korjaamalla.

7.1 Tutkimusten tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulosten pohjalta saatiin selvitettyä ja muodostettua muutamia kansallisesti yhteneviä kriteereitä ja hoitokäytänteitä matalan riskin synnytykselle, jonka perusteella voidaan todeta, että tutkimuksen tarkoitus on toteutunut. Tulosten pohjalta saatiin muodostettua myös matalan riskin synnytyksen hoidon keskeisiä aiheita ja teemoja, vaikka kaikki aiheet ja teemat eivät sisällöltään muodostuneet täysin yhteneviksi. Tuloksissa nousi esille myös muutama uusi kriteeri ja hoitokäytäntä, joita ei ole käsitelty vielä kansallisella tasolla teoriassa, mutta jotka mielestämme olisivat oleellisia asioita tuoda esille. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi synnyttäjän ja kättilön yhteinen kieli ja ymmärrettävyys sekä vesisynnytys, joista on kerrottu tarkemmin alempana. Näiden perusteella myös opinnäytetyön tavoite on täyttynyt.

Tutkimuksessa selvitettiin matalan riskin synnytyksen kriteereiden ja hoitokäytänteiden lisäksi myös matalan riskin synnytyksen määritelmää. Yhdellä sairaaloista oli määritelmä matalan riskin synnytykselle, jonka kättilöt toivat esille haastattelussa. Tästä voitiin päätellä, että kyseisessä sairaalassa on

paneuduttu hyvin matalan riskin synnytykseen ja sen hoitoon, jonka huomasimme myös haastattelun aikana kättilöiden hyvästä tietämyksestä ja perehtymisestä aiheeseen. Määritelmä, jonka kättilöt toivat esille, oli yhteneväinen WHO:n laatiman määritelmän kanssa.

Yhdessä tutkimuksen sairaalassa ei ollut laadittu kriteereitä eikä hoitokäytänteitä matalan riskin synnytykselle, jonka vuoksi kyseisen sairaalan tuloksia ei huomioitu tutkimuksen tulosten koonnissa. Sairaalassa oli laadittu hoitolinjoja muun muassa lyhytjälkihoitoiselle synnytykselle, polikliiniselle synnytykselle sekä vesisynnytykselle, joiden pohjalta haastateltavat vastasivat tutkimuksen kysymyksiin. Näissä hoitolinjoissa oli tutkimuksen tulosten mukaan huomattavia eroavaisuuksia ja ristiriitoja verraten esimerkiksi WHO:n hoito-ohjeisiin (1996) sekä muista tutkimuksen sairaaloista saatuihin tietoihin matalan riskin synnytyksestä. Eroavaisuuksia oli esimerkiksi perätila- ja imukuppsynnytykseen liittyvissä synnytystavoissa. Sairaalan tulosten mukaan kyseiset tavat eivät tehneet synnytyksestä suoraan riskisynnytystä, kun taas teoriaan sekä muihin tutkimuksen tuloksiin verrattuna kyseiset keinot kuuluvat korkean riskin kategoriaan. Myös kyseisen sairaalan haastateltavat kättilöt toivat ilmi hankaluuden matalan riskin synnytykseen liittyvän tiedon saatavuudesta, koska kriteerit ja hoitokäytänteet puuttuivat. Mielestämme olisi tärkeää, että kaikissa synnytyssairaaloissa olisi yhtenevät hoitolinjat matalan riskin synnytykselle, jotta kaikki matalan riskin synnyttäjät saisivat tasa-arvoisesti yhtenevää ja laadukasta hoitoa.

Tutkimuksen tuloksista saatiin muodostettua viisi täysin yhtenevää kriteeriä matalan riskin synnytykselle sekä kuusi kriteereiden teemaa, jotka tulivat esille matalan riskin synnytyksen kriteeristöissä kaikissa niissä sairaaloissa, joiden tuloksia käsiteltiin tutkimuksen tulosten koonnissa. Teemojen sisällöissä oli kuitenkin eroavaisuuksia, jonka vuoksi niistä ei pystytty muodostamaan täysin yhteneviä kriteereitä. Kyseisten kriteereiden teemat olivat mielestämme oleellisia matalan riskin synnytyksessä, koska ne tulivat esille niin monessa haastattelussa sekä teoritiedossa, jonka vuoksi emme sivuuttaneet niitä tutkimuksen tulosten koonnissa.

Tutkimuksen tuloksissa nousi esille muutamia kriteereitä, jotka eivät olleet yhteneviä, mutta jotka ovat mielestämme tärkeänä osana matalan riskin synnytystä. Tällaisia kriteereitä olivat synnyttäjän ikä, raskausaika sekä lapsivedenmeno. Kahdessa sairaalassa matalan riskin synnytyksen kriteereihin oli määritelty, että synnyttäjän tulee olla iältään 18-40 -vuotias. Kyseinen kriteeri on oleellinen, koska myös teoritiedossa kerrotaan synnyttäjän iän tuomista riskeistä, mikäli synnyttäjä on iältään nuorempi tai vanhempi (Stefanovic 2017, 460). Myös Belgiassa toteutetun tutkimuksen mukaan yli 35-vuotiaiden synnyttäjien riski sektiolle, ennenaikaiselle synnytykselle, vauvan pienipainoisuudelle ja perinataalikuolleisuudelle oli korkeampi kuin 25-29 -vuotiailla tutkimukseen osallistuneilla synnyttäjillä (Delbaere, Verstraelen, Goetgeluk, Martens, De Backer ja Temmerman, 2006). Brasiliassa toteutetussa tutkimuksessa todetaan, että myös murrosikäisillä synnyttäjillä on korkeampi riski muun muassa ennenaikaiseen syntymään, vauvan pienipainoisuuteen ja matalampiin Apgar-pisteisiin, jos nuori ei ole osallistunut neuvolatoimintaan ennen synnytyä (Vieira, Coeli, Pinheiro, Brandao, Carmargo ja Aguiar, 2012).

Kahdessa sairaalassa nousi esille, että raskausajan tulee olla normaali ja säännöllinen. Raskausajan sujuminen on tärkeä osa matalan riskin synnytystä, koska matalan riskin synnytykseen kuuluu, että myös raskausaika vaikuttaa riskiluokitukseen (Raussi-Lehto 2017b, 216). Lisäksi kolmessa sairaalassa on määritelty aika lapsivedenmenosta synnytyksen käynnistymiseen. Myös lapsivedenmenon ajalla on iso merkitys matalan riskin synnytyksessä, koska infektoriski kasvaa lapsivedenmenon jälkeen, jolloin myös muiden riskitekijöiden mahdollisuus lisääntyy (Raussi-Lehto 2017d, 223). Kyseiset asiat olisivat tärkeää huomioida osana matalan riskin synnytyksen kriteereitä, jotta pystytään kiinnittämään huomiota kyseisten kriteereiden tuomiin riskitekijöihin.

Tulosten koonnissa nousi esille useita yhteneviä asioita matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteistä, joista mielestämme tärkeänä osana olivat luonnollisen synnytyksen kulun tukeminen ja synnytykseen puuttumattomuus, koska aiheet ovat myös teoretiedon pohjalta oleellinen osa matalan riskin synnytystä (Äimälä ym. 2016a). Mielestämme synnytyksen luonnollisen kulun tukemista tulisi korostaa matalan riskin synnytyksissä entisestään, jonka tuella synnytyssairaaloiden ylihoitamista voitaisiin kritisoida. Tuloksissa synnytykseen puuttumiseen liittyi isona osana myös synteettisen oksitosiinin käyttäminen. Oksitosiinin käyttöaiheissa oli eroja eri sairaaloiden hoito-ohjeiden välillä, joten mielestämme matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteitä laatiessa olisi oleellista kiinnittää huomiota myös oksitosiinin käyttöön synnytyksen edistämiseksi. Oksitosiinin käytön hyvät sekä huonot puolet tulisi punnita tarkkaan ja esimerkiksi annosmäärään tulisi kiinnittää huomiota (Tikkanen ja Tekay 2019a).

