



Emilia Järvinen & Vilma Vuorela

Naiskeskeisyys synnytyksessä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö (AMK)

Kätilötyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

24.3.2022

Tekijä	Emilia Järvinen & Vilma Vuorela
Otsikko	Naiskeskeisyys synnytyksessä
Sivumäärä	31 sivua + 2 liitettä
Aika	24.3.2022
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Kätilötyön tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Pirjo Koski, Terveystieteiden lehtori
<p>Vuonna 2020 Suomessa 99,4 % lapsista syntyi sairaalassa olosuhteissa, jossa hoitavan kätilön toiminnan merkitys naisen synnytyskokemukselle erityisesti korostuu. Synnytyksen fyysisen puolen lisäksi naisen synnytyskokemus vaikuttaa jo lapsivuodeaikana ja sen jälkeenkin synnyttäjän henkiseen hyvinvointiin ja terveyteen. Hyvän synnytyskokemuksen saavuttaminen edellyttää turvallista ja luotettavaa hoitosuhdetta, jossa synnyttäjällä on oikeus itseään koskevaan päätöksentekoon sekä kokee tulevansa kuulluksi. Synnytystilanteessa ja synnyttäjän kohtaamisessa on kuitenkin tärkeää muistaa, ettei raskaus ole sairaus eikä synnyttäjää ole sairaalassa varsinaisesti potilaana. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, miten naiskeskeisyys synnytyksessä toteutuu. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa tukemaan kätilötyön opetusta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena käyttäen pohjana jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Aineistoa kerättiin sekä systemaattisella tiedonhaulla ja sitä täydennettiin manuaalisilla hakukoneilla kuten Googlella. Systemaattisen tiedonhaun välineenä suositettiin hoitotieteellisiä tietokantoja kuten PubMed, Medic sekä Cinahl Complete. Hakusanoina systemaattisessa ja manuaalisessa haussa oli esimerkiksi <i>women-centered childbirth</i>, <i>midwifery model of care</i>, <i>choice making in labor</i> ja <i>women-centered care in midwifery</i>. Aineiston rajaamisen jälkeen käyttöön päätyi lopulta kahdeksan tutkimusta. Tutkimuksien sisällönanalyysi toteutettiin induktiivisena, eli aineistolähtöisenä. Aineiston sisällönanalyysin perusteella syntyi viisi yläluokkaa.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset esiteltiin yllä mainittuina yläluokkina, joita ovat: <i>naisen ja kätilön välinen suhde</i>, <i>päätöksenteko synnytyksessä</i>, <i>kontrolli synnytyksessä</i>, <i>synnyttäjän autonomia ja voimaantuminen</i> sekä <i>tiedon jakaminen</i>. Naiskeskeisyyden keskiöön nostettiin erityisesti synnyttäjän päätöksenteko, kontrolli ja tehokas kommunikointi naisen ja hoitohenkilökunnan välillä, joiden todettiin parantavan synnytyskokemusta tutkimuksissa.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista huomataan, että naiskeskeisyys parantaa synnytyskokemusta. Aiheesta mallia luodessa asetetut tavoitteet naiskeskeiselle synnytysmallille toimivat edelleen perustana nykypäivän naiskeskeisyydelle ja ohjaavat mallin kehittymistä.</p> <p>Opinnäytetyön perusteella jatkotutkimusaiheena toimisi mielestämme naiskeskeisyyden tutkiminen suomalaisessa kätilötyössä ja sairaalaympäristössä. Jatkotutkimusten myötä voitaisiin naiskeskeisyyttä lisätä myös Suomen käytäntöön.</p>	
Avainsanat	naiskeskeisyys, synnytys, kontrolli, päätöksenteko, kirjallisuuskatsaus

Author	Emilia Järvinen and Vilma Vuorela
Title	A Woman-Centered Childbirth Model
Number of Pages	31 pages + 2 appendices
Date	24 March 2022
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Midwifery
Instructors	Pirjo Koski, Senior Lecturer
<p>Patient satisfaction is one of the key elements of nursing on these days. Women's birth experience has great impact to the mother's self-confidence and ability to handle the puerperium. Midwives can affect the birth experience by providing safe and trustworthy delivery settings for the women.</p> <p>The purpose of the study is to describe how women-centered childbirth can be carried out across the world. The aim is to produce information to support the midwifery education.</p> <p>As for the used method was a descriptive literature review. The data was collected from databases providing scientific publications of nursing. 8 different studies were selected. The used analyzing method was inductive content analysis. A total of 168 expressions were extracted. They were translated, simplified, and put into subcategories. Based on this the subcategories were then formed into five different upper categories.</p> <p>The results showed how women-centered birth model encouraged women to take part in the decision making, gave them more control over the labor and empowered the mother by bringing back her autonomy. The model also improved the relationship between the mother and her midwife when they both were considered as an equal partner. Using this model provided an ideal setting for the delivery and gave the mothers a good experience.</p> <p>In conclusion women-centricity improves birth experiences. Women-centricity can't be developed in a short time – it needs to be practiced and continued. Further research could be done in Finland to help create the settings for the model to work here too.</p>	
Keywords	women-centered, childbirth, control, decision making, literature review

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Teoreettiset lähtökohdat opinnäytetyössä	6
2.1	Kätilötyö	6
2.2	Naiskeskeisyys	7
2.3	Naiskeskeinen synnytysmalli	7
2.4	Päätöksenteko synnytyksessä	8
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	9
4	Opinnäytetyön toteuttaminen kirjallisuuskatsauksena	10
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	10
4.2	Tiedonhaku	10
4.3	Aineiston kuvaus	13
4.4	Sisällönanalyysi	14
5	Tulokset	17
5.1	Naiskeskeisyyden toteutuminen synnytyksessä	18
5.1.1	Naisen ja kätilön välinen suhde	19
5.1.2	Päätöksenteko synnytyksessä	20
5.1.3	Kontrolli synnytyksessä	21
5.1.4	Synnyttäjän autonomia ja voimaantuminen	22
5.1.5	Tiedon jakaminen	23
6	Pohdinta	25
6.1	Tulosten pohdinta ja johtopäätökset	25
6.2	Eettisyys	26
6.3	Luotettavuus	26
6.4	Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet	27
6.5	Ammatillinen kasvu	28
	Lähteet	29
	Liitteet	
	Liite 1. Tutkimusaineiston analyysikehys	
	Liite 2. PRISMA-kaavio	

1 Johdanto

Nykypäivänä terveydenhuollossa pyritään entistä enemmän kiinnittämään huomiota potilaslähtöisyyteen sekä potilaan omaan kokemukseen saamastaan hoidosta. Vuonna 2020 Suomessa syntyi yhteensä 46 463 lasta, joista 99,4 % syntyi sairaalaolosuhteissa. (Gissler & Heino & Kiuru 2020: 1–3.) Yle haastatteli kajaanilaista doulaa Karoliina Kuvajaa sekä 30 vuotta kättilönä toiminutta Maila Deufelia synnyttäneiden kokemuksista. Kuvaja on haastatellut synnyttäneitä Sydänääniä- nimiseen podcastiinsa, johon yhteensä 50 synnyttänyttä kertoi omasta raskausajastaan, synnytyksestä ja lapsivuodeajasta. Kuvaja kertoi, että synnytykokemuksella on suuri merkitys synnytyksen jälkeen lapsivuodeaikana, esimerkiksi henkisesti tai fyysisesti haastava synnytykokemus voi heikentää vanhemman uskoa omaan selviytymiseensä vanhempana mutta myös olla voimaannuttava kokemus synnyttäjälle. Deufel on samoilla linjoilla. ”Synnytykokemus vaikuttaa myös synnyttäneen henkiseen hyvinvointiin ja terveyteen”, hän toteaa. Hyvä synnytykokemus kuitenkin edellyttää turvallista hoitosuhdetta. Hyvässä hoitosuhteessa synnyttäjällä tulee olla oikeus itseään koskevaan päätöksentekoon sekä kokemus kuulluksi tulemisesta. (Hinkula 2021.)

Hyvää synnytykokemusta voidaan edistää esimerkiksi kättilön hienotunteisuudella, positiivisella kannustamisella, rohkaisemisella ja synnyttäjän kunnioittamisella, jotka puolestaan ovat myös osa aktiivista synnytystä. Aktiivisella synnytyksellä tarkoitetaan synnyttäjän henkistä asennetta, päätöksenteossa mukana olemista sekä oman kehon ja vaistojen kuuntelua. (Aktiivinen synnytys.) Synnytystilanteessa nainen ei ole potilas eikä hoidattamassa sairautta, joka on tärkeää huomioida hoitotyössä ja naisen kohtaamisessa.

Tämä opinnäytetyö on osa kättilötutkintoamme Metropolia ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyömme aiheena on naiskeskeisyys synnytyksessä. Tarkoituksena on vastata tutkimuskysymykseen, eli kuvata, miten naiskeskeisyyttä synnytyksessä toteutetaan. Tavoitteenamme on tuottaa opinnäytetyöllä tietoa kättilötyön opetuksen tueksi. Toteutamme opinnäytetyömme kuvailevana kirjallisuuskatsauksena.

2 Teoreettiset lähtökohdat opinnäytetyössä

Naiskeskeinen hoitotyö keskittyy jokaisen naisen yksilöllisiin tarpeisiin, odotuksiin ja toiveisiin. Se kattaa sosiaaliset, fyysiset, psyykkiset, henkiset ja kulttuuriset tarpeet ja odotukset. (NMBA 2010.)

Tarkoituksena oli koota yhteen jo olemassa olevasta kirjallisuudesta katsaus naiskeskeisyydestä synnytyksessä. Tässä luvussa avatut käsitteet liittyvät olennaisesti tutkimuskysymykseen ja käytettyyn aineistoon.

2.1 Kätilötyö

Kätilötyö tarkoittaa kansainvälisen kätilöliiton mukaan kätilön työhön kuuluvaa raskauden, synnytyksen, synnytyksen jälkeisen- ja naisen hoitotyön sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijuutta. Kätilötyötä on tukea, hoitaa ja ohjeistaa. Kätilöllä on tärkeä rooli ohjauksessa ja opetuksessa synnyttäjälle sekä koko perheelle. (ICM 2017.) Kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet ohjaavat kätilötyötä. Keskeisiin periaatteisiin kuuluu itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, tasa-arvo, perhekeskeisyys, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, turvallisuus sekä omatoimisuus. (Laatua kätilötyöhön 2004.)

