



Golden Hourin toteutumisen edistäminen sektiossa

Julia Karvinen

Julia Storm

OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2024

Kätilön tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kättilön tutkinto-ohjelma

KARVINEN, JULIA & STORM, JULIA:
Golden Hourin toteutumisen edistäminen sektiossa

Opinnäytetyö 44 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Tammikuu 2024

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, miten Golden Hourin eli vastasyntyneen sopeutumista kohdun ulkopuoliseen maailmaan ja siihen liittyvien ensihetkien vauvantahtista toteutumista voidaan edistää sektiossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kirjallisuuskatsauksella saadun tiedon avulla lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta Golden Hourista. Saadun tiedon avulla ammattilaiset voivat edistää Golden Hourin toteutumista lisäämällä sektiolla synnyttäneen ja vastasyntyneen hyvinvointia.

Golden Hourin ensimmäinen vaihe alkaa syntymän jälkeen vastasyntyneen päästessä ihokontaktiin vanhemman kanssa. Alatiesynnytyksissä ihokontakti ja vauvantahtinen ensi-imetys ovat vakiintuneita käytäntöjä, mutta sektiosynnytyksissä käytäntö voi jäädä usein toteutumatta joko lääketieteellisistä tai organisatioiden asettamista käytännön tekijöistä johtuen. Käytännön tekijät ovat niitä asioita, joihin voidaan vaikuttaa vastasyntyneen ja synnyttäjän hyvinvoinnin edistämiseksi. Golden Hourin toteutumisesta sektiossa löytyy hajanaisesti tietoa, eikä Suomesta ole saatavilla tilastoja suoraan Golden Hourin toteutukseen liittyen.

Opinnäytetyö toteutettiin mukaillen kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui systemaattisella tiedonhaulla 10 kansainvälistä tutkimusta. Tiedonhaku tehtiin pääosin kansainvälisistä tietokannoista. Lisäksi manuaalilla haulla löydettiin 5 tutkimusta. Golden Hourin edistämisen keinoista muodostui yhdeksän teemaa: terveydenhuollon ammattilaisten ja vanhempien kouluttaminen, sektion uudelleensuunnittelu, tilan tekeminen vastasyntyneelle, ihokontaktia häiritsevien tekijöiden vähentäminen, arviointi ihokontaktin aloittamisesta, vastasyntyneen ja synnyttäjän lämpöaloudesta huolehtiminen, ihokontaktin ylläpitäminen, toimiva yhteistyö ja nimetty hoitaja. Jokaisen teeman alle lukeutuu useita eri keinoja, joilla voidaan tutkittuun tietoon vedoten edistää Golden Hourin toteutumista sektiossa.

Tulosten pohjalta voidaan tehdä yksi johtopäätös: Golden Hourin toteutumisen edistäminen on mahdollista selkäydinpuudutuksessa tehdyssä sektiossa, kun panostetaan valvottuun ihokontaktiin ja ensi-imetyksen tukemiseen jo sektiossa. Tässä opinnäytetyössä esitellään suositukset ammattilaisille Golden Hourin toteutumisen edistämiseksi.

Asiasanat: golden hour, vauvantahtinen ensi-imetys, sektio, ihokontakti, vastasyntynyt

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Midwifery

KARVINEN, JULIA & STORM, JULIA:
Promoting the Implementation of the Golden Hour in a Caesarean Section
Bachelor's thesis 44 pages, appendices 9 pages
January 2024

The purpose of this study was to examine how the implementation of the Golden Hour, referring to the newborn's adaptation to the extrauterine world and the baby-led realization of the initial moments, can be promoted in caesarean sections. The objective of this study was to increase healthcare professionals' awareness about the Golden Hour, using the information obtained from the literature review, so that they can promote the realization of the Golden Hour and thereby improve the well-being of both the mother and the newborn delivered by caesarean section.

This study was conducted as a descriptive literature review, and the data consisted of 10 original researches that were systematically retrieved.

As a result of the analysis, nine different themes relating to the promotion of the Golden Hour emerged. Under each theme, there are several different methods by which, based on researched knowledge, the implementation of the Golden Hour in a caesarean section can be promoted.

Based on the results, one conclusion can be drawn: promoting the implementation of the Golden Hour is possible in caesarean sections performed under spinal anesthesia when there is a focus on supervised skin-to-skin contact and support for initial breastfeeding in the operating room. This study provides recommendations for professionals to promote the implementation of the Golden Hour.

Key words: golden hour, baby-led breastfeeding, caesarean section, skin-to-skin contact, newborn

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
	2.1 Golden Hour	7
	2.2 Ensi-imetys.....	7
	2.3 Vastasyntynyt.....	7
	2.4 Sektio	8
	2.5 Ihokontakti	8
	2.6 Golden Hour sektiossa	9
	2.7 Vauvamyönteisyys ja vauvamyönteisyysohjelma.....	9
	2.8 Golden Hourin hyödyt vastasyntyneelle ja synnyttäneelle	10
	2.9 Golden Houria estävät tekijät sektiossa	11
	2.10 Taustaa Golden Hourin toteutumisesta ja edistämisestä	11
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYS	12
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	13
	4.1 Kirjallisuuskatsaus.....	13
	4.2 Tutkimuskysymyksen muodostaminen.....	14
	4.3 Tiedonhaku ja aineiston valinta	14
	4.4 Aineiston laadunarviointi	18
	4.5 Aineiston analysointi.....	18
5	TULOKSET	20
	5.1 Terveystieteiden ammattilaisten ja vanhempien kouluttaminen.....	20
	5.2 Sektion uudelleensuunnittelu.....	21
	5.3 Tilan tekeminen vastasyntyneelle	21
	5.4 Ihokontaktia häiritsevien tekijöiden vähentäminen	21
	5.5 Arviointi ihokontaktin aloittamisesta	22
	5.6 Vastasyntyneen ja synnyttäjän lämpötiloudesta huolehtiminen	22
	5.7 Ihokontaktin ylläpitäminen	22
	5.8 Toimiva yhteistyö.....	23
	5.9 Nimetty hoitaja.....	23
6	POHDINTA.....	24
	6.1 Tulosten tarkastelu	24
	6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	29
	6.3 Eettisyys ja luotettavuus.....	30
	6.4 Opinnäytetyöprosessin kuvaus	31
	LÄHTEET	33
	LIITTEET	36

Liite 1. Suositukset Golden Hourin toteuttamisen edistämiseen	36
Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen aineisto	37
Liite 3. Kirjallisuuskatsauksen aineiston laadunarviointi.....	44

1 JOHDANTO

Golden Hourilla viitataan ensihetkiin, jolloin vastasyntynyttä autetaan sopeutumaan valtaviin muutoksiin, mitä kohdun ulkopuolinen elämä edellyttää (Neczypor & Holley 2017). Golden Hourin ensimmäinen vaihe alkaa syntymän jälkeen vastasyntyneen päästessä ihokontaktiin vanhemman kanssa. Alatiesynnytyksissä ihokontakti ja vauvantahminen ensi-imetys ovat vakiintuneita käytäntöjä, mutta sektiosynnytyksissä käytäntö ei kaikkialla toteudu. Esteeksi nostetaan usein turvallisuus, henkilöstön resurssit, logistiikka sekä erilaiset käytännöt sairaaloiden välillä (Balatero, Spilker & McNiesh 2019). Golden Hourin toteutumisesta sektiosynnytyksessä löytyy hajanaisesti tutkimustietoa. Suomessa on hyvät kansalliset rekisterit, mutta niissä ei ole erikseen määritelty Golden Hourin toteuttamista sektiosynnytyksissä. Näin ollen tarkkoja tilastoja ei ole saatavilla aiheeseen liittyen.

Varhaisella ihokontaktilla, joka on osa Golden Houriksi kutsuttua tapahtumaketjua, tiedetään olevan erittäin paljon hyvinvointihyötyjä niin vastasyntyneelle, kuin myös synnyttäjälle (Neczypor & Holley 2017). Aiheen tärkeydestä huolimatta Golden Hourin toteutumisessa on vaihtelua synnytyssairaaloiden välillä. Synnyttäjän ja vastasyntyneen hyvinvoinnin edistämisen kannalta on tärkeää selvittää, miten Golden Hourin toteutumista voidaan parantaa sektiosynnytyksissä.

Golden Hourin toteutumisen heikkoudet ja vahvuudet ovat tunnistettava, jotta voidaan löytää edistämisen keinoja. Tässä opinnäyteyössä on tarkoituksena selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, miten Golden Hourin toteutumista voidaan edistää, kun synnytystapana on sektio. Tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen kautta saadun tiedon avulla löytää Golden Hourin edistämisen keinoja ja tätä kautta lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta Golden Hourin edistämiseen liittyen niin vastasyntyneen kuin synnyttäjän hyvinvoinnin edistämiseksi.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Golden Hour

Golden Hour: "vastasyntyneen ensimmäinen tunti" viittaa vastasyntyneen ensi-hetkiin, jolloin vastasyntyntä autetaan sopeutumaan valtaviin muutoksiin, joita kohdun ulkopuolinen elämä edellyttää. Tähän liittyvät vastasyntyneen välitön ihokontakti synnytyksen jälkeen ja sitä seuraava ensi-imetys, mihin vastasyntynyt saa rauhassa edetä vaistojensa ohjaamana ja ollessaan siihen valmis (Neczypor & Holley 2017, Unicef n.d. & WHO n.d.). Golden Hourin onnistumista edistää välittömästi syntymän jälkeen alkanut katkeamaton ihokontakti, vastasyntyneen asento vatsallaan vanhemman vatsan päällä, kiireettömyys, vanhemman rauhoittava kosketus ja ääni, sekä vastasyntyneen yli 20 rinnalle ryömimiseen liittyvää refleksiä. Katkeamattoman ja häiriöttömän ihokontaktin tulisi kestää ensi-imetyksen loppuun asti, kuitenkin vähintään tunnin ajan. (Neczypor & Sharon 2017; Pöyhönen n.d.)

2.2 Ensi-imetys

Ihokontaktissa sekä äiti että vastasyntynyt alkavat toimimaan vaistonvaraisesti, mikä johtaa siihen, että vastasyntynyt alkaa hakeutumaan rinnalle imeäksensä ensimmäisen kerran. Tätä kutsutaan ensi-imetykseksi. Syntymän jälkeen vastasyntynyt on hereillä ensimmäisien tuntien ajan. Kun vauva saa olla jatkuvassa ihokontaktissa ensi-imetykseen saakka, hänellä aktivoituu luontainen halu löytää rinta ja alkaa imeä. (Duodecim Terveyskirjasto 2020.) Ensi-imetys lisää täysimeytyksen, onnistumista ja imetyksen kokonaiskestoa (Neczypor & Sharon 2017; Pöyhönen n.d.).

2.3 Vastasyntynyt

Vastasyntyneellä tarkoitetaan juuri syntyntä lasta aina 28 vuorokauden ikään asti. Tätä ajanjaksoa voidaan myös kutsua vastasyntyneisyyskaudeksi. Ennenaikaisella vastasyntyneellä tarkoitetaan vastasyntyntä, joka on syntynyt ennen raskausviikkoa 37+0. Pikkukeskosella puolestaan tarkoitetaan vastasyntyntä,

joka on syntynyt ennen raskausviikkoa 32+0 tai syntymäpaino on alle 1500 grammaa. (Elvytys (vastasyntynyt): Käypä hoito -suositus 2022.)