Eri kivunlievityskeinot ja niiden käyttäminen nousi esille oleellisena hoitokäytänteenä tutkimuksen tuloksissa. Suurimmassa osassa sairaaloista korostettiin lääkkeettömien kivunlievityskeinojen käyttöä, mikä on ilmennyt myös yhdeksi tärkeäksi osaksi matalan riskin synnytystä. Mielestämme kannustaminen lääkkeettömien kivunlievityskeinojen käyttöön on merkittävä osa kättilön työtä ja ammatitaitoa, jotta kättilönä työskennellessä osaa tarjota ja kannustaa synnyttäjää kokeilemaan muitakin kuin lääkkeellisiä kivunlievityskeinoja sekä perustelevaan synnyttäjälle eri kivunlievitysmenetelmien hyötyjä ja haittoja. Simkinin ja Boldingin (2004) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan lääkkeettömillä kivunlievityskeinoilla voidaan saavuttaa lähes sama vaikutus suun kautta otettavien opioidien kanssa, kuitenkin ilman haitallisia sivuvaikutuksia. Lääkkeettömät kivunlievityskeinot rohkaisevat synnyttäjää osallistumaan aktiivisesti päätöksentekoon ja myös tukihenkilön voi olla helpompi osallistua hoitoon. Kirjallisuuskatsauksessa nostettiin esiin myös lääkkeettömien kivunlievityskeinojen halpuus sekä helppous.

Tuloksien koonnista saatiin muodostettua kolme täysin yhtenevää lääkkeellistä kivunlievityskeinoa, jotka olivat käytössä matalan riskin synnyttäjillä kaikissa tutkimuksen sairaaloissa, joiden tuloksia tarkasteltiin. Kyseiset kivunlievityskeinot ovat myös teoretiedossa sallittuja menetelmiä matalan riskin synnytyksen hoidossa käytettäväksi, jonka vuoksi tulos oli mielestämme merkittävä sen yhteneväisyyden vuoksi (Saari-Kemppainen 2016). Osassa sairaaloista oli käytössä matalan riskin synnytyksen hoidossa myös sellaisia lääkkeellisiä kivunlievityskeinoja, joita ei ole otettu esille tämän työn teoriaosiossa. Tällaisia kivunlievityskeinoja olivat spinaalipuudutus sekä oksikodoni (Oxanest) injek-

tioneste. Lääkkeitä ei ole lisätty osaksi matalan riskin synnytyksen kivunhoitoa, koska missään luotettavassa lähteessä ei ole ollut mainintaa kyseisten lääkkeiden käytöstä matalan riskin synnytyksessä.

Oleellinen osa matalan riskin synnytyksen hoitoa on myös sen arviointi, jotta tiedetään, kuuluuko synnytys matalan vai korkean riskin luokitukseen, jonka jälkeen pystytään hoitamaan ja seuraamaan synnytystä kyseisen luokituksen mukaisesti. Synnytyksen riskiarviointi ja -luokitus nousikin yhteneväenä teemana esille kaikissa tutkimukseen kootuissa tuloksissa. Mielestämme riskiarviointi koko synnytyksen ajan on tärkeä osa matalan riskin synnytyksen hoitoa, jotta kättilönä muistaa seurata ja hoitaa synnytystä riskiluokituksen mukaisesti, eikä lähde ylihoitamaan synnytystä tarpeettomasti ja rutiininomaisesti. Mikäli matalan riskin synnytykselle saataisiin kansallisella tasolla laadittua kriteerit ja hoitokäytänteet, joiden mukaan kättilöt toimisivat, pystyttäisiin riskiarviota ja -luokitusta sekä sen mukaista hoitopolkua hyödyntämään paremmin kättilötyössä eikä ylihoitamista ja turhaa synnytykseen puuttumista tapahtuisi niin herkästi.

Yhden sairaalan tuloksissa ilmeni myös merkittävä eroavaisuus muiden tutkimuksen tuloksiin verrattuna, koskien matalan riskin synnytyksen riskiluokitusta. Kyseisessä sairaalassa matalan riskin synnytykseen puuttumisen jälkeen riskiluokitus muuttui korkean riskin synnytykseksi neljän tunnin ajaksi, jonka aikana synnytyksen kulkua, synnyttäjää sekä sikiötä seurattiin ja hoidettiin riskiluokituksen tarkemman hoitolinjan mukaisesti. Neljän tunnin jälkeen synnytyksen riskiluokitus muuttui takaisin matalan riskin synnytykseksi. Mielestämme kyseinen hoitokäytäntö on mielenkiintoinen siksi, että tavallisesti riskiluokituksen muututtua korkean riskin synnytykseksi, se hoidetaan synnytyksen loppuun saakka sen mukaisesti. Mikäli jokin synnytykseen puuttuminen tapahtuu jo synnytyksen alkuvaiheessa eikä muita riskitekijöitä ilmene, on turha hoitaa synnytystä korkean riskin mukaisesti synnytyksen loppuun asti, jolloin helposti puututaan synnytykseen lisää eikä anneta sen edetä luonnollisesti omalla painollaan. Tämän vuoksi kyseisen sairaalan hoitokäytännettä voisi hyödyntää osittain myös yleisellä tasolla.

Haastatteluissa käytiin läpi myös matalan riskin synnytyksen aikaista seurantaa, josta isona osana esille nousi sikiön sykekäyrän seuranta. Tutkimuksessa ei saatu täysin yhteneviä hoitokäytänteitä siitä, kuinka usein sikiön sykettä tulee seurata missäkin synnytyksen eri vaiheessa. Haastatteluissa nousi kuitenkin esille, että matalan riskin synnytyksessä seurantaa ei tarvitse tehdä yhtä tiheästi kuin korkean riskin synnytyksissä. Myöskään matalan riskin synnytykseen liittyvissä tutkimuksissa tai teoretiedossa ei ollut mainintaa matalan riskin synnytyksen aikaisesta seurannasta, vaan löydetty tieto käsitteli lähinnä synnytysten seurantaa yleisesti. Näiden asioiden vuoksi myös seurantaan ja seurannan tiheyteen olisi tärkeä muodostaa yhtenevä hoitolinja matalan riskin synnytyksessä. Tämän seurauksena myös kättilöt pystyisivät luottamaan hoitolinjan mukaiseen seurantaan silloin, kun riskitekijöitä ei ole, jolloin myös liiallinen synnytyksen seuranta ja hoito vähentyisi turvallisesti.

Tutkimuksen tuloksissa nousi esille yksittäisiä asioita, jotka ovat mielestämme oleellisia matalan riskin synnytyksen hoidossa, ja joita olisi hyvä huomioida yleisesti matalan riskin synnytyksen kriteereitä ja hoitokäytänteitä laatiessa. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi synnyttäjän ja kättilön yhteinen

kieli ja vesisynnytys. Yhden sairaalan haastattelun tuloksista ilmeni, että yksi kriteeri matalan riskin synnytykselle on synnyttäjän ja kättilön yhteinen kieli ja kommunikoinnin ymmärrettävyys. Kriteereissä hyväksyttiin yhteisen kielen puuttuessa myös tulkkipalvelun apu kommunikointiin. Mielestämme oleellinen osa hyvää matalan riskin synnytyksen hoitoa on tulla ymmärretyksi niin kättilönä kuin synnyttäjänäkin, jotta voidaan taata hyvä, onnistunut ja turvallinen synnytyskokemus. Tämän vuoksi myös riittävä ymmärretyksi tuleminen olisi tärkeä nostaa esille. Myös vesisynnytys nousi yhden sairaalan tuloksissa esille, koska se oli hoito-ohjeiden mukaan sallittu synnytystapa matalan riskin synnyttäjälle. Nykyään vedessä tapahtuva synnytys on yleistymässä ja sen suosio on lisääntynyt, jonka vuoksi myös matalan riskin synnytyksen hoidossa olisi hyvä huomioida vesisynnytyksen mahdollisuus ja nostaa se esille myös hoitokäytänteissä. ICEA:n eli International Childbirth Education Associationin mukaan vesisynnytys vaikuttaa positiivisesti synnytyskokemukseen, endorfiinin vapautumiseen ja rentoutumiseen ja vähentää kipukokemusta ja lääkkeellisen kivunhoidon tarvetta sekä lyhentää avautumis- ja ponnistusvaiheen pituutta (Walls, 2017).

Yhdessä tutkimuksen haastattelussa kättilöt toivat esille, että kyseisessä sairaalassa matalan ja korkean riskin synnytyksen hoitokäytänteet eivät eroa paljon toisistaan ja esimerkiksi sydänäänten seuranta on kummankin synnytyksen hoitolinjassa samanlaista. Toisen sairaalan haastattelussa taas nousi esille, että matalan ja korkean riskin synnytyksen hoidossa on eroja. Kyseisen sairaalan kättilöt toivat esille, että etenkin sikiön sykkeen seuranta eroaa huomattavasti näiden hoitolinjojen välillä. Mielestämme hoitolinjat olisi hyvä selkeyttää, koska matalan riskin synnytys ei vaadi samalla tavalla synnytykseen puuttuvaa hoitoa kuin korkean riskin synnytys. Kun hoitolinjat ovat samanlaisia kummankin riskin synnytyksessä, ei matalan riskin synnytyksen luonnollinen eteneminen toteudu täysin. Tutkimuksella voidaan vaikuttaa hoitolinjojen selkeytymiseen ja näin ollen tuomaan esille matalan riskin synnytyksen oman hoitolinjan hyödyt.

7.2 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Suomen Kättilöliiton laatimassa raportissa ”Laatua kättilötyöhön – kättilötyön eettisen ja laadulliset periaatteet” (2004) on määritelty kättilötyötä ohjaavat keskeiset arvot ja periaatteet. Näitä ovat itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, turvallisuus, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys, omatoimisuus ja kokonaisvaltaisuus. Tässä tutkimuksessa pyrkimyksenä oli tuottaa uutta tietoa matalan riskin synnytyksistä sekä niiden hoidosta ja sitä kautta kehittää matalan riskin synnytysten hoitoa. Mielestämme tutkimuksen aihe on kättilötyötä ohjaavien peruseriaatteiden mukainen. Muun muassa itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, turvallisuus ja perhekeskeisyys näkyvät matalan riskin synnytyksen hoidossa ja ovat perusteena tutkimuksen aiheelle. Jokaisella synnyttävällä äidillä on oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa, saada korkealaatuista ja turvallista hoitoa ja tulla hoidetuksi yksilönä. Synnyttäjän hoidossa otetaan huomioon myös perheenjäsenien osallistuminen hoitoon. Kaikki nämä teemat nousivat esille tutkimusta tehdessä ja osin myös tutkimustuloksissa. Matalan riskin synnytyksessä keskitytään myös siihen, ettei riskejä ole, joten aihe on terveyskeskeinen.

Tutkimuksen toteuttajina olemme oppineet merkittävästi ja saaneet näkemystä sekä uutta tietoa niin matalan riskin synnytyksestä kuin myös synnytyksestä yleisesti. Tutkimus on edistänyt kättilöksi kasvamista sekä kättilöopintoja monella osa-alueella. Kättilön tulisi osata huomioida asiakkaan voimavarat sekä tukea perheen ja omaisten osallistumista hoitoon, jos asiakas niin haluaa (Savonia s.a.). Olemme oppineet, että matalan riskin synnytyksessä tulisi synnyttäjää hoitaa voimavara- ja asiakaslähtöisesti ja ottaa huomioon synnyttäjän toiveet ja tarpeet. Huomioimalla synnyttäjän toiveita, tukemalla ja kannustamalla voidaan vaikuttaa muun muassa synnyttäjän jaksamiseen ja synnytyskokemukseen. Kumppanin tai tukihenkilön tuki voi olla korvaamatonta synnytyksen aikana, joten kättilön tulee ohjata myös heitä, kuinka olla synnyttäjälle avuksi ja läsnä tilanteessa. Synnytyksen hoito ei ole ainoastaan synnyttäjän ja syntyvän lapsen hoitoa, vaan myös koko perhe on otettava hoidossa huomioon.

Raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan normaalin kulun ymmärtäminen kuuluvat myös kättilön osaamisvaatimukseen (Savonia s.a.). Tutkimuksen myötä ymmärryksemme ilman riskejä etenevän raskauden sekä synnytyksen kulkuun on kasvanut suuresti ja ymmärrys aiheen tärkeydestä antaa varmasti eväitä myös työelämäään. Haluaisimme toimia kättilöinä kunnioittaen synnytyksen luonnollista kulkua ja välttää turhia tutkimuksia, toimenpiteitä ja puuttumisia. Uusi tutkittu tieto matalan riskin synnytyksistä kannustaa tukemaan synnytyksen luonnollista hoitoa ja toivomme, että jatkossa matalan riskin synnytysten hoitoon kiinnittäisiin enemmän huomiota. Uskomme turhalla puuttumisella olevan merkittäviäkin seurauksia synnytyksen kulkuun, mikä voi pahimmassa tapauksessa aiheuttaa synnytyospelkoa ja sitä kautta sektiosynnytystä.

Valmistuvan kättilön osaamistavoitteisiin kuuluu esimerkiksi, että kättilö osaa hoitaa matalan riskin synnytyksen itsenäisesti ja tunnistaa ongelmakohdat, joissa riskiluokitus voi muuttua korkean riskin synnytykseksi (Pienimaa ja Raussi-Lehto 2017, 38.) Tämän tutkimuksen tekeminen edistää erityisen paljon näiden osaamistavoitteiden täyttymistä. Olemme saaneet työtä tehdessä paljon tietoa ja ymmärrystä matalan riskin synnytyksestä ja sen hoidosta.

Sektioilla, verrattuna alatiesynnytyksiin, on monia riskejä, jotka voivat vaikuttaa synnyttäjän ja vauvan terveyteen välittömästi tai vuosien päästä. Myös alatiesynnytyksessä on omat riskinsä, mutta suhteutettuna sektioiden riskeihin, hyvin toteutetussa alatiesynnytyksessä ne ovat huomattavasti pienemmät. (Pallasmaa, Rautava ja Timonen 2016.) Verrattuna sektioon, alatiesynnytyksessä on monia etuja sekä synnyttäjän että vauvan terveydelle. Alatiesynnytyksessä vauvan keho tuottaa stressihormoneja ja muita välittäjäaineita, jotka edesauttavat vauvan sopeutumista kohdunulkoiseen elämään. Lisäksi esimerkiksi varhainen vuorovaikutus kehittyy nopeammin, koska alatiesynnytyksen jälkeen äiti pääsee heti liikkumaan, imettämään ja hoitamaan vauvaa ilman, että leikkaushaava haittaisi liikkumista tai aiheuttaisi kipua. Myös synnytyksestä toipuminen on nopeampaa ja sairaalasta kotiutuminen on mahdollista aikaisemmin kuin sektiossa. (Naistalo.fi s.a.b) Huomioimalla muun muassa näitä asioita voimme antaa tietoa ja ohjata raskaanaolevia ja synnyttäjiä sekä tätä kautta vaikuttaa synnyttäjän, vauvan ja koko perheen terveyteen.

Tämän tutkimuksen myötä olemme ymmärtäneet matalan riskin synnytyksen merkityksen sekä sen oikeanlaisen ja hyvän hoidon tärkeyden. Vaikka kättilöopinnot eivät olleet alkaneet tutkimuksen aloituvaiheessa, luulemme, että ensikosketus synnytysten hoitoon matalan riskin synnytystä käsittelemällä, ohjaa toimintaamme ja ajatusmaailmaamme tulevana kättilöinä erityisen hyvin. Työn tekemisellä ja tutkimuksen toteuttamisella on iso merkitys kättilötyölle ja nämä tiedot tulevat varmasti edistämään paljon kättilöopintojamme sekä kättilön työtä tulevaisuudessa. Uusi tutkimustieto aiheesta on tarpeellista ammattilaisille, mutta myös asiakkaille ja vallitseville asenteille.

Mielestämme tutkimuksen luotettavuuteen ja jopa tuloksiin vaikutti se, että ryhdyimme tekemään tätä tutkimusta pelkästään sairaanhoitajakoulutuksen antamilla tiedoilla. Jos kättilöopinnot olisivat alkaneet ennen tutkimuksen alkamista, olisimme ymmärtäneet paremmin synnytyksen kulkua sekä sen hoitoa ja tutkimuskysymykset olisivat voineet olla erilaiset. Voi olla, että haastatteluissa kättilöt olettivat meidän tietoperustamme olevan vankempi ja selittivät asioita mahdollisesti hieman oikoen. Myöskään me emme välttämättä osanneet tarttua olennaisiin asioihin, mitä haastattelussa ei nousut esille tai esittää tarpeeksi tarkentavia kysymyksiä. Haastetta toi myös niin sanottu ”kättilöslangi”, jonka ymmärtämisessä oli haasteita haastatteluja läpikäydessä ja sisällönanalyysiä tehdessä, koska sanan tai lausahduksen virallinen tarkoitus saattoi jäädä epäselväksi. Osa kättilöiden kommentteista oli myös asioiden muistelua tai he eivät olleet varmoja tiedostaan, joten tällaiset kommentit on jätetty pois tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Lisäksi haastateltavien valmistautuminen ja asenne haastattelua kohtaan on voinut vaikuttaa tuloksiin. Jos haastateltavat eivät olleet perehtyneet aiheeseen etukäteen tai valmistautuneet haastatteluun, esimerkiksi osa kriteeriestä on jäänyt vain muistin varaan, eikä silloin luonnollisesti välttämättä muista mainita kaikkia asioita.

Nuoria naisia tulisi ohjata sellaisiin elintapoihin ja terveyskäyttäytymiseen, mikä edistäisi riskittömyyttä raskausaikana ja synnytyksessä. Hyvä ja luotettava tieto oikein annettuna on tärkeä tekijä tässäkin asiassa. Yksi tärkeä asia, johon nainen voi itse muun muassa vaikuttaa on paino. Sekä maailmalla että Suomessa ylipaino ja lihavuus ovat olleet suuressa kasvussa viime vuosikymmeninä. Raskaana olevan ylipaino tai lihavuus altistaa esimerkiksi raskausdiabetekselle, kohonneelle verenpaineelle, ennenaikaiselle synnytykselle ja sektiolle. Riskit myös sikiölle ovat huomattavia, kuten kasvanut riski epämuodostumille, poikkeavalle kasvulle sekä hapenpuutteelle. Ylipainolla tai lihavuudella raskausaikana voi olla vaikutus myös lapsen myöhempään terveyteen. (Teramo, Tikkanen, Klemetti ja Nuutila 2018, 248-254.) Kaikki lihavuudesta ja ylipainosta mahdollisesti aiheutuvat haitat ovat este matalan riskin synnytykselle.

Mielestämme olisi hyvin tärkeää laatia yhtenäinen määritelmä, kriteeristö ja hoitokäytänteet matalan riskin synnytyksille, jotta synnyttäjät voisivat saada tasa-arvoista ja laadukasta hoitoa kaikissa synnytyssairaaloissa. Myös kättilöiden olisi helpompi toimia selkeiden ja yhtenäisten ohjaistuksien mukaan toteuttaessaan kättilötyötä. Kansallinen suositus matalan riskin synnytysten hoitoon herättelisi kaikkia synnytyksiköitä pohtimaan aihetta ja kiinnittämään huomiota omaan toimintaansa. Yhtenäisten hoitokäytäntöjen merkityksen ymmärtäminen ovat myös osa kättilön osaamista (Savonia s.a.).

Tutkimuksen tekeminen on ollut haastavaa ja työlästä, mutta se on opettanut paljon. Jatkossa osaamme eritavoin arvostaa tutkimustietoa, mutta suhtautua siihen myös kriittisesti. Kaikki päätökset, valinnat tai tahattomat virheet voivat vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin, joten tutkijoilta vaaditaan erityistä tarkkuutta ja hyvää päätöksentekokykyä. Olemme pyrkineet pohtia jokaista päätöstä huolella, mutta joissakin asioissa olemme olleet viisaampia jälkikäteen, joten seuraavaa tutkimusta toteuttaessamme olemme varmasti viisaampia ja kokeneempia.

Tutkimusprosessi on opettanut kärsivällisyyttä ja paineensietokykyä. Aikataulujen sovittaminen, tutkimuslupahakemusten odottelu, työn valmistumisen määräajan venyminen ja yhteydenottaminen useisiin henkilöihin ja organisaatioihin hieman tuskastuttivat aika-ajoin, mutta tahdonvoimalla ja situkkuudella niistäkin selvitettiin. Ennen tutkimuksen aloittamista kartoitimme SWOT-analyysin (Liite 5) avulla tutkimuksen sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia. Kyseiset asiat toteutuivat lähes niin kuten olimme ajatelleet, mutta prosessissa ilmeni myös muutamia odottamattomia ulkoisia uhkia. Tutkimuksen valmistuminen viivästyi, koska tutkimuslupahakemusten käsittelyajat olivat kuviteltua pidemmät. Suurin osa haastatteluista toteutettiin haastateltavien työvuorojen alussa tai lopussa, joten oli haastavaa löytää sopivaa yhteistä aikaa kahden haastateltavan sekä kahden haastattelijan aikatauluista. Ennakkoon ajattelimme, että toteutamme haastattelut Zoom- tai Skype-videoneuvottelun kautta, mutta kaikissa sairaaloissa ohjelmat eivät toimineet tai yhteyttä ei saatu muodostettua, joten osa haastatteluista käytiin puhelimitse tai WhatsApp-videopuhelun välityksellä.

7.3 Kehitysideat ja tutkimuksen hyödynnettävyys

Tutkimuksen tilaaja voi hyödyntää tuloksia omassa toiminnassaan, jonka lisäksi tulokset voivat olla hyödyksi myös muille synnytyssairaaloille sekä esimerkiksi Kätilöliitolle. Tutkimuksen tuloksia voi mahdollisesti hyödyntää myös muissa oppilaitoksissa. Koska joissakin sairaaloissa kätilöt hoitavat samoissa yksiköissä sekä korkean että matalan riskin synnytyksiä, hoitokäytännöt voivat helposti muuttua riskikeskeiseksi (Filppu 2018). Tämän vuoksi on tärkeää, että sairaaloissa ja opetuksessa muistetaan myös matalan riskin synnytyksen oma hoitolinja.

Tutkimusta ja sen tuloksia voidaan hyödyntää jakamalla tietoa ja käsitystä aiheesta. Aiheen tärkeyden pohjalta pystytään jakamaan myös ymmärrystä matalan riskin synnytyksen hoidon hyödyistä ja sitä kautta vähentämään synnytykseen turhaa puuttumista ja hoitamista. Toivomme tämän tutkimuksen kehittävän matalan riskin synnytyksen hoitoa ja ammattilaisten kiinnittävän enemmän siihen huomiota, kuten esimerkiksi järjestämällä aiheesta osastotunteja ja kansallisia koulutuksia. Tuloksia voitaisiin käyttää apuna myös suomalaisen matalan riskin synnytyksen määritelmän, kriteerien ja hoitosuosittelusten laatimiselle.

Jo ennen tutkimuksen aloittamista oli tiedossa, että matalan riskin synnytys ja sen hoito ovat tärkeä osa kätilötyötä. Tämän vuoksi on harmillista, ettei aiheesta ole tehty kansallisella tasolla määritelmää tai laadittu yhteneviä suosituksia sen hoitokäytänteistä, vaikka jo vuonna 2013 järjestetyillä kä-

tilöpäivillä on esitetty, että koko Suomeen tulisi saada yhtenevät kriteerit sekä hoitosuositukset matalan riskin synnytykselle kansallisesti (Järvi 2013). Laajempi tieto matalan riskin synnytyksen luonnollisen kulun hyödyistä ja turhan puuttumisen haitoista voisi vähentää selkeästi synnytyksien ylihoitamista. Kun turhia toimenpiteitä ja tutkimuksia vähennetään, vähenevät myös hoidon kustannukset ja tämä osaltaan hyödyttäisi koko kansantaloutta.

Myös haastateltavat kätilöt toivat esille omia ajatuksiaan matalan riskin synnytykseen liittyen. Haastattelun yhteydessä eräs kätilöistä toi esille, että synnytyssairaalassa helposti unohdetaan synnytyksen olevan luonnollinen prosessi, johon ei tarvitse puuttua millään lailla vaan kätilöt saattavat herkästi "sairaanhoidtaa" synnyttäjiä. Hän kertoi myös, että kätilöt kuitenkin pyrkivät muistuttamaan itseään matalan riskin sekä korkean riskin synnytysten eri hoitolinjoista. Kätilöt myös pyrkivät kannustamaan synnyttäjiä matalan riskin synnytysten hoitomuotoihin, jolloin synnytys voi edetä loppuun saakka matalassa riskissä. Eräs kätilö kertoi havainneensa, että matalan riskin synnytyksen jälkeen vauvat ovat virkeitä ja myös synnyttäjät ovat antaneet positiivista palautetta. Hän arveli myös sektiomäärien vähentyneen matalan riskin synnytysten hoidon vuoksi. Kätilöt toivat esiin myös, että matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet tukevat kätilön itsenäistä työtä ja päätöksentekoa. Eräs kätilö ehdotti omia monitorointikriteereitä matalan riskin synnyttäjille ja mainitsi toivovansa, että hoidossa näkyisi selkeämmin ero eri riskiluokituksen saaneiden synnytysten hoidossa. Useampi kätilö kertoi, että on hienoa, että matalan riskin synnytyksestä tehdään opinnäytetyötä ja kuinka on mielenkiintoista kuulla, miten sen hoito toteutuu eri sairaaloissa. Näiden kommenttien perusteella olisi tärkeää tutkia matalan riskin synnytyksiä lisää ja kehittää uusia hoitokäytänteitä.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AFLATUNI, H-M. 2017. Synnytyskivun lievitys [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2018-04-01.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=synnytys
- AHONEN, J. ja STEFANOVIC, V. 2013. Obstetrisen verenvuodon hoito [verkkootikkeli]. Finnanest, 4/2013. [Viitattu 2018-05-26.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/ahonen_stefanovic_obstetrisen_verenvuodon_hoito.pdf
- CARROLL, D., TRAMER, M., MCQUAY, H., NYE, B. ja MOORE, A. 2005. Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review [verkkootikkeli]. Obstetrics & Gynaecology. [Viitattu 2018-11-07.] Saatavissa: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11039.x>
- DELBAERE, I., VERSTRAELEN, H., GOETGELUK, S., MARTENS, G., DE BACKER, G. ja TEMMERMAN, M., 2006. Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-03-25.] Saatavissa: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41890326/Pregnancy_outcome_in_primiparae_of_advan20160202-18253-162eqqp.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1553536674&Signature=0nv9oI%2F54eGSqe6u09javbC1tPM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPregnancy_outcome_in_primiparae_of_advan.pdf
- DEUFEL, M. ja MONTONEN, E. 2016. Hengitys. Lapsivuodeaika. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- EKBLAD, U. 2016. Synnytys [verkkojulkaisu]. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2018-03-15.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=synnytys
- ELO, A. 2018. Satakunnan keskussairaalassa synnyttäjä voi tarttua jumppapalloon tai rentoutua katosta roikkuvissa liinoissa [verkkootikkeli]. Länsi-Suomi. [Viitattu 2018-10-07.] Saatavissa: <https://ls24.fi/uutiset/satakunnan-keskussairaalassa-synnyttaja-voi-tarttua-jumppapalloon-tai-rentoutua-katosta-roikkuvissa-liinoissa>
- FILPPU, R. 2018. Matalan riskin synnytysten hoitaminen. Kätilölehti, 1/2018.
- IHME, A. ja RAINTO, S. 2015. Raskausajan ja synnytyksen hoitotyö. Naisen terveys. 3. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO 2010. Tutkimusprosessi [verkkojulkaisu]. Avoimen yliopiston Koppa. [Viitattu 2018-12-11.] Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi>
- JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO 2015. Laadullinen tutkimus [verkkojulkaisu]. Avoimen yliopiston Koppa. [Viitattu 2018-02-26.] Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- JÄRVI, U. 2013. Kätilöliitto ehdottaa synnytystupia [verkkootikkeli]. Lääkärilehti. [Viitattu 2018-05-02.] Saatavissa: www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/katiloliitto-ehdottaa-synnytystupia/
- KALLIO, L. 2018. Synnytystupa tarjoaa välvaihtoehdon kotisyntytykselle - videotykiä voi heijastaa perheen toivomana vaikka luontokuvia tai meren kohinaa [verkkootikkeli]. Yle. [Viitattu 2018-10-07.] Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-10248679>
- KANANEN, J. 2015a. Laadullinen tutkimus. Opinnäytetyön kirjoittajan opas – Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- KANANEN, J. 2015b. Tutkimusotteen ja tutkimusmenetelmien valinta. Opinnäytetyön kirjoittajan opas – Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

- KANANEN, J. 2015c. Opinnäytetyön luotettavuus. Opinnäytetyön kirjottajan opas – Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- KARTTUNEN, E. 2018. Luonnonmukainen kivunhoito synnytyksessä [videotiedosto]. Satakunnan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 2018-11-10.] Saatavissa: <https://dreambroker.com/channel/d3r5srkh/qyx462o1>
- KEMPPAINEN, T., LOTVONEN, P., PIETIKÄINEN, J., HOLAPPA, E. ja KAUPPILA, K. 2017. OMARI Oulun matalan riskin synnyttäjät [verkkodokumentti]. Oulun yliopistollinen sairaala. [Viitattu 2018-11-07.] Saatavissa: <https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Kehitys%20ja%20tutkimus%20sisllytyppi/OMARI-hoitolinja%20matalanriskin%20synnyttäjille.pdf>
- LUUKKAINEN, P. 2011. Vastasyntynyt. Julkaisussa: YLIKORKALA, O. ja TAPANAINEN, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- MANASI, G. 2016. Evidence Summary. Labor: Third Stage Labor [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2018-11-05.] Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia.fi/FullTextService/CT%7B89d2b5e0c46f447c1e2ff64f8dbf1465c9365ba3e8ec5c31fc14f7cde7355437%7D/JBI19476.pdf>
- MANASI, G. 2017. Evidence Summary. Labor: Second Stage [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2018-11-02] Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia.fi/FullTextService/CT%7B89d2b5e0c46f447c4886cc8a0bda0e54f16a227fb8044f44cf1499273f71f1ec%7D/JBI17160.pdf>
- NAISTALO.FI s.a.a GBS eli B-ryhmän streptokokki [verkojulkaisu]. Terveyskylä.fi. [Viitattu 2019-03-03.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytyks/infektiot-ja-raskaus/gbs-eli-b-ryhm%C3%A4n-streptokokki>
- NAISTALO.FI s.a.b Synnytystapa – alatie vai keisarileikkaus [verkojulkaisu]. Terveyskylä.fi. [Viitattu 2019-03-03.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytyks/synnytyks/synnytystapa-alatie-vai-keisarileikkaus>
- PALANDER, S. 2018-12-17. Palautetta opinnäytetyön suunnitelmasta [sähköpostiviesti]. Vastaanottajat Henna Hiltunen ja Jenna Törrönen.
- PALLASMAA, N., RAUTAVA, S. ja TIMONEN, S. 2016. Synnytystapa vaikuttaa äidin ja lapsen terveyteen [verkkoartikkeli]. Potilaan lääkärilehti. [Viitattu 2019-03-03.] Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/synnytystapa-vaikuttaa-aidin-ja-lapsen-terveyteen/>
- PIENIMAA, A-K. ja RAUSSI-LEHTO, E. 2017. Kätilön osaaminen. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Otava Oy.
- PIETILÄINEN, S. ja VÄYRYNEN, P. 2017a. Raskaudenaikaiset määräaikaistarkastukset. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos Keuruu: Otava Oy.
- PIETILÄINEN, S. ja VÄYRYNEN, P. 2017b. Raskaudenaikaiset terveystarkastukset ja seulonnat. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos Keuruu: Otava Oy.
- PIETILÄINEN, S. ja VÄYRYNEN, P. 2017c. Synnytyksen käynnistyminen. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos Keuruu: Otava Oy.
- PULLI, T. 2017a. Normaali synnytys [verkojulkaisu]. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2018-01-04.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=synnytys
- RAUSSI-LEHTO, E. 2017a. Matalan riskin syntymän aikainen kätilötyö. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Otava Oy.

- RAUSSI-LEHTO, E. 2017b. Matalan riskin synnytyksen määritelmä. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Otava Oy.
- RAUSSI-LEHTO, E. 2017c. Syntymän hoidon toteutus. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Otava Oy.
- RAUSSI-LEHTO, E. 2017d. Syntymän hoidon tarve. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Otava Oy.
- RAUSSI-LEHTO, E. 2017e. Syntymän hoidon suunnittelu. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Otava Oy.
- RÄISÄNEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja LAINE, K. 2018. Kätilötyön suositus välilihan repeämien ehkäisemiseksi [verkkodokumentti]. Välilihan repeämien ehkäiseminen ponnistusvaiheessa - kätilötyön suositus. [Viitattu 2018-05-26.] Saatavissa: https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/Valilihan_repeaman_ehkaisu_ponnistusvaiheessa_-_katilotyön_suositus.pdf
- SAARI-KEMPPAINEN, A. 2016. Matalan riskin synnytykset Haikaramalli [verkkodokumentti]. HYKS. [Viitattu 2018-05-02.] Saatavissa: www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoidoalueet/hyks/HYKS-NaiS/luennot/Documents/Alueellinen%20koulutus%209.11.2016.pdf
- SAND, O., SJAASTAD, Ö., HAUG, E. ja BJÅLIE, J. 2015. Hedelmöitys, raskaus ja synnytys. Ihminen - fysiologia ja anatomia. 8.-12. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- SARVELA, J. ja NUUTILA, M. 2009. Synnytyskipu [verkkojulkaisu]. Lääkärin tietokannat. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2018-04-14.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kivunlievitys
- SARVELA, J. ja VOLMANEN, P. 2014. Synnytyskipu – anestesia­lääkärin opas potilaalle [verkkojulkaisu]. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2018-04-14.] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904#s11
- SARVILINNA, N., ISAKSSON, C., KOKLJUSCHKIN, H., TIMONEN S. ja HALMESMÄKI E. 2016. Sikiön voinnin seuranta synnytyksen aikana [verkkojulkaisu]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 2019-01-03.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/15/duo13235>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU s.a. Osaamistavoitteet [verkkodokumentti]. Opetussuunnitelmat. [Viitattu 2019-03-05.] Saatavissa: <https://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=997&tab=2>
- SIMKIN, P. ja BOLDING, A. 2004. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering [verkkodokumentti]. Journal of Midwifery & Women's Health 6/2004. [Viitattu 2019-03-25.] Saatavissa: <http://semmelweis.hu/neurologia/files/2013/04/Varga-Katalin2.pdf>
- STEFANOVIC, V. 2017. Uhkaava ennenaikainen synnytys. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6.7. painos. Keuruu: Otava Oy
- STENFORS, P. ja KUKKO, S-K. 2016. Mitä kaikkea tarkoittaa normaali synnytys? Kätilölehti, 2/2016.
- SUOMEN KÄTILÖLIITTO 2004. Laatusuositukset kätilötyöhön - kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-03-05.] Saatavissa: https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf
- TAMPEREEN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA. 2017. Matalan riskin synnytys [verkkojulkaisu]. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 2018-05-02.] Saatavissa: [https://www.tays.fi/fi-FI/Raskaus_ ja_synnytys/Synnytys/Matalan_riskin_synnytys\(50158\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Raskaus_ ja_synnytys/Synnytys/Matalan_riskin_synnytys(50158))
- TERAMO, K., TIKKANEN, M., KLEMETTI, M. ja NUUTILA, M. 2018. Raskaana olevien ylipaino ja lihavuus yleistyvät [verkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 2019-03-05.] Saatavilla: <https://www.terveysportti-fi. ezproxy.savonia.fi/xmedia/duo/duo14151.pdf>

- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. 2017a. Recommended Practice. Labor: Second Stage [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2018-11-02.] Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia.fi/FullTextService/CT%7B89d2b5e0c46f447c4886cc8a0bda0e54f16a227fb8044f44cf1499273f71f1ec%7D/JBI17160.pdf>
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. 2017b. Recommended Practice. Third Stage of Labor [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2018-11-05.] Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.savonia.fi/FullTextService/CT%7B89d2b5e0c46f447c1e2ff64f8dbf1465c9365ba3e8ec5c31fc14f7cde7355437%7D/JBI19476.pdf>
- TIITINEN, A. 2018a. Normaali synnytys [verkkojulkaisu]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2018-03-15.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160
- TIITINEN, A. 2018b. Synnytyskivun hoito [verkkojulkaisu]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2018-10-18.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883
- TIKKANEN, M. ja TEKAY, A. 2019a. Synnytyksen vaiheet [verkkokirja]. Julkaisussa: TAPANAINEN, J., HEIKINHEIMO, O., MÄKIKALLIO, K. ja AALTONEN, R. Naistentaudit ja synnytykset. [Viitattu 2019-03-04.] Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/njs15303/do>
- TIKKANEN, M. ja TEKAY, A. 2019b. Synnytyskipu ja sen lievitys [verkkokirja]. Julkaisussa: TAPANAINEN, J., HEIKINHEIMO, O., MÄKIKALLIO, K. ja AALTONEN, R. Naistentaudit ja synnytykset. [Viitattu 2019-03-04.] Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/njs15305/do>
- TIKKANEN, M. ja TEKAY, A. 2019c. Äidin ja sikiön seuranta synnytyksen aikana [verkkokirja]. Julkaisussa: TAPANAINEN, J., HEIKINHEIMO, O., MÄKIKALLIO, K. ja AALTONEN, R. Naistentaudit ja synnytykset. [Viitattu 2019-03-04.] Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/njs15304/do>
- TUOMI, J. ja SARAJÄRVI, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- TUOMI, J. ja SARAJÄRVI, A. 2018a. Aineiston hankinta ja määrä laadullisessa tutkimuksessa. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- TUOMI, J. ja SARAJÄRVI, A. 2018b. Laadullisen aineiston analyysi: sisällönanalyysi. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- TUTKIMUSEETTINEN TOIMIKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö [verkkodokumentti]. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Viitattu 2018-05-15.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- UOTILA, J. 2017. Sikiön ahdinko synnytyksen aikana. Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E. ja ÄIMÄLÄ, A-M. Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Otava Oy.
- WALLS, D. 2017. Water labor and water birth [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-03-25.] Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=3fa87a2b-c6ac-4872-99f7-c262299cf3ca%40pdc-v-sessmgr06>
- VIEIRA, C.L., COELI, C.M., PINHEIRO, R.S., BRANDAO, E.R., CAMARGO, K.R., ja AGUIAR, F.P. 2012. Modifying Effect of Prenatal Care on the Association Between Young Maternal Age and Adverse Birth Outcomes [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-03-25.] Saatavissa: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42637427/Modifying_Effect_of_Prenatal_Care_on_the20160212-3240-1xfeomd.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1553537533&Signature=JU-wSgmNcymorBuiwMbuZ167YeiE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DModifying_Effect_of_Prenatal_Care_on_the.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 1996. Care in normal birth: a practical guide [verkkodokumentti]. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. [Viitattu 2018-02-02]. Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

ÄIMÄLÄ, A-M., STENFORS, P., KOIVUNEN, M., BOTHA, E., TUOMI, J., METTÄLÄ, M., RATIA, T., KUKKO, S-K., KALVAS, A., MÄKELÄ, P. ja SEPPÄNEN, S. 2016a. Synnytys-suomi sanakirja. Viva -viisaat valinnat [verkkajulkaisu]. Tampereen ammattikorkeakoulu ja Tampereen yliopistollinen sairaala. [Viitattu 2018-11-03.] Saatavissa: <http://viva.tamk.fi/2016/12/30/linkkeja-synnytys-suomi-sanakirja/>

ÄIMÄLÄ, A-M., STENFORS, P., KOIVUNEN, M., BOTHA, E., TUOMI, J., METTÄLÄ, M., RATIA, T., KUKKO, S-K., KALVAS, A., MÄKELÄ, P. ja SEPPÄNEN, S. 2016b. Synnytyksen kulku. Viva -viisaatvalinnat [verkkajulkaisu]. Tampereen ammattikorkeakoulu ja Tampereen yliopistollinen sairaala. [Viitattu 2019-01-03.] Saatavissa: <http://viva.tamk.fi/2016/12/30/lue-lisaa-synnytyksen-kulku/>

LIITE 1: HAASTATTELU: MATALAN RISKIN SYNNYTYKSEN KRITEERIT JA HOITOKÄYTÄNTEET: SAIRAALA 5

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>”Meillä on sama kuin tämä WHO:n määritelmä eli spontaani yksisikiöinen raskaus, jonka synnytyksen alussa matalassa riskissä pysyy sellaisenaan läpi synnytyksen, vauva syntyy spontaanisti päätarjonnassa raskausviikoilla 37-42 ja synnytyksen jälkeen äiti ja vauva voivat hyvin”</p>	<p>Matalan riskin synnytyksen määritelmä on sama kuin WHO:n määritelmä eli spontaani yksisikiöinen raskaus, joka pysyy matalassa riskissä koko synnytyksen ajan. Vauva syntyy spontaanisti päätarjonnassa raskausviikoilla 37-42. Synnytyksen jälkeen äiti ja vauva voivat hyvin.</p>	Määritelmä	Matalan riskin synnytyksen määritelmä	Matalan riskin synnytyksen määritelmä
<p>”Meillä on amme, vettä, meillä saa nykyään vesisynnyttääkin ja sitten on lämpöpakkauksia niitä curapaxeja, meillä on suihkut joka huoneessa, erilaisia hierontavehkeitä, TENS-laitteita, kampoja”</p>	<p>Lääkkeettöminä kivunlievityskeinoina on amme, vesi, lämpöpakkaukset, suihku, hierontavälineet, TENS-laite ja kammot</p>	Lääkkeetön kivunhoito	Matalan riskin synnytyksen kivunhoito	Hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä (jatkuu seuraavassa)
<p>Kivunhoidossa pyritään tukemaan lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin - -”</p>	<p>Kivunhoidossa tuetaan lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä</p>			
<p>”- - mutta myös hyväksytään se, että jos äiti tarvitsee jotakin lääkkeellistä kivunhoitoa, niin voidaan antaa, eli meillä matalan riskin synnytykseen kuuluu nämä paraservikaalit ja pudendaalit, epiduraali- ja spinaalipuudutukset - -”</p>	<p>Paraservikaali-, pudentaali-, epiduraali- ja spinaalipuudutukset ovat sallittuja lääkkeellisiä kivunlievityskeinoja</p>	Lääkkeellinen kivunhoito		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
"Kohdunsuu voi edetä hitaasti kuuteen senttiin ja siinä vaiheessa rohkaistaan synnyttäjää lähtemään kotiin odottamaan aktiivisen vaiheen käynnistymistä"	Synnyttäjää rohkaistaan odottamaan kotona aktiivisen vaiheen käynnistymistä			
"Latenssvaiheessa hyväksytään kipeitä supistuksia ja se voi kestää pitkään"	Latenssvaihe voi olla kivulias ja pitkäkestoinen	Avautumisvaiheen hoitokäytänteet		
"Tuetaan ja kuunnellaan äitiä ja yritetään komparta sitä siinä avautumisvaiheen alussa tai näiden latenssvaiheiden aikana"	Synnyttäjää tuetaan ja häntä kuunnellaan latenssvaiheen aikana			
"Ponnistusvaiheessa odotetaan rauhassa vauvan tarjoutuvan osan laskeutumista, mikäli sykekäyrä on ihan normaali ja toteutetaan jatkuvaa KTG-seurainta"	Ponnistusvaiheessa toteutetaan jatkuvaa KTG-seurainta ja odotetaan rauhassa vauvan tarjoutuvan osan laskeutumista, mikäli sykekäyrä on normaali			
"Kuunnellaan äitiä ja kannustetaan muihinkin ponnistusasetoihin kuin poikkipöytään, pyritään ohjaamaan ja löytämään itselle sopiva ponnistusaseto"	Kannustetaan, ohjataan ja kuunnellaan äitiä löytämään itselle sopiva ponnistusaseto	Ponnistusvaiheen hoitokäytänteet	Matalan riskin synnytyksen vaiheiden hoitokäytänteet	Hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä (jatkuu seuraavassa)
"Meillä on tällaiset kriteerit meidän sairaalassa, että ponnistusvaiheen katsotaan pitkittävän, jos ensisynnyttäjän aktiivinen ponnistusvaihe on kestänyt yli kaksi tuntia, uudelleen synnyttäjällä yli tunnin ja silloin voidaan käyttää oksitosiinia, mutta vasta sitten"	Ponnistusvaiheen katsotaan pitkittävän, jos ensisynnyttäjän aktiivinen ponnistusvaihe kestänee yli 2h ja uudelleen synnyttäjän yli 1h Ponnistusvaiheen aikarajojen ylittyessä voidaan käyttää oksitosiinia			
"- - jos äidillä on oikein vahva toive (jälkeisvaiheessa), ettei sitä oksitosiinia, niin sitten seurataan sitä vuotoasiasa ja annetaan vain tarvittaessa ja voidaan kannustaa ja kokeilla, jos ei istukan irtoamista saada aikaiseksi fysiologisilla menetelmillä: kohtua hieromalla, pyörittämällä rinnanpäitä tai vauva imee, jos sitä oksitosiinia ei anneta ja näyttää, että istukka on kiinni."	Jos äidillä on toive, ettei oksitosiinia käytetä jälkeisvaiheessa, sitä ei tarvitse antaa Istukan irtoamisen auttamiseen voidaan käyttää myös fysiologisia menetelmiä esimerkiksi kohdun hieronta, rinnanpäiden pyörittely tai imetys	Jälkeisvaiheen hoitokäytänteet		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka	
"Synnytyksen aikana pyritään järjestämään synnyttäjälle rauhallinen ympäristö ja äidin toiveita kuunnellaan ja kunnioitetaan ja rohkaistaan luottamaan omiin voimavaroihinsa - -"	Synnyttäjälle pyritään järjestämään rauhallinen ympäristö	Synnyttäjän tukeminen	Synnyttäjän ja sikiön seuranta ja hoito matalan riskin synnytyksessä	Hoito ja seuranta matalan riskin synnytyksessä	
	Synnyttäjän toiveita kuunnellaan ja kunnioitetaan				
	Synnyttäjää rohkaistaan luottamaan omiin voimavaroihinsa				
"Kun synnytys on käynnissä, niin huolehditaan äidin hyvästä fyysisestä ja emotionaalisesta perushoidosta"	Synnytyksen aikana huolehditaan synnyttäjän fyysisestä ja emotionaalisesta perushoidosta	Synnyttäjän perushoito			
"GBS... hoidetaan synnytyksen aikana"	B-ryhmän streptokokki hoidetaan synnytyksen aikana				
"WHO:n mukaan suositellaan arvioimaan lämpöä, verenpainetta, pissaamista, kipua, syömistä, juomista ja tuen tarvetta vähintään neljän tunnin välein"	WHO:n mukaan suositellaan arvioimaan lämpöä, verenpainetta, virtsaamista, kipua, ravitsemusta, nesteytystä ja tuen tarvetta vähintään 4 tunnin välein.	Synnyttäjän voinnin seuranta			
"Tulo sikiön sykekäyrän - - sitä ajetaan 20 minuuttia"	Sikiön sykekäyrän seuranta 20 minuutin ajan sairaalaan tullessa	Sikiön sykekäyrän seuranta			
"Toteutetaan jaksottaista KTG-rekisteröintiä tunnin välein vähintään 20 minuuttia kerrallaan, jos käyrä muuttuu poikkeavaksi, niin toteutetaan jatkuvaa KTG-seuranta ja - - ponnistusvaiheessa täytyy olla sen KTG:n sitten jatkuva"	KTG-rekisteröinti tunnin välein vähintään 20min ajan				
	Ponnistusvaiheessa jatkuva KTG-seuranta				
"- - sitten huolehditaan, että jatkuva KTG-seuranta toteutuu näiden meidän ohjeiden mukaan (puudutuksia käytettäessä)"	Puudutuksia käytettäessä tulee huolehtia jatkuvasta KTG-seurannasta ohjeiden mukaisesti				

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Viikot oli se 37-41+6"	Raskausviikot 37+0 – 41+6	Raskausviikot ja synnytyksen käynnistyminen	Raskauteen ja synnytykseen liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksen aikana	Matalan riskin synnytyksen kriteerit
"Spontaanisti käynnistynyt synnytys"	Synnytys käynnistyy spontaanisti			
"Lapsiveden menosta alle 24 tuntia, ei ole infektion merkkejä ja vesi on normaalia ja vaaleanvihreää"	Lapsivedenmenosta alle 24 tuntia	Lapsivesi		
	Lapsivedessä ei ole merkkejä infektiosta			
	Lapsivesi on normaalia			
"Yksisikiöinen raskaus"	Lapsivesi on vaaleanvihreää	Sikiöiden määrä		
	Raskaus on yksisikiöinen			
"Terve synnyttäjät, ei synnytyksen kulkuun vaikuttavia perussairauksia, mutta voi olla esimerkiksi allergia, astma, hyvässä tasapainossa oleva astma, auraton migreeni, hypo-tyreosi, oireeton colitis ulcerosa tai jokin ihosairaus"	Synnyttäjät on terve	Synnyttäjän terveydentila	Synnyttäjään liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksen aikana	
	Synnyttäjällä ei ole perussairautta, joka vaikuttaa synnytyksen kulkuun			
	Synnyttäjällä saa olla esimerkiksi allergia, hyvässä hoitotasapainossa oleva astma, auraton migreeni, hypotyreosi, oireeton colitis ulcerosa tai jokin ihosairaus			
"Voi olla dieettihoitoon gdm, omaseurannassa normaalit arvot"	Synnyttäjän dieettihoitoon raskausajandiabetes on sallittu, normaalit arvot omaseurannassa			
"Äidin bmi ennen raskautta tulisi olla alle 32"	Synnyttäjän painoindeksi ennen raskautta alle 32	Synnyttäjän painoindeksi		
"Ei aikaisempia sektioita tai synnytysongelmia kuten hartiadystokia tai runsasta vuotoa, tarkoitetaan tällaista yli 1000ml vuotoa"	Synnyttäjällä ei aikaisempia sektioita	Aikaisemmat synnytykset		
	Synnyttäjällä ei aikaisempia synnytyskomplikaatioita, kuten hartiadystokiaa tai yli 1000ml vuotoa			
"Gbs voi olla positiivinen ja se - -"	B-ryhmän streptokokki saa olla positiivinen	B-ryhmän streptokokki synnyttäjällä		
"Synnyttämään tullessa pitää olla päätarjonta"	Päätarjonta synnyttämään tullessa	Sikiön tarjonta ja koko	Sikiöön liittyvät kriteerit matalan riskin synnytyksen aikana	
"Vauvan kliininen painoarvio ois alle neljä kiloa"	Sikiön kliininen painoarvio alle 4kg			
"Tulo sikiön sykekäyrän täytyy olla normaali ja - -"	Sikiön tulosykekäyrä on normaali	Sikiön sykekäyrä		
"- - jos käyrä muuttuu poikkeavaksi, niin - - äiti ei ole enää matalassa riskissä sen jälkeen - -"	Sikiön sykekäyrässä ei poikkeavuuksia synnytyksen aikana			

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
"Tulotilanteessa tehdään sitten tällainen riskiluokitus ja riskiä arvioidaan koko synnytyksen ajan"	Riskiluokitus tehdään sairaalaan tullessa Riskiluokitusta arvioidaan koko synnytyksen ajan	Riskiluokitus synnytyksen aikana	Riskien arviointi matalan riskin synnytyksessä	Matalan riskin synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuminen ja riskiluokitus
"Alussa kätilö tekee arvion ja sitten myöhemmin hoitava kätilö arvioi sitä synnytyksen aikana"	Kätilö tekee tulovaiheen riskiluokituksen Hoitava kätilö arvioi riskiluokitusta synnytyksen aikana			
"- ja yritetään olla puuttumatta normaalisti etenevään synnytykseen millään lailla"	Pyritään olemaan puuttumatta normaalisti etenevään synnytykseen	Synnytykseen puuttuminen	Matalan riskin synnytyksen etenemiseen puuttuminen	
"Jokaiselle tällaiselle asialle millä puututaan synnytyksen kulkuun pitää laittaa hyvä perustelu synnytyskertomukseen, että miksi näin on tehty"	Jokainen asia, jolla puututaan synnytykseen, tulee perustella synnytyskertomukseen			
"Meidän sairaalassa oksitosiinin käyttö ei ole sallittua matalan riskin synnyttäjän hoidossa ennen kuin ponnistusvaiheessa, jos se pitkittyy niin silloin sitä voi käyttää, mutta ei synnytyksen edistämiseksi"	Oksitosiinin käyttö ei ole sallittua synnytyksen edistämiseksi	Oksitosiinin käyttö synnytyksen aikana		
	Oksitosiinin käyttö sallittua ponnistusvaiheen pitkittyessä			
"- - me annetaan oksitosiinia äidille viisi yksikköä (jälkeisvaiheessa) tai sitten joskus, jos äidillä on oikein vahva toive, ettei sitä oksitosiinia niin sitten seurataan sitä vuotoasiaa ja annetaan vain tarvittaessa - -"	Oksitosiiniä annetaan 5 yksikköä jälkeisvaiheen aikana. Mikäli synnyttävä toivoo, ettei hän sitä halua käytettävän, annetaan oksitosiiniä vain tarvittaessa			

LIITE 2: TUTKIMUKSEN SUOSTUMUSASIAKIRJA

Suostumusasiakirja haastattelututkimukseen

Tutkimuksen nimi: Matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoitokäytänteet kansallisesti, Savonia-ammattikorkeakoulu

Olen lukenut ja ymmärtänyt ohjeistuksen haastatteluun liittyen. Ymmärrän, että osallistuminen tähän tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin perua tämän suostumuksen tai keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä. Olen tietoinen myös siitä, että keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Se, mitä kerron, käsitellään luottamuksellisesti ja siten koodattuna, että henkilöllisyyttäni ei ole mahdollista selvittää. Kaikkia osapuolia sitoo salassapitovelvollisuus. Tutkimustiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Allekirjoitus

Nimenselvennys

____/____ 2018

Päiväys

Paikka

LIITE 3: TUTKIMUKSEN SAATEKIRJE

Hyvä haastatteluun osallistuva,

Olemme kaksi kättilöopiskelijaa Savonia-ammattikorkeakoulusta ja olemme tekemässä opinnäytetyötä, jonka aiheena on matalan riskin synnytysten kriteerit ja hoitokäytänteet kansallisesti. Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena tutkimuksena ja aineistoa kerätäksemme haastattelemme kaikista Suomen yliopistollisista sairaaloista kahta kättilöä. Toivomme haastateltavilta kättilöiltä vankkaa työkokemusta ja tietämystä synnytyksiin liittyen.

Haastattelu tapahtuu internetissä yhdessä sovitun videoneuvottelutyökalun avulla ja se kestää maksimissaan 45 minuuttia. Haastattelemme kustakin sairaalasta kahta vapaaehtoista kättilöä yhtä aikaa. Ajankohta sovitaan yhdessä, kun olemme saaneet allekirjoitetut suostumusasiakirjat. Toteutamme sen teemahaastatteluna, mikä käsittelee kunkin sairaalan omia matalan riskin synnyttäjien kriteereitä sekä hoitokäytänteitä. Toivomme että saisimme haastattelusta laajasti aineistoa tutkimusta varten, joten toivottavasti ymmärrätte haastattelun merkityksen opinnäytetyömme valmistumisen kannalta. Haastattelu tallennetaan, jotta saamme hyödynnettyä antamanne tiedot parhaiten. Nauhoitteita käsitellään sekä ne hävitetään asianmukaisesti, kunnes opinnäytetyö on valmis. Haastateltavien henkilöllisyys tai työnantaja eivät tule ilmi opinnäytetyön missään vaiheessa.

Osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi keskeyttää missä tahansa haastattelun vaiheessa. Kuitenkin jo ennen keskeyttämistä antamianne tietoja voidaan hyödyntää tässä tutkimuksessa. Liitteenä suostumisasiakirja, jonka pyydämme allekirjoittamaan ja lähettämään alla olevaan sähköpostiin. Mikäli teillä herää kysyttävää, voitte olla yhteydessä sähköpostilla.

henna.hiltunen@edu.savonia.fi tai jenna.torronen@edu.savonia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja:

Päivi Hoffrén

puh. 044 7856474

paivi.hoffren@savonia.fi

Ystävällisin terveisin

Henna Hiltunen ja Jenna Törrönen

Savonia-ammattikorkeakoulu, TK16KP

LIITE 4: TUTKIMUKSEN HAASTATTELURUNKO

Tutkimuksen haastattelurunko:

- Onko teidän sairaalanne laatinut virallista määritelmää matalan riskin synnytykselle?
- Mitkä ovat teidän sairaalanne matalan riskin synnytyksen kriteerit?
- Mitkä ovat teidän sairaalanne matalan riskin synnytyksen hoitokäytänteet?
- Onko teidän sairaalassanne käytössä kirjallisia materiaaleja tai muita apuvälineitä matalan riskin synnytykseen liittyen? Esimerkiksi check-listaa.

LIITE 5: SWOT-ANALYYSI

<p>VAHVUUDET</p> <ul style="list-style-type: none">○ samankaltaiset tavoitteet ja toiveet○ kyky keskustella asioista ja toimia○ yhteistyössä○ kiinnostus aiheeseen○ hyvä asenne	<p>HEIKKOUEDET</p> <ul style="list-style-type: none">○ yhteisen ajan löytäminen haasteellista○ aihe tuntematon molemmille○ tietämys kättilötyöstä työn alkaessa vähäistä
<p>MAHDOLLISUUDET</p> <ul style="list-style-type: none">○ matalan riskin synnytysten○ hoitaminen kehittyä sekä yhtenäistyy○ oma ammatillinen kasvu○ ohjaajan kiinnostus aiheeseen	<p>UHAT</p> <ul style="list-style-type: none">○ aiheesta hyvin vähän tutkimustietoa○ haastatteluissa ilmenee ongelmia○ aineisto jää liian suppeaksi