Kätilö kohtaa työssään jatkuvasti eri elämäntilanteessa ja -vaiheessa olevia tyttöjä ja naisia. Raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana kätilö työskentelee yhdessä naisen kanssa tarjotakseen tarvittavan tuen, hoidon ja ohjauksen. Synnytykset kätilöt hoitavat itsenäisesti omalla vastuullaan. Synnytyssalissa työskentelyyn kuuluvat nopeasti muuttuvat tilanteet, joihin hoitavan kätilön tulee osata reagoida nopeasti. Kätilön tulee osata synnyttäjän lisäksi hoitaa vastasyntynyttä esimerkiksi ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä tai hoidolla, poikkeavuuksien havaitsemisella, lääkärin avun hankkimisella tai mahdollisesti tarvittaessa hätätoimenpiteen suorittamisella. (Kätilöt Suomessa; Laatua kätilötyöhön 2004.)

Suomessa kätilö on saamansa koulutuksen perusteella myös naistentautien hoitotyön asiantuntija, niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin.

Naistentautien hoitotyössä kättilön työhön kuuluu terveyden edistäminen, sairauksien varhaistoteaminen sekä niiden hoitaminen. Naistentautien asiantuntijana kättilö voi työskennellä julkisella sektorilla esimerkiksi sairaaloiden poliklinikoilla tai vuodeosastoilla. Asiakkaan lisäksi kättilö hoitaa tämän koko perhettä aktiivisesti yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Laatua kättilötyöhön 2004.)

Kättilöllä on yhteiskunnassa tärkeä rooli terveysneuvojana sekä kasvattajana.

2.2 Naiskeskeisyys

Naiskeskeisyys on kokonaisuus, ja siinä huomioidaan nainen ja raskaus laajemmin – perhe-elämän alkuna eikä esimerkiksi vain synnytystä toimenpiteenä. Naiskeskeinen hoito terveydenhuollossa on turvallista, tukevaa ja tunteita huomioivaa. Tämä edistää naisen ja kättilön jaettua vastuuta ja voimaa synnytysympäristössä. Naiskeskeisydessä hoito sisältää niin yksilöllistä hoitoa, yhteistyössä toteutettua, kumppanilähtöistä sekä hoitoa, joka pystytään perustaa tieteelliseen pohjaan. Jokaisen naisen arvot ja elämän asenteet otetaan huomioon. (Yanti & Mora & Ova & Mohammad 2015: 2–3.)

Naiskeskeinen tarkoittaa asioiden tapahtuvan naisen näkökulmasta, niin että keskitytään tämän tarpeisiin ja vahvuuksiin (Oxford Lexico 2021). Opinnäytetyössä nainen on synnyttäjän roolissa ja työssä käytetään sekä synnyttäjän että kättilön näkökulmaa.

2.3 Naiskeskeinen synnytysmalli

Opinnäytetyön teoriapohja naiskeskeisestä synnytysmallista on Maria Maputlen vuonna 2004 Etelä-Afrikassa julkaistusta väitöskirjasta. Se on aikaisin naiskeskeisestä synnytysmallista tehty tutkimus, jonka aiheeseen liittyen löytyi. Maputlen tutkimuksessa naiskeskeisellä hoidolla tarkoitettiin asiakaslähtöisyyttä, jossa hoitavat kättilöt keräsivät tietoa synnyttäjiltä heidän saamansa hoidon tasosta sekä kannustivat osallistumaan enemmän ja valitsemaan tarjolla olevista palveluista heille sopivimman. Naiskeskeisen hoidon aikana synnyttäjät saivat mahdollisuuden harjoitella tuomaan esiin henkilökohtaisia mieltymyksiään sekä osallistua yhtäläisesti päätöksentekoon. Mallin mukaan synnyttäjille tuli tarjota tarkkaa ja aiheellista tietoa synnytykseen liittyen sekä hoidosta, johon heillä oli oikeus. (Maputle 2004: 8.)

Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia ja kuvata synnyttäjien kokemuksia synnytykseen liittyen sekä lisäksi selvittää kätilöiden kokemuksia synnyttäjien hallinnasta synnytyksen aikana. Kyseinen tutkimus tehtiin naiskeskeisen synnytysmallin rakentamiseksi ja kätilöiden tarjoaman hoidon kriteerien muodostamiseksi. Tutkimuksessa naiskeskeinen hoito tunnistettiin keskeiseksi lähestymistavaksi keskinäisen osallistumisen ja vastuunjaon edistämiseksi synnytyksen aikana. (Maputle 2004: 5–6, 101.)

Naiskeskeisen synnytysmallin osa-alueita ovat yhteinen osallistuminen ja vastuunoton jakaminen, riippuvuus ja päätöksenteko, tiedonjako ja autonomian voimaannuttaminen sekä tietoihin perustuvat valinnat, avoin kommunikaatio ja kuuntelu, mukautuva kätilön toiminta sekä inhimillisen ja aineellisen infrastruktuurin maksimointi. (Maputle 2010: 3.)

Naiskeskeisen synnytysmallin saavuttamiseksi on ilmeistä, että kokemukset, jotka edistävät riippuvuutta ja aloitekyvyttömyyttä synnytyksessä on korvattava naiskeskeiselle hoidolle ominaisilla piirteillä. (Maputle 2004, 137.)

2.4 Päätöksenteko synnytyksessä

Synnytys on määritelty kansainvälisesti niin, että kyseessä on synnytys, kun raskaus on vähintään viikolla 22 tai sikiön paino on vähintään 500 grammaa. Täysiaikainen synnytys on 37 viikkoa ja yliaikainen 42 viikkoa. Synnytyksessä on kolme vaihetta: avautumisvaihe, ponnistusvaihe sekä jälkeisten poistuminen. (Tiitinen 2021: 1.)

Luonnollisella synnytyksellä usein tarkoitetaan vaihtoehtoisia hoitomuotoja, eli synnytyskivun lääkkeetöntä lievittämistä. Vaihtoehtoiset hoitomuodot liittyvät paljolti mielen, ruumiin ja hengen tasapainoisuuteen. (Mäki-Kojola 2009: 10.) Opinnäytetyössä naiskeskeisyys ei tarkoita suoraan vaihtoehtoisia hoitomuotoja, mutta ne eivät poissulje toisiaan.

Päätöksenteko synnytyksessä on perinteisesti matalan riskin synnytyksissä kätilöllä. Tämä näkyy myös potilastyytyväisyydessä, vähemmissä synnytyksen interventioissa sekä uskaliaammassa hoidossa. Ammattitaitoiset, itseensä luottavat kätilöt pohjaavat toimintansa tutkittuun tietoon ja omaavat hyvät taidot synnytyksen fysiologiasta. Sairaalaympäristössä sekä synnyttäjän, että kätilön päätöksenteko on vähäisempää: lääkäreiltä tulee helposti pyydettyä apua ja jaettua vastuuta myös tarpeettomissa tilanteissa, joissa esimerkiksi kaksi kätilöä voisi hoitaa tilanteen. Tähän on vaikuttanut

synnytyksen medikalisaatio eli lääketieteellistäminen ja synnytysyksiköissä toimivien ammattiryhmien lisääntyminen. (Filppu 2017: 12–14.)

Naiskeskeinen kätilötyön malli perustuu naisen kokemukseen ja tuntemukseen. Se on synnyttäjälähtöinen ja perustuu hänen päätöksentekoonsa. Toinen hoitomalli on biolääketieteellinen. Biolääketieteellinen tarkoittaa teknologisten mittausten ja niihin pohjautuvan tiedon käyttöä synnytyksessä ensisijaisesti. Useampi raskaus määritellään nykyään riskiraskaudeksi diagnostiikan avulla, jolloin lääketieteellinen tarve korostuu. Tämä asettaa tiedon tulkitsijat eli lääketieteen ammattilaiset synnytyksen suunnan päättäjiksi ja asiantuntijoiksi, eikä synnyttäjää ja hänen kehoansa. Suomessa ja länsimaissa teknologia on vahvasti mukana synnytyksissä. (Kettunen 2019: 72–74.)

Biolääketieteellisessä mallissa keskitytään enemmän erityisesti komplikaatioiden havaitsemiseen sekä hallitsemaan synnytystä. Tämä malli ei samalla tavalla tarjoa kuuntelemista, lohduttamista tai vaihtoehtoja äideille. Heidän kontrolliansa rajoittaa lääketieteellisten ammattilaisten asema synnytyksessä: lääkärin ja synnyttäjän suhde on epäsymmetrinen, toisella on enemmän valtaa ja toinen on riippuvaisempi. (Maputle 2004: 2–3.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, miten naiskeskeisyys synnytyksessä toteutuu eri puolilla maailmaa ja mihin sillä pyritään. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kätilötyön opetuksen tueksi.

Tutkimuskysymys on:

1. Miten naiskeskeisyyttä synnytyksessä toteutetaan?

Opinnäytetyön tuloksia voi hyödyntää alan opiskelijat, työelämässä olevat sekä synnyttäjät. Työ antaa tietoa myös muille aiheesta kiinnostuneille.

4 Opinnäytetyön toteuttaminen kirjallisuuskatsauksena

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. Näin lisätään koottua tietoa aiempien tutkimusten pohjalta. Tämä opinnäytetyö on narratiivinen kirjallisuuskatsaus, eli kuvaileva ja tiivistetty katsaus aiemmin saadusta tutkimustiedosta aiheesta. (Axelin & Stolt & Suhonen 2016.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin ensin tutkimusongelma ja tarkoitus, sitten tiedonhaku ja aineiston valinta, sisällönanalyysi ja lopuksi koottiin tulokset aineiston pääkohdista. Työssä keskityttiin tarkastelemaan naiskeskeisyydestä synnytystilanteessa tehtyjä julkaisuja sekä vertaisarvioimaan niitä. Näiden avulla pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymykseen.

4.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyötä varten tietoa oli haettu sekä systemaattisesti että manuaalisesti. Systemaattisessa haussa suositettiin tietokantoja kuten PubMed, Medic sekä Cinahl Complete. Manuaalisen tiedonhaun hakukoneena oli käytetty Googlea sekä Google Scholaria.

Manuaalisessa ja systemaattisessa haussa käytettiin paljon samantyyllisiä hakusanoja. Hakusanoina systemaattisessa haussa oli esimerkiksi *childbirth*, *women-centered childbirth*, *midwifery model of care*, *women-centered care in midwifery* ja *women-centered care and decision making*. Manuaalisesti käytettyjä hakusanoja oli esimerkiksi *choice making in labor*, *woman-centered childbirth model* ja *choice and control in labor*.

Täydentävinä hakumenetelminä opinnäytetyössä oli käytetty muun muassa lähdeluetteloiden selausta, viittausketjujen seuranta ja harmaata kirjallisuutta. Harmaalla kirjallisuudella tarkoitetaan esimerkiksi opinnäytetöitä, joiden lähdeluetteloita selaamalla etsittiin lisää aineistoa.

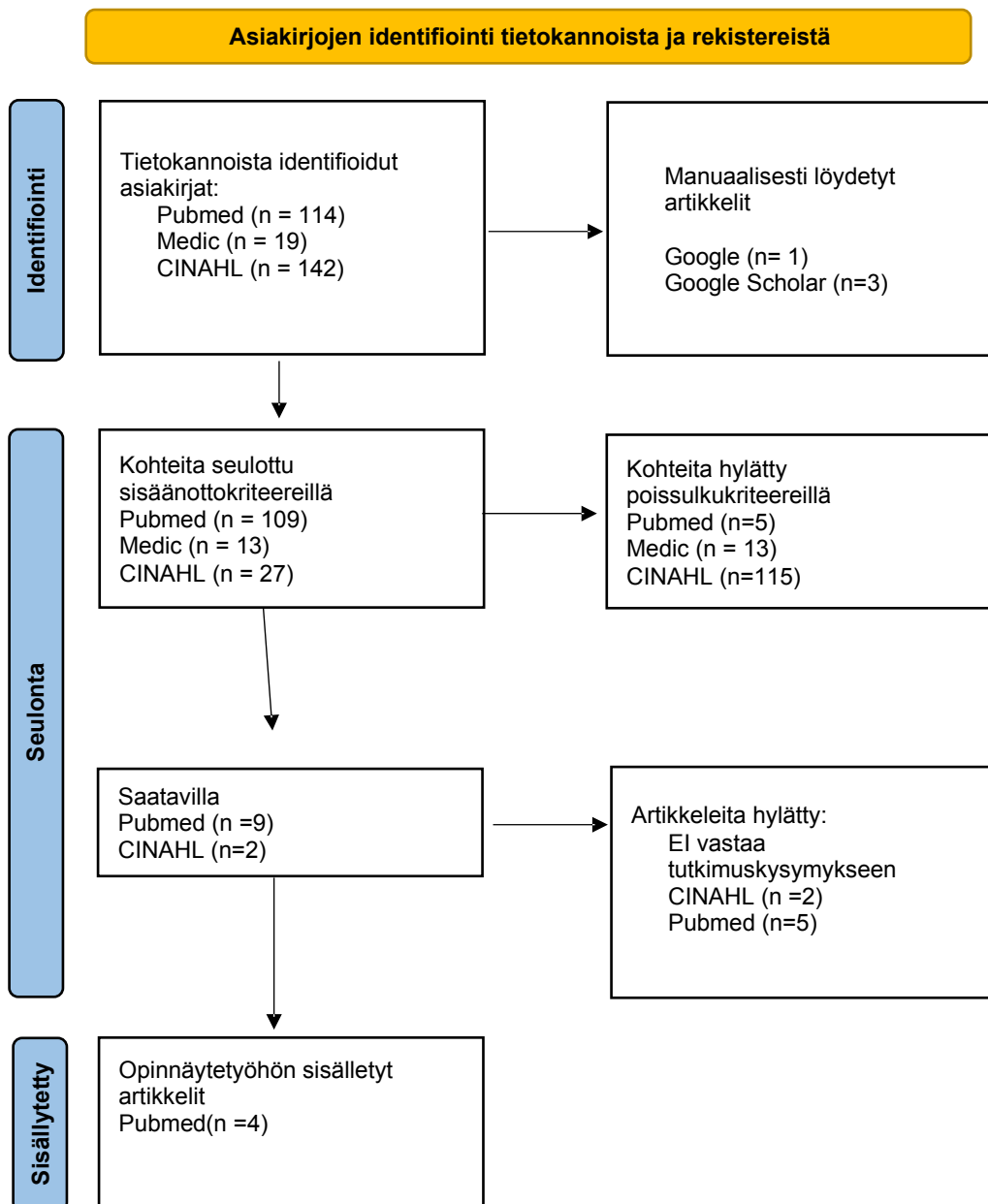
Aineiston sähköinen muoto auttoi käymään tekstiä läpi nopeammin sekä tarjosi mahdollisuuden etsiä tekstistä aiheeseen liittyviä käsitteitä, joiden mukaan käyttöön tulevaa aineistoa rajattiin. Tiedonhaussa materiaalin kieli rajattiin joko suomeksi tai

englanniksi. Aineiston kielen sekä sähköisen muodon lisäksi pyrittiin etsimään materiaalia, joka vastasi tutkimuskysymykseen. Tiedonhaussa suosittiin itselle tuttuja tietokantoja.

Poissulkukriteereinä oli kielen lisäksi aiheen laajuus, esimerkiksi jos tutkimus kuvasi äitiyttä ja synnytystä, muttei nimenomaan naiskeskeisyyttä synnytyksessä. Ulos rajattiin monta tutkimusta, joissa naiskeskeisyys mainittiin vain ohimennen. Tarkasteltavana myös tutkimusten julkaisuvedot ja niiden mukaan suljettiin ulos liian vanhat tutkimukset. Lisäksi tutkimusten luotettavuutta pohdittiin kriittisesti ajatellen. Luotettavuutta arvioitiin esimerkiksi tutkimusten julkaisualustan perusteella.

PRISMA-kaaviossa on avattu aineiston systemaattinen hakuprosessi. Systemaattisesti aineistoa etsittiin kolmesta tietokannasta samantyyllisillä hakusanoilla. Alkuun identifioitiin kaikki kyseisistä tietokannoista löytyneet julkaisut, jotka vastasivat valittuja hakusanoja. Löytyneet julkaisut seulottiin uudelleen aiemmin asetetuilla sisäänottokriteereillä, jolloin hakutulosta saatiin rajattua lisää. Opinnäytetyöhön lopulta valikoitui julkaisut, joiden sisältö oli kokonaan luettavissa ja vastasi tutkimuskysymykseen.

Kaavio – PRISMA-prosessi



Kaaviossa näkyy aineiston käsittelyprosessi. Kaavio on suomennettu vapaasti. Liitteenä 2 on alkuperäinen PRISMA-kaavio, josta yllä oleva kaavio on tehty mallia ottaen ja muokattu se vastaamaan suoritettua prosessia. Kuitenkin suurin osa aineistoista löytyi manuaalisella haulla.

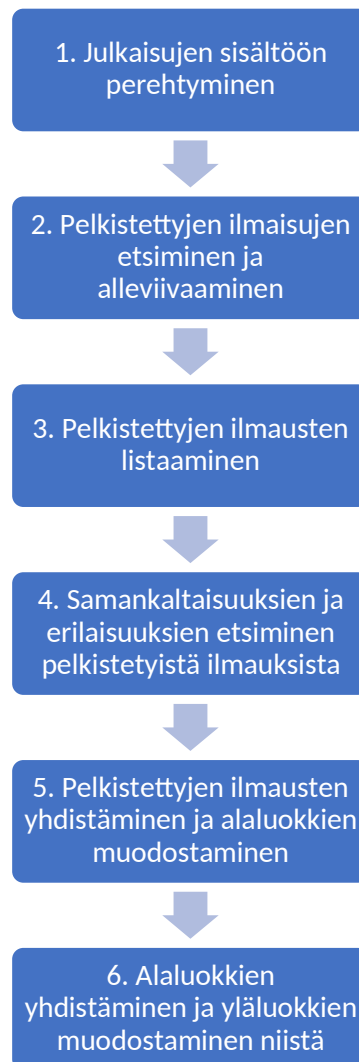
4.3 Aineiston kuvaus

Opinnäytetyön aineistona oli kahdeksan tieteellistä julkaisua. Nämä ovat julkaistu hoitotieteellisissä lehdissä, joiden julkaisufoorumien taso oli vähintään 1. Kahdeksasta julkaisusta kuusi oli tasolla 1, lisäksi yksi julkaisu oli väitöskirja ja yhden luokitusta ei ollut saatavilla. Aineisto on julkaistu vuosina 2010–2021. Kaikki käytetyt aineistot ovat kirjoitettu englannin kielellä. Seitsemässä laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerättiin haastattelemalla tutkimukseen osallistuneita, yhden määrällisen tutkimuksen aineisto kerättiin digitaalisella kyselyllä poikittaistutkimuksena. Aineistoista kaksi oli Australiasta, yksi Irlannista, yksi Etelä-Afrikasta, yksi Kanadasta, yksi Espanjasta sekä useamman kirjoittajan artikkeli Skotlannista ja Englannista. Kaikkiin seitsemään laadulliseen tutkimukseen osallistui yhteensä 182 synnyttänyttä naista, 24 raskaana olevaa, jotka tulivat sairaalaan synnyttämään sekä 57 kättilöä tai muuta hoitohenkilökuntaa. (1-3: 5-8.)

Laadullisten tutkimusten lisäksi aineistossa oli yksi määrällinen tutkimus, joka oli tehty Saksassa vuonna 2021. Määrälliseen tutkimukseen osallistui 201 synnyttänyttä naista, jotka täyttivät tutkimuksen osallistumiskriteerit. Naiset olivat kaikki täysi-ikäisiä, synnyttäneet vuonna 2018 ja käyttäneet kättilön palveluita raskauden aikana. (Schulz & Wirtz 2021.)

Käytetty aineisto on analysoitu liitteenä 1 olevaan aineiston analyysitaulukkoon.

4.4 Sisällönanalyysi



Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tekeminen. (Kuvio mukailtu Tuomi & Sarajärvi 2009)

Artikkeleista etsittiin vastauksia tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi tehtiin induktiivisena eli aineistolähtöisenä: tällöin tutkimuksista muodostui teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt eivät olleet etukäteen suunniteltuja, sillä ne valittiin aineistosta sitä analysoidessa tutkimuskysymysten mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 95–96.)

Sisällönanalyysillä etsitään merkityksiä ja saadaan jaoteltua sekä ryhmiteltyä aineisto tuloksia ja pohdintaa varten. Siinä kuvataan aineistojen sisältö sanallisesti pelkistettyjen

ilmausten avulla, jotka ryhmitellään ala- ja yläluokkiin ja niistä muodostetaan kokoava käsite. Sisällönanalyysissa tulkitaan ja päätellään, ja muodostuvia johtopäätöksiä peilataan alkuperäisaineistoon koko prosessin ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 105–113.)

Opinnäytetyön sisällönanalyysi eteni kuuden vaiheen mukaan. Ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin valittuihin julkaisuihin ja ne silmäiltiin läpi. Toisessa ja kolmannessa vaiheessa etsittiin teksteistä niiden pääkohdat, listattiin ne ja käännettiin ne suomen kielelle, jotta saadaan pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin neljännen vaiheen mukaan samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, jonka myötä siirryttiin viidenteen vaiheeseen yhdistämään ilmaukset alaluokiksi. Kuudennessa vaiheessa yhdistettiin vähintään kaksi alaluokkaa, joista saatiin yläluokat. (Kuvio 1)

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Suora lainaus	Suomennos	Pelkistetty ilmaus
<p>“Women strongly emphasize the interpersonal, empathic relationship between midwife and women, and the opportunity of making participatory decisions.” (tutkimus nro. 4)</p>	<p>Naiset korostavat voimakkaasti keskenäistä, empaattista suhdetta kättilön ja naisen välillä ja mahdollisuutta tehdä osallistuvia päätöksiä. Lisäksi naiset priorisoivat jatkuvuutta ja koordinoitua hoitoa.</p>	<p>Naisille on tärkeää kättilön ja synnyttäjän välinen empaattinen suhde, joka vaikuttaa päätöksentekoon. (4:9)</p>
<p>”Current maternity policy advocates choice and control for childbearing women equating these elements to both a better quality of experience and improved outcomes.” (tutkimus nro. 8)</p>	<p>Nykyinen äitiyspolitiikka puoltaa lapsia synnyttävien naisten valinnanvaraa ja kontrollia rinnastamalla nämä tekijät sekä kokemuksen että parempaan laatuun ja tuloksiin.</p>	<p>Kontrolli ja valinnanvara rinnastetaan synnyttävien parempaan kokemukseen sekä parempaan hoitoon. (8:1)</p>

Taulukko 2. Esimerkki pelkistetyn ilmaisun luokittelusta.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Naisille on tärkeää kättilön ja synnyttäjän välinen empaattinen suhde, joka vaikuttaa päätöksentekoon. (4:9)	Empatia naisen ja kättilön välillä.
Naisen ja kättilön suhde synnytyksessä voi auttaa parantumaan aiemmista traumattisista kokemuksista. (7:8)	Suhteen merkitys hyvinvoinnille.
Kontrolli ja valinnanvara rinnastetaan synnyttävien parempaan kokemukseen sekä parempaan hoitoon. (8:1)	Kontrolli ja valinnanvara rinnastettuna hyvään synnytykseen.
Tukevista toimista huolimatta naisilla on edelleen rajalliset mahdollisuudet toteuttaa sairaalassa synnytystilanteessa kontrollia. (1: 111)	Rajalliset mahdollisuudet toteuttaa kontrollia.

Pelkistettyjä ilmauksia syntyi 168 kappaletta. Nämä yhdistettiin saman sisältöisten ilmauksien kanssa niitä vastaaviin alaluokkiin ja alaluokat yhdistettiin vielä yläluokiksi. Alaluokkia muodostui 18 kappaletta, jotka yhdistettiin viideksi yläluokaksi.

Taulukko 3. Esimerkki alaluokkien yhdistämisestä yläluokiksi.

Alaluokka	Yläluokka
Empatia naisen ja kättilön välillä.	Naisen ja kättilön välinen suhde.
Suhteen merkitys hyvinvoinnille.	
Suhde pohjustaa hoidon.	
Kontrolli ja valinnanvara rinnastettuna hyvään synnytykseen.	Kontrolli synnytyksessä.
Rajalliset mahdollisuudet toteuttaa kontrollia.	
Sisäisesti ja ulkoisesti koettu kontrolli.	

5 Tulokset

Opinnäytetyön tulokset esitellään vastauksena tutkimuskysymykseen yläluokkina, jotka on muodostettu sisällönanalyysin perusteella. Tarkoituksena on luoda ymmärrettävä kokonaisuus. Aineistosta saatiin muodostettua viisi yläluokkaa, jotka tulivat esiin useassa aineistossa:

1. Naisen ja kättilön välinen suhde
2. Päätöksenteko synnytyksessä

3. Kontrolli synnytyksessä
4. Synnyttäjän autonomia ja voimaantuminen
5. Tiedon jakaminen

Näitä yläluokkia tuodaan esiin seuraavaksi tutkimuskysymyksen perusteella muodostetussa alaluvussa ja sen alaotsikoissa.

5.1 Naiskeskeisyyden toteutuminen synnytyksessä

Analysoiduista tutkimuksista nousi esiin miten naiskeskeinen synnytys toteutuu yllä mainittujen yläluokkien muodossa. Naiskeskeisen hoitotyön ja etenkin naisten päätöksenteon, kontrollin ja tehokkaan kommunikoinnin todetaan parantavan synnytyskokemusta jokaisessa tutkimuksessa.

Etelä-Afrikassa mallia kehittänyt Maria Maputle asetti mallin tavoitteiksi helpottaa synnyttäjän ja kätilön molemminpuolista osallistumista ja kunnioitusta synnytyksen aikana sekä tasa-arvoista suhdetta. Lisäksi tavoitteena oli parantaa synnyttäjän itsetuntoa, itsemääräämisoikeutta ja itseluottamusta, sillä että synnyttäjä oli tietoinen tilanteista ja tapahtumista. (Maputle 2010: 2.) Hunterin ym. tutkimuksessa naiskeskeisen hoitotyön viideksi pääteemaksi nousi normaalin suojeleminen, edukaatio ja päätöksenteko, jatkuvuus ja naiskeskeisen hoidon voimaannuttaminen ja kapasiteetin kehittäminen. (Hunter & Devane & Houghton & Grealish & Tully & Smith 2017: 1.) Myös muut aineistomme tukevat näitä teemoja ja nostavat ne naiskeskeisyyden keskipisteiksi.

Schulz ja Wirtz ovat kehittäneet Saksassa 2021 arviointimittarit, joilla mitata naiskeskeisyyden laatua kätilötyön sisällä sairaalaympäristössä ja sen ulkopuolella. Nämä mittaavat yhteistä päätöksentekoa, kätilön empatiaa, tiimin osallistumista ja ammattilaisen pätevyyttä. Näitä tutkimalla voidaan selvittää naiskeskeisyyden toteutumista tilastollisesti ja todentavasti. Mittareita on testattu käytännössä Saksassa onnistuneesti. (Schulz & Wirtz 2021:16.)

Viime vuosikymmenien aikana naisten rooli terveydenhuollon asiakkaina ja synnyttäjinä on muuttunut. Hiljalleen on luovuttu paternalistisesta mallista, joka

on lisännyt naisten autonomiaa ja palauttanut 'naisen kanssa olemisen' synnytysprosessin keskiöön. (Pereda-Goikoetxea & Huizi-Egilegor Joseba & Zubeldia-Etxeberria & Uranga-Iturrioz & Elorza-Puyadena 2021: 1–2.)

5.1.1 Naisen ja kättilön välinen suhde

Lindsay Cole kuvaa väitöskirjassaan naisen ja hoitavan kättilön välisen suhteen olevan naiskeskeisen hoidon pohja. (Cole 2020: 122.) Australiassa tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että 'naisen kanssa oleminen' kiteyttää sen, mistä kättilötyössä on kyse. 'Naisen kanssa oleminen', eli synnyttäjän ja kättilön välinen suhde on kuvattu tarjoavan hyvän alustan voimaantumiselle ja synnyttäjän luottamuksen rakentumiselle. (Bradfield & Duggan & Hauck & Kelly 2019: 2.) Naisen ja kättilön välinen suhde on parhaimmillaan tasa-arvoista ja luottamuksellista kumppanuutta synnytyksen aikana. Luottamusta voidaan edistää kuulemisella sekä naista osallistavalla päätöksenteolla, mutta kumppanuus edellyttää myös molemminpuolista läpinäkyvyyttä ja avoimuutta. (Maputle 2010: 5.) Terapeuttisen suhteen ylläpitäminen onnistuu paremmin, kun kättilöt eivät laiminlyöneet synnyttäjien tunnetiloja (Pereda-Goikoetxea ym. 2021: 7.) Kättilöt kertovat kokevansa vaatimuksen lääketieteellistä osallistumisesta synnyttäjän hoitoon luovan haasteita suhteen luomiseen naisen ja kättilön välille. Biolääketieteellisten lähestymistapojen rinnalla 'naisen kanssa olemista' pidettiin vähemmän arvokkaana, koska siitä ei ole vielä juurikaan tietoa. (Bradfield ym. 2019: 8.) Luottamuksellisen ihmissuhteen rakentaminen synnytyksen aikana tarjoaa myös kättilöille mahdollisuuden tarjota intuitivisempaa hoitoa, kun kättilö tuntee synnyttäjää ja tämän perhettä paremmin. Suhde, jonka perustana on luottamuksen lisäksi ymmärrys ja tietämys, helpottaa kättilöitä tarjoamaan yksilöllistä hoitoa, joka kunnioittaa perheiden erilaisia etnisiä taustoja ja kulttuureita. Lisäksi kättilöt kokevat olonsa varmemmaksi hoitaessaan monimutkaisia synnytyksiä tai jo raskauden aikana ilmenneitä komplikaatioita, kun heillä on läheisempi suhde synnyttäjään. (Bradfield ym. 2019: 5–6.) Australialaisista synnyttäjistä moni koki hyvän suhteen kättilöön tarjoavan mahdollisuuden parantua aiemmin koetuista traumaattisista kokemuksista. (Bradfield ym. 2019: 8.) Naiset, joilla on 'tunnetun kättilön' kanssa työskentelyn lisäksi kokemusta muunlaisesta hoidosta arvostivat erityisesti suhdetta kättilöönsä. (Bradfield ym. 2019: 10.)

Naisen ja kätilön väliseen suhteeseen liittyy olennaisesti hoitosuhteen jatkuvuus. Hunter ym. nostivat tutkimuksessaan jatkuvuuden yhdeksi pääteemaksi, koska haastattelujen perusteella jatkuvuutta pidettiin synonyymina laadukkaalle hoidolle. Synnyttäjät kokevat olevansa tyytymättömiä palveluihin, jossa he kohtaavat useita eri hoitohenkilökunnan jäseniä, koska he eivät silloin näe saadun hoidon olevan yhdenmukaista. Epäjatkuvuuden tuloksena voi myös olla huono tiimityöskentely, joka mahdollisesti voi johtaa synnyttäjälle oleellisen tiedon puuttumiseen ja vaikuttaa hoidon laatuun sekä turvallisuuteen. Hoidon jatkuvuus takaa parempaa kommunikaatiota niin hoitohenkilökunnan kesken kuin naisen ja kätilönkin välillä, joka puolestaan vaikuttaa myönteisesti hoitosuhteen luomiseen. Lisäksi jatkuvuus korostaa naisten tarvetta palvelujen saannin helppouteen. (Hunter ym. 2017: 6–7; Pereda-Goikoetxea ym. 2021: 9.) 'Naisen kanssa olemisesta' tehdyt jatkotutkimukset vahvistavat käsitystä siitä, että synnyttäjien kokemukset sekä synnytyksen aikaiset tulokset paranevat, kun hoitoa tarjoaa synnyttäjälle entuudestaan tuttu kätilö. (Bradfield ym. 2019: 2.)

5.1.2 Päätöksenteko synnytyksessä

Päätöksenteko oli keskeinen käsite sekä naisten, mutta myös kätilöiden osalta. Lindsay Colen väitöskirjan tutkimuksessa nousi esiin, kuinka kätilöt mielellään antoivat synnyttäjälle ohjat päätöksenteossa. Kätilöt pyrkivät synnyttäjän kanssa yhteiseen päätöksentekoon, joka ei ole ohjaavaa ja keskittyy auttamaan naisia osallistumaan omaan synnytykseensä sekä tekemään itse valinnat synnytyksen suhteen. Tutkimuksen löydökset näyttivät kätilöiden tapoja mahdollistaa naiskeskeistä hoitoa sairaalaympäristössä, jossa naisten päätöksille oli rajoituksia. Näistä painottui etenkin tuen ja tiedon anto jokaisen tarpeisiin vastaavista hoitomalleista. (Cole 2020: 79, 117.)

Hunter ym. tuovat tutkimuksessaan esiin synnytyksen normalisoinnin yhteyden synnyttäjän päätöksentekoon. Normaalin suojelu tarkoittaa raskauden näkemistä normaalina toimintona ihmiskehölle, eikä sairautena, jota tulee hoitaa. Raskauden normalisoinnin myötä naisten kunnioitus sekä naiskeskeisen hoidon filosofia kuvastuu raskauden lopputulemasta huolimatta. Hunterin ym. tutkimukseen osallistuneet naiset kertoivat heille kunnioituksen tarkoittavan synnyttäjän tunnistamista yksilönä, jolla on henkilökohtaiset mieltymykset, mahdollisesti aiempia synnytyskokemuksia sekä mahdollisia synnytyspelkoja.

Naiset kiteyttävät kuulluksi tulemisen olevan tärkeä osa kunnioitusta. (Hunter ym. 2017: 4.)

Etelä-Afrikassa tehdyssä tutkimuksessa huomattiin synnyttäjien passiivisuus päätöksentekoon liittyen. Tulokset osoittivat, että synnytyksen aikana naisella ja kättilön välillä oli rajoitetusti yhteistyötä ja toisistaan riippuvaista vuorovaikutusta. Synnyttäjät mielellään turvautuivat institutionaaliseen asiantuntemukseen ja luottivat kättilöiden saamaan koulutukseen. Tulokset osoittivat myös, etteivät naiset synnyttämään saapuessaan sanoittaneet kättilölle mieltymyksistään synnytykseen liittyen, joka rajoitti hoitoon osallistumista entisestään. Maputle ehdottaa ratkaisuksi tutkimuksessaan osallistavaan päätöksentekoon rohkaisevia asiakaslähtöisiä synnytyskoulutusohjelmia. Koulutusohjelmissa synnyttäjä voi rakentaa omaa luottamustaan ja itsetuntoaan ottaakseen enemmän vastuuta omasta synnytyksestään sekä olla aktiivisempi kumppani kättilön rinnalla. (Maputle 2010: 4–5.)

Kättilön ja naisen välinen empaattinen suhde on hyvin arvostettu: se luo mahdollisuuden tehdä osallistavia päätöksiä.

5.1.3 Kontrolli synnytyksessä

Synnytyskokemukseen vaikuttaa sekä sisäinen että ulkoinen kontrolli. Sisäisellä kontrollilla tarkoitetaan synnyttäjän kykyyn kontrolloida tunteita, kivun kokemista sekä kehollisia tuntemuksia, kun taas ulkoisella kontrollilla viitataan naisen osallistumiseen synnytystä koskevaan päätöksentekoon. Kontrollin muoto voi vaihdella synnyttäjistä riippuen, mutta tulokset osoittavat selkeää myönteisyyttä, kun synnyttäjä saa säilytettyä sen synnytystilanteessa. Kontrolli ja valinnanvara rinnastetaan synnyttävien parempaan kokemukseen sekä parempaan hoitoon. (Cook & Loomis 2012: 159; Jomeen & Hollins & Martin & Snowden 2011: 1, 7.) Synnyttäjien positiiviset ja negatiiviset muistot synnytyskokemuksistaan liittyivät pääosin tunteisiin, päätöksentekoon ja kontrolliin, kuin tiettyihin yksityiskohtiin synnytyksen aikana. (Cook & Loomis 2012: 1.)

Kontrollin tunne synnyttäjällä on kuitenkin moniulotteinen käsite. Satunnaistetussa kontrollitutkimuksessa huomattiin, että sairaalassa synnyttävillä naisilla oli korkeampi sisäinen kontrollipistemäärä kuin

kotisyntytyksen valinneilla naisilla ennen synnytyksen käynnistämistä. Tutkimukseen osallistuneilla naisilla oli kaikilla ennen synnytyksen alkua edeltänyt kalvorepeämä. Haastatellut naiset kokivat sairaalan parhaaksi paikaksi synnyttää sekä halusivat taata turvallisuudentunteensa tiedostamalla mahdollisuuden palata sairaalaan synnytyksen jälkeen. Naiset ovat mielellään vastuussa raskaudesta ja synnytyksestä tiettyyn pisteeseen asti, mutta tunnistavat omat rajansa, jonka jälkeen palauttavat kontrollin sekä vastuun hoitohenkilökunnalle. Monelle naisesta kontrollista luopuminen on väistämätöntä, eikä sitä välttämättä nähdä kielteisenä asiana. Kontrollista luopuminen koetaan epäsuotuisampana, kun se otetaan pois naiselta. Kontrollin toteuttamiseen tuo haasteita lääketieteen asiantuntijoiden asettamat määräykset ”vastuulliselle” päätökselle. Synnyttäjät eivät halua leimaantua huonoiksi vanhemmiksi kyseenalaistamalla riskikäsitteitä tai jättämällä ne huomiotta. Vaikeuksia tuottaa synnyttäjän vastuu tehdyistä valinnoista, kun panokset ovat korkeat ja valintojen seuraukset ovat suoraan sidottuina synnyttäjään. (Jomeen ym. 2011: 2, 3, 8.)

Synnyttäjät usein yhdistävät ajatuksen kontrollin säilyttämisestä käsitykseen luonnollisuudesta. Usein synnytyksen luonnollisuudella tarkoitetaan mahdollisimman vähän medikaalisia väliintuloja, mutta asia ei aina ole yksinkertainen. Väliintulojen oletetaan johtuvan lääkäreiden mieltymyksistä, mutta vielä toistaiseksi on liian vähän tietoa siitä, miten paljon synnyttäjät itse vaativat kyseisiä väliintuloja tai suunniteltuja toimenpiteitä. Moni synnyttäjä on menettänyt luottamuksensa omaan kykyynsä synnyttää ilman biolääketieteellistä puuttumista, jonka vuoksi naiset luottavat hoitohenkilökuntaan osatakseen tehdä ”turvallisia valintoja”. Myös useat kotisyntytyksen valinneet naiset ovat mukana lääketieteellisessä järjestelmässä raskauden aikana, taatakseen kotisyntytyksen turvallisuuden itselleen ja lapselle. (Jomeen ym. 2011: 3–5, 7.)

5.1.4 Synnyttäjän autonomia ja voimaantuminen

Hunter ym. tutkimuksessa yksi alateemoista on naisten autonomian ja voimaantumisen edistäminen. Voimaantuminen nähdään naiskeskeisen hoidon edeltäjänä ja tärkeänä koko raskausmatkan ajan. Voimaantuminen koetaan myös mahdollisena vaikuttajana synnyttäjän valintoihin ja autonomiaan. Tämä kuvaa osallistujien kokemuksia vallasta, kontrollista, tiedosta ja näiden

vaikutuksesta päätöksentekoon. Osallistujat kertoivat kuuntelemisen, yhteistyön ja yhteisen päätöksenteon tärkeydestä, ja kuinka nämä asettavat naiset hoitonsa keskipisteeseen. Valinnan mahdollisuuksien tarjoaminen on keskeinen periaate kättilön työssä ja voimaantumisen puute vähentää naiskeskeisyyttä hoidossa. (Hunter ym. 2017: 7–8.)

Autonomian suhteen synnyttäjillä esiintyi rajoitetusti tietoa, ymmärrystä ja tietoisuutta synnytyksen aikana. Tämä vaikutti heidän tietoihinsa: rajaamalla mahdollisuuksia mm. osallistumisesta ja päätöksentekokyvystä synnytyksen aikana naisista tuli voimattomia. Kun taas tietoa jaettiin äidin ja kättilön välillä, naiset vahvistuivat. (Maputle 2010.)

Kättilöllä on suuri vaikutus voimaantumisen tunteeseen naisella ja he voivat luoda alustan sille ja luottamukselle. Voimaantumista kuvataan australialaisessa artikkelissa avaintekijänä synnytyksen tehokkuudelle ja onnistuneen synnytyksen luomasta ylpeyden tunteesta. Naiskeskeinen ote ja synnyttäjälle valmiiksi tuttu kättilö mukana synnytyksessä johtavat kunnioitukseen, arvokkuuteen ja voimaantumiseen. (Bradfield ym. 2019: 7, 10.)

5.1.5 Tiedon jakaminen

Jotta synnyttäjällä on mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon, tulee hänellä olla ajankohtaista sekä realistista tietoa tilanteestaan. Saadusta tiedosta johdettu voimaantuminen voi edistää synnyttäjän autonomiaa ja riippumattomuutta sekä on tärkeä osa muista riippumattomasta päätöksenteosta (Cook & Loomis 2012: 159). Tiedon jakaminen on molemminpuolisesti sekä synnyttäjän että kättilön vastuu. Synnyttämään tullessa kättilö voi konsultoida synnyttäjää tämän jo olemassa olevasta tiedosta ja sen määrystä, mutta myös kartoittaa tiedon tarvetta. (Maputle 2010: 6.) Espanjassa tehtyyn tutkimukseen osallistuneet naiset tuovat esiin kritiikkiä liittyen tiedonjakoon synnytyksessä. He kokevat saavansa välillä ristiriitaista informaatiota hoitohenkilökunnalta, joka tekee itsenäisestä päätöksenteosta haastavaa sekä luo epäilyjä. Naisten mielestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, eli synnytyssairaalan tiedon pitäisi olla yhtenäisempää. Synnyttäviä hoitava henkilökunta on samaa mieltä siitä, että tiedon annon menetelmiä sekä ajoitusta tulisi parantaa ja tiedonjakoa eri hoitavien tahojen

välillä tulisi kehittää. Ammatillaiset korostavat informaatioprotokollien päivittämisen tarvetta, sillä he kokevat synnyttäjien saavan perusterveydenhuollossa erittäin teoreettista ja ideaalia tietoa synnytyksestä. Synnyttäjien tarvetta saada koordinoitua ja omaa tilannettaan koskevaa tietoa korostetaan, jotta naiset voisivat ymmärtää hoitohenkilökunnan tarjoaman tiedon. Näin myös voitaisiin estää naisia saamasta vain idealisoitua kuvaa synnytyksestä ja helpottaa samalla päätöksentekoa. (Pereda-Goikoetxea ym. 2021: 7, 9.)

Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa huomattiin, että synnyttävät naiset eivät nähneet hoitohenkilökuntaa pelkästään tiedonlähteinä, vaan myös synnytystilanteessa kokeneina tietoisien päätöksen tekemisestä. Hoitohenkilökunta pystyi vaikuttamaan synnyttäjän tekemiin päätöksiin tukemalla tämän olemassa olevaa synnytysfilosofiaa tai antamalla tietoa synnytykseen liittyen. Tutkimuksessa nousee esiin synnytystilanteessa läsnä olevien henkilöiden merkitys synnyttäjän tietoiseen päätöksentekoon sekä mahdolliseen neuvottelutilanteeseen. Kun synnyttäjää tuetaan päätöksenteossa ja synnyttäjä luottaa hoitohenkilökunnan tekevän päätöksiä synnyttäjän edun mukaan, ovat naiset kokeneet synnytyksen positiivisemmaksi kokemukseksi. (Cook & Loomis 2012: 162, 165–166.) Tiedon jakaminen voi olla hoitohenkilökunnallekin vaikeaa, kun huomioon tulee ottaa ammatillinen tietämys, organisaatiojärjestelmät sekä jokaisen hoitajan henkilökohtainen luottamus itseensä antaa synnyttäjälle yksilöllisiä neuvoja yleisen ohjeistuksen sijaan. (Hunter ym. 2017: 6.)

Tiedon jakoon liittyy päätöksenteon lisäksi synnyttäjän kokema turvallisuudentunne. Naiset toivovat, että heillä olisi mahdollisuus saada selkeämpää ja totuudenmukaisempaa tietoa siitä, mitä heille missäkin vaiheessa tapahtuu ja millaisia selviytymisstrategioita on saatavilla. (Pereda-Goikoetxea ym. 2021: 6.)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tulosten perusteella huomataan, että naiskeskeisyys parantaa synnytyskokemusta. Hiljalleen on tiedon lisääntymisen myötä tehty muutoksia naisen asemaan synnytyksessä. Naiskeskeisyydestä korostuu naisen ja kättilön välinen suhde, päätöksenteko ja kontrolli synnytyksessä, synnyttäjän autonomia ja voimaantuminen sekä tiedon jakaminen. Naiskeskeinen hoitotyö ei kuitenkaan kehity yhdessä yössä, vaan vaatii jatkuvaa harjoittelua ja täydennyskoulutusohjelmia, jotka helpottavat äitejä ja hoitavia kättilöitä (Maputle 2010: 7).

Erityisesti päätöksenteon, kontrollin ja tehokkaan kommunikoinnin todettiin parantavan synnytyskokemusta. Maputlen asettamat tavoitteet naiskeskeiselle synnyttymallille toimivat edelleen perustana nykypäivän naiskeskeisyydelle ja ohjaavat mallin kehittymistä. Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia verrattuna teoreettiseen taustaan. Tuloksissa ei ilmennyt ristiriitoja aineistojen välillä, vaikka eroavaisuuksia maiden välillä saattoi olla. Aineistoissa silti korostui löytämämme teemat ja pyrkimykset.

Suomessa synnytyssalikättilön työ on hyvin itsenäistä, ja synnytykset hoidetaan pääsääntöisesti yksin tarvittaessa konsultoiden lääkäriä. Naiskeskeisyyden käyttö synnytystilanteissa soveltuisi siis hyvin tänne, etenkin lisättäessä henkilökuntaa ja resursseja, jolloin kättilön ja synnyttäjän olosuhteet ovat otolliset. Kaikki käyttämämme tutkimukset aiheesta oli tehty ulkomailla, jossa suhtautuminen sairaalasynnytykseen on lähtökohtaisesti kielteisempi kuin Suomessa ja naiskeskeisyyden synnytyksessä koetaan liittyvän erityisesti kotisyntytyksiin.

Tuloksia pohdittaessa huomasimme, kuinka oman kokemuksen puute kättilön työstä loi haasteen suhteuttaa naiskeskeisyyden teoria käytäntöön. Opintomme eivät ole vielä niin pitkällä, että olisimme työskennelleet synnytyssalissa tai nähneet suomalaisten kättilöiden vuorovaikutusta synnyttäjän kanssa. Meidän oli vaikea saada realistista kuvaa siitä, miten paljon opinnäytetyössä käytettyä teoriapohjaa on mahdollista toteuttaa oikeassa elämässä.

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tiedonhankintamenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja niiden käyttö on kuvattu ohjeiden mukaisesti, jotta lukija voi halutessaan toistaa tehdyn tiedonhaun. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa yksityiskohtainen suunnittelu, toteutus ja raportointi, rehellisyys sekä tarkkuus työn jokaisessa vaiheessa julkaisuun asti. (Kuula 2011: 34–35.)

Keskeistä työssä on Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) lähtökohdat. Työssä noudatettiin rehellisyyttä ja tarkkuutta jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa suunnittelustan tallentamiseen ja arviointiin. Muiden tekemää työtä kunnioitettiin oikeilla viittauksilla ja työ tallennetaan sille asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Näin työ antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyön eettiset riskit liittyivät tiedonhakuun ja lähteiden oikeaoppiseen merkintään. Riskien välttämiseksi työssä on huomioitu uusimmat ohjeistukset lähdeviitteiden merkintään sekä tiedonhaku on suoritettu kriittisesti ajatellen. Työssä noudatettiin Metropolian kirjallisen työn ohjeiden mukaisia viittaustekniikoita, jotka ovat päivitetty sosiaali- ja terveystieteille vuonna 2021. Tiedonhankintamenetelmien sekä opinnäytetyöprosessin oikeaoppisen kuvaamisen varmistamiseksi hyödynnettiin useita eri aiheita käsitteleviin työpajoihin, joissa opettajan johdolla ohjeet käytiin läpi.

Työn eettisyydestä huolehdittiin lisäksi suorittamalla prosessin ajan useampi plagiaatintunnistus. Plagioinnin tarkistukseen käytettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun Turnitin-ohjelmaa. Ensimmäisen plagioinnin tarkastus tehtiin toteutusvaiheen loppupuolella ja tulos oli 11 % ilman lähdeluetteloita. Tavoitteena oli pitää koko opinnäytetyöprosessin ajan plagiaatin prosentti alle 10:ssä, mutta läpi käydessä Turnitin raporttia plagiaatin tarkistuksesta huomattiin ohjelman herjaavan työhön liittyviä kaavioita. Lopullinen tulos plagiaatintarkistuksesta ennen työn palautusta oli 7 % eli prosentti pysyi asetetussa tavoitteessa, kun työssä ei ollut mukana lähteitä tai kaavioita.

6.3 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereiden eli sovellettavuuden, pysyvyyden, neutraalisuuden sekä totuusarvon avulla. (Hyväri &

Vuokila-Oikkonen 2020.) Työssä sovellettiin aiempia tutkimuksia, joiden tuloksia käytettiin neutraalisti ja puolueettomasti sekä pyrittiin pitämään tieto totuudenmukaisena lähteiden avulla. Uskottavuutta ja sen vahvistamista painotetaan laadullisen tutkimuksen yleisissä luotettavuuskriteereissä. Tätä lisää esimerkiksi valittujen tutkimusten tutkijoiden paneutumista aiheeseen, erilaisten menetelmien käyttöä ja pitkäjänteisyyttä aihetta kohtaan. (Kylmä & Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003.) Lisäksi henkilökohtainen kiinnostus aihetta kohtaan lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

Työn luotettavuutta lisättiin avaamalla tiedonhakuprosessia niin, että lukijan on mahdollista toistaa sama prosessi. Aineiston käsittelyprosessi on esitetty PRISMA-kaavion avulla ja lisäksi systemaattinen tiedonhaku on sanallisesti käyty läpi. Aineisto on kokonaan englanniksi, jonka vuoksi niiden sisältö on itse käännetty. Jotta käännökset olisi luotettavat, käänöksessä on hyödynnetty useita sanakirjoja lauseiden tarkistamiseen sekä yhteiset keskustelut oikeasta suomennoksesta epäselvissä tilanteissa.

6.4 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön perusteella jatkotutkimusaiheena toimisi mielestämme naiskeskeisyyden tutkiminen suomalaisessa kättilötyössä ja sairaalaympäristössä. Esimerkiksi mitä asioita täällä nousisi esiin keskeisiksi teemoiksi, kuinka ne eroaisivat näistä aiemmin tutkituista teemoista sekä miten suomalaiset synnyttäjät kokevat naiskeskeisyyden ja nykypäivän kättilötyön toteutuvan. Myös lääketieteen merkitystä ja esimerkiksi interventiodien määrää sekä merkitystä synnytystilanteissa Suomessa olisi mielenkiintoista tutkia. Yleisesti naiskeskeisyyden tutkimisen lisäksi Suomessa voisi tehdä jatkotutkimusta naiskeskeisen hoidon toteutumisesta koko raskauden aikana. Suomessa suurin osa raskaana olevista hyödyntää julkisen sektorin neuvolapalveluita sekä ennen synnytystä että sen jälkeen, jolloin esimerkiksi erityisesti jatkuvuuden ja tiedon jakamisen teemat korostuvat. Suomessa on myös mahdollista tehdä jatkotutkimusta perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon eroavaisuuksista naiskeskeisen hoidon tarjoamisessa ja toteutuksessa. Naiskeskeisyyttä voisi myös Suomessa mitata Saksassa käytettyjen mittareiden avulla.

Käsitteelle ”women-centered childbirth model” ei ole suoraa suomenkielistä käännettä ja käänös voi olla haastava saada tavoittamaan käsitteen kaikki ulottuvuudet. Naiskeskeisyyden voisi terminä nykypäivän näkökulmasta korvata esimerkiksi

puhumalla synnyttäjälähtöisyydellä, mutta käyttämämme aineiston vuoksi puhumme työssä naiskeskeisyydestä.

6.5 Ammatillinen kasvu

Yhtenä opinnäytetyömme tavoitteista on ammatillisen osaamisen kehittäminen ja kehittyminen. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto (ARENE) on tammikuussa 2022 tehnyt suosituksen ammattikorkeakoulututkintojen yhteisistä kompetensseista.

Ensimmäinen näistä on oppimaan oppiminen: tunnistamme ja osaamme hankkia ja kriittisesti arvioida oman alamme tietoperustaa ja käytäntöjä. Työelämässä toimimisen ymmärrämme muuttuvan ajan myötä ja tästä aiheesta voimme ottaa viitteitä omaan työskentelyyn ja levittää tietoisuutta siitä. (Auvinen ym. 2022: 5–8.)

Ammatillista kasvua kansainvälisyyden osalta on tullut prosessin myötä siten, että osaamme seurata ja hyödyntää kättilötyön kansainvälistä kehitystä sekä sen muutosta ja käyttöönottoa. Lisäksi sovelsimme työssämme aiemmin oppimiamme tutkimus- ja kehittämismenetelmiä ennakoivan kehittämisen osalta. (Auvinen ym. 2022: 5–8.)

Kokonaisuudessa olemme kasvaneet työn aikana kohti ammattilaisuutta: olemme saaneet lisää tietoa, taitoa, ymmärtämistä ja kykyä toimia sekä oppineet keinoja toteuttaa naiskeskeisyyttä synnytyksen aikana.

Lähteet

Auvinen, Pekka & Asikainen, Eveliina & Hakonen, Anu & Marjanen, Päivi & Risku, Pekka & Silvennoinen, Saija 2022. Suositus ammattikorkeakoulujen yhteisistä kompetensseista ja niiden soveltamisesta. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Tammikuu 2022 5–8. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2022/Kompetenssit/Suositus%20ammattikorkeakoulujen%20yhteisiksi%20kompetensseiksi.pdf?_t=1642539572> Viitattu 21.3.2022.

Axelin, Anna & Stolt, Minna & Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Tampere: Juvenes Print.

Bradfield, Zoe & Duggan, Ravani & Hauck, Yvonne & Kelly, Michelle 2019. "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019 14;19 (1):29. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6332887/#CR2>>. Viitattu 24.2.2022.

Cole, Lindsay 2020. Women centred care or institution centred care? A discursive analytic study of childbirth-related decisions. University of Adelaide. <https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/124411/1/Cole2020_PhD.pdf>. Viitattu 3.11.2021.

Cook, Katie & Loomis, Colleen 2012. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education* 21(3): 158–168. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392605/>>. Viitattu 14.2.2022.

Filppu, Riitta 2017. Kätilöiden asenteet ja näkemykset matalan riskin synnytysten hoitamisesta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. 12–14. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/18400/urn_nbn_fi_uef-20170765.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 16.2.2022.

Gissler, Mika & Heino, Anna & Kiuru, Sirkka. Perinataanilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2020. Synnytysten määrä kääntyi hienoiseen nousuun. Päivitetty 29.12.2021. THL. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143543/Perinataanilasto%20-%20synnyttäjät%20synnytykset%20ja%20vastasyntyneet%202020_korjattu_29.12.2021.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Viitattu 11.2.2022.

Hinkula, Emma 15.8.2021. 50 synnyttäjää kertoi kokemuksistaan ja kävi ilmi, että vanhemmuuden ensihetkistä ei puhuta tarpeeksi – nämä 6 asiaa tulivat monille yllätyksenä. YLE. Päivitetty 16.8.2021. <<https://yle.fi/uutiset/3-12057907>>. Viitattu 11.2.2022.

Hunter, Andrew & Devane, Declan & Houghton, Catherine & Grealish, Annmarie & Tully, Agnes & Smith Valerie 2017. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 322 (2017). <<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1521-3>>. Viitattu 3.11.2021.

Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen Päivi. LibGuides. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0. Päivitetty 2020.
<<https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760642>> Viitattu 22.3.2022.

International Confederation of Midwives. International definition of the Midwife. Päivitetty 2017. <https://internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf>. Viitattu 1.11.2021.

Jomeen, Julie & Martin Hollins. Caroline & Martin, Colin & Snowden, Austyn 2011. Concurrent analysis of choice and control in childbirth. BMC Pregnancy Childbirth 11, 40 (2011). <<https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-40>>. Viitattu 16.2.2022.

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. painos. Tampere: Vastapaino. 34–35

Kylmä, Jari & Vehviläinen-Julkunen, Katri & Lähdevirta, Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus: mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>>. Viitattu 2.11.2021.

Kättilöt Suomessa. Suomen Kättilöliitto. <<https://suomenkatiloliitto.fi/suomenkatiloliitto/katilot-suomessa/>>. Viitattu 22.3.2022

Laatua kättilötyöhön. Kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. 2004. Suomen Kättilöliitto. <https://suomenkatiloliitto.fi/wp-content/uploads/2021/01/tiedolla_taidolla_tunteella1-1.pdf>. Viitattu 22.3.2022

Maputle, Maria 2004. A model for woman-centered childbirth. Väitöskirja. Johannesburg: Johannesburgin Yliopisto.
<https://www.researchgate.net/publication/34483502_A_model_for_woman-centered_childbirth>. Viitattu 1.3.2022.

Maputle, Maria 2010. A woman-centered childbirth model. Health SA Gesondheid. African Journals Online vol. 15 No. 1.
<<https://www.ajol.info/index.php/hsa/article/view/56448>>. Viitattu 1.11.2021.

Mitä on aktiivinen synnytys. Aktiivinen synnytys.
<<https://aktiivinensynnytys.fi/tietoa/aktiivinen-synnytys/mita-on-aktiivinen-synnytys/>>. Viitattu 8.2.2022.

Mäki-Kojola, Tiina 2009. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käytöstä. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteellinen laitos.
<<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/80718/gradu03646.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 4.11.2021.

NMBA 2010. National Competency Standards for the Midwife. Melbourne: Nursing and Midwifery Board of Australia. <<file:///Users/vilmavuorela/Downloads/Midwifery-Competency-Standards-January-2006.PDF>>. Viitattu 4.11.2021.

Oxford Lexico 2021. <<https://www.lexico.com/definition/woman-centred>>. Viitattu 1.11.2021.

Pereda-Goikoetxea, Beatriz & Huizi-Egilegor, Joseba Xabier & Zubeldia-Etxeberria, Josune & Uranga-Iturrioz, Maria Jose & Elorza-Puyadena, Maria Isabel 2021. Hospital Childbirth: Perspectives of Women and Professionals for a. Positive Experience – A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(19): 10238. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8507606/>>. Viitattu 14.2.2022.

Schulz, Anja & Wirtz, Markus 2021. Assessment of the quality of woman-centered midwifery care from the mothers' perspective: A structural analysis of cross-sectional survey data. *The Journal of Evidence and Quality in Health Care* 166 (2021) : 8–17. <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1865921721001422?token=1AD919BB36F38753E95CB6B4A0A6F5DA6E2643AACA0830BFB3F472895B88A8AA5F012D160EB29C09F5C1C49FDA270F36&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220228093327>>. Viitattu 28.2.2022.

Tiitinen, Aila 2021. Normaali synnytys. *Terveyskirjasto.fi*. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00160>>. Viitattu 1.11.2021.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 9. painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Viitattu 2.11.2021.

Yanti, Yanti & Mora, Claramita & Ova, Emilia & Mohammad, Hakimi 2015. Students' understanding of "Women-Centred Care Philosophy" in midwifery care through Continuity of Care (CoC) learning model: a quasi-experimental study. *Estu Utomo Boyolali School of Health Science*. 1–3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4416326/pdf/12912_2015_Article_72.pdf>. Viitattu 11.2.2022.

Tutkimusaineiston analyysikehys

Numero	Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Julkaisun nimi, lehti & julkaisukanavan taso	Tarkoitus	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulos
1.	Cole Lindsay 2020 Australia	"Woman centered care or institution centered care? A discursive analytic study of childbirth- related decisions." Ei julkaistu lehdessä. Väitöskirja	Esittää keinoja naisille osallistua päätöksentekoon synnytyksessä, liittyen epiduraali- puudutukseen.	Aineisto kerätty nauhoittamalla keskusteluita ja hyödynnetty netistä löytyivistä synnytystarinoita. Aineisto analysoitiin keskusteluanalyysilla. Otos: Useampaan tutkimukseen osallistuneet synnyttävät naiset sekä kättilöt. Nauhoituksia N=48 ja synnytystarinoita netistä N=106.	Kätilön ja synnyttäjän suhde on olennainen naiskeskeisessä hoidossa.

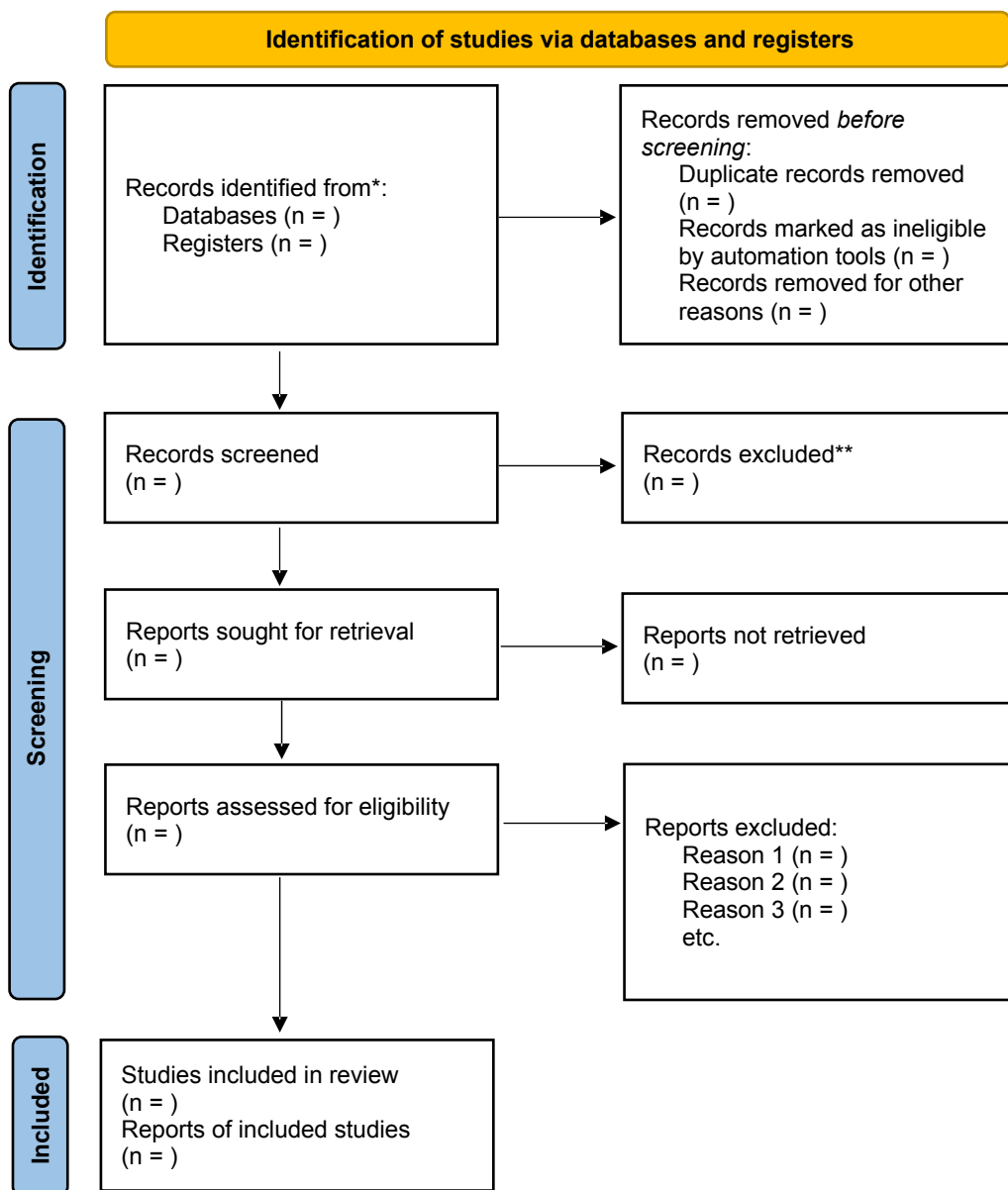
2.	<p>Hunter, Andrew, Devane Declan, Hughton, Catherine, Grealish Annmarie, Tully Agnes & Smith Valerie 2017</p> <p>Irlanti</p>	<p>“Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women’s and clinicians’ experiences.”</p> <p>BMC Pregnancy & Childbirth.</p> <p>Taso 1</p>	<p>Tutkia naiskeskeisen hoidon konseptia raskauden ja synnytyksen aikana Irlannissa.</p>	<p>Haastattelut joko kasvatusten tai puhelimitse. Analysointi temaattisesti eli identifioidaan tutkimuksen kannalta oleellista tietoa.</p> <p>Otos: N=31, joista 11 synnyttäneitä naisia, 10 kätilöä, 5 synnytyslääkärinä sekä 5 yleislääkärinä.</p>	<p>Tulevaisuudessa vaaditaan lisää tutkimusta kätilöjohtoisesta hoidosta nykyaikaisissa olosuhteissa. Naiskeskeisistä hoidosta löytyi positiivinen</p>
3.	<p>Maputle Maria 2010</p> <p>Etelä-Afrikka</p>	<p>“A woman-centered childbirth model.”</p> <p>African Journal Online.</p>	<p>Määrittää miten naiset kokivat synnytyksen aikaisen hoidon ja miten kätilöt kokivat pärjäävänsä synnyttäjien kanssa.</p> <p>Tavoitteena oli kehittää naislähtöistä synnytysmallia, joka voisi auttaa laitoksen kätilöitä molemminpuoliseen</p>	<p>Aineisto kerättiin haastatteluilla, havainnoimalla, spontaaneilla keskusteluilla sekä muistiinpanoilla kentältä. Tutkimus toteutettiin laadullisena ja tulokset analysoitiin käsiteanalyysillä.</p> <p>Otos: kätilöitä ja raskaana olevia n=36, joista 24 oli odottavia ja 12 kätilöitä. Otoksen raskaana olevat</p>	<p>Naiskeskeisistä hoidoista ei voida kehittää yhtä yötä, jossa tulee harjoitella kätilöiden käyttöä synnytyksessä sekä täydennyskoulutusta, jotka helpottavat synnyttäjiä ja hoitavia kätilöitä.</p>

			päätöksentekoon synnytystilanteessa.	haastateltiin ensin synnytyksen avautumisvaiheessa ja vielä lopuksi koko synnytyskokemuksesta vuorokauden sisään synnytyksen jälkeen.	
4.	Schulz Anja & Wirtz Markus 2021 Saksa	“Assessment of the quality of woman-centred midwifery care from the mothers’ perspective: A structural analysis of cross-sectional survey data.” Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Taso 1	Tutkimuksen tavoitteena on tehdä kätilöhoidon prosessin laatu mitattavaksi naisen näkökulmasta ja tarkastella mukautettujen arviointiasteikkojen pätevyyttä.	Määrällinen tutkimus tehtiin poikittaistutkimuksena kesällä 2019. Tilastollista analyysia käytettiin kuvailevan ja päättelevän tilaston saamiseksi. Tieto arvioitiin takautuvasti poikittaistutkimuksena. Tutkimuksessa tutkittiin äitien kokemuksia raskaudesta. Otos: 201 synnyttänyttä naista. Kriteereinä oli täysikäisyys, lapsen syntymä vuonna 2018 ja että oli käyttänyt kätilön palveluita raskauden aikana. Synnytyksestä oli	Vakiintuneet terveydenhuollon käytössä oli mukautettiin naiskeskeisistä kätilöhoidon Arvioivat mi SDM-Q-9-M päätöksentekoa M (kätilöem TEAM-M (s joukkueen osallistuminen (ammatillinen) voitiin mukautonnistuneesti kätilötyöhön integroidaks näkökulman laatupohjais

				haastattelu hetkellä kulunut 6-18 kuukautta.	
5.	Cook Katie & Loomis Colleen 2012 Kanada	“The Impact of Choice and Control on Women’s Childbirth Experiences.” The Journal of Perinatal Education. Taso 1	Saada parempi käsitys yleisesti päätöksenteon ja kontrollin roolista naisten synnytyskokemuksissa.	Yhden ryhmän laadullinen tutkimus, jossa kuvaileva ja kertova aineiston analyysi. Tietoa kerättiin haastattelemalla. Otos: Waterloon alueella Kanadassa synnyttäneet naiset. N=15.	Tutkimuksen johtopäätökset naisten seksuaalisesta ja negatiivisista synnytyskokemuksista enemmän tieteelliseen valinnan seurauksena käyttöön, ei tarkkoihin synnytysko-
6.	Pereda-Goikoetxea Beatriz, Huizi-	“Hospital Childbirth: Perspectives of Women and Professionals for a	Analysoida naisten ja hoitohenkilökunnan näkökulmaa sairaalasyntytyksestä	Laadullinen seurantatutkimus, joka toteutettiin haastattelemalla osallistujia 2 kuukautta	Tutkimuksen neljä kehitysohjetta kommunikointiterapeuttiseen

	<p>Egilegor Joseba Xabier, Zubeldia-Etxeberria Josune, Uranga-Iturrioz Maria Jose & Elorza-Puyadena Maria Isabel 2021</p> <p>Espanja</p>	<p>Positive Experience – A Qualitative Study.”</p> <p>International Journal of Environmental Research and Public Health.</p> <p>Taso 1</p>	<p>sekä löytää kehittämiskohteita.</p>	<p>sekä 8 kuukautta synnytyksen jälkeen.</p> <p>Otos: Donostian yliopistolliseen sairaalaan synnyttämään tulleet naiset 1.1.-31.5.2016 välillä sekä synnytysosastolla työskennellyt hoitohenkilökunta vuosina 2016-2017.</p> <p>N=42 synnyttäneet. N=15 hoitohenkilökunta</p>	<p>vahventami sairaaloiden perustervey yhteistyö tasavertaist yhtenäisen tarjoamiseksi tukihenkilön koko raskaus synnytyksen synnytyksen ajan ja neuv synnytyksis käytettävien parantamin</p>
7.	<p>Bradfield Zoe, Duggan Ravani, Hauck Yvonne & Kelly Michelle 2019</p> <p>Australia</p>	<p>”It’s what midwifery is all about’: Western Australian midwives’ experiences of being ‘with woman’ during labour and birth in the known midwife model.”</p> <p>BMC Pregnancy and Childbirth.</p>	<p>Tutkia kokemuksia ’naisen kanssa olemisesta’ synnytyksen aikana kätilöiden näkökulmasta.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa kätilöt kuvailivat kokemuksiaan ’naisen kanssa olemisessa’. He työskentelivät Australiassa ’tuttu kätilö’-mallin mukaan.</p> <p>N= 10 kätilöä</p>	<p>Tutkimukse tunnistettiin Suhteiden rakentaminen naiskeskeinen vaikutus kä vaikutus na kätilömallin</p>

		Taso 1			
8.	Jomeen Julie, Martin Hollins Caroline, Martin Colin & Snowden Austyn 2011 Englanti, Skotlanti	“Concurrent analysis of choice and control in childbirth.” BMC Pregnancy and Childbirth. Taso 1	Tutkia laajemmin päätöksentekoa ja kontrollia synnyttäjillä, joilla lapsivesienmeno tapahtuu ennen synnytyksen käynnistymistä (PROM).	Aineistoa kerättiin haastattelemalla aiempaan tutkimukseen osallistuneita synnyttäjiä ja yhdistämällä heiltä saadut vastaukset aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen samanaikaisella analyysillä ja laadullisella tutkimuksella. Otos: 8 synnyttänyttä naista	Aiemmassa tutkimuksessa huomattiin, PROM:in ta sairalahoid synnyttäjät olevansa en kontrollissa aiheen kirja esittää päin Tulokset va synnyttäjän ja kontrollin monimutkai



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>