

Katja Jussila, Tanja Lithovius-Eero, Annamari Löhönen

SYNNYTTÄMINEN KÄTILÖJOHTOISESSA SYNNYTYSYKSIKÖSSÄ

Kirjallisuuskatsaus

SYNNYTTÄMINEN KÄTILÖJOHTOISESSA SYNNYTYSYKSIKÖSSÄ

Kirjallisuuskatsaus

Katja Jussila, Tanja Lithovius-Eero,
Annamari Löhönen
Opinnäytetyö
Joulukuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Tekijät: Jussila, Katja, Lithovius-Eero Tanja ja Löhönen Annamari
Opinnäytetyön nimi: Synnyttäminen kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä
Työn ohjaajat: Koskela Terttu ja Paananen Ulla
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2011 Sivumäärä: 46 sivua + 9 liitesivua

TIIVISTELMÄ

Kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä synnytyksen luonnolliseen kulkuun puututaan mahdollisimman vähän. Synnytyksen hoidossa käytetään vähän tarpeettomia toimenpiteitä, tuetaan naisen omia voimavaroja ja lisätään mahdollisuutta fysiologiseen synnytykseen. Nämä asiat ovat myös valtakunnallisen kätilöiden ja asiantuntijoiden yhteistyössä toteuttaman Hyvä syntymä-hankkeen tavoitteita. Opinnäytetyömme liittyy tähän hankkeeseen. Kansainvälisesti synnytyksiä hoidetaan vaihtelevin käytännöin. Useissa Euroopan maissa naisilla on mahdollisuus valita kätilöjohtoinen synnytysyksikkö synnytyspaikakseen. Suomessa synnytyksiä hoidetaan sairaaloissa, synnytyksen kulkuun puututaan usein tarpeettomasti ja synnytyskipua hoidetaan myös lääkkeellisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata synnyttämistä kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä. Tavoitteena on tuoda kansainvälistä, näyttöön perustuvaa tutkimustietoa kätilötyön menetelmien mukaisesta synnytyksen hoidosta pienissä kätilöjohtoisissa synnytysyksiköissä. Toukokuussa vuonna 2011 voimaan tulleen uuden Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan äiti voi valita synnytyspaikkansa. Suomesta puuttuu tällä hetkellä kokonaan kätilöjohtoiset synnytysyksiköt. Haluamme herättää keskustelua saatujen tutkimustulosten perusteella siitä, voitaisiinko synnytyksiä hoitaa Suomesakin enemmän kätilötyön menetelmin.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka on toteutettu kirjallisuuskatsauksena. Valitsimme kirjallisuuskatsauksen tutkimusmenetelmäksi, koska aihetta on tutkittu paljon kansainvälisesti. Teimme alkuperäistutkimusten haun kansainvälisistä tietokannoista hakutermin avulla. Alkuperäistutkimuksista valitsimme seitsemän tutkimusta sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella. Analysoimme tutkimuksia aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tuloksena syntyi neljä yläkategoriaa, jotka olivat hoidon saatavuus, luonnollinen synnytys, äidin hallinnan tunne synnytyksen aikana sekä ohjaus, tuki ja kannustus. Tutkimukset osoittivat, että kätilöjohtoiset synnytysyksiköt ovat toimivia, turvallisia ja niille on kysyntää. Tutkimusten mukaan äidit haluavat synnyttää luonnollisesti ja kodinomaisessa ympäristössä, ja synnytyksen kulkuun puututaan mahdollisimman vähän.

Synnyttämistä kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä tulisi mielestämme tutkia jatkossa lisää. Esimerkiksi suomalaisten äitien mielipiteitä ja halukkuutta synnyttää kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä voitaisiin kartoittaa. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää kätilöiden omia arvioita heidän ammattitaidostaan hoitaa synnytyksiä kätilötyön menetelmin.

Asiasanat: kätilöjohtoisuus, kätilötyö, luonnollinen synnytys, synnytyskipu, toimenpiteet, turvallisuus

Authors: Jussila Katja, Lithovius-Eero Tanja & Löhönen Annamari
Title of the thesis: Childbirth in Midwife-Led Birthing Unit
Supervisors: Koskela Terttu & Paananen Ulla
Term and year when the thesis was submitted: Fall 2011
Number of pages: 46 pages + 9 appendix pages

ABSTRACT

In a midwife-led model of care the aim is to increase the chances of a physiological birth by refraining from non-essential medical intervention, and by moving the birth from the clinical environment of a hospital to a more homely environment. The Good Birth -project conducted in cooperation by Finnish midwives and experts share this aim. In many parts of the world childbearing women can choose to give birth in a midwife-led birthing unit. In Finland however childbirth usually takes place in a hospital setting where unnecessary medical interventions including medication for labor pain are increasingly being performed.

The aim of this thesis is to produce international, evidence-based research information on childbirths taking place in small birthing units that practice midwife-led care. According to the new Health Care Act brought into force in May 2011 women have the right to choose their birthplace. There are no midwife-led units in Finland at present. This thesis also aims to encourage discussion on whether more births could take place in midwife-led care.

This thesis was made using a qualitative method - a systematic literary review. This method was chosen since there is large amount of international research on the subject available, and it is proven to be one of the most reliable methods for gathering already existing information together. A material-based content analysis was used to analyze the material that was gathered from international databases with specific search methods. The analysis produced four main categories: 1. availability of care, 2. natural childbirth, 3. mother's sense of control during labor, 4. guidance, support and encouragement.

Research shows that midwife-led birth centers function well; they are safe and there is a growing public demand for them. Research also shows that mothers want to have a natural birth in a home-like environment with as few medical interventions as possible. Further research on midwife-led childbirth is warranted, for example whether women would be interested and willing to give birth in a midwife-led birthing unit in Finland.

Keywords: midwife-led, midwifery, natural childbirth, labor pain, medical interventions, safety

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
1 JOHDANTO.....	6
2 KÄTILÖTYÖ.....	8
2.1 Kätilötyön osaaminen ja periaatteet.....	8
2.2 Kätilötyön menetelmät.....	10
2.3 Säännöllinen synnytys ja synnytyksenhoito kätilötyön menetelmin.....	11
2.3.1 Avautumisvaihe.....	13
2.3.2 Ponnistusvaihe.....	15
2.3.3 Jälkeis- ja tarkkailuvaihe.....	16
2.4 Synnytyksen seuranta kätilötyön menetelmin.....	16
2.5 Synnytyskivun hoito.....	17
2.6 Lääketieteelliset toimenpiteet synnytyksenhoidossa.....	21
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	23
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	24
4.1 Alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi.....	24
4.2 Aineiston analyysi.....	28
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	30
5.1 Kätilöjohtoisen synnytysyksikön valintaan vaikuttavat tekijät.....	30
5.1.1 Hoidon saatavuus.....	30
5.1.2 Luonnollinen synnytys.....	32
5.2 Äitien kokemuksia kätilöjohtoisesta synnytyksestä.....	33
5.2.1 Ohjaus, tuki ja kannustus.....	33
5.2.2 Äidin hallinnan tunne synnytyksen aikana.....	34
6 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET.....	36
7 POHDINTA.....	38
7.1 Tulosten tarkastelua.....	38
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	40
7.3 Kehittämisehdotukset.....	42
LIITTEET.....	45

1 JOHDANTO

Synnytysten hoidosta käydään vilkasta keskustelua Suomessa tällä hetkellä. Yksi puhutuimmista aiheista on synnytysyksiköiden lakkauttaminen. Synnytysyksiköiden määrä on laskenut peräti 50 prosenttia vuodesta 1975 ja tällä hetkellä koko maassa on 31 synnytysyksikköä. Sosiaali- ja terveysministeriön päivystystyöryhmän ehdotuksen mukaan synnytyksiä halutaan keskittää tulevaisuudessa yksiköihin, joissa hoidetaan yli 1000 synnytystä vuodessa. (Virtanen 2011, 29.) Uusi terveydenhuoltolaki (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) antaa samaan aikaan synnyttäjille mahdollisuuden valita synnytyspaikan erityisvastuualueen sairaaloista ja myöhemmin vuoden 2014 jälkeen koko Suomen alueella (Härmä & Neitola 2011, 27). Euroopan Unionin ihmisoikeustuomioistuimen vuonna 2010 antaman päätöksen mukaan naisella on oikeus vapaasti valita synnytyspaikkansa, ja se kuuluu perusoikeuksiin ja yksityiselämän kunnioittamisen piiriin (Virtanen 2011, 29).

Suomen Kätilöliiton puheenjohtajan Terhi Virtasen mukaan kaikkien alle 1000 synnytystä vuodessa hoitavien synnytysyksiköiden lopettaminen ei tule lisäämään synnytysten turvallisuutta, yhdenvertaisuutta, oikeudenmukaisuutta tai perheiden toiveiden mukaista hoitoa. Hänen mukaansa turvallisuutta voidaan lisätä toimivalla ja osaavalla hoitoketjulla, kätilön vetämillä äitiysneuvoloilla, raskaana olevien naisten selkeämmällä jaolla matalan ja korkean riskin synnyttäjiin, synnyttäjien erityisvaatimukset huomioivilla synnytysyksiköillä, medikalisaation välttämällä, riittävällä koulutuksella sekä työkierrolla. (Virtanen 2011, 29.)

Samaan aikaan toimenpiteet synnytyksenhoidossa ovat lisääntyneet huomattavasti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen uusimman synnytystilaston ”Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloitain 2008-2009” mukaan peräti 76 prosenttia kaikista alateitse synnyttäneistä ensisynnyttäjistä sai epiduraali-, spinaali- tai yhdistetyn spinaali-epiduraalipuudutuksen synnytyskivun hoitoon. Saman tilaston mukaan ei-lääkkeellisen kivunlievityksen osuus ensisynnyttäjillä oli vain 32 prosenttia. Oksitosiini-infuusiota joko synnytyksen käynnistämiseksi tai sen edistämiseksi annettiin 71 prosentille ensisynnyttäjistä. Lisäksi runsas kolmannes ensisynnyttäjistä päätyi muuhun kuin spon-taaniin alatiesynnytykseen. (Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloitain Suomessa 2008-2009 2010, 1.)