2.4 Sektio

Sektiossa eli keisarileikkauksessa vastasyntynyt syntyy vatsapeitteiden läpi, kohtuun tehtävän viillon kautta. Viilto tehdään yleensä alavatsalle poikittain. (Tiitinen 2023.) Sektio voi olla elektiivinen eli suunniteltu sektio tai päivystyksellinen, jossa sektio tehdään kiireellisenä toimenpiteenä synnyttäjän tai sikiön tai molempien indikaatiolla. Päivystyssektion kiireellisyys voi vaihdella hätäsektiosta usean tunnin marginaalilla aloitettavaan leikkaukseen. Hätäsektiossa leikkaus suoritetaan välittömästi lääkärin tehdessä päätöksen sektioista. Sektioissa käytetään lähes aina selkäpuudutteita, kun taas hätäsektio tehdään aina yleisanestesiassa. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä 2021.)

2.5 Ihokontakti

Ihokontaktilla tarkoitetaan sitä, kun vastasyntynyt on vaippasiltaan tai alasti aikuisen paljasta ihoa vasten. Turvallisessa ihokontaktissa vastasyntynyt makaa "sammakkoasennossa" aikuisen rintakehän päällä, niin että vastasyntyneen koko ihopinta on aikuisen ihossa kiinni ja aikuinen näkee hänen kasvonsa. Ihokontaktissa vastasyntynyt tuntee olonsa turvallisiksi, hänen sydämensä syke laskee ja hengityksensä tasaantuu. (Sevelius 2016.) Ihokontaktissa vastasyntynyt pysyy myös lämpimänä ja hänen verensokerinsa pysyvät hyvänä, kun energian kulutus on pientä (Duodecim Terveyskirjasto 2020). Ihokontaktissa vastasyntynyt saa myös synnyttäjän iholta tutun bakteerikannan ja heidän välisensä kiintymissuhde muodostuu. Ihokontakti rauhoittaa myös synnyttäjää ja saa hänen kohtunsa supistumaan, mikä vähentää verenvuotoa. Varhainen ihokontakti lisää myös täysimetyksen onnistumista. Sektiossa olleet synnyttäjät, jotka saivat vastasyntyneensä ihokontaktiin, olivat tyytyväisempiä ja vähemmän kivuliaita, verrattuna muihin synnyttäjiin. (Sevelius 2016.)

Tukihenkilö voi tarjota vastasyntyneelle ihokontaktia, jos synnyttäjä ei siihen kykene tai halua. Vastasyntynyt saa samoja hyötyjä tukihenkilön kanssa vietetystä ihokontaktista verrattuna ihokontaktiin synnyttäjän kanssa (Shorey, Hong-Gu &

Morelius 2016). Erityisen tärkeää tukihenkilön ja vastasyntyneen ihokontakti on silloin, kun synnytys on päätyneet hätäsektioon.

2.6 Golden Hour sektiossa

Golden Hour sektiossa tapahtuu samoilla periaatteilla kuin alatiesynnytyksessä. Syntymän jälkeen vastasyntynyt kuivataan huolellisesti, silmäillään vastasyntyneen vointi, leikataan napanuora ja autetaan vastasyntynyt synnyttäjän iholle. Vastasyntynyt asetetaan synnyttäjän rintakehän päälle sammakkoasentoon, jossa tärkeää on huolehtia vastasyntyneen lämpimänä pysymisestä sekä hengittämisestä. Vastasyntyneen mittaukset, kuten pituus ja paino, voidaan ottaa myöhemmin ensi-imetyksen jälkeen. Jos synnyttäjä on huonovointinen, vastasyntynyt on mahdollista asettaa ihokontaktiin tukihenkilölle. (Koivisto 2016.) Golden Hourin toteutuminen on mahdollista vain sektioissa, joissa yleisanestesian sijaan käytetään selkäpuudutteita ja synnyttäjä on hereillä (Duodecim Terveyskirjasto 2020).

2.7 Vauvamyönteisyys ja vauvamyönteisyysohjelma

Vauvamyönteisyysohjelma on WHO:n ja Unicefin käynnistämä maailmanlaajuinen hanke, jonka tarkoituksena on toteuttaa käytäntöjä, joiden tarkoituksena on suojella, edistää ja tukea imetystä (WHO 2009). Vauvamyönteisyys tarkoittaa laadukkaan imetyksen ja laadukkaan varhaisravitsemuksen tukemista (THL 2023). Vauvamyönteisyyden maailmanlaajuiset kriteerit toimivat standardina mitatamaan jokaisen onnistuneen imetyksen kymmenen eri vaiheen noudattamista ja sitoutumista äidinmaidonkorvikkeiden kansainväliseen markkinointikoodiin (WHO 2009). Vauvamyönteisyyden kriteerit ovat vauvamyönteisyysohjelman perusta ja niiden avulla voidaan arvioida imetyksen edistämistä (THL 2023).

Suomessa on käytössä kolme erilaista Vauvamyönteisyysohjelmaa, jotka ovat käytössä eri yksiköissä, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä sekä imeväisikäisiä. Kaikissa ohjelmissa on omat arviointityökalut, kriteerit ja tilastointiohjeet. Suomessa vauvamyönteisiä sairaaloita ovat Vaasan keskussairaala, Lohjan sairaala, Seinäjoen keskussairaala, Keski-Suomen keskussairaala, Satasairaala ja Tampereen yliopistollinen sairaala. (THL 2021.)

2.8 Golden Hourin hyödyt vastasyntyneelle ja synnyttäneelle

Synnytys on vastasyntyneelle ja synnyttäjälle ainutlaatuinen tapahtuma, joka mullistaa elämän. Syntymän jälkeen välitön ihokontakti edesauttaa vastasyntyntä sopeutumaan elämään kohdun ulkopuolella. Se auttaa myös molempia toimimaan synnytyksestä sekä edistää imetyksen käynnistymistä. Ihokontakti herättää vastasyntyneen halun imeä, sekä synnyttäjän halun hoivata. (Duodecim Terveyskirjasto 2020.)

Vastasyntynyt saa Golden Hourista paljon erilaisia hyötyjä. Ihokontaktissa vastasyntyneellä on optimaalinen lämmönsäätely, tällöin vastasyntyneen ei tarvitse käyttää omaa energiaansa lämmön ylläpitämiseen. (Pöyhönen n.d.) Tämä on erityisen tärkeää silloin, kun vastasyntyneellä on riski verensokerin laskuun tai vastasyntyneen verensokeria seurataan (Duodecim Terveyskirjasto 2020). Vastasyntynyt rauhoittuu ihokontaktiin, jolloin hänen hengityksensä ja verenkierto vakiintuvat. Ihokontaktissa vastasyntyneen kivunsietokyky on korkeampi (Pöyhönen n.d.).

Erilaisissa tutkimuksissa on huomattu alle tunnin iässä tapahtuvan ensi-imetyksen olevan suoraan yhteydessä vastasyntyneen sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen (Hakala 2019). Ensi-imetyksellä on myös positiivisia vaikutuksia maidon nousuun, määrään ja täysimetykseen, sekä vanhemman ja vastasyntyneen väliin vuorovaikutussuhteen ja kiintymissuhteen syntymiseen (Hakala 2019; Pöyhönen n.d.).

Ensi-imetykseen vahvistaa vanhemman itseluottamusta ja imetyksluottamusta (Hakala 2019; Pöyhönen n.d.). Ihokontakti ja ensi-imetykset edesauttavat oksitosiini-hormonia, joka tuottaa mielihyvää vanhemmalle ja vastasyntyneelle. Oksitosiini-hormoni saa rintamaidon erittymään ja herumaan. (Hakala 2019.) Oksitosiini auttaa myös kohtua supistumaan, mikä vähentää synnytyksen jälkeistä verenvuotoa ja lyhentää synnytyksen jälkeisvaihetta (Hakala 2019; Pöyhönen n.d.). Ihokontakti edesauttaa vanhempaa saamaan paremman synnytyskokemuksen vähentämällä

synnytykseen liittyviä pelkoja ja epäonnistumisen kokemuksia. Ihokontakti rauhoittaa vanhempaa sekä vähentää hänen kokemaansa kipua (Sevelius 2016; Pöyhönen n.d.).

2.9 Golden Houria estävät tekijät sektiossa

Terveysalan ammattilaisilla on erilaisia syitä ja mielipiteitä, miksi Golden Hourin toteuttaminen ei ole aina mahdollista. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kaikki työryhmän jäsenet eivät pidä välittömän ihokontaktin tapahtumista leikkaussalissa prioriteettina. Kaikkialla ihokontaktiin ei ole ollut virallisia käytäntöjä tai menetelmiä ihokontaktin toteuttamista varten. Haasteeksi koetaan turvallisuus, henkilöstön resurssit, logistiikka sekä erilaiset käytännöt sairaaloiden välillä. (Balatero, Spilker & McNiesh 2019.) Tutkimusten mukaan henkilöstön motivaation puute ja puutteellinen tietoisuus ihokontaktin positiivisista vaikutuksista, synnyttäjien tietämättömyys ihokontaktin tärkeydestä tai puuttuva kiinnostus ihokontaktia kohtaan, synnyttäjän huonovointisuus, toimimaton yhteistyö ja lääketieteellinen synnytysympäristö, jossa interventiot asetetaan etusijalle ihokontaktin sijaan. (Koivisto 2016; Abdulghani, Edvarsson & Amir 2020).

2.10 Taustaa Golden Hourin toteutumisesta ja edistämisestä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vuoden 2015 tilastoissa kuvataan ihokontaktin ja ensi-imetyksen toteutumista alatiesynnytyksen, suunnitellun sektion sekä päivystys- ja hätäsektion yhteydessä. Taulukosta voidaan huomata, että ihokontaktin toteutuminen on ollut paljon heikompaa sektioissa verrattuna alatiesynnytykseen. Alatiesynnytyksessä ilman päästäviä toimenpiteitä 90 % vastasyntyneistä pääsi synnyttäjän kanssa ihokontaktiin. Kun taas suunnitellussa sektiossa vain 30 % vastasyntyneistä pääsi synnyttäjälle ihokontaktiin. Kiireellisessä sektiossa 10 % vastasyntyneistä pääsi ihokontaktiin synnyttäjän kanssa. (Koivisto 2016.) Koska Golden Hourin edistämisestä ja toteutumisesta löytyy niukasti tuoretta tilastotietoa, ei voida tietää, mitä vastaavat luvut Golden Hourin toteutumisesta sektiossa ovat olleet viime vuosina.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, miten Golden Hourin toteutumista voidaan edistää, kun synnytystapana on sektio. Opinnäytetyön tavoite on kirjallisuuskatsauksella saadun tiedon avulla lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta Golden Hourista, jotta he pystyvät edistämään Golden Hourin toteutumista, ja sitä kautta lisäämään sektioilla synnyttäneen ja vastasyntyneen hyvinvointia.

Opinnäytetyön kysymys on:

1. Miten Golden Hourin toteutumista voidaan edistää, kun synnytystapana on sektio?

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on käytetty runsaasti tutkimusmenetelmänä hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa. Menetelmä soveltuu erityisesti sellaisiin aiheisiin, jotka ovat vielä epäjohdonmukaisia tai epäyhtenäisiä. (Kangasniemi ym. 2013, 293–299.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus, joka toteutetaan ilman tarkkoja ja tiukkoja sääntöjä. Tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata laaja-alaisesti. (Salminen 2011.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luonteeseen kuuluvat aineistolähtöisyys ja ymmärtämiseen tähtäävä ilmiön kuvaus. Tarkoituksena on usein etsiä vastaus kysymykseen, mitä ilmiöstä tiedetään ja rakentaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta. Valittua aihetta kuvataan rajatusti, jäsennetysti ja perustellusti aikaisempien tutkimusten avulla. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella voidaan tutkia, millaista vallitseva keskustelu ilmiöstä on ja usein uusi tai erilainen näkökulma ilmiöön on löydettävissä. Aiemman tutkimuksen tarkastelu voi myös johtaa uuden tulkinnan syntymiseen ilman alkuperäisen tiedon muuttamista. (Kangasniemi ym. 2013, 292–299.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjana on tutkimuskysymys ja se tuottaa valitun aineiston pohjalta kuvailevan, laadullisen vastauksen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluvat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun muodostaminen sekä tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Menetelmää on hyödynnetty osana tutkimusta sekä itsenäisenä tutkimusmenetelmänä. Muista kirjallisuuskatsauksista poiketen vaiheet etenevät osin päällekkäin koko prosessin ajan tutkimuskysymyksen muodostamisesta tulosten tarkasteluun. (Kangasniemi ym. 2013, 291–292.) Integroivaa lähestymistapaa käytetään, kun tutkittavaa asiakokonaisuutta halutaan kuvata mahdollisimman monipuolisesti. Tällä tavoin voidaan tuottaa uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta. (Salminen 2011.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus integroivana lähestymistapana sopii tähän opinnäytetyöhön menetelmänä hyvin, koska Golden Hourin toteutumisen edistämisestä

sektiossa on hajanaisesti tietoa ja kyseinen menetelmä mahdollistaa tutkitun tiedon hakemisen monipuolisesti sekä ilmiön kuvailun mahdollisimman laaja-alaisesti. Opinnäytetyön kysymyksellä haetaan tietoa Golden Hourin toteutumista edistävistä keinoista sektiossa, pyrkimyksenä tuottaa uutta jäseneltyä tietoa luoden näin yhtenäinen kuvaus aiheeseen liittyen. Tässä lukukappaleessa käydään kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen kolme vaihetta ja neljäs eli viimeinen vaihe on lukukappaleessa 6.

4.2 Tutkimuskysymyksen muodostaminen

Kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta on tärkeää muodostaa onnistunut tutkimuskysymys, joka on riittävän täsmällinen ja rajattu, jotta ilmiön syvälinen tarkastelu on mahdollista. Tutkimuskysymyksessä tulee olla myös väljyyttä, mikä mahdollistaa ilmiön käsittelyn monesta eri näkökulmasta. (Kangasniemi ym. 2013, 294–296.) Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksen muodostamisessa kiinnitettiin erityistä huomiota sanavalintoihin, ymmärrettävyyteen sekä opinnäytetyön aiheen rajaamista ajatellen. Tutkimuskysymystä muokattiin ja eri vaihtoehtoja punnittiin ennen lopulliseen tutkimuskysymykseen päätymistä. Lopputuloksena muodostui selkeä ja rajattu opinnäytetyön tutkimuskysymys.

4.3 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Tutkimuskysymys ohjaa aineiston valintaa, ja tarkoituksena on löytää mahdollisimman olennainen aineisto vastaamaan tutkimuskysymykseen. Elektronisista tieteellisistä tietokannoista ja manuaalisilla hauilla tieteellisistä julkaisuista haetaan aiheen kannalta merkityksellinen aineisto, joka muodostuu aiemmin julkaisusta tutkimustiedosta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää yleensä jonkinlaisen kuvauksen aineiston valintaprosessista. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Eksplisiittisessä aineiston valinnassa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen haut tehdään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kaltaisesti hyödyntäen esimerkiksi aika- ja kielirajauksia. Hakujen pääosassa on tutkimuskysymykseen vastaavan aineiston löytäminen. Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta poiketen aineiston valinta ei perustu ainoastaan tehtyjen rajausten mukaisiin hakuihin, vaan

näistä voidaan poiketa, mikäli se on merkityksellistä tutkimuskysymykseen vastaamisen näkökulmasta. Aineiston valinnan painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällöllä eikä niinkään ennalta asetettujen ehtojen mukaisella tiedonhauilla. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tehdään mahdollisimman kattavasti, jotta löydetään relevantti aineisto vastaamaan kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ohjaavaan tutkimuskysymykseen (Kangasniemi ym. 2013, 295). Tämän opinnäytetyön tiedonhaku aloitettiin kansainvälisistä tietokannoista tehtävillä alustavilla hauilla. Alustavina hakusanoina käytettiin sektio, ihokontakti, ensi-imetys ja Golden Hour sekä niiden synonyymeja ja yhdistelmiä. Alustavien hakutulosten perusteella valikoitui lopulliset tietokannat, joista tehtiin myös varsinaiset haut. Tietokannat on esitetty Taulukossa 3.

Alustavien hakujen jälkeen tarkentuivat sisäänottokriteerit, jotka ovat esitetty Taulukossa 2. Lopulliset hakulausekkeet tietokannoittain ovat esitetty Taulukossa 3. Aineiston aikarajaukseksi valittiin alustavasti vuodet 2013–2023, mutta manuaalihakuun siirryttäessä löytyi kaksi tutkimusartikkelia, jotka vastaavat sisällöllisesti opinnäytetyön tutkimuskysymykseen, mutta ovat julkaistu vuosina 2011 ja 2012. Kyseisten tutkimusartikkeleiden sisällön painoarvon vuoksi aikarajausta muokattiin vielä vuosien 2011–2023 väliselle ajalle.

TAULUKKO 2. Sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit
<ul style="list-style-type: none">• Tutkimus tai artikkeli on julkaistu vuosien 2011–2023 välisenä aikana• Tutkimus tai artikkeli on suomen- tai englanninkielinen• Tutkimusartikkeli on saatavilla koko tekstinä (full text)• Tutkimus tai artikkeli on vertaisarvioitu (peer reviewed)

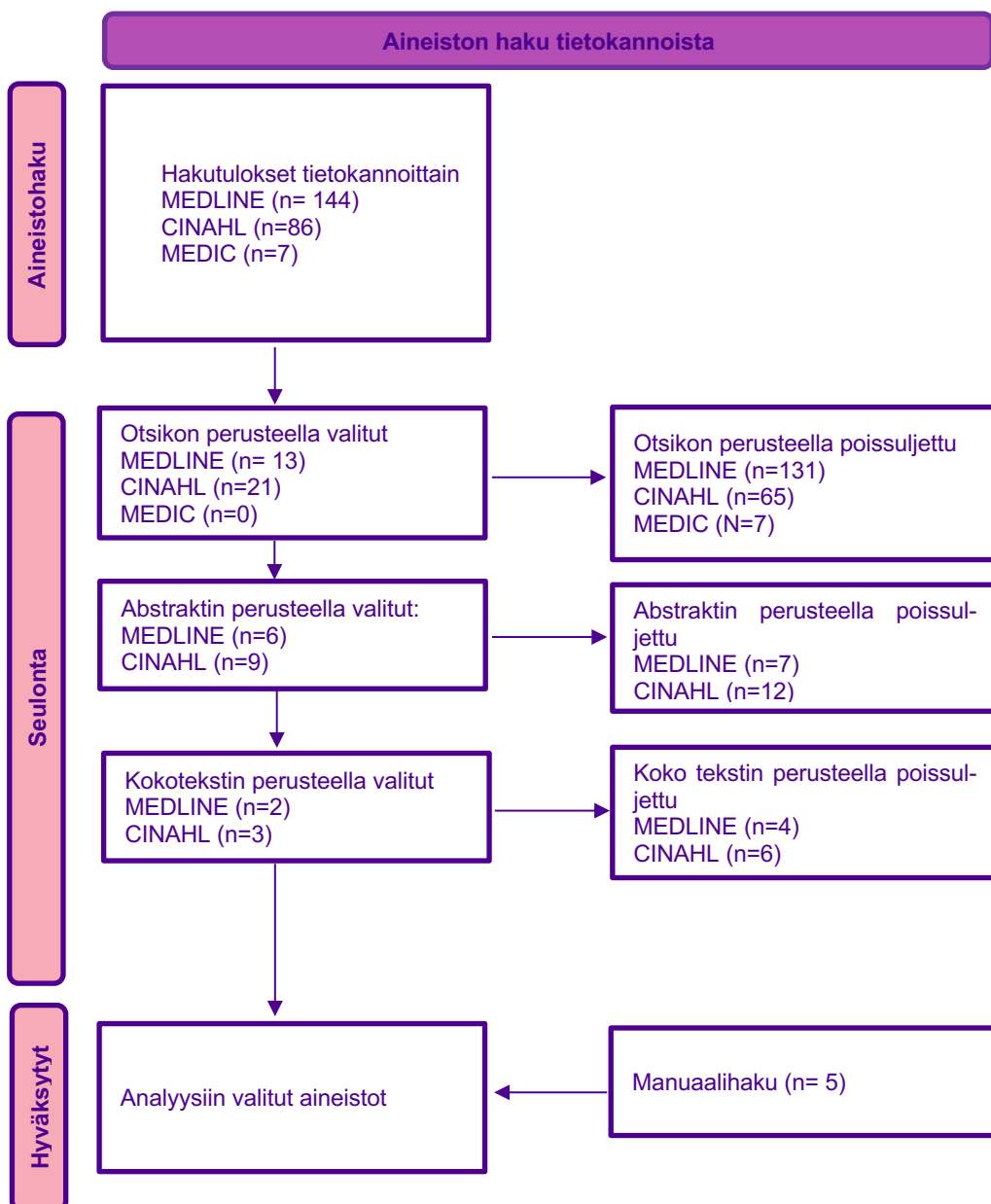
Opinnäytetyön tiedonhaku aloitettiin Medlinesta ja Cinahlista, jotka ovat kätilö- ja hoitotyön kannalta yhdet merkittävimmistä tietokannoista. Medlinesta tuloksia tuli 144 kappaletta, mikä oli lopullisessa tiedonhaussa suurin määrä tuloksia. Suurin osa näistä artikkeleista rajattiin ulkopuolelle otsikon perusteella, koska ne eivät esimerkiksi liittyneet tämän opinnäytetyön aiheeseen tai ne tarkastelivat aihetta eri näkökulmasta. Moni hylätyistä artikkeleista käsitteli esimerkiksi alatiesynnytystä sektion sijaan. Otsikon perusteella valittuja tutkimuksia oli 13 kappaletta. Tiivistelmän perusteella valittiin 6 tutkimusta, joista koko tekstin perusteella valittiin 2 tutkimusta. Cinahl tietokannasta tuloksia tuli 86 kappaletta. Otsikon perusteella jäljelle jäi 21 tutkimusta. Tiivistelmän perusteella jäljelle jääneistä valittiin 9 tutkimusta, joista koko tekstin pohjalta valikoituivat 3 tutkimusta. Kolmantena tietokantana käytettiin kotimaista Medic tietokantaa, josta tuloksia saatiin 7 kappaletta. Tulokset eivät vastanneet tarpeeksi tämän opinnäytetyön aihetta, joten niistä ei valikoitunut ainuttakaan.

Tiedonhaun jälkeen edettiin manuaalihakuun. Tässä hyödynnettiin hyväksi havaittujen tutkimuksien lähdeluetteloja, joiden avulla etsittiin manuaalisesti lisää hakukriteerit täyttäviä tutkimuksia. Manuaalihauilla valikoitui 5 tutkimusta lisää kirjallisuuskatsauksen aineistoon. Opinnäytetyön aineiston valintaprosessissa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että valittu aineisto vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymykseen.

Opinnäytetyön tiedonhaussa käytetyt tietokannat, hakulausekkeet ja tuloksien määrät ovat kuvattu Taulukossa 3, jonka jälkeen Kuviossa 1 on esiteltynä aineiston hakuprosessi. Liitteenä on myös taulukko, jossa esitellään jokainen aineistoon valittu tutkimusartikkeli (liite 2).

TAULUKKO 3. Hakulausekkeet tietokannoittain

Tietokanta	Hakulauseke	Tulokset
MEDLINE	("golden hour" or "skin-to-skin contact") AND (c-section or "cesarean section" or "caesarean section" or "cesarean delivery" or caesarean or cesarean)	144 kpl
CINAHL	("golden hour" or "skin-to-skin contact") AND (c-section or "cesarean section" or "caesarean section" or "cesarean delivery" or caesarean or cesarean)	86 kpl
Medic	ensi-imetys ihokontakti* "Golden Hour" AND sektio* keisarileikkau*	7 kpl



KUVIO 1. Aineiston hakuprosessi. Kuviossa mukailtu PRISMA 2020 flow diagramia (Page ym. 2020, muokattu).

4.4 Aineiston laadunarviointi

Tutkimusartikkeleiden laatu arvioidaan ennen niiden hyväksymistä aineistoksi. Laadunarviointi lisää tutkimustiedon luotettavuutta ja sen tavoitteena on valita hyvälaatuisia tutkimuksia. Jokaisen tutkimusartikkelin arviointiin osallistuu vähintään kaksi työryhmän jäsentä. Jäsenillä tulee olla hyvä tutkimusmetodinen osaaminen. Ennen laadunarvioinnin aloittamista työryhmän jäsenten tulee sopia laadunarvioinnin läpäisylle pisteraja, joka on yleensä vähintään 50 % kriteereistä. (Hoitotyön tutkimussäätiö n.d.) Tässä opinnäytetyössä laadunarvioinnin läpäisyn pisterajaksi sovittiin 50 %. Opinnäytetyön molemmat jäsenet tekivät itsenäisesti laadunarvioinnin tutkimusartikkeleille. Saatuja tuloksia verrattiin keskenään ja poikkeavuuksista keskusteltiin. Lopullinen laadunarvioinnin pisteytys tehtiin yhteisymmärryksessä.

Opinnäytetyössä laadunarviointi tehtiin Kangasniemen, Pakkasen ja Korhosen mukaan (2015). Kyseissä laadunarvioinnissa tutkimusartikkelit pisteytetään kuuden kohdan perusteella asteikolla ”kyllä”, ”heikosti” tai ”ei raportoitu”. Laadunarvioinnissa matalin mahdollinen pistemäärä on 0 pistettä ja korkein pistemäärä on 6 pistettä. Laadunarvioinnin läpikäyneet tutkimusartikkelit saivat 4–6 pistettä eli yhtäkään tutkimusartikkeliä ei ollut tarpeellista hylätä laadunarvioinnissa saadun pistemäärän vuoksi. Tarkka tutkimusartikkelikohtainen laadunarvioinnin pisteytys on nähtävillä liitteessä 3.

4.5 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi eli kuvailun rakentaminen on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin ja se käynnistyy jo aineistoa valittaessa. Sen tavoitteena on muodostaa laadullinen kuvailu tutkimuskysymykseen vastaavan aineiston pohjalta sekä uusien johtopäätösten tekeminen. Kuvailun rakentaminen sisältää elementtejä muista laadullisista analyysimenetelmistä. Aineiston analysoinnin pääosassa on kuitenkin aineiston syntetisointi. Kuvailussa yhdistetään ja analysoidaan sisältöä

kriittisesti syntetisoiden tietoa eri tutkimuksista. Valitusta aineistosta haetaan ilmiön kannalta merkityksellisiä seikkoja, joita ryhmitellään sisällöllisesti kokonaisuuksiin esimerkiksi teemoittain tai kategorioittain pyrkimyksenä luoda jäsentynyt kokonaisuus. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellistä oli poimia ja jäsenellä valitusta aineistosta keinot, joilla tutkittuun tietoon vedoten pystytään edistämään Golden Hourin toteutumista sektiossa. Edistämiskeinojen poimiminen toteutettiin siten, että jokainen aineistoon kuuluva tutkimusartikkeli läpikäytiin yksitellen ja niistä nousseet edistämiskeinot taulukoitiin tutkimusartikkeleittain. Taulukointi lisäsi työvaiheen järjestelmällisyyttä, mikä lisää työvaiheen toteutuksen luotettavuutta. Tämän työvaiheen jälkeen jokaisesta aineistoon kuuluvasta tutkimusartikkelista oli taulukoituna sen sisältämät Golden Hourin edistämiskeinot sektiossa. Kuvailun rakentamisessa edettiin ryhmittelemällä edistämiskeinot teemoittain. Ryhmittelyssä hyödynnettiin värikoodeja eri teemoille, mikä lisäsi työvaiheen järjestelmällisyyttä. Aineiston pohjalta muodostui yhdeksän teemaa, joista jokaiseen lukeutui useita Golden Hourin edistämiskeinoja sektiossa.

5 TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset voidaan jakaa yhdeksään teemaan, joiden mukaan seuraavat kappaleet ovat nimetty. Jokainen teemoista sisältää useita keinoja, joilla voidaan tutkittuun tietoon vedoten edistää Golden Hourin toteutumista sektiossa.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden tulokset olivat yhteneväisiä. Tutkimusartikkelien yhteneväisyydet mahdollistivat aineiston synteessin. Tuloksissa käytetään Golden Hour -käsitteen sijaan käsitettä ihokontakti, koska se on käytetympi termi opinnäytetyön aineistossa. Ihokontakti on merkittävä vaihe, koska Golden Hour alkaa ihokontaktilla, eikä ilman sitä Golden Houria voida toteuttaa.

5.1 Terveysthuollon ammattilaisten ja vanhempien kouluttaminen

Synnyttäjien ja tukihenkilöiden kouluttaminen ihokontaktin tärkeydestä leikkaussalissa on koettu merkittäväksi ihokontaktin toteutumisen kannalta (Koopman ym. 2016; Stevens ym. 2016; Boyd 2017). Varhaisen ihokontaktin hyödyistä on hyvä keskustella ja motivoida vanhempia jo raskauden aikaisilla käynneillä (Koopman ym. 2016). Keskustelemisen lisäksi vanhemmille voi jakaa esimerkiksi esitteitä, joissa kerrotaan ihokontaktista leikkaussalissa (Grassley & Jones 2014).

Vanhempien koulutuksen lisäksi koko henkilökunnan kouluttaminen ihokontaktin toteuttamisesta leikkaussalissa koettiin tärkeäksi (Koopman ym. 2016; Stevens ym. 2016; Boyd 2017; Maria ym. 2018; Thompson & Maeder 2021). Ryhmäsimu-laatiot sekä protokollan harjoittelu koettiin hyödylliseksi turvallisen ihokontaktin toimintatavan löytämiseksi (Grassley & Jones 2014). Edellä olevien keinojen tueksi voidaan käyttää erilaisia täydennyskoulutuksia (Hung & Berg 2011), opetusvideoita ja diaesityksiä (Grassley & Jones 2014; Maria ym. 2018), sekä kollegoiden kesken mentorointia (Crenshaw ym. 2012)

5.2 Sektion uudelleensuunnittelu

Stevens ym. (2016) ehdottavat leikkaussalin uudelleensuunnittelua. Uudelleensuunniteluun voi kuulua anestesiavälineiden uudelleensijoittamista esimerkiksi sijoittamalla tippateline synnyttäjän käsivarsilautojen kirurgiselle puolelle tai vaihtamalla muiden leikkaussalilaitteiden paikkaa, voidaan helpottaa vastasyntyneen asettamista synnyttäjän rintakehälle (Hung & Berg 2011; Crenshaw ym. 2012).

Thompson ja Maeder (2021) lisäsivät ihokontaktille oman kohdan ennen jokaista sektiota läpikäytävään kaavakkeeseen. Myös Grassley ja Jones (2014) huomasivat ihokontaktin lisäämisen pakollisiin dokumentteihin kannustaneen jatkamaan ihokontakti-käytäntöä.

Helpottaakseen ihokontaktin toteutumista Hung & Berg (2011) kokivat hyödylliseksi selkeän protokollan tai esimerkiksi vuokaavion laatimisen. Thompsonin ja Maederin (2021) ehdotus on tehdä uusi ohjeistus, joka sisältää ihokontaktin kaikille siihen sopiville synnyttäjille ja vastasyntyneille vähintään 15 minuutin ajan ensimmäisen tunnin aikana leikkaussalissa.

5.3 Tilan tekeminen vastasyntyneelle

Synnyttäjän vaatetus tulee asetella siten, että vastasyntyneelle on tilaa rintakehän päällä, jotta ihokontakti on mahdollista toteuttaa (Hung & Bergen 2011; Crenshaw ym. 2012; Stevens, Schmied, Burns & Dahlen 2016; Boyd 2017). Lisää tilaa synnyttäjän rintakehälle saadaan, kun sydämen seurantaelektrodit sijoitetaan muualle, kuin suoraan rintakehälle (Crenshaw ym. 2012; Stevens ym. 2016; Maria ym. 2018; Kram 2021). Silloin vastasyntynyt ei makaa elektrodien päällä (Stevens ym. 2016). Näiden lisäksi steriili leikkausliina voidaan siirtää mahdollisimman alas rintakehältä tilan maksimoimiseksi (Hung & Berg 2011; Stevens ym. 2016).

5.4 Ihokontaktia häiritsevien tekijöiden vähentäminen

Jotta synnyttäjä pystyisi pitämään vastasyntyneestä turvallisesti kiinni, kanyyli voitaisiin sijoittaa kämmenselkään tai ranteeseen peukalon yläpuolella (Stevens

ym. 2016). Myös pulssioksimetrin sijoittamista korvanlehteen, ei-dominoivaan käteen tai varpaaseen sormen sijasta voidaan harkita (Crenshaw ym. 2012; Stevens ym. 2016; Kram ym. 2021).

5.5 Arviointi ihokontaktin aloittamisesta

Jokaista synnyttäjää tulisi pitää ehdokkaana toteuttamaan ihokontaktia. Ennen syntymää voidaan arvioida vauvan mahdollisuutta päästä ihokontaktiin. Myös synnyttäjän vointia tulee arvioida ennen ihokontaktin aloittamista. (Boyd 2017.) Syntymän jälkeen vastasyntynyt kuivataan ja suoritetaan nopea alustava arvio vastasyntyneen voinnista. Alustavan arvion jälkeen vauva asetetaan synnyttäjälle tai tukihenkilölle ihokontaktiin. (Grassley & Jones 2014; Kram ym. 2021.)

5.6 Vastasyntyneen ja synnyttäjän lämpötaloudesta huolehtiminen

Leikkauksen alussa synnyttäjä voidaan peitellä lämpimällä peitolla (Boyd 2017). Vastasyntyneen jäähtymistä voidaan estää siten, että välittömästi ihokontaktin alkaessa vastasyntyneen päälle asetetaan esilämmitetty peitto. (Hung & Berg 2011; Boyd 2017; Maria ym. 2018; Kjelland ym. 2020.) Tukihenkilöä voidaan kannustaa pitämään lämmitettyä peittoa valmiina, jotta vastasyntynyt voidaan peitellä välittömästi ihokontaktin alettua (Stevens ym. 2016). Crenshaw ym. (2012) ehdottavat, että leikkaussalin lämpötilaa nostetaan ja hoitohenkilökunnalle annetaan käyttöön jäähdytysliivit.

5.7 Ihokontaktin ylläpitäminen

Sairaalan rutiininomaisia toimenpiteitä heti syntymän jälkeen tulisi viivästyttää, kun vastasyntynyt on ihokontaktissa. Poikkeuksena tilanteet, joissa ihokontaktin keskeytyminen tai viivästyminen ovat lääketieteellisesti perusteltuja. (Koopman ym. 2016.) Apgar-pisteet voidaan antaa vastasyntyneen ollessa ihokontaktissa. Vastasyntyneen hengitystä tarkkaillaan ja arvioidaan esimerkiksi pulssioksimetrin avulla. Jos synnyttäjä ja vastasyntynyt ovat vakaita, voidaan vastasyntynyt auttaa rinnalle ensi-imetystä varten. Vastasyntyneen mittaukset otetaan katkeamattoman ihokontaktin ja ensi-imetyksen jälkeen. (Kram ym. 2021.)

Tukihenkilöä voi kannustaa ja ohjata tukemaan vastasyntyntä esimerkiksi pitämällä kiinni vastasyntyneen reidestä (Crenshaw ym. 2012; Boyd 2016). Hoitaja voi myös seistä synnyttäjän pään puolella ja tukea vastasyntyntä (Maria ym. 2018). Synnyttäjän mukavuutta voidaan lisätä asettamalla ylimääräinen tyyny käsisivaren alle, mikä helpottaa vastasyntyneen tukemisessa (Stevens ym. 2016).

5.8 Toimiva yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö leikkaussalihenkilökunnan välillä mahdollistaa käytännön muutokset (Grassley & Jones 2014; Koopman ym. 2016). Yhteistyön lisäksi tehokas viestintä leikkaussalihenkilökunnan kesken ja potilaan välillä ovat ihokontaktin onnistumisen edellytykset. Tehokas viestintä takaa sen, että koko tiimi on tietoinen aikomuksesta toteuttaa ihokontaktia. (Hung & Berg 2011; Boyd 2017.) Avaimena muutokseen koettiin potilaiden positiiviset kokemukset, sekä henkilökunnan onnistumisen kokemukset (Grassley & Jones 2014; Boyd 2017). Myös esihenkilöstön aktiivinen tuki ja kannustaminen koettiin edistäväksi tekijäksi (Boyd 2017).

5.9 Nimetty hoitaja

Boyd (2017) ehdottaa tutkimuksessaan, että vastasyntyneellä on oma nimetty hoitaja, joka auttaa ihokontaktin toteuttamisessa sekktion aikana. Nimetty hoitaja pysyy vastasyntyneen luona leikkaussalista pois siirtymiseen asti. Crenshaw ym. (2012) kokeilivat samantapaista ratkaisua, jossa synnyttäjälle ja vastasyntyneelle molemmille annettiin omat nimetyt hoitajat ihokontaktin ajaksi. Kjelland ym. (2020) nimesivät oman hoitajan, joka huolehti vain ihokontaktista leikkaussalissa. Nimetty hoitaja pysyy synnyttäjän pään lähetyvillä ja tarkkailee vastasyntyneen ja synnyttäjän hyvinvointia (Kram ym. 2021). Vaikka osastolla ei olisi resursseja nimettyihin hoitajiin, henkilöstömäärän ylläpitäminen ja henkilöstön jakautumisen tarkistaminen on tärkeää, sillä se voi edistää ihokontaktin toteutumista (Stevens ym. 2016).

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu, jossa on olennaista, että se sisältää pohdinnan tuotetusta tuloksesta. Se sisältää myös etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. Tässä työvaiheessa kootaan ja tiivistetään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuottamat keskeiset tulokset. Johtopäätösten lisäksi voidaan esittää myös jatkotutkimushaasteita. (Kangasniemi ym. 2013, 297.) Tulosten tarkastelussa on yhdistetty opinnäytetyön tekijöiden omaa pohdintaa kirjallisuuskatsauksesta nousseihin tuloksiin. Eettisyyttä ja luotettavuutta käsitellään kohdassa 6.3 Eettisyys ja luotettavuus. Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset esitellään kohdassa 6.2.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, miten Golden Hourin toteutumista voidaan edistää, kun synnytystapana on sektio. Tuloksista nousi esiin monia eri käytännön keinoja, joilla voidaan edistää Golden Hourin toteutumista sektiossa. Tavoitteena oli kerätyn tiedon avulla lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta Golden Hourista. On tärkeää ymmärtää Golden Hourin hyödyt synnyttäneelle ja vastasyntyneelle, koska tietoisuus hyödyistä lisää halua Golden Hourin toteutumisen edistämiseksi, minkä kautta voidaan lisätä sektioilla synnyttäneen ja vastasyntyneen hyvinvointia pitkälläkin tähtämällä. Kirjallisuuskatsaus lisää tietämystä eri keinoista Golden Hourin toteutumisen edistämiseksi.

Tuloksissa nousi esille hoitohenkilökunnan koulutuksen tarve. (Koopman ym. 2016; Stevens ym. 2016; Boyd 2017). Stevens ym. (2016) nostivat tutkimuksessaan yhdeksi ihokontaktia estäväksi tekijäksi henkilöstön puutteellisen tietämyksen ihokontaktiin liittyvistä suosituksista ja toteuttamisesta leikkaussalissa. Erilaiset protokollat (Koopman ym. 2016; Thompson & Maeder 2021) ja niiden harjoittelu esimerkiksi ryhmäsimulaatioiden avulla vahvistavat henkilökunnan valmiuksia toteuttaa ihokontaktia (Grassley & Jones 2014). Myös henkilökunnan vastustus toimintatapoihin kohdistuneisiin muutoksiin liittyen loi haasteita ihokontaktin toteuttamisen edistämiseksi (Boyd 2017). On ymmärrettävää, että toimintatapoja

ei haluta muuttaa, jos muutoksia seuraavista hyödyistä ei ole koulutettu kaikkia sektion kulkuun osallistuvia ammattilaisia. Tästä syystä on tärkeää kouluttaa koko leikkaussalissa työskentelevää henkilökuntaa, jotta jokainen heistä ymmärtää syyt muutoksen taustalla. Muutoksen tekeminen on helpompaa, kun taustalla on näyttöön perustuvaa tietotaitoa. Leikkaussalissa työskenteleminen perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön, joten kaikkien tulisi olla samaa mieltä muutoksen tarpeesta. Sairaalat voisivat hyötyä moniammatillisista palaverista, joissa käytäisiin läpi muutostarpeita Golden Hourin näkökulmasta. Kyseisissä palaverissa ammattilaisten olisi mahdollista tuoda esiin omia mielipiteitään ja ajatuksiinsa muutoksia koskien. Selkeän protokollan laatimisella varhaiselle ihokontaktille on tärkeä rooli Golden Hourin toteutumisen edistämiseksi (Koopman ym. 2016). Kun on yhteinen selkeä protokolla, jokainen tiimin jäsen tietää miten hänen tulee toimia.

Tuloksista kävi myös ilmi, että kommunikaatiolla ja toimivalla yhteistyöllä on merkitystä edistettäessä Golden Houria. Sen lisäksi, että leikkaussalin henkilökunta toimii sujuvasti keskenään, on tärkeää, että henkilökunnan ja potilaan sekä mahdollisen tukihenkilön välillä on avoin kommunikaatio. Henkilökunnan pitää osata kertoa varhaisen ihokontaktin hyödyistä ja tarjota apua varhaisen ihokontaktin aloittamiseen sekä ylläpitämiseen, jos synnyttäjät näin toivoo. Kaikki synnyttäjät eivät syystä tai toisesta uskalla tuoda toiveitaan esiin, minkä vuoksi henkilökunnan on tärkeää ottaa synnyttäjän toiveet puheeksi. Ne synnyttäjät, jotka saivat vastasyntyneen ihokontaktiin jo leikkaussalissa, olivat tyytyväisempiä ja he kokivat vähemmän kipua verrattuna synnyttäjiin, jotka eivät saaneet vastasyntyntä varhaiseen ihokontaktiin sektiossa. (Sundin & Mazac 2015.)

Koopman ym. (2016) mukaan varhaisen ihokontaktin hyödyistä on hyvä keskustella jo raskauden aikaisilla käynneillä. Suomessa neuvolakäynneillä käydään läpi muun muassa imetykseen ja synnytykseen liittyviä asioita. Näistä aiheista puhuttaessa, olisi luonnollista ottaa puheeksi myös Golden Hour ja varhaisen ihokontaktin hyödyt niin alatie- kuin sektiosynnytyksestä suunnittelevien kanssa. On myös hyvä muistaa, että vastasyntynyt hyötyy ihokontaktista, vaikka se ei johtaisi ensi-imetykseen esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa synnyttänyt ei halua imettää.

Jotta jokaisen sektioon tulevan synnyttäjän kohdalla muistettaisiin arvioida ihokontaktin toteuttamisen mahdollisuutta, olisi tärkeää, että ihokontakti olisi sisällytetty sektorin kulkuun esimerkiksi lisäämällä ihokontaktin mahdollisuuden arviointi osaksi tarkistuslistaa. Kun tarkistuslistaa käydään läpi, ihokontaktin kohdalla voitaisiin todeta "ei estettä ihokontaktille", jos näin on. Tällä tavoin ihokontaktin mahdollisuuteen on otettu kantaa, eikä se pääsisi unohtumaan, vaan jokaisella vastasyntyneellä ja synnyttäneellä olisi mahdollisuus saada ihokontaktin hyödyt. Jokaisista synnyttäjää ja vastasyntynyttä tulee pitää ehdokkaana varhaiselle ihokontaktille.

Sektorin kulun ja itse leikkaussalin uudelleensuunnitteluun helpottavat ihokontaktin toteuttamista ja ylläpitämistä. Leikkaussaleja onkin lähivuosina ja viime vuosikymmeninä kehitetty entistä toimivammiksi ja tilavammiksi. Leikkaussalit ovat erilaisia eri sairaaloiden välillä, mutta voitaisiin ajatella, että tarvittaessa muutoksia välineistön sijoitteluun on todennäköisesti mahdollista tehdä. Jokaisen sairaalan pitää arvioida omien leikkaussaliensa toimivuutta Golden Hourin näkökulmasta ja tehdä tarvittavia muutoksia sen ollessa mahdollista. Olisi esimerkiksi hyvä huomioida, että synnyttäjän pään puolella hoitaja tarvitsee tilaa tuodakseen vastasyntyneen synnyttäneen ihokontaktiin.

Suomessa sektioon menevällä synnyttäjällä on usein yllään sellainen vaate, jota pystyy helposti siirtämään siten, että vastasyntynyt pääsee synnyttäjän ihokontaktiin. Jotta vastasyntyneelle saadaan riittävästi tilaa synnyttäjän rintakehällä, voidaan sydämen seurantaelektrodien paikkaa harkita. Elektrodien paikkaa voidaan siirtää sivummalle, jotta rintakehä jää vapaaksi (Crenshaw ym. 2012; Stevens ym. 2016; Maria ym. 2018; Kram 2021). Elektrodit voidaan myös sijoittaa suuren yläselässä sijaitsevan epäkäslihaksen päälle (Stevens ym. 2016). Jos leikkaussalissa ei ole mahdollista helpottaa käsien liikkuvuutta esimerkiksi korvanlehteen asetettavan pulssioksimetrin avulla (Stevens ym. 2016), se ei kuitenkaan estä ihokontaktin toteuttamista. Tukihenkilöä voidaan ohjata tukemaan synnyttäneen rintakehälle asetettua vastasyntynyttä (Crenshaw ym. 2012; Boyd 2016), jolloin kämmenselässä oleva kanyyli, sormenpäässä oleva pulssioksimetri tai käsivarteen kiinnitetty verenpainemansetti eivät estä turvallista ihokontaktia. Tarvittaessa kätilö voi myös olla apuna vastasyntyneen tukemisessa (Maria ym.

2018). On kuitenkin tilanteita, joissa synnyttänyt ei esimerkiksi pysty pitämään vastasyntyntä ihokontaktissa, minkä takia on tärkeää, että mahdolliselle tukihenkilölle on annettu etukäteen tilaisuus vaihtaa ylleen sellainen yläosa, joka mahdollistaa ihokontaktin toteuttamisen vastasyntyneen ja tukihenkilön välillä tarvittaessa ja sitä halutessaan.

Ihokontaktin toteuttaminen leikkaussalissa saattaa herättää huolta vastasyntyneen turvallisuudesta. Esimerkiksi liittyen siihen, kenen vastuulla on tarkkailla vastasyntyneen vointia hänen ollessa ihokontaktissa synnyttäneellä. Jos vastasyntyntä ei mene synnyttäjän ihokontaktiin niin hänet saatetaan esimerkiksi kapaloida ja antaa tukihenkilön syliin tai vastaavasti kapaloida ja laskea vauvan liikuteltavaan laidalliseen sänkyyn. Näissäkään tapauksissa kukaan ammattilainen ei jatkuvasti vahdi vastasyntyneen vointia, jos paikalla on tukihenkilö, joten miksi hoitaja vahtisi vastasyntyntä seisomalla jatkuvasti synnyttäjän vierellä vastasyntyneen ollessa synnyttäneen kanssa ihokontaktissa. Esimerkiksi alatiesynnytyksessä vastasyntyntä voi olla synnyttäjällä ihokontaktissa samalla, kun kätilö ei ole enää synnytyssalissa paikalla tai kätilö esimerkiksi keskittyy synnytysvaurioiden ompeluun, jolloin vastasyntyntä tarkkailevat pääasiassa synnyttäjä ja mahdollinen tukihenkilö. Vastasyntyneelle voitaisiin ihokontaktissa asettaa esimerkiksi happisaturaatiomittari, jotta pystytään helpommin arvioimaan vastasyntyneen tilaa hänen ollessa ihokontaktissa. Tilanne on tietenkin eri, jos synnyttäjä on yksin ilman tukihenkilöä. Silloin hoitajaa voidaan tarvita paljonkin tukemaan vastasyntyntä, jos synnyttäjä ei siihen turvallisesti itse pysty. Ihokontaktin toteuttamista on siis arvioitava tilannekohtaisesti.

Boydin (2017) mukaan jokainen synnyttäjä pitää arvioida varhaista ihokontaktia estävien tekijöiden varalta. Yhdeksi estäväksi tekijäksi luetellaan synnyttäjän ahdistus, mikä voi joskus olla este vastasyntyneen ja synnyttäjän väliselle ihokontaktille, mutta näin ei pidä kuitenkaan ennalta olettaa. Synnyttäjän ollessa ahdistunut, saatetaan helposti ajatella, ettei vastasyntyntä voi asettaa synnyttäjän ihokontaktiin. Sen sijaan Koopman ym. (2016) toteavat, että synnyttänyt kokee hyvinvoinnin tunnetta päästessään pitämään vastasyntyntä ihokontaktissa. Eli toisin sanoen varhainen ihokontakti vastasyntyneen kanssa voi nimenomaan rauhoittaa ahdistunutta synnyttäjää. Jos ihokontaktin aloittamisen jälkeen synnyttäjä kuitenkin kokee haluavansa vastasyntyneen rintakehältä pois, voidaan hänet

siirtää ihokontaktiin mahdolliselle tukihenkilölle tätä toivoessaan. Tässä opinnäytetyössä pääpaino on synnyttäjän ja vastasyntyneen ihokontaktissa sillä kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusartikkeleiden tuloksissa ei käsitellä tukihenkilön ja vastasyntyneen välistä ihokontaktia. Samoja menetelmiä voidaan kuitenkin hyödyntää tukihenkilön ja vastasyntyneen välisessä ihokontaktissa.

Koopman ym. (2016) nostivat tutkimuksessaan esille, että välittömän ihokontaktin esteeksi voi tulla esimerkiksi potilastietojärjestelmän vaatimus kirjata vastasyntyneen paino ennen kuin hänet voidaan lisätä potilastietojärjestelmään. Suomessa käytetyt potilastietojärjestelmät mahdollistavat välittömän ja katkeamattoman ihokontaktin, jolloin mittaukset voidaan tehdä ja lisätä ne vastasyntyneen tietoihin myöhemmin.

Toisinaan kuulee, että ihokontaktin toteuttaminen sektiossa veisi liikaa hoitajan ajasta leikkaussalissa. Eri sairaaloissa on erilaisia toimintatapoja sektioiden hoitamisen suhteen, kun tarkastellaan aikataulua ja työnjakoa ammattilaisten kesken. Tähänkin liittyen sektioiden hoitamista tulisi uudelleen suunnitella siten, että hoitajalla olisi varmasti aikaa auttaa perheitä varhaisen ihokontaktin aloittamisessa ja ylläpitämisessä. Yksi sektio kestää useimmiten noin tunnin verran. Sen sijaan alatiesynnytyksessä kätilö saattaa viettää helposti parikin tuntia kerrallaan, minkä vuoksi sektorin voisi ajatella vievän jo alkujaan vähemmän aikaa kätilöltä alatiesynnytykseen verrattuna. Siitä huolimatta molemmissa synnytystavoissa pitäisi olla yhtäläiset mahdollisuudet varhaisen ihokontaktin toteuttamiselle.

Joskus sektorin jälkeen ongelmaksi muodostuu se, että kätilö ei työmääränsä vuoksi pysty olla yhtäjaksoisesti kovin kauaa heräämön puolella auttamassa synnyttäjää ihokontaktin ja imetyksen kanssa. Heräämön henkilökunnalla ei sen sijaan ole usein osaamista auttaa kyseisissä asioissa, vaan nimenomaan kätilön osaamiselle olisi tarvetta. Yhtenä vaihtoehtona olisi heräämön henkilökunnan kouluttaminen siten, että he osaisivat toteuttaa turvallista ihokontaktia ja auttaa imetyksen kanssa. Toinen vaihtoehto olisi, että heräämön puolella olisi yksi kätilö, jonka tehtävä olisi nimenomaan auttaa ihokontaktin ja imetyksen kanssa eikä hänellä olisi muita potilaita hoidettavana. Kun heräämössä ei ole synnyttäneitä, voisi kätilö siirtyä takaisin synnytysosaston puolelle.

Opinnäytetyön tekijöiden omien käytännön kokemusten mukaan ihokontakti toteutuu vaihtelevasti sektiosalissa, vaikka kaikki edellytykset ihokontaktiin olisivat. Ihokontaktin toteuttaminen leikkaussalissa voi riippua myös täysin kättilöstä ja hänen omista totutuista tavoistaan toimia sektiossa ihokontaktin suhteen. Golden Hour on myös käsitteenä aika tuore, joten työntekijöillä lienee vaihtelevasti tietoa varhaisen ihokontaktin toteuttamisesta leikkaussalissa, jos siihen ei ole yhteistä protokollaa.

On kuitenkin muistettava, että organisaatioiden välillä on eroavaisuuksia toimintatavoissa ja Golden Hourin toteutumisessa on sairaalakohtaisia eroja. Tämän takia jokaisen sektioita toteuttavan sairaalan on itse arvioitava omat toimintatansa ja tehtävä sen perusteella tarvittavat muutokset.

6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulokset tuovat monia erilaisia keinoja Golden Hourin edistämiseksi sektiossa. Golden Hourin edistämisen keinoja sektiossa löytyy paljon ja useimmat niistä ovat yksinkertaisia ja konkreettisia, kuten tuloksista käy ilmi. Pääsääntöisesti aineistojen tulokset ovat hyvin yhteneväisiä ja niistä pystyy tekemään johtopäätöksen.

Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan esittää seuraava johtopäätös:

1. Golden Hourin toteutumisen edistäminen on mahdollista selkäydinpuudutuksessa tehdyssä sektiossa, kun panostetaan valvottuun ihokontaktiin ja ensi-imeytyksen tukemiseen jo sektiosalissa.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten ja johtopäätöksen perusteella esitetään seuraavat suositukset kättilötyöhön listan muodossa (Liite 1). Listaa voidaan jakaa terveydenhuollon yksiköihin, missä sektioita toteutuu.

Tässä opinnäytetyössä aihe on rajattu koskemaan vain Golden Houria edistäviin keinoihin sektiossa. Hyvänä vastapainona tälle opinnäytetyölle olisi opinnäytetyö koskien Golden Houria estävistä tekijöistä, sillä monissa tutkimuksissa on nos-

tettu esiin edistävien tekijöiden lisäksi myös estäviä tekijöitä. Kätilötyön kehittämisen näkökulmasta merkityksellistä olisi, että havaittuja puutoksia ja vanhentuneita käytäntöjä uudistettaisiin tukemaan entistä enemmän synnyttäjän ja vastasyntyneen hyvinvointia, minkä takia jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan toiminnallista opinnäytetyötä, jossa tuotetaan koulutusmateriaali ammattilaisille Golden Hourin toteuttamisesta leikkaussalissa.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta, jotka ovat tutkimuksessa noudatettavia tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä on sovellettu. Opinnäytetyön luonnetta kuvaavat avoimuus ja vastuullisuus. Muiden tutkijoiden tekemiin töihin viitataan asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.) Tähän opinnäytetyöhön ei liity rahoituslähteitä tai muita merkittäviä sidonnaisuuksia.

Luotettavuuden lisäämiseksi tutkimusartikkeleille asetettiin sisäänottokriteerit, joissa tutkimusartikkeleille on asetettu esimerkiksi aikarajaus. Lisäksi opinnäytetyössä tekstiviitteet ja lähdemerkinnät ovat merkitty Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaisesti, mikä lisää myös opinnäytetyön luotettavuutta, koska tiedon alkuperä on lukijan tarkistettavissa. Tiedonhankinta ja raportointimenetelmissä noudatetaan Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeita ja sopimus opinnäytetyöstä on tehty Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Valmis opinnäytetyö käytettiin plagiaatintunnistusjärjestelmässä ennen julkaisemista.

Tiedonhaku on toteutettu systemaattisesti, parantaen opinnäytetyön validiteettia ja reliabiliteettia. Tiedonhaku on toteutettu laajasti niin kansainvälisistä kuin kotimaisista tietokannoista. Hakuprosessissa tuli vastaan joitakin artikkeleita, jotka eivät olleet saatavilla eikä siten kokonaan luettavissa. Kyseisiä artikkeleita ei ollut myöskään tilattavissa Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston kautta. Yhdeksi sisäänottokriteeriksi asetettiin se, että tutkimusartikkelin koko tekstin tulee olla saatavilla, minkä takia artikkelit, jotka eivät olleet kokonaan luettavissa karsiutui-

vat pois. Kyseisissä hylätyissä artikkeleissa on voinut olla opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen kannalta tärkeää tietoa, millä olisi voinut olla vaikutusta kirjallisuuskatsauksen tuloksiin. Toisaalta kirjallisuuskatsauksen aineistossa oli tutkimusartikkelien välillä paljon yhteneväisyyksiä, joten lienee epätodennäköistä, että hylätyt tutkimusartikkelit olisivat olleet aineiston kanssa ainakaan selvästi ristiriidassa.

Laadunarviointi lisää tutkimusartikkeleiden ja sitä kautta opinnäytetyön tulosten luotettavuutta. Alkuperäiset tutkimukset ovat pisteytetty laadunarviointitaulukon (Liite 3) mukaisesti. Artikkeleita on tarkasteltu yksi kerrallaan ja pohdittu sopivatko ne tutkimuskysymykseen ja kättilötyön näkökulmaan.

6.4 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2023 aiheen valinnalla. Aihe valikoitui opinnäytetyön tekijöiden oman kiinnostuksen ja vastaan tulleen tiedon aukon pohjalta. Opinnäytetyön tekijät kokivat, että tehdystä kirjallisuuskatsauksesta tulee hyötymään niin terveydenhuollon ammattilaiset kuin myös sektiolla synnyttävät ja heidän vastasyntyneensä. Aiheen valitsemisen jälkeen muotoiltiin opinnäytetyön kysymys, tavoite ja tarkoitus. Kevään aikana opinnäytetyön tekijät osallistuiivat hoitotyöntutkimusta, tilastotiedettä ja menetelmiä koskeviin opintoihin. Kesän 2023 alkuun mennessä opinnäytetyön tekijät olivat lisäksi osallistuneet suunnitelmaseminaariin, tehneet opinnäytetyön suunnitelman ja hakeneet lupaa opinnäytetyölle Tampereen ammattikorkeakoululta. Syksyllä 2023 alkoivat tiedonhakuprosessi ja opinnäytetyön aineiston valittiin. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin ja opinnäytetyön tuloksien teemat syntyivät. Syksyn aikana toteutui myös käsikirjoitusseminaari. Seminaareissa työstä saatiin palautetta ennalta määrätyiltä vertaisarvioijilta, kättilötyön tutkinto-ohjelman opettajilta sekä muulta opiskelijaryhmältä. Palautetta on pyydetty ja saatu myös omalta opinnäytetyön ohjaajalta useassa eri opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Vertaisarvioijien kanssa käytiin keskustelua myös seminaarien ulkopuolella. Loppuvuosi käytettiin opinnäytetyön loppuun saattamiseen. Viimeiset muokkaukset opinnäytetyöhön tehtiin tammi-kuussa 2024.

Opinnäytetyöprosessi on sujunut tekijöiden kokemuksesta kokonaisuudessaan luotettavasti ja eettisiä periaatteita noudattaen. Haasteiksi muodostuivat opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen tekemisestä sekä selkeän ohjeistuksen puute. Opinnäytetyöprosessista jäi kokemus, että kirjalliset ohjeet olivat riittämättömät, mikä johti siihen, että työhön piti tehdä isompiakin muokkauksia palautteen saannin jälkeen. Toisin sanoen, jos kirjalliset ohjeet olisivat olleet syvällisemmät, olisi tullut vähemmän muokattavaa ja siten vähemmän työtä. Ensimmäistä kirjallisuuskatsausta tehdessä aikaa meni pelkästään jo huolellisesti menetelmään perehtymisessä sekä ohjeiden etsimisessä. Tiedonhaku tietokannoista oli stressaavaa, koska tiedonhaun onnistumisesta koettiin epävarmuutta. Tiedonhaun onnistumisen vaikutukset kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen tiedostettiin. Saadun palautteen perusteella tuli kuitenkin varmuus siitä, että tiedonhaku ja aineiston valinta sujuivat oikealla tavalla. Aineiston analysointi koettiin työläänä, mutta se toteutettiin alusta alkaen järjestelmällisesti, mikä helpotti työskentelyä myös opinnäytetyön myöhemmissä vaiheissa. Opinnäytetyöprosessin aikana saatavilla olevaa ohjausta hyödynnettiin aina tarpeen mukaan.

LÄHTEET

Abdulghani, N. Edvardsson, K & Amir, L. 2020. Health care providers' perception of facilitators and barriers for the practice of skin-to-skin contact in Saudi Arabia: A qualitative study. *Midwifery* 81.

Balatero, J. Spilker, A & McNiesh, S. 2019. Barriers to Skin-to-Skin Contact after Cesarean birth. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 44 (3), 137–143.

Boyd, M. 2017. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing* 105 (6), 579–592. *

Crenshaw, J., Cadwell, K., Brimdyr, K., Widström, A-M., Svensson, K., Champion, J., Gilder, R. & Winslow, E. 2012. Use of a Video-Ethnographic Intervention (PRECESS Immersion Method) to Improve Skin-to-Skin Care and Breastfeeding Rates. *Breastfeeding Medicine* 7 (2), 69–78. *

Duodecim Terveyskirjasto. 2020. Ensi-imetys ja ihokontakti. Verkkosivu. Viitattu 25.4.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/odk00072>

Elvytys (vastasyntynyt): Käypä hoito -suositus. 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Perinatologisen seuran Suomen Neonatologit -alajaoksen ja Suomen Elvytysneuvoston asettama työryhmä. Artikkelin tunnus: hoi50065 Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 17.1.2024. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50065?tab=suositus#K1>

Grassley, J. & Jones, J. 2014. Implementing Skin-to-Skin Contact in the Operating Room Following Cesarean Birth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 11 (6), 414–416. *

Hakala, M. 2019. Ihokontaktin, ensi-imetyksen, vierihoidon ja täysimetyksen toteutuminen synnytyssairaaloissa. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 19.11.2023. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526223742.pdf>

Hoitotyön tutkimussäätiö. N.d. Tutkimustiedon laadun arvioiminen. Verkkosivu. Viitattu 14.11.2023. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>

Hung, K. & Berg, O. 2011. Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 36 (5), 318–324. *

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon /Narrative literature review: from a research question to structured knowledge. *Hoitotiede* 25 (4), 291-301.

Kangasniemi, M., Pakkanen, P. & Korhonen, A. 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 71 (8), 1744–1757.

Kjelland, K., Monroe, M., Moore, T., Cooper, H. & Davies, C. 2020. A dedicated nurse for skin-to-skin care after cesarean birth. *Nursing Management* 51 (7), 8–10. *

Koivisto, J. 2016. Sektiolapsen ensi-ihokontakti ja ensi-imetys. HUS. Viitattu 20.4.2023. https://bin.yhdistysavain.fi/1592698/JhJ0fcLu3mHQdNFPnwqH0TdhAh/Koivisto_Sektiolapsen_ensi-ihokontakti_ja_ensi-imetys.pdf

Koopman, I., Callaghan-Koru, J., Alaofin, O., Argani, C. & Farzin, A. 2016. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *The Journal of Clinical Nursing* 25 (9-10), 1367–1376. *

Kram, J., Montgomery, M., Moreno, A., Romdenne, T. & Forgie, M. 2021. Family-centered cesarean delivery: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* MFM 3 (6). *

Maria, A., Shukla, A., Wadhwa, R., Kaur, B., Sarkar, B. & Kaur, M. 2018. Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative. *Indian Pediatrics* 55, 765–767. *

Neczypor, J. Sharon, H. 2017. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health* 21(6), 462–472.

Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä (toim.) 2021. Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita.

Page, MJ., McKenzie, JE., Bossuyt, PM., Boutron, I., Hoffmann, TC., Mulrow CD., ym. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.

Pöyhönen, N. n.d. Vaiston varassa maaliin. Imetyksen tuki ry. PDF-tiedosto. Viitattu 25.4.2023. <https://imetyks.fi/wp/wp-content/uploads/2022/10/Poyhonen-Imetyksen-merkittava-ensimmainen-tunti-1.pdf>

Satasairaala. N.d. Sektio eli keisarileikkaus. Verkkosivu. Viitattu 25.4.2023. <https://www.satasairaala.fi/sektio-eli-keisarileikkaus>

Salminen, A. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto; 2011. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sevelius, P. 2016. Sektion jälkeinen ihokontakti leikkaussalissa. PowerPoint-esitys. Viitattu 20.4.2023. https://bin.yhdistysavain.fi/1592698/mbLZdnm3gtGM5n9JDVSr0TdHAg/2016_Sevelius_Sektion_jalkeinen_ihokontakti_leikkaussalissa.pdf

Shorey, S. Hong-Gu, H & Morelius, E. 2016. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery* 40, 207–217

Stevens, J. Schmied, V. Burns, E. & Dahlen, H. 2016. A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. *Midwifery* 37, 41–48. *

Sundin, C. & Mazac, L. 2015. Implementing Skin-to-Skin Care in the Operating Room After Cesarean Birth. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 40 (4), 249–255.

THL. 2021. Vauvamyönteisysohjelma synnytyssairaaloille. Verkkosivu. Viitattu 14.11.2023. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/vauvamyonteisyys/vauvamyonteisysohjelma-synnytyssairaaloille>

THL. 2023. Vauvamyönteisyys. Verkkosivu. Viitattu 14.11.2023. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/vauvamyonteisyys>

Thompson, N. & Maeder, A. 2021. Initiative to Increase Skin-to-Skin Contact in the Operating Room After Cesarean. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 50, 193–204. *

Tiitinen, A. 2023. Keisarileikkaus. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 22.12.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00873>

UNICEF. N.d. SKIN-TO-SKIN CONTACT. Verkkosivu. Viitattu 15.1.2024. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>

WHO & UNICEF. 2009. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for intergrated care. Viitattu 14.11.2023. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967_eng.pdf?sequence=1

WHO. N.d. Neonatal Clinical Practice Guidelines. Viitattu 15.1.2024. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/blz-mn-32-02-guideline-2018-eng-neonatal-clinical-guidelines-2018-2021.pdf>

* -merkityt lähteet aineistoa

LIITTEET

Liite 1. Suositukset Golden Hourin toteuttamisen edistämiseen

- Hae tietoa ja koulutusta ihokontaktin hyödyistä ja sen toteuttamisesta leikkaussalissa
- Lisää vanhempien tietoisuutta ihokontaktin hyödyistä
- Pidä jokaista synnyttäjää ja vastasyntynyttä ehdokkaana varhaiselle ihokontaktille
- Suunnittele leikkaussali siten, että ihokontaktia on mahdollista toteuttaa
- Arvioi vastasyntyneen ja synnyttäjän mahdollisuutta varhaiseen ihokontaktiin
- Tee vastasyntyneelle tilaa synnyttäjän rintakehälle
- Varmista, että synnyttäjä tai tukihenkilö voi tukea vastasyntynyttä hänen ollessa asetettuna rintakehälle
- Peittele synnyttäjä ja vastasyntynyt esilämmitettyihin peittoihin
- Huolehdi vastasyntyneen ja synnyttäjän voinnin valvomisesta ihokontaktia toteutettaessa
- Viivästyä rutiininomaisia toimenpiteitä, kuten vastasyntyneen mittauksia
- Anna vastasyntyneelle ja perheelle mahdollisuus katkeamattomaan ihokontaktiin ja ensi-imetykseen

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Nro.	Tekijä(t), vuosi, tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun arvioinnin pisteet laadunarviointi taulukon mukaisesti (Liite 3.)
1.	Boyd, M. 2017. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. AORN journal, 105(6), 579-59. Yhdysvallat	Antaa tietoa parhaista käytännöistä äidin ja vastasyntyneen ihokontaktin aloittamiseen keisarinleikkauksen aikana ja sen jälkeen.	Iowa-mallia käytettiin helpottamaan uusien toimintatapojen käyttöönottoa. Ihokontaktin onnistumista kartoitettiin kyselyllä, jonka hoitajat täyttivät sektion jälkeen.	Mediaaniaika sille, mitä vastasyntynyt vietti ihokontaktissa äitinsä kanssa oli 42.5 minuuttia. Se ylitti tavoitteen, sillä tavoite oli ollut 15–30 minuuttia.	6 p.

2.	Grassley, J. & Jones, J. 2014. Implementing Skin-to-Skin Contact in the Operating Room Following Cesarean Birth. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 11(6), 414-416. Yhdysvallat	Jakaa parhaita näyttöön perustuvia ja innovatiivisia keinoja ihokontaktin toteuttamiseen leikkaussalissa.	Tutkimuksessa tehtiin ensin tiedonhaku kahdesta tietokannasta, joidenka tuloksien pohjalta harjoiteltiin protokollaa ja toteutettiin sitä.	Pilottia kokeiltiin 44 perheen kanssa 2,5 kuukauden aikana. 80 % perheistä piti vastasyntynyttä ihokontaktissa leikkaussalissa. 43 % heistä piti vähintään 15 minuuttia, 37 % piti alle 15 minuuttia. 11 % perheistä kieltäytyi ja 9 % olivat estyneet toteuttamaan ihokontaktia vastasyntyneestä tai synnyttäjistä johtuvista syistä. Tutkimuksessa tavoiteaika oli vähintään 15min.	5 p.
3.	Stevens, J., Schmied, V., Burns, E. & Dahlen, H. 2016. A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. <i>Midwifery</i> 37, 41–48. Australia	Antaa tietoa ihokontaktia edistävästä ja estävästä tekijöistä leikkaussalissa.	Etnografinen tutkimus, jossa hyödynnetään kohderyhmiä, videotallenteita, kenttämistiinpanoja ja haastatteluja.	Iho-ihokontaktin tarjoamisessa leikkaussalissa on haasteita. Iho-kontaktin toteutumista voidaan parantaa lisäämällä henkilöstön ja vanhempien tietämystä, huomioimalla resursseja, parantamalla henkilökunnan viestintää sekä muokkaamalla ympäristöä.	6 p.

4.	Hung, K. & Berg, O. 2011. Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. <i>The American Journal of Maternal/Child Nursing</i> 36 (5), 318–324. Yhdysvallat	Parantaa imetyksen aloittamista terveillä vastasyntyneillä keisarileikkauksen jälkeen.	Laadunparannusprojekti, jossa toteutusprosessi sisälsi Plan-Do-Study-Act:in (PDSA), joka sisälsi suunnittelun, tekemisen, opiskelun ja toimimisen syklejä.	Intervention kolmen ensimmäisen kuukauden aikana keisarileikkauksella syntyneiden terveiden vauvojen varhaisen ihokontaktin määrä nousi 20 prosentista 68 prosenttiin.	5 p.
5.	Kram, J., Montgomery, M., Moreno, A., Romdenne, T. & Forgie, M. 2021. Family-centered cesarean delivery: a randomized controlled trial. <i>American Journal of Obstetrics & Gynecology</i> MFM 3 (6). Yhdysvallat	Verrata synnytyskokemusten tyytyväisyyttä perhekeskeisen tai perinteisen keisarileikkauksen saaneiden naisten välillä. Vertailussa oli myös ihokontaktin aloitus näiden kahden keisarileikkausmenetelmän välillä.	Aineistoa tyytyväisyydestä kerättiin 129:ltä synnyttäjältä käyttämällä muokattua Likert-asteikko (asteikko 1–5). Kahden eri keisarileikkauksimetodien vastauksia vertailtiin toisiinsa. Kuvailevia perustilastoja käytettiin kuvaamaan synnyttäjien ja vastasyntyneiden ominaisuuksia ja tuloksia, mukaan lukien ihokontaktiin kuluva aika	Tutkimuksessa ei havaittu eroa synnyttäjien tyytyväisyydessä. Perhekeskeisessä keisarileikkauksessa vastasyntynyt pääsi ihokontaktiin keskimäärin 11,2 minuuttia aikaisemmin, kuin perinteisessä keisarileikkauksessa.	6 p.

6.	Koopman, I., Callaghan-Koru, J., Alafin, O., Argani, C. & Farzin, A. 2016. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. <i>The Journal of Clinical Nursing</i> 25 (9-10), 1367–1376. Englanti	Antaa käsitys ammattilaisen näkökulmasta keskeisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat keskeytyksettömään varhaiseen ihokontaktiin terveiden täysiaikaisten vauvojen alatiesynnytyksen ja keisarinleikkauksen jälkeen.	Laadullinen tutkimus, jossa haastateltiin yhtätoista ammattilaista. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin käyttäen temaattista analyysiä.	Kriittisiä keskeytyksettömään varhaiseen ihokontaktiin vaikuttaneita institutionaalisia tekijöitä olivat riittämätön henkilöstö ja ammattilaisten koulutus varhaisesta ihokontaktista. Perheen tasolla tärkeiksi tekijöiksi tunnistettiin vanhempien koulutus ja motivaatio. Käyttönoton esteitä olivat kliinisen protokollan puuttuminen ja epäselvät määritelmät kelpoisille äideille ja vauvoille.	6 p.
7.	Thompson, N. & Maeder, A. 2021. Initiative to Increase Skin-to-Skin Contact in the Operating Room After Cesarean. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i> 50, 193–204. Yhdysvallat	Mitata leikkaussalissa vähintään 15 minuuttia kestävien ihokontaktien määrää keisarinleikkauksien yhteydessä ihokontakti aloitteen toteuttamisen jälkeen. Tavoitteena oli nostaa ihokontaktin määrää 20,3 prosentista 50 prosenttiin siihen soveltuvien vastasyntyneiden osalta.	Laatua parantava aloite, jossa käytetään ennen-jälkeen-toteutusmallia sekä kyselyjä.	Ihokontaktin määrä kasvoi. 15 minuuttia kestävä ihokontakti leikkaussalissa nousi 20,3 prosentista 24,7 prosenttiin. Minkä tahansa pituisten ihokontaktien kokonaismäärä ensimmäisen tunnin aikana nousi 30,4 prosentista 61,3 prosenttiin siihen soveltuneilla naisilla ja vastasyntyneillä aloitteen täytäntöönpanon jälkeen.	6 p.

8.	<p>Crenshaw, J., Cadwell, K., Brimdyr, K., Widström, A-M., Svensson, K., Champion, J., Gilder, R. & Winslow, E. 2012. Use of a Video-Ethnographic Intervention (PRECESS Immersion Method) to Improve Skin-to-Skin Care and Breastfeeding Rates. <i>Breastfeeding Medicine</i> 7 (2), 69–78.</p> <p>Yhdysvallat</p>	Edistää ihokontaktia ja täysimetystä sairaalassa oloaikana.	Tutkimuksessa käytettiin kuvailevaa havainnointisuunnittelua, jossa hyödynnettiin videoetnografiaa ja vuorovaikutusanalyysiä viiden päivän laadunparannuskokeilussa sekä vertailtiin sähköisiä potilastietoja.	<p>Ensimmäisessä osassa, 11 äitiä ja vastasyntynyttä osallistuivat. Heistä 10 (91%) pääsi välittömästi ihokontaktiin, kahdeksan (73%) saivat olla keskeytyksettömässä ihokontaktissa, yhdeksän (82%) suunnitteli imettävänsä, kuusi (67%) vastasyntyneistä oli täysimetettyjä sairaalasta lähtiessään, ja viisi (83%) kuudesta vastasyntyneestä, jotka kävivät läpi kaikki yhdeksän vaistonvaraista vaihetta ihokontaktin aikana, olivat täysimetettyjä sairaalasta lähtiessään.</p> <p>Toisessa osuudessa havaitsimme merkittävän, 25 prosentin, parannuksen ihokontaktin kokonaismäärässä lähtötilanteeseen verrattuna intervention jälkeisten kuukausien aikana pääasiassa keisarinleikkauksissa.</p>	6 p.
----	--	---	--	--	------

9.	Kjelland, K., Monroe, M., Moore, T., Cooper, H. & Davies, C. 2020. A dedicated nurse for skin-to-skin care after cesarean birth. <i>Nursing Management</i> 51 (7), 8–10. Yhdysvallat	Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia nimetyin vastasyntyneen hoitajan vaikutusta. Kyseinen hoitaja mahdollistaa ihokontaktin leikkaussalissa ja heräämössä äiti-vauva pareille keisarileikkauksen jälkeen tukeakseen vauvan siirtymistä kohdunulkoiseen elämään ja imetystä haluttaessaan.	Aineistoa kerättiin haastatteleamalla äitejä ja seuraamalla kirjauksia vauvojen ruokinnasta. Kliinisten tulosten ja kustannusten arviointi.	Äidit ja vauvat viettivät keskimäärin 94 minuuttia (keskipoikkeama = 30 minuuttia) ihokontaktissa ollessaan leikkaussalissa ja heräämössä. Äitien kanssa käydyt haastattelut toivat ilmi vahvaa potilastyytyvyyttä ihokontakti kokemukseen liittyen.	4 p.
10.	Maria, A., Shukla, A., Wadhwa, R., Kaur, B., Sarkar, B. & Kaur, M. 2018. Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative. <i>Indian Pediatrics</i> 55, 765–767. Intia	Tutkimuksen tarkoitus on kehittää varhaista ihokontaktia ja ensi-imetystä leikkaussalissa keisarileikkauksissa koskien terveitä sekä vain vähän ennenaikaisia vauvoja. Tavoite on nostaa onnistumisprosentti nolosta prosentista kahdeksaankymmeneen prosenttiin kahdeksassa viikossa.	Kyseessä on laadunparannusaloite. Peräkkäiset Plan-do-study-act (PDSA) -syklit tehtiin Point of Care -laadun parantamisen mukaisesti (POCQI). Projektissa hyödynnettiin kаланruotokaaviota, tilanneanalyysiä ja kulkukaaviota.	Plan-do-study-act syklin 1, 2 ja 3 jälkeen varhaisen ihokontaktin taso oli 87.5%, 90% ja 83.3%. Taso oli 100% 4 kuukauden kestävyysvaiheen jälkeen.	6 p.

Liite 3. Kirjallisuuskatsauksen aineiston laadunarviointi

Asteikko K= kyllä, H= heikosti, er= ei raportoitu

Tutkimus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite kuvattu	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
Tutkimusasetelma kuvattu	K	K	K	H	K	K	K	K	K	K
Tutkimusmenetelmät kuvattu	K	K	K	K	K	K	K	K	H	K
Teoreettinen viitekehys/käsitteet kuvattu	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
Esteet/rajoitukset esitetty	K	er	K	K	K	K	K	K	er	K
Johtopäätöksistä keskusteltu	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K

Taulukko Kangasniemen, Pakkasen ja Korhosen mukaan (2015) (Alkuperäinen Bowling, 2002 ja Gazarian, 2013)