Suomalaiset kätilöt hoitavat synnytyksiä pääsääntöisesti itsenäisesti, mutta he työskentelevät lääkärin alaisuudessa ja ylin päätösvalta synnytysyksikön toimintatavoista ja hoitokäytännöistä on ylilääkärillä. Kansainvälisesti synnytyksiä hoidetaan vaihtelevien käytäntöjen mukaisesti. Useissa maissa päävastuu säännöllisen synnytyksen hoidon suunnittelusta, järjestämisestä ja toteuttamisesta on kätilöllä. Synnytyksen hoidossa käytetään kätilötyön menetelmiä eikä synnytyksen luonnolliseen kulkuun puututa tarpeettomasti. Synnytyspaikkana voi olla pieni kätilöjohtoinen synnytysyksikkö. (Hatem,Sandall, Devane, Soltani & Gates 2008, 2-4.)

Kätilötyön menetelmien mukaisesta synnytyksen hoidosta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa tai kokemukseen perustuvaa näyttöä Suomessa. Aiheesta on tehty paljon kansainvälisiä tutkimuksia. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata synnyttämistä kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä. Tavoitteena on tuoda Suomeen kansainvälistä tutkimustietoa kätilötyön menetelmien mukaisesta synnytyksenhoidosta pienissä synnytysyksiköissä. Halusimme selvittää äitien kokemuksia kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä synnyttämisestä sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat kätilöjohtoisesta synnytyspaikan valintaan. Haluamme tällä aiheella herättää kiinnostusta ja keskustelua kätilötyön menetelmien mukaisesta synnytyksenhoidosta pienessä synnytysyksikössä.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka on osoitettu olevan yksi luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tutkimustietoa. Opinnäytetyö liittyy läheisesti valtakunnalliseen, kätilöiden ja asiantuntijoiden yhteistyössä toteuttamaan ”Hyvä syntymä” -hankkeeseen, jonka tavoitteena on edistää naisen omia voimavaroja vahvistavaa synnytyksen hoitoa, vähentää perustelemattomien toimenpiteiden käyttöä ja lisätä mahdollisuutta fysiologiseen synnytykseen. (Hyvä syntymä – Synnyttäjän jatkuvan tuen intervention kehittäminen ja arviointi 2010.)

Suomessa ei ole kätilöjohtoisia synnytysyksiköitä ja äidit synnyttävät pääsääntöisesti sairaalossa. Kätilöopiskelijoina olemme kiinnostuneita selvittämään, minkälaisia kätilöjohtoiset synnytysyksiköt ovat. Meitä kiinnostaa tieto synnyttämisen turvallisuudesta pienissä yksiköissä sekä kätilöjohtoisesta yksikön toimivuudesta synnytyksenhoidossa. Syvennämme omaa ammatillisuutta perehtymällä ajankohtaiseen keskusteluun suomalaisesta synnytyksenhoidosta sekä kätilöjohtoisiin synnytysyksiköihin kansainvälisen tutkimustiedon kautta.

2 KÄTILÖTYÖ

Kätilötyön päämääränä on eettisesti kestävä toiminta ja laadullisesti korkeatasoinen kätilötyö. Tämä edellyttää vahvaa osaamista, joka näkyy kätilötyötä ohjaavien arvojen, eettisten periaatteiden ja lainsäädännön mukaisena toimintana. Kätilö edistää naisen ja perheen hyvinvointia, tasa-arvaisuutta ja oikeuksien toteutumista yhteiskunnassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella. (Pienimaa 2009, 29.)

Kätilön tehtävät on määritelty Kansainvälisen kätilöliiton (International Confederation of Midwives) laatimassa kätilön määritelmässä sekä Euroopan neuvoston kätilödirektiivin 80/155/ETY 4 artiklassa (liite 1). Suurin osa artiklassa määrittelyistä tehtävistä koskee synnytyksenhoitoa. Kätilön tehtävänä on muun muassa hoitaa ja avustaa äitiä sekä seurata sikiön tilaa synnytyksen aikana, tunnistaa synnytyksen riskitilanteet ja ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin, hoitaa äitiä ja vastasyntyntä synnytyksen jälkeisenä aikana. (Raussi-Lehto 2009, 206.) Kätilötyö on jo pitkään pyrkinyt vapautumaan biolääketieteellisestä ihmisenäkemyksestä ja käsityksestä, että raskaus, synnytys ja siinä avustaminen ovat sairauksia, jossa tarvitaan aktiivista lääketieteellistä tarkkailua ja toimenpiteitä. (Paananen 2009, 24; Pienimaa 2009, 28-29.)

2.1 Kätilötyön osaaminen ja periaatteet

Kätilötyön osaamisalueita ovat kliininen, teoreettinen ja teknologinen osaaminen, ohjaus- ja vuorovaikutusosaaminen, johtamis- ja yhteistyöosaaminen, yhteiskunnallinen ja kulttuurinen osaaminen, tutkimus- ja kehittämisosaaminen, eettinen ja arvo-osaaminen sekä terveyden ja seksuaali-terveyden edistämisen osaaminen. Uusissa osaamisvaatimuksissa korostuvat erityisesti vaihtoehtoiset synnytyksen hoitokäytännöt, synnytyksen kivunlievitys, vanhempien ja lapsen varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, synnytykseen liittyvien pelkojen ja masennuksen tunnistaminen sekä naisen sosiaalinen tuki ja oikeudet potilaana. (Pienimaa 2009, 28-29.)

Kätilön työ on suurilta osin vuorovaikutussuhteessa olemista, jonka edellytyksenä on kätilön työn useiden osaamisalueiden aktivoituminen. Vuorovaikutuksellisella tuella pyritään synnyttäjän kasvun, terveyden, elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukemiseen sekä voimavarojen lisääntymiseen. Vuorovaikutuksen laatu on tukevaa ja auttavaa. Ammatillinen tuki on ensisijaisesti aktiivista kuuntelua, tilanteen tunnistamista ja asiakkaan rohkaisua. Kätilö ohjaa eri vuorovaikutuksen keinoin

asiakkaan tiedon käsittelyä ja päätöksentekoa. Poikkeustapauksissa, esimerkiksi hätätilanteissa, kätilö toimii asiakkaan puolesta. (Äimälä 2009, 39-40.) Synnytyksessä kätilön tehtävänä on tarjota synnyttäjälle emotionaalista ja tiedollista tukea sekä fyysistä apua ja puolustamista. Jatkuva tuen saaminen on yhteydessä lyhyempään synnytyksen keston, vähäisempään farmakologiseen kivunlievitykseen ja vähäisempiin operatiivisiin alatiesynnytyksiin. (Raussi-Lehto 2009, 214.)

Kätilötyötä ohjaavat yhteisesti sovitut periaatteet ja arvot. Niitä ovat kokonaisvaltaisen hoidon periaate, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, turvallisuus, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, hoidon jatkuvuus, perhekeskeisyys ja omatoimisuus. Kokonaisvaltaisen hoidon periaatteella tarkoitetaan naisen mahdollisuutta olla oma itsensä ja tehdä omaa hoitoaan koskevia valintoja ja ratkaisuja. Itsemääräämisoikeus toteutuu silloin, kun kätilö antaa naiselle riittävää, oleellista ja tosiasioihin perustuvaa monipuolista tietoa. Tasa-arvolla tarkoitetaan sitä, että sikiöllä on ihmisarvo ja oikeus ihmisarvoiseen kohteluun, unohtamatta äidin oikeutta päättää omasta kehostaan. Tasa-arvoisesti toimiva kätilö kohtaa työssään kaikki naiset yhtä arvokkaina, puolustaa naisen oikeuksia ja toimii tarvittaessa naisen puolesta. (Väyrynen 2009, 35-36.)

Yksilöllisyydellä tarkoitetaan sitä, että kätilö tiedostaa naisen elämäntilanteesta riippuvat voimavarat ja tarpeet. Terveyskeskeisyydellä hyödynnetään naisen omia voimavaroja ja tuetaan hänen vahvoja ja terveitä puolia. Turvallisuuden periaatteella tarkoitetaan kätilön vuorovaikutuksella ja työskentelytavoilla luomaa turvallista hoitoympäristöä ja – ilmapiiriä, mitkä edistävät naisen terveyttä. Vastuullisuus toteutuu, kun kätilö ottaa vastuuta asiakkaasta, mutta myös omasta työstä ja ammattitaidosta. Vastuullisuus on omistautumista ja halua tehdä työtä parhaalla mahdollisella tavalla. (sama.)

Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan suunnitelmallista, tavoitteellista ja koordinoitua yhteistyötä eri hoitoyksiköiden välillä. Tieto välittyy kaikille naisen hoitoon osallistuville. Perhekeskeisyydessä kätilö ymmärtää naisen sekä yksilönä että perheenjäsenenä. Kätilön on mahdollistettava puolison ja läheisten osallistumisen naisen hoitoprosessiin. Omatoimisuus toteutuu, kun kätilö antaa aktiivisesti tietoa ja tukea naiselle ja hänen perheelleen. Näin nainen voi saavuttaa itselleen ja terveydelleen asettamansa päämäärät ja ymmärtää valintojensa seuraukset. (sama.)

Syntymänaikaisen kätilötyön keskeisiä kliinisiä osaamisalueita ovat sikiön aseman määrittäminen synnytyskanavassa, luisen synnytyskanavan rakenteen ja keskeisten mittojen tunnistaminen, sikiön pään muovautumiseen liittyvien lainalaisuuksien hahmottaminen, synnytyksmekanismin hal-

linta ja synnyttäjän yleis-, ulko- ja sisätutkimus sekä vastasyntyneen hoito ja tarkkailu. Kätilön osaamisalueisiin kuuluu lisäksi riskien ja mahdollisten komplikaatioiden varhainen tunnistaminen ja synnytyslääkärin tai muun hoitohenkilökunnan konsultointi tarpeen vaatiessa. (Care in normal birth: a practical guide 1996, 4; Raussi-Lehto 2009, 214.)

2.2 Kätilötyön menetelmät

Nykyisten kätilötyön menetelmien (midwife-led care) syntymisen ja kehittymisen taustalla on ollut halu tarjota naisille luonnollinen ja positiivinen synnytyskokemus ilman turhia lääketieteellisiä toimenpiteitä. Päävastuu raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidon suunnittelusta, järjestämisestä, toteuttamisesta, arvioinnista ja siihen liittyvistä päätöksistä on kätilöllä. Sama kätilö tai kätilötiimi hoitaa naista ja perhettä koko raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan ajan, jolloin hoidon jatkuvuus ja yhtenäisyys turvataan. Tunnusomaista kätilötyön menetelmille on naisen ja perheen yksilöllinen tukeminen, ohjaaminen ja neuvonta läpi koko hoitosuhteen. (Hattem ym. 2008, 2-4.) Raskaus ja synnytys nähdään luonnollisina ja normaaleina elämäntapahtumina, joiden kulkuun puututaan mahdollisimman vähän ja vain, jos siihen on jokin lääketieteellinen syy (Kätilöiden vai lääkäreiden hoitomalli 2011b).

Yksikköjä, joissa synnytyksiä hoidetaan kätilötyön menetelmien mukaan, kutsutaan kätilöjohtoisiksi synnytysyksiköiksi (MLU, midwife-led unit) tai birth centereiksi. Ne ovat kodinomaisia, rentoja ja kiireettömiä, kätilöiden itsenäisesti johtamia pieniä synnytysyksiköjä. Samat kätilöt hoitavat naista ja perhettä sekä raskauden että synnytyksen aikana, jolloin turvataan yhtenäinen ja jatkuva hoito. Turhia lääketieteellisiä toimenpiteitä, kuten synnytyksen käynnistämistä tai nopeuttamista lääkkeellisesti, toistuvia sisätutkimuksia tai lääkkeellistä kivunlievitystä pyritään välttämään, vaan annetaan kehon omien hormonien ohjalla synnytyksen kulkua. Äitiä rohkaistaan kuuntelemaan omaa kehoaan ja toimimaan sen antamien viestien mukaisesti. Kätilötyön menetelmiä voidaan soveltaa tapauksissa, joissa synnyttävä nainen on perusterve, ja raskaus on sujunut ilman komplikaatioita (ns. matalan riskin synnyttäjä). Jos raskaus tai synnytys vaatii lääketieteellistä tai muuta erityistä osaamista, toimii kätilö luonnollisesti yhteistyössä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kätilöjohtoisilla synnytysyksiköillä ja birth centereillä on aina oma neuvonantajalääkäri, jota voidaan konsultoida tarpeen mukaan. Kätilöjohtoiset yksiköt voivat sijaita sairaaloiden sisällä, välittömässä läheisyydessä tai täysin erillään itsenäisinä yksikköinä (free-standing birth center). (Morano, S. Cerutti, F. Mistrangelo, E. Pastorino, D. Benussi, M. Costantini, S. & Ragni,

N. 2007, 333-334; Hatem ym. 2008, 2-4; Birth centre, tulevaisuuden trendi 2011a; Kätilöiden vai lääkäreiden hoitomalli 2011b.)

Kätilötyön menetelmiä sovelletaan käytäntöön muun muassa Australiassa, Uudessa-Seelannissa, Alankomaissa, Isossa-Britanniassa ja Irlannissa. Näissä maissa äitiyshuolto on rakentunut siten, että synnyttävät naiset (matalan riskin synnyttäjät) voivat halutessaan valita kätilöjohtoisia äitiyspalveluita. Synnytyksenhoidon ja eri menetelmien turvallisuudesta, tehokkuudesta ja kustannuksista käydään jatkuvaa kansainvälistä keskustelua. (Hatem ym. 2008, 2-4.) Esimerkiksi Isossa-Britanniassa kätilötyön asiantuntijat ovat huolissaan nykyisten äitiyspalveluiden laadusta ja turvallisuudesta sekä naisten valinnanvapauden toteutumisesta asiakasmäärien kasvaessa ja resursien pienentyessä. The King's Fund-säätiön tekemän selvityksen mukaan vain 10 prosenttia Isossa-Britanniassa tehdystä sairaalasyntyksistä hoidettiin kätilöjohtoisissa yksiköissä, vaikka kätilöjohtoisten palveluiden on tutkimusten avulla osoitettu olevan kustannustehokkaita, turvallisia ja laadukkaita. (Dreaper 2010 ja 2011, hakupäivä 25.5.2011.)

Suomessa säännöllisiä, matalan riskin synnytyksiä hoitaa kätilö, joka tarvittaessa konsultoi naistentautien ja synnytysten erikoislääkärinä synnyttäjän hoitoa koskevissa lääketieteellisissä kysymyksissä (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 77). Synnytyssairaaloiden toimintatavat voivat vaihdella alueittain ja se, kuinka synnytyksiä hoidetaan, riippuu paljon sairaalan ja synnytysosaston hallinnosta ja henkilökunnasta sekä kätilöiden omasta aktiivisuudesta kehittää toimintatapojaan. Tammisaaren, Vammalan ja Kätilöopiston sairaalat ovat olleet perinteisesti tunnettuja luonnonmukaisesta hoitofilosofiastaan. Suomesta puuttuutäysin kätilöjohtoiset synnytysyksiköt, joissa synnytyksiä hoidettaisiin puhtaasti kätilötyön menetelmien mukaisesti. (Synnytyspaikan valinta 2010e.) Kätilöjohtoisten äitiyspalveluiden kehittäminen Suomessa edellyttäisi laajaa äitiyshuollon uudelleenorganisointia.

2.3 Säännöllinen synnytys ja synnytyksenhoito kätilötyön menetelmin

Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa. Normaali täysiaikainen synnytys eli säännöllinen synnytys tapahtuu 38. – 42. raskausviikolla ja voi alkaa supistuksilla tai lapsiveden menolla ennen kohdun supistelua. (Sariola & Haukkamaa 2004, 325.) WHO:n mukaan synnytys on säännöllinen, kun se alkaa spontaanisti ja etenee matalan riskin synnytyksenä alusta loppuun

saakka eikä siihen liity ennalta tiedettyjä riskejä. Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi ovat hyvässä kunnossa. (Care in normal birth: a practical guide 1996, 4.)

Synnytyksen käynnistymisen tarkka syy on edelleen tuntematta. Mukana on monia sikiön, istukan, kohdun ja äidin fysiologisia toimintoja, jotka yhdessä saavat synnytyksen alkuun. Tiedetään, että sikiön kortisolieritys lisääntyy raskauden lopulla, mikä vähentää istukan progesteronieritystä ja lisää estrogeenituotantoa. Estrogeenien tiedetään lisäävän ja progesteronin vähentävän kohdun supistumisherkkyyttä. Tämä hormonaalinen muutos aktivoi myös prostaglandiinien syntyä kohdunkaulassa, katokalvossa ja sikiökalvossa. Prostaglandiinin lisääntyminen lisää supistusherkkyyttä ja oksitosiinin eritystä aivolisäkkeestä. Myös oksitosiinireseptoreiden määrä kohdussa lisääntyy. (Saarikoski 1994, 122; Sariola & Haukkamaa 2004, 325.) Oksitosiinihormoni saa aikaan kohdun supistelemisen ja sen heikko erittyminen päinvastoin vähentää supistuksia sekä hidastaa avautumisvaihetta. Oksitosiinin erittymistä lisää synnyttäjän kokema turvallisuuden tunne. (Hormonit ohjailevat synnytystä 2010a.) Näiden mekanismien lisäksi mukana on ilmeisesti suoria mekanismeja, jotka lisäävät kohtulihaksen aktiiviteettia. Yksi näistä on lapsivedessä olevien lisämunuaisen ytimen erittämien noradrenaliinin ja adrenaliinin määrän lisääntyminen. (Saarikoski 1994, 122.) Synnytys jaetaan neljään vaiheeseen: avautumisvaihe, ponnistusvaihe, jälkeisvaihe ja tarkkailuvaihe (Raussi-Lehto 2009, 209-210).

Synnytyksen hoidon lähtökohtana on, että synnytystapahtumaan puututaan mahdollisimman vähän. Hoidon tavoitteena on saattaa synnytys turvallisesti päätökseen. Sikiön ja äidin hyvinvointi ovat aina kaiken toiminnan lähtökohtana. (Ihme & Rainto 2008, 111.) Vähäisellä puuttumisella mahdollistetaan kehon luonnollinen hormonitoiminta ja annetaan hormonien ohjalla synnytyksen kulkua. Synnyttäjää rohkaistaan kuuntelemaan omaa kehoaan ja sen antamia viestejä. Kätilön tulee tunnistaa synnyttäjän omat voimavarat ja hyödyntää niitä synnytyksessä sekä tukea naisen kykyä synnyttää luonnollisesti. (Kätilöiden vai lääkäreiden hoitomalli 2011b.) Synnyttävälle naiselle annetaan mahdollisuusaktiivisesti osallistua synnytyksen kulkua koskevaan päätöksentekoon. Kätilön tehtävänä on antaa synnyttäjälle asianmukaista tietoa hänen valintojensa tueksi sekä tukea synnyttäjää kantamaan valintansa seuraukset. Kätilön tulee pyrkiä luomaan hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde synnyttävään äitiin. Näillä asioilla on todettu olevan positiivinen merkitys synnyttäjän psyykkiselle hyvinvoinnille ja synnytyskokemukselle. Monikulttuurisessa maailmassa kätilön on lisäksi hyvä tuntea erilaisia kulttuuritapoja ja toimia niitä kunnioittaen. Tutkimustiedon mukaan kätilöllä on ammattiosaamista synnytyksen itsenäiseen hoitamiseen ja synnyttäjät ovat olleet tyytyväisiä siihen. Tukihenkilön kuten isän tai muun läheisen läsnäolo on synnyttäjälle tär-

keää, ja kätilön tehtäviin kuuluu tiedostaa ja tukea myös hänen rooliaan ja tehtäviään synnytyksessä. (Raussi-Lehto 2009, 206-209.) Synnytykseen liittyvät tapahtumat vaikuttavat voimakkaasti perheen sisäisiin suhteisiin ja aivan erityisesti äiti-lapsi-suhteeseen. Jos synnytyskokemus on hyvä ja positiivinen, äiti-lapsi-suhteen kehitys lähtee todennäköisesti hyvään alkuun. (Saarikoski 1992, 144.)

2.3.1 Avautumisvaihe

Synnytyksen ensimmäinen vaihe eli avautumisvaihe voidaan jakaa kahteen pääjaksoon: latenttiin eli piilevään avautumisen vaiheeseen ja aktiiviseen eli nopean avautumisen vaiheeseen. Latentissa avautumisvaiheessa kohdunkaula kypsyy ja kaulakanava lyhenee ja avautuu noin kolmeen senttimetriin. Aikaa tähän voi kulua useita tunteja, jopa päiviä (Chapman 2003, 9). Synnyttäneisyys nopeuttaa kohdunkaulan kypsymistä. Ensisynnyttäjällä kohdunkaula häviää aina ennen kohdunsuun aukeamista, kun taas uudelleensynnyttäjällä kohdunsuu avautuu jo ennen kaulakanavan häviämistä. Uudelleensynnyttäjän latentti avautumisvaihe on usein lyhyt, koska supistukset ovat jo valmiiksi lyhentäneet kohdun kaulan ja avanneet sitä 2-4 senttimetriä. Latentissa avautumisvaiheessa supistukset muuttuvat säännöllisemmiksi: ne toistuvat noin viiden minuutin välein ja kestävät 30-45 sekuntia (Sariola & Haukkamaa 2004, 326-327; Saarikoski 1994, 123-125.)

Latentin avautumisvaiheen tunnistaminen pelkkien lääketieteellisten kriteerien avulla on todettu hankalaksi, joten niiden lisäksi olisikin osattava tunnistaa synnyttävälle naiselle tyypillinen käyttäytyminen tämän vaiheen aikana. Naiset voivat olla innostuneita, jännittyneitä, kiihtyneitä tai tuskaisia. He yleensä haluavat saada vahvistusta sille, mitä heidän kehossaan tapahtuu, ja he hakevat tukea ja vahvistusta kätilöltä. Varsinkin ensisynnyttäjät saattavat liioitella synnytyksen etenemistä ja tuntemuksiaan, sillä he haluavat, että heidän jännityksensä ja pelkonsa tunnustetaan. (Chapman 2003, 8.) Latentissa avautumisvaiheessa kätilön tehtäviin kuuluu tarkkailla ja kuunnella äitiä, kohdata hänen tunteensa ja antaa realistinen kuva synnytyksen etenemisestä. Tämä voi olla kätilön ja äidin ensimmäinen kohtaaminen, joten se antaa kätilölle hyvän mahdollisuuden keskustella äidin odotuksista, tunteista ja synnytystoiveista. Kätilön tulee lempeästi kertoa synnyttäjälle, ettei synnytys ole vielä aktiivisessa vaiheessa ja ohjata häntä lievittämään epämukavaa oloa esimerkiksi käymällä lämpimässä suihkussa, kylpemällä tai torkkumalla. Myös hieronta, jyvähäpussit ja rentoutusmenetelmät voivat auttaa. Jos vauva liikkuu normaaliin tapansa, on tässä vaiheessa turvallista olla vielä kotona ja pyrkiä keräämään voimia tulevaa synnytystä varten. Äitiä voi ohjata syömään kevyesti ja juomaan riittävästi nesteitä. Synnytys voi alkaa myös lapsiveden

menolla eli sikiökalvojen puhkeamisella. Lapsiveden menon jälkeen supistukset alkavat yleensä vähitellen itsestään ja suurin osa naisista synnyttää 24 tunnin kuluessa. (Sariola & Haukkamaa 2004, sivu.) Mikäli synnytys on alkanut lapsiveden menolla eikä supistuksia vielä ole, lapsiveden väri ja määrä ovat normaaleja eikä sikiö ole perätilassa, voi äiti jäädä turvallisesti kotiin odottamaan supistusten alkamista. (Chapman 2003, 9; Synnytys 2011.)

Latenttia avautumisvaihetta seuraa aktiivivaihe, jolloin kohdunsuu avautuu 1-2 senttimetriä tunnissa. Supistukset ovat säännöllisiä, voimakkaita ja kipeitä, toistuvat noin 2-5 minuutin välein ja kestävät 45-60 sekuntia. Supistusten tarkoituksena on työntää sikiötä synnytyskanavassa alaspäin. (Saarikoski 1994, 123, 125; Chapman 2003, 9-10; Sariola & Haukkamaa 2004, 327-328.) Jos synnyttäjä joutuu tässä vaiheessa uuteen ja vieraaseen ympäristöön tai hän tuntee olonsa turvattomaksi, alkaa hänen kehonsa erittää adrenaliinihormonia. Adrenaliini estää endorfiinin ja oksitosiinin erittymistä, mikä saa aikaan supistusten ja synnytyksen hidastumisen. Myös kohtulihaksen hapensaanti pienenee, kun veri kulkeutuu sydämeen ja raajoihin adrenaliinin vaikutuksesta. Tämä voi tuntua lisääntyneenä kipuna. (Hormonit ohjailevat synnytystä 2010a.) Avautumisvaiheen kesto voi vaihdella paljonkin, ensisynnyttäjillä se on yleensä noin 8-12 tuntia, mutta voi kestää joskus jopa vuorokauden. Avautumisvaihe päättyy, kun kohdunsuu on kymmenen senttimetriä eli täysin auki. (Saarikoski 1994, 123.)

Avautumisvaiheen edetessä synnyttävä nainen vetäytyy itseensä, muuttuu hiljaisemmaksi ja käyttäytyy vaistomaisemmin, kun aivojen primitiiviset osat alkavat ohjata käyttäytymistä. Kommunikointi on lyhytsanaista ja hengitys raskaampaa ja kontrolloidumpaa. Aktiivisessa avautumisvaiheessa kättilön tulee tukea, ohjata ja kannustaa sekä synnyttäjää että tukihenkilöä, tarjota konkreettista apua kuten antaa juomista, hieroa synnyttävän naisen selkää tai auttaa häntä liikkumaan sekä olla saatavilla koko ajan. Kättilön tulee lisäksi tarjota äidille tietoa ja selittää, mitä tapahtuu. (Chapman 2003, 10-11.)

Aktiivivaiheen loppupuolella alkavaa jaksoa kutsutaan siirtymävaiheeksi. Tässä vaiheessa kohdunsuu avautuu 8-10 senttimetriin ja toiseen eli ponnistusvaiheeseen siirtyminen alkaa. Supistukset tulevat 2-3 minuutin välein ja kestävät noin minuutin. Tarjoutuva osa alkaa painaa enenevästi lantionpohjaa. (Synnytys 2011.) Tämä vaihe on synnyttävälle naiselle intensiivisin, kivuliaain ja tuskallisinkin vaihe. Stressihormonit ovat huipussaan, millä on positiivinen fysiologinen vaikutus synnytyksen kulkuun. Nainen kokee lisääntyneen energiantunteen, jota tarvitaan vauvan ulos ponnistamiseen. (Chapman 2003, 14-15.) Siirtymävaiheen tunnistaminen on tärkeää, sillä silloin synnyt-

täjä tarvitsee kaikkein eniten tukea, kannustusta ja läsnäoloa. Kätilön ja tukihenkilön rohkaiseva tuki ja kannustus auttavat tämän vaiheen yli. On tyypillistä, että synnyttävälle naiselle tulee tässä vaiheessa epätoivon ja voimattomuuden tunne ja usko omaan onnistumiseen ja jaksamiseen on koetuksella. (Synnytys 2011.) Kätilön tehtävänä on vakuuttaa, että vaihe on aivan normaali, ja että se yleensä ennustaa tulevaa ponnistusvaihetta ja lapsen syntymää. Synnytyskumppani voi tuntea olonsa avuttomaksi ja pyytää, että synnyttävän naisen epämukavalla olotilalle tehdään jotain. Tämä johtaa usein tarpeettomaan ja ajallisesti sopimattomaan lääkkeelliseen kivunlievitykseen. Kätilö voi tässä vaiheessa ehdottaa esimerkiksi kävelemistä, asennon vaihtamista tai hengitykseen keskittymistä lääkkeellisen kivunlievityksen sijaan. (Chapman 2003, 15-16.)

2.3.2 Ponnistusvaihe

Kun kohdunsuu on auennut kokonaan, supistukset saattavat hidastua tai jopa loppua kokonaan hetkeksi. Tämä johtuu usein siitä, että vauva ei ole laskeutunut vielä tarpeeksi alas tai kohtulihakereää voimia synnytykseen. Tämä lepovaihe, ns. rest and be thankful -vaihe saattaa kestää jopa 30 minuuttia tai pidempään. Joillakin äideillä tämä lepovaihe jää kokonaan välistä ja ponnistuksen tunne saattaa tulla jo ennen kuin kohdunsuu on kokonaan auennut. Synnyttäjät ilmaisee ponnistustarvetta lyhyillä sisäänhengitysvetoilla, hengityksen lyhytaikaisella pidättämisellä ja murahduksilla uloshengityksen aikana. Fyysisiä merkkejä ponnistusvaiheen lähestymisestä ovat muun muassa spontaani sikiökalvojen puhkeaminen, oksentelu sekä sikiön sydänäänten hidastuminen supistuksen huippuhetkellä. (Chapman 2003, 16-17.)

Kun sikiö on laskeutunut tarpeeksi alas, supistukset voimistuvat uudelleen. Synnyttäjän kannattaa hakeutua pysty-, kyökky- tai konttausasentoon ponnistamisen helpottamiseksi. Myös sikiön eteneminen lantion läpi helpottuu pystyasennossa. Synnyttäjät ponnistaa supistusten aikana omaa kehoaan kuunnellen ja sikiön pää syntyy vähitellen kätilön tukiessa välilihaa. Myös päätä on hyvä tukea painamalla varovasti pääläestä, jotta se ei synny liian nopeasti. Näin estetään isojen repeämien syntyminen. Normaalissa synnytyksessä sikiö syntyy takaraivotarjonnassa, jolloin leuka on rinnassa ja pää maksimaalisessa fleksiossa eteenpäin. (Chapman 2003, 17; Sariola & Haukamaa 2004, 327-328; Ihme & Rainto 2008, 114.) Kun pää on syntynyt, siitä otetaan kiinni kämmenotteella sivuilta tukien. Mikäli hartiat eivät synny äidin ponnistaessa, painetaan lapsen päästä viistosti alaspäin, jotta ylempi hartia pääsee syntymään symfyysin takaa. Samalla lasta vedetään ulospäin. Tämän jälkeen päätä nostetaan etuviistoon ylös, jolloin takimmainen hartia pääsee syn-

tymään. (Ihme & Rainto 2008, 114.) Ponnistusvaihe kestää muutamasta minuutista pariin tuntiin (Sariola & Haukkamaa 2004, 328-330).

Ponnistusvaiheessa kättilön tehtävänä on rohkaista synnyttäjää luonnolliseen ja spontaaniin ponnistamiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että synnyttäjää ei kielletä ponnistamasta ponnistustarpeen aikana, vaikka kohdunkaula ei olisikaan vielä täysin auennut. Näyttöön perustuva tutkimus ei vahvista väitettä kohdunkaulan turpoamisesta liian aikaisen ponnistamisen seurauksena. (Chapman 2003, 18-19.) Ohjattua ponnistamista, jossa kättilö ohjaa äitiä pidättämään hengitystä ja ponnistamaan voimakkaasti, tulisi välttää säännöllisessä synnytyksessä, sillä se on väsyttävää äidille sekä lisää repeämien riskiä ja saattaa heikentää hapen kulkua vauvalle. Kun äiti ponnistaa vaistonvaraisesti ja kiirehtimättä, välilihan repeämien ja episiotomian tarpeen määrä vähenevät. (Normaali fysiologinen synnytys: ponnistusvaihe 2011c.)

2.3.3 Jälkeis- ja tarkkailuvaihe

Synnytyksen kolmannessa vaiheessa eli jälkeisvaiheessa istukka ja kalvot irtoavat kohdun supistelujen myötä. Kun istukka on irronnut kohdun seinämästä, äidin pieni ponnistus saa istukan syntymään. Pystyasennot ja oksitosiinin luonnollinen erittyminen edistävät istukan syntymistä. Iho-kontakti vauvan kanssa, rauhallinen ympäristö ja luottavainen hoitohenkilökunta edesauttavat äidin oksitosiinituotantoa. Kättilö voi auttaa istukan syntymistä vetämällä varovasti napanuorasta samalla, kun äiti ponnistaa. Istukan synnyttyä napanuoran voidaan antaa sykkiä loppuun asti, jolloin vastasyntynyt saa istukasta koko verimäärän käyttöönsä. (Chapman 2003, 20-21.) Jälkeisvaiheeseen liittyy aina verenvuotoa. Normaali vuodon määrä on alle 500 ml. Veren menetyksestä ei ole yleensä haittaa, sillä raskaus on lisännyt äidin verivolyymia. (Saarikoski 1996, 133; Sariola & Haukkamaa 2004, 330.) Syntymän jälkeistä kahta seuraavaa tuntia kutsutaan synnytyksen neljänneksi vaiheeksi eli tarkkailuvaiheeksi. Kättilö tarkkailee synnyttäjän elimistön palautumista ja lapsen vointia. (Raussi-Lehto 2009, 266.)

2.4 Synnytyksen seuranta kättilötyön menetelmin

Synnytyksen aikana synnyttäjän verenpainetta, pulssia, kehon lämpötilaa ja virtsan laatua seurataan säännöllisesti. Sikiön asemaa ja synnytyksen etenemistä arvioidaan yleis-, ulko- ja sisätutkimusten avulla. Toistuvia, rutiininomaisia sisätutkimuksia tulisi välttää, sillä tutkimusten mukaan naiset kokevat ne traumaattisiksi, epä mukaviksi ja kiusallisiksi. Niiden ei myöskään ole osoitettu

olevan kliinisesti tarkin menetelmä synnytyksen etenemisen seuraamisessa. (Chapman 2003, 230-232.) Tärkeämpää on synnytyksen kokonaisvaltainen arviointi, johon kliinisten tutkimusten lisäksi kuuluu muun muassa supistusten seuraaminen sekä synnyttävän naisen käyttäytymisen havainnointi synnytyksen eri vaiheissa. Sikiön sydänääniä seurataan säännöllisesti kättilön torven tai kannettavan sydänääntenkuuntelulaitteen (dopplerin) avulla. Sykekäyrää eli kartiotokografiaa (KTG) käytetään säännöllisissä, matalan riskin synnytyksissä vain, jos ilmaantuu riskitekijöitä. Synnytyksenaikaiset tapahtumat ja tutkimukset kirjataan erilliselle seurantalomakkeelle, partogrammille. Partogrammi on graafinen kuvaus synnytyksen fyysisistä elementeistä ja sisältää supistusten dokumentoinnin, sisä- ja ulkotutkimukset, mittaukset (lämpötila, pulssi, verenpaine ja virtsa) sekä synnytyksessä käytetyt lääkkeet. (Saarikoski 1994, 125; Chapman 2003, 7-8, 241-242.)

2.5 Synnytyskipun hoito

Synnytyskipun hoitaminen kättilötyön menetelmin vaatii kättilöltä aikaa ja viitseliäisyyttä sekä näkemystä siitä, että kivullakin on merkityksensä normaalissa synnytyksessä. Kättilön rooli on ohjata ja tukea synnyttäjää ja hänen kykyään työstää kipua. (Raussi-Lehto 2009, 248.) Kivunlievitystä suunniteltaessa otetaan huomioon synnyttäjän yksilölliset tarpeet, synnytykseen liittyvät mahdolliset erityispiirteet, syntymässä olevan lapsen hyvinvointi ja synnytyksen edistyminen. Lähtökohtana synnytyskipujen lievittämisessä pidetään synnyttäjän toiveita. Kättilö on kuitenkin vastuussa syntymässä olevan lapsen hyvinvoinnista. (Liukkonen, Heiskanen, Lahti & Saarikoski, 1998, 11-12.)

Synnytyskipun kokemiseen vaikuttavat useat eri tekijät kuten synnyttäjän biologinen ja psyykinen rakenne sekä aikaisemmat elämäkokemukset. Yhtä voimakas kipuärsyke tuottaa aivan erilaisen kipuaistimuksen eri yksilöissä. Synnyttäjistä 95 prosenttia kokee synnytyksen jollain tapaa kivuliaaksi. Synnytyskipun ärsyke syntyy kohdun sileän lihaksen, lantion alueen sekä ulkosynnyttimien kudosten venytyksestä. (Saarikoski 1994, 138.) Avautumisvaiheessa kipu johtuu siitä, että sikiön tarjoutuva osa puristuu kohdunsuun reunoja ja kohdun alasegmenttiä vasten. Toisilla kipu tuntuu myös ristiselässä. Voimakkaat työntävät supistukset vaikuttavat myös lantion muihin lihaksiin. Ponnistusvaiheessa kipu tuntuu eniten välilihassa sen venyessä. Pelko ja turvattomuuden tunne lisäävät synnytyskipua. (Sariola & Haukkamaa 2004, 332.)

Synnytyskipun erityispiirre on sen rytmisyys ja kättilön tuleekin pystyä erottamaan se kivusta, joka johtuu synnytyksen aikaisesta komplikaatiosta. Synnytyskipu liittyy supistukseen ja supistuksien väliset ajat ovat kivuttomia. Synnytyksen aikainen kipu voi liittyä myös istukan ennenaikaiseen irtoamiseen, uhkaavaan kohdun repeämiseen, ahtaaseen lantioon tai patologiseen supisteluun. Kätilö tarkkailee kivun intensiteettiä, laatua, sijaintia ja kivun suhdetta supistuksiin poikkeavien tilanteiden tunnistamiseksi. (Raussi-Lehto 2009, 246.)

Naisilla on oma, luonnollinen kivunlievitysjärjestelmä, joka mahdollistaa synnytyksen ilman lääkkeellistä kivunlievitystä. Kun synnyttävä nainen tuntee olonsa rentoutuneeksi ja rauhalliseksi ja ympäristö on turvallinen, hämärä ja hiljainen, hänen kehonsa alkaa erittää endorfiinihormonia. Endorfiinihormoni auttaa synnyttäjää jaksamaan synnytyksessä antamalla voimaa ja energiaa sekä lievittämällä kipua. Sen erittyminen voi saada synnyttäjän vaipumaan unenomaiseen tilaan, jossa ajan- ja paikantaju häviää. Tällöin synnyttäjä haluaa levätä ja hän vetäytyy omaan maailmaansa. Tätä kutsutaan synnytysregressioksi. Naisen tilaa ei tule häiritä, sillä se saattaa hidastaa synnytyksen etenemistä. (Chapman 2003, 228; Hormonit ohjailevat synnytystä 2010a.)

Kättilötyön menetelmin synnytyskipua pyritään lievittämään ei-lääkkeellisin menetelmin. Tavoitteena on edistää synnytyksen normaalia kulkua ja parantaa äidin synnytyskokemusta. Lääkkeetöntömät kivunlievitysmenetelmät perustuvat usein siihen, että ne auttavat äitiä rentoutumaan ja lisäksi niillä ei ole haittavaikutuksia. Synnytysympäristöllä on suuri merkitys äidin rentoutumiseen. Hämärä valaistus, lämmin huone sekä rauhoittava musiikki auttavat äitiä rentoutumaan. Myös isän tai muun tukihenkilön mukana olo lisää synnyttäjän turvallisuudentunnetta ja vähentää näin kipua ja pelkoa. (Raussi-Lehto 2009, 248; Lääkkeetön kivunlievitys 2010c.)

Myönteinen hoitosuhde ja tiedon antaminen synnyttäjälle ovat tärkeitä kivun kokemisen kannalta. Synnyttäjät kokevat, että kovissa synnytyskipuissa he ovat riippuvaisia hoitavasta kättilöstä. Kipujen kokeminen yksin koetaan hankalaksi. Ymmärtävä ja empaattinen suhde synnyttäjään auttaa häntä orientoitumaan aikaan ja paikkaan. Kätilön ystävällisten sanojen, jatkuvan läsnäolon sekä tarkoituksenmukaisen kosketuksen on todistettu olevan tehokasta kivunlievitystä (Chapman 2003, 29.) Synnyttäjällä on oikeus saada ajantasaista ja synnytysopillista tietoa synnytyksen etenemisestä. Perhe- ja synnytysvalmennuksissa pyritään lisäämään synnyttäjän itseluottamusta, jotta hän osallistuisi itse aktiivisesti omaan synnytykseensä. Valmennusten tehtävänä on vähentää pelkoa ja jännitystä. Niiden onkin todettu vähentävän tarvetta synnytyskipun lievittämiseen. (Raussi-Lehto 2009, 246.)

Muita lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ovat muun muassa asennot, hengityksen ohjaaminen, vesi, termiset hoidot, äänen käyttö, tukihenkilön läsnäolo, kosketus, hieronta, erilaiset rentoutumismenetelmät ja aquarakkulat. (Liukkonen ym. 1998. 48, 56, 60, 65, 73, 83.) Lisäksi visualisointi, akupainanta, hypnoosi, akupunktio, homeopatia ja aromaterapia ovat menetelmiä, jotka tarjoavat helpotusta synnytyskivuista selviämiseen. Nämä kivunhoitomenetelmät vaativat erityiskoulutusta ja menetelmien saatavuus vaihtelee synnytyssairaaloiden välillä. (Raussi-Lehto 2009, 248; Lääkkeetön kivunlievitys 2010c.)

Synnytyksasentojen vaihtaminen lievittää kipua ja saattaa nopeuttaa synnytystä. Asentojen ja liikkumisen merkitys synnytyksen aikana onkin suuri. Verenkierto ja hengitys toimivat tehokkaasti, jos synnyttäjällä jaksaa liikkua. Painovoima ja lantion eri asennot auttavat sikiötä laskeutumaan hyvään asentoon synnytystä varten. Sikiön tarjoutuva osa painaa kohdun kaulaa, minkä seurauksena kohdunsuu avautuu nopeammin ja tehokkaasti. Kipu ohjaa synnyttäjää eri asentoihin, jotka helpottavat oloa. Käveleminen, seisominen, istuminen, konttaaminen ja polvi-istunta sekä makuuasentojen vaihtelevuus on hyvä asia synnytyksen etenemisen ja kivunlievittämisen kannalta. Lantion pyörittely, keinuttelu, terapiapallolla keinuttelu sekä hidas tanssi ovat myös hyviä keinoja. Eri asentoihin hakeutuminen tapahtuu yleensä vaistonvaraisesti. (Raussi-Lehto 2009, 246; Synnytyksasennot 2010d.)

Pystyasentoja pidetään parhaimpina asentoina synnytystä ajatellen. Makuuasentoja pidetään puolestaan epäedullisina, koska niissä muodostuu painetta häntäluuhun ja synnytyskanavan avautuminen estyy. Myös lantion mitta pienentyy. Pystyasennossa lantion nivelsiteisiin, niveliin ja sakraalihermoihin kohdistuu pienempi paine kuin maataessa. Kohdun verenkierto ja sikiön hapensaanti on tehokkaampaa ja kipuakin koetaan vähemmän. (Liukkonen ym. 1998, 73-82, Raussi-Lehto 2009, 246; Synnytyksasennot 2010d.) Avautumisvaiheessa suositeltavia asentoja ovat esimerkiksi seisominen, käveleminen, konttaaminen, etunoja, hidas tanssi, askelkyky sekä kyljellä makaaminen. Ponnistusvaiheeseen suositellaan puolestaan kyykyasentoa ja tuettua kyykyä, polviseisontaa, synnytysjakkaran käyttöä, konttausasentoa, kylkimakuuta sekä vesialtaassa synnyttämistä. (Liukkonen ym. 1998, 73-82; Synnytyksasennot 2010d.)

Synnyttäjää rohkaistaan kokeilemaan liikkumista synnytyksen aikana. Pystyasento lisää myös synnyttäjän luottamusta, koska hän seisoo silloin omilla jaloillaan ja osallistuu aktiivisesti synnytykseen. (Raussi-Lehto 2009, 247.) Äidin seisossa painovoima tulee hyödynnettyä, jolloin supistukset ovat tehokkaampia ja synnytyksen edistyminen on nopeampaa. (Liukkonen ym. 1998,

76.) Keinutuolissa istuminen ja tukityynyjen käyttö ovat hyviä apuja lepoon ja rentoutumiseen. Konttausasento rentouttaa ristiselän lihaksia ja ennaltaehkäisee ennen aikaista ponnistamisen tarvetta. Lantion pyörittely vaikuttaa ristiluun muodostaman lantion takaosan liikkumiseen. Pyörittely saa aikaan sen, että luisen lantion koko on optimaalisessa käytössä, häntäluun liikkuvuus on parempaa ja lantion pohjan- ja välilihan kudokset antavat paremmin periksi. (Raussi-Lehto 2009, 247.)

Rauhallisesta hengittämisestä on apua rentoutumisessa ja lisäksi se auttaa synnyttäjää keskittymään synnytykseen. Kätilö auttaa synnyttäjää löytämään hyvän hengitystekniikan. Synnytyksen aikana erityisesti hartioiden, raajojen ja kasvojen lihakset jännittyvät. Tätä jännitystä voidaan laukaista hieronnalla, kosketuksella, sivelyllä tai hankauksella. Hieronta tehostaa verenkiertoa, jolloin synnytyksen edistyminen paranee. Hieronta lisää myös oksitosiinihormonin erittymistä ja auttaa synnyttäjää rentoutumaan. (Raussi-Lehto 2009, 247.)

Lämmin kylpy, allas tai suihku lievittää kipua supistusten aikana ja auttavat synnyttäjää selviämään supistuksista, jotka tuntuvat siedettävimmiltä vedessä. Vesi rentouttaa lihaksia, mikä tehostaa supistuksia, edistää kohdun suun avautumista ja synnytyksen etenemistä. Suihkun ja ammeen käyttö avautumisvaiheessa tuntuu monen synnyttäjän mielestä hyvältä. Veden käyttäminen synnytyskipujen lievittämisessä on todettu vähentävän lääkkeellistä kivunlievitystarvetta. (Raussi-Lehto 2009, 247; Vesi apuna avautumisvaiheessa 2010f.)

Lämpö- ja kylmähoitolla voidaan lievittää kipua. Alavatsalle, reisiin, selkään ja välilihaan laitettu lämpötyyny voi tuntua rauhoittavalta. Osa synnyttäjistä saa helpotusta kylmästä ja erityisesti selkäsärkyihin kylmä tehoaa yleensä hyvin. Tukihenkilöllä ja äänenkäytöllä on myös positiivista vaikutusta synnytyskipuihin. Tukihenkilön on osoitettu vähentävän kipulääkkeiden käyttöä jopa 30 prosenttia. Äänistä matalat kurkkuäänet, hyräily tai laulaminen helpottaa supistuksista selviytymistä. Tärkeintä ääntelyssä on antautua synnytykselle ja uskaltaa äänellä itselle sopivalla tavalla. (Lääkkeetön kivunlievitys 2010c.)

Kosketuksella voidaan välittää synnyttäjälle sympatiaa, osallistumista ja rohkaisua. Kosketus saa aikaan voimakkaan tunteen siitä, että synnyttäjistä pidetään huolta ja edistää hänen selviytymistä kivusta. Hieronta ja rentoutuminen kuuluvat yhteen, sillä ne tukevat toisiaan. Hieronnalla poistetaan jännitystä lihaksistosta ja pyritään estämään paikallinen lihaskouristus. Hieronnalla voidaan saada aikaan se, että lantion pohjan lihakset rentoutuvat ja sikiön tarjoutuvan osan laskeu-

tuminen helpottuu. Erilaisia hierontatapoja ovat sively, pusertelu ja hankaus. Rentoutuminen vie ajatukset pois synnytyskivusta. Rentoutuminen edistää synnytyksen kulkua, sillä rentoutuneen synnyttäjän jännitys vähenee myös kohdunsuulla, jolloin avautuminen usein helpottuu. Tällöin ei myöskään tarvita kivunlievitystä niin paljon. Rentoutunut synnyttäjä pystyy paremmin hallitsemaan kehoaan ja tunteitaan. Erilaisia rentoutumiskeinoja ovat esimerkiksi mielikuvaharjoitukset, hengitystekniikka ja jännitys-rentoutusmenetelmä. (Liukkonen ym. 1998, 57-72.)

Aquarakkuloiden vaikutus perustuu siihen, että niiden injisointi ihon sisään tai alle ärsyttää paikallisesti. Paikallinen ärsytys vaikuttaa kivun johtumiseen ja aktivoi kehon omia puolustusmekanismeja kipua kohtaan. Kosketus- ja liikeimpulsseihin perustuvassa kivunlievityksessä on taustalla niin sanottu porttiteoria. Teorian mukaan aivokuori pystyy vastaanottamaan tietyn määrän impulsseja. Nopeat impulssit syrjäyttävät hitaammat. Aquarakkuloiden etuna on, että ne voidaan laittaa missä tahansa synnytyksen vaiheessa ja tarvittaessa useita kertoja. Niitä voidaan laittaa myös supistusten aikana eikä niistä ole todettu aiheutuvan haittavaikutuksia sikiöön. (Rausi-Lehto 2009, 248.)

2.6 Lääketieteelliset toimenpiteet synnytyksenhoidossa

Synnytyksen hoitaminen lääketieteellisen mallin (medical model of care, obstetrician-led care) mukaan tarkoittaa sitä, että lääkäri tai hoitohenkilökunta ohjailee synnytystä lääkkeiden ja toimenpiteiden avulla. Lääketieteellinen synnytys saattaa olla tarpeen, jos synnytykseen liittyy vakavia riskejä. Myös säännöllisiä, ns. matalan riskin synnytyksiä päädytään usein hoitamaan lääketieteellisen mallin mukaan, sillä synnytys voidaan todeta täysin säännölliseksi vasta synnytyksen jälkeen. Matalan riskin synnyttäjien tunnistaminen etukäteen on haastavaa ja onkin todettu, että täysin luotettavaa metodia matalan riskin synnyttäjien tunnistamiseen ei ole olemassa (Morano ym. 2007.). Matalan riskin raskaus ja synnytys voi muuttua riskiraskaudeksi tai -synnytykseksi missä vaiheessa tahansa, minkä vuoksi synnyttävän naisen jatkuva seuranta ja riskien arviointi on ensiarvoisen tärkeää. Huolellisella seurannalla sekä riskien tunnistamisella ja arvioinnilla voidaan myös varmistaa, että riskiryhmään kuuluvat naiset saavat asianmukaista lääketieteellistä hoitoa ja toisaalta se, ettei matalan riskin synnyttäjiä ”turhaan” hoideta lääketieteellisen mallin mukaan. Lääketieteellisellä hoitomallilla säännöllisen, matalan riskin synnytyksen hoidossa on useita haittapuolia: se voi muuttaa normaalin fysiologisen tapahtuman lääketieteelliseksi toimenpiteeksi, se häiritsee naisen vapautta kokea syntymä haluamallaan tavalla haluamassaan paikas-

sa, se johtaa tarpeettomiin puuttumisiin sekä aiheuttaa turhia kustannuksia terveydenhuollossa. (Care in normal birth: a practical guide 1996, 2-3.)

Synnytyksen lääkkeellinen käynnistys ja nopeuttaminen (yleisimmin oksitosiinin avulla), sikiökalvojen puhkaisu, lääkkeellinen kivunlievitys (liite 2), toistuvat sisätutkimukset, sikiön sydänäänten seuranta KTG:n eli kardiotokografian avulla, keisarileikkaus, imukuppi- tai pihtisynnytys, välilihan leikkaus eli episiotomia ja istukan irrottaminen anestesiassa ovat esimerkkejä toimenpiteistä, jotka kuuluvat lääketieteelliseen synnytykseen. Osaa kyseisistä toimenpiteistä suoritetaan useimmissa synnytyssairaaloissa rutiininomaisesti kaikille synnyttäjille, vaikka maailman terveysjärjestö WHO:n asiantuntijoiden mukaan vain noin 15-20 prosenttia synnyttäjistä tarvitsee avukseen lääketiedettä. (Care in normal birth: a practical guide 1996, 4; Kätilöiden vai lääkäreiden hoitomalli 2011b.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata synnyttämistä kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuoda Suomeen kansainvälistä tutkimustietoa kätilötyön menetelmien mukaisesta synnytyksen hoidosta pienissä synnytysyksiköissä. Kätilötyön menetelmien mukaisesta synnytyshoidosta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa tai kokemukseen perustuvaa näyttöä Suomessa. Aiheesta on tehty paljon kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimuksella haetaan vastausta seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Minkälaiset tekijät vaikuttavat kätilöjohtoisen synnytysyksikön valintaan?
2. Minkälaisia kokemuksia äideillä on kätilöjohtoisista synnytyksistä?

Tutkimustehtävillä haluamme kartoittaa tekijöitä, joiden vuoksi äidit valitsevat kätilöjohtoisen synnytysyksikön. Toivomme löytävämme asioita, jotka kuvaavat yleisellä tasolla kätilöjohtoisia synnytysyksiköitä ja niissä synnyttämistä. Uskomme, että tutkimuksen tuloksista hyötyvät synnyttämisen hoidon ammattilaiset sekä vanhemmat. Perehtymällä näiden tutkimusten avulla aiheeseen saamme syventävää ammattitietoa kätilöinä toimimiseen tulevaisuudessa. Näin syvällistä tietoa emme saa välttämättä koulutuksemme aikana.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jonka avulla voimme tuoda kansainvälistä tutkimustietoa Suomeen. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa tunnistetaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä yhdistetään tuloksia rajatusta ilmiöstä kattavasti. Se noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita: perustuu tutkimussuunnitelmaan, on toistettavissa ja pyrkii vähentämään systemaattista harhaa. Systemaattisella harhalla tarkoitetaan tutkimusprosessissa tapahtuvaa virhettä, joka muuttaa järjestelmällisesti tutkimustulosta tai päätelmiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 39.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen on osoitettu olevan yksi luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tutkimustietoa. Sen avulla voidaan löytää korkealaatuisesti tutkittuja ja näyttöön perustuvia tutkimustuloksia. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kohteena ovat olemassa olevat, tarkasti rajatut ja valikoidut tutkimukset. Yleensä se kohdistuu myös tiettyinä aikoina tehtyihin tutkimuksiin, joten sitä täytyy päivittää säännöllisesti tulosten paikkansapitävyyden ylläpitämiseksi. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta ja laadun arvioinnista sekä alkuperäistutkimusten analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 39; Johansson 2007, 4.)

4.1 Alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi

Alkuperäistutkimusten hakustrategian tarkoituksena on tunnistaa kaikki katsauksen kannalta relevantit tutkimukset. Hakuprosessi on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe, sillä siinä tehdyt virheet johtavat katsauksen tulosten harhaisuuteen ja antavat edelleen epäluotettavan kuvan aiheesta olemassa olevasta näytöstä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49.) Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tietokantahaussa käytettävät hakutermit määrittelimme kansainvälisiin lehtiartikkeleihin, tutkimuksiin ja asiantuntijasivustoihin tutustumalla. Hyödynsimme termien määrittelyssä myös MOT-sanakirjaa ja englanninkielistä MeSH-asiasanastoa. Valitsimme hakutermeiksi seuraavat käsitteet: midwife-led, birth, delivery, labor ja safety. Haku suoritettiin seuraavista kansainvälisistä elektronisista tietokannoista: Cinahl, Else-

vierScienceDirectja PubMed. Määrittelimme tietokantoihin erilaisia rajauksia, jotka ohjasivat hakua.

TAULUKKO 1. Tietokantahakujen hakutermit ja rajaukset

Tietokanta ja hakupäivä	Hakutermit ja -tulokset	Rajaukset
Cinahl (Ebsco)	Midwife-led Midwife-led AND birth Midwife-led AND delivery Midwife-led AND labor Midwife-led AND birth AND safety	Kieli: englanti Abstraktit saatavilla Koko teksti saatavilla
ElsevierScienceDirect	Midwife-led Midwife-led AND birth Midwife-led AND delivery Midwife-led AND labor Midwife-led AND birth AND safety	Kieli: englanti Vuosirajaus: 2010-nykyhetki Koskee hoitotieteellisiä tutkimuksia, ei kirjoja Julkaistu: Midwifery, Journal of Midwifery & Women's Health, Women and Birth
PubMed	Midwife-led Midwife-led AND birth Midwife-led AND delivery Midwife-led AND labor Midwife-led AND birth AND safety	Kieli: englanti Abstrakti saatavilla Koko teksti saatavilla

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävälle alkuperäistutkimuksille tulee määritellä tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Näillä tarkoitetaan edellytyksiä tai rajoituksia mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. Täsmällisten valintakriteerien avulla pyritään välttämään systemaattisia virheitä. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain ja perustuu siihen, vastaavatko hauissa saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Vastaavuutta tarkastellaan siten, että kaikkia alkuperäistutkimuksista luetaan otsikot ja näiden perusteella hyväksytään ne, jotka

vastaavat sisäänottokriteereitä. Jos vastaavuus ei selviä otsikosta, tehdään valinta abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48.)

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit on koottu taulukoon 2. Sisäänottokriteereiksi määriteltiin muun muassa, että tutkimuksen tulee kohdistua säännöllisiin synnytyksiin kättilön hoitamana. Tutkimuksen tulee lisäksi olla englanninkielinen, kansainvälinen tieteellinen julkaisu, joka ovat sähköisesti saatavilla. Sen tulee olla tehty maassa, jossa terveydenhuolto on korkeatasoista ja säädeltyä. Kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle halusimme sulkea ne tutkimukset, jotka eivät ole tieteellisiä tutkimuksia tai julkaisuja, jotka kohdistuvat ei-säännöllisiin tai lääketieteellisen hoitomallin mukaan hoidettuihin synnytyksiin, ja jotka on tehty puutteellisen terveydenhuollon maissa.

TAULUKKO 2. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Kansainvälinen tieteellinen tutkimus tai julkaisu • Tutkimus kohdistuu säännöllisiin synnytyksiin kättilön hoitamana • Tutkimus on tehty maassa, jossa terveydenhuolto on säädeltyä ja korkeatasoista • Tutkimus on sähköisesti ladattava ja koko teksti on saatavilla • Tutkimus on englanninkielinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei-tieteelliset tutkimukset ja julkaisut • Tutkimukset, jotka kohdistuvat ei-säännöllisiin tai lääketieteellisen hoitomallin mukaan hoidettuihin synnytyksiin • Tutkimukset, jotka on tehty puutteellisen terveydenhuollon maissa

Haetuista tutkimuksista valitsimme 45 tutkimusta otsikoiden perusteella. Valituista 45 tutkimuksesta tulostimme abstraktit, joiden perusteella valitsimme 15 tutkimusta, joista tulostimme sähköisesti saatavilla olevat kokotekstit. Tässä vaiheessa kolme tutkimusta jouduttiin hylkäämään, koska kokotekstiä ei ollut saatavilla. Kokotekstien perusteella hylkäsimme viisi tutkimusta, jolloin lopulliseksi aineistoksi muodostui seitsemän alkuperäistutkimusta. Valintaprosessi on kuvattu taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Alkuperäistutkimusten valinta

Tietokanta ja hakupäivä	Käytetyt hakusanat	Hakutulos	Hyväksytyt otsikon mukaan	Hyväksytyt abstraktin mukaan	Hylätty kokotekstin puuttumisen vuoksi	Hyväksytyt kokotekstin mukaan	
Cinahl (Ebsco) 4.4.2011	Midwife-led	24	7	4	1	2	
	Midwife-led AND birth	14					
	Midwife-led AND delivery	5					
	Midwife-led AND labor	8					
	Midwife-led AND birth AND safety	3					
ElsevierScience-Direct 15.4.2011	Midwife-led	184	22	6	2	2	
	Midwife-led AND birth	175					
	Midwife-led AND delivery	134					
	Midwife-led AND labor	190					
	Midwife-led AND birth AND safety	84					
PubMed 4.4.2011	Midwife-led	59	14	5		3	
	Midwife-led AND birth	36					
	Midwife-led AND delivery	27					1
	Midwife-led AND labor	28					1
	Midwife-led AND birth AND safety	5					
Yhteensä			45	15	3	7	

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatu riippuu käytettävien alkuperäistutkimusten laadusta. Alkuperäistutkimusten laadun arviointi lisää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. (Lloyd 2004, 271; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimusten laatua mittaamaan valitsimme Sairaanhoidajaliiton laadullisen tutkimuksen arviointikriteeristön, jota olemme mukailleet tutkimukseemme sopivaksi. Sairaanhoidajaliiton arviointikriteereillä ja muilla kirjallisuudessa esiintyvillä laatu- ja arviointikriteereillä on useita yhtäläisyyksiä, esimerkiksi aineiston keruuseen ja analysointiin liittyen. (Kontio & Johansson 2007, 105-106.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettävän lopullisen tutkimusaineiston laatua tullaan arvioimaan näiden arviointikriteereiden mukaan (taulukko 3). Alkuperäistutkimuksia voidaan hylätä vielä laadun arvioinnin jälkeenkin.

TAULUKKO 3. Esimerkki alkuperäistutkimusten laadun arvioinnista soveltaen Sairaanhoidajaliiton laadullisen tutkimuksen arviointikriteereitä

Arviointikriteerit	Tutkimus
Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla?	Kyllä/Ei
Onko tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet määritelty?	Kyllä/Ei
Onko aineiston keruumenetelmä kuvattu?	Kyllä/Ei
Onko tutkimuksen kohdejoukko kuvattu?	Kyllä/Ei
Onko tutkimuksen luotettavuutta kuvattu?	Kyllä/Ei
Onko tutkimuksen tulokset esitetty selkeästi?	Kyllä/Ei
Onko tuloksilla merkitystä kättilötyön kehittämisessä?	Kyllä/Ei
Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset tuloksiin?	Kyllä/Ei

4.2 Aineiston analyysi

Analysoitavan aineiston muodostavat seitsemän valittua alkuperäistutkimusta. Valitsimme tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysitavaksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysi voidaan jakaa karkeasti kolmivaiheiseksi

prosessiksi: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Aineiston pelkistämävaiheessa pelkistimme analysoitavan tiedon ja karsimme tutkimukselle epäolennaisen tiedon pois. Pelkistimme aineistoa niin, että etsimme alkuperäistutkimuksista tälle tutkimukselle olennaisia asioita ja karsimme epäolennaiset pois. Pelkistämistä ohjasivat tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä esiyymmärryksemme aiheesta. Halusimme poimia aineistosta ne asiat, jotka kuvaavat synnyttämistä kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä. Käytimme erivärisiä yliviivauksia ja alleviivauksia. Aineiston ryhmittelyvaiheessa kävimme aineiston tarkasti läpi ja etsimme siitä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelimme ja yhdistimme luokaksi samaa asiaa tarkoittavat käsitteet. Aineiston ryhmittelyä seurasi aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Siinä erottelimme tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon ja muodostimme valikoidun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä (väliotsikot). Abstrahointia voidaan kuvata prosessiksi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Tutkimusaineiston analyysivaiheessa työskentelimme aluksi jokainen itsenäisesti. Lopuksi työskentelimme yhdessä ja teimme yhteenvetoa aineistoista nousevista asioista. Aineiston analysointiprosessia on kuvattu taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Luokittelutaulukko

Alakategoriat	Yläkategoriat	Tutkimuskysymykset
Vaihtoehdot Vaihtoehtoiset hoitomenetelmät Kriteerit Komplikaatiot Sairaalan läheisyys	Hoidon saatavuus Luonnollinen synnytys	Synnytysyksikön valintaan vaikuttavat tekijät
Ympäristö Hoidon laatu Informaatio Kätilön rooli	Äidin hallinnan tunne synnytyksen aikana Ohjaus, tuki ja kannustus	Äitien kokemukset

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti, mutta myös ymmärrettävästi ja selkeästi tutkimuskysymyksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.) Tämän tutkimuksen analyysissä korostui neljä eri yläkategoriaa, joita olivat hoidon saatavuus, luonnollinen synnytys, äidin hallinnan tunne sekä ohjaus, tuki ja kannustus. Näiden pohjalta esitämme tutkimuksen tulokset.

5.1 Kätilöjohtoisen synnytysyksikön valintaan vaikuttavat tekijät

Äidit mainitsivat erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttivat kätilöjohtoisen synnytysyksikön valintaan. Näitä olivat muun muassa luonnollisen synnytyksen tukeminen, hoidon turvallisuus ja jatkuvuus, kätilöjohtoisuus, ei lääketieteellistä puuttumista synnytyksen kulkuun, synnyttäjän voimavarojen tukeminen, sijainti lähellä kotia, joustavat ohjeet ja tunnustetut valintakriteerit. Yksi valinnan syy oli myös se, että äideillä ei ollut pelkoa kontrollin menetyksestä synnytyksen aikana. Lisäksi äitien mielestä lääketieteellisen avun saatavuus oli tärkeää komplikaatioiden varalta. (Dahlen ym. 2010; Walker, JM., Hall, S., Thomas, M. 1995.)

Kätilöjohtoiset synnytysyksiköt sijaitsivat usein lähellä sairaalaa, jolloin lääketieteellinen hoito oli tarvittaessa saatavilla ja synnytyksen hoito oli turvallista ja tehokasta. Tämä oli tärkeää, koska synnytyksen kulkua ei voitu ennustaa, vaikka raskaus olisi ollut matalan riskin raskaus. Synnytys voi muuttua riskisynnytykseksi lyhyessä ajassa. (Morano, S. Cerutti, F. Mistrangelo, E. Pastorino, D. Benussi, M. Costantini, S. Ragni, N. 2007; Dahlen ym. 2010.)

5.1.1 Hoidon saatavuus

Dahlen ym. 2010 mukaan äidit valitsivat kätilöjohtoisen synnytysyksikön synnytyspaikaksi, jos sellainen oli lähellä saatavilla tai he olivat aikaisemmin synnyttäneet siellä. Saman tutkimuksen mukaan äidit toivoivat yleisesti, että kätilöjohtoisten synnytysyksiköiden palveluita olisi ollut enemmän saatavilla ja heillä olisi ollut päätävävalta synnytyspaikan suhteen. Äidin asuinpaikalla oli merkitystä synnytyspaikan valintaan. Maaseudulla ja kaupungissa asuvat äidit olivat eriarvoisessa asemassa, koska maaseudulla kätilöjohtoisia synnytysyksiköitä oli vähemmän. (Watts, K. Fraser, DM. Munir, F. 2003.)

Päästäkseen synnyttämään kättilöjohtoiseen synnytysyksikköön äidin tuli täyttää tietyt valintakriteerit ja toisaalta hän ei saanut täyttää tiettyjä poissulkukriteereitä. Kriteerit vaihtelivat maittain ja synnytysyksiköiden välillä. (Care in normal birth: a practical guide 1996, 2-3; Dahlen ym. 2010.) Yleisimpiä valinta- ja poissulkukriteereitä olivat pariteetti, ikä, pituus ja paino, raskauden kulku, sairaushistoria sekä aikaisemmat raskaudet ja synnytykset ja niihin liittyvät tekijät. (Campbell, R., Macfarlane, A., Hemsall, V., Hatchard, K. 1999; Morano ym. 2007; Williams ym. 2007.) Äidit kritisoivat edellä mainittuja valinta- ja poissulkukriteereitä, sillä ne vaikeuttivat pääsyä kättilöjohtoiseen synnytysyksikköön (Dahlen ym. 2010). Tiedyt poissulkukriteerit saattoivat täytyä vasta raskauden myöhemmässä vaiheessa tai synnytyksenaikana. Näissä tapauksissa synnyttävä äiti siirrettiin yksikköön, jolla oli valmiudet hoitaa riskiraskauksia ja -synnytyksiä. (Care in normal birth: a practical guide 1996, 2-3; Morano ym. 2007.)

TAULUKKO 5. Esimerkkejä kättilöjohtoisten synnytysyksiköiden poissulkukriteereistä (Care in normal birth: a practical guide 1996; Campbell ym. 1999; Morano ym. 2007; Williams ym. 2007.)

Pariteetti	Uudelleensynnyttäjät, joilla kyseessä viides tai sitä useampi raskaus
Ikä	Yli 38-vuotiaat uudelleensynnyttäjät Yli 35-vuotiaat ensisynnyttäjät
Pituus	≤150 cm
Paino	Ylipaino
Nykyinen raskaus	Yliaikaisuus Moniraskaus Lapsiveden vähäisyys Sikiön poikkeava asema (tila, tarjonta tai ryhti) Vakava anemia Raskausmyrkytys Verenvuoto
Sairaushistoria	Diabetes Verenpainetauti Sydänsairaus Munuaissairaus Epilepsia

	Syvälaskimotukos Keuhkoembolia Vakava astma
Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset	Viimeaikainen hedelmättömyys Keisarileikkaus tai kohdunavaus Todistettu tai epäilty lantion epäsuhtaisuus Rhesus-tekijä Tavanomainen synnytyksenjälkeinen verenvuoto Enemmän kuin kaksi aikaisempaa raskaudenkeskeytystä Aikaisempi pre- tai neonataalikuolema Raskausmyrkytys Päihteiden väärinkäyttö
Aikaisemmat gynekologiset toimenpiteet	Lantionpohjan korjaus tai lihaskasvaimen (myooma) poisto kohdusta

5.1.2 Luonnollinen synnytys

Äidit kokivat, että synnyttäminen kätilöjohtoisessa yksikössä oli paras kompromissi kotisyntyksen ja sairaalasyntyksen väliltä. He halusivat synnyttää luonnollisesti ja ensisijaisesti kotona, mutta kaikilla ei ollut siihen taloudellisesti varaa. (Dahlen ym. 2010.) Kätilöjohtoisessa synnytyksessä avautumisvaihe oli lyhyempi ja synnytyksen kolmas vaihe pidempi kuin lääkärijohtoisessa synnytyksessä. Lääkärijohtoisessa synnytyksessä puututtiin enemmän synnytyksen luonnolliseen kulkuun, sitä esimerkiksi nopeutettiin ja käytettiin enemmän lääkkeellistä kivunlievitystä, kuten puudutusta. (Walker JM., Hall, S., Thomas, M. 1995; Campbell ym. 1999; Watts, K., Fraser, DM., Munir, F. 2003; Hatem ym. 2008.)

Kätilöjohtoisessa raskauden- ja synnytyksenhoidossa äidit tarvitsivat vähemmän sairaalahoitoa. Lisäksi raskaus päättyi heillä harvemmin keskenmenoon ja sikiökuolemaan ennen 24. raskausviikkoa. (Hatem ym. 2008.) Italialaisessa kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä tutkittiin kätilöjohtoisuutta viiden vuoden ajalta ja tutkimustulosten mukaan synnytyksiin puututtiin vähemmän ja spontaanit alatiesynnytykset lisääntyivät ilman komplikaatioita (Morano ym. 2007). Samassa tutkimuksessa huomattiin yhteys keisarileikkausten lukumäärän ja kätilöjohtoisten synnytysyksikköjen lakkauttamisen välillä. Esimerkiksi Italiassa keisarileikkausten määrä nousi 60 prosenttiin joil-

lain alueilla. Yleisesti keisarileikkausten määrä viimeisten kolmen vuosikymmenen aikana nousi 20 prosenttiin Italiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Kätilöjohtoisessa synnytyksessä myös instrumenttien kuten pihtien tai imukupin käyttö sekä välilihan repeämien määrä ja episiotomian tarve vähenivät (Walker ym. 1995; Campbell ym. 1999; Watts ym. 2003; Morano ym. 2007; Hatem ym. 2008.)

5.2 Äitien kokemuksia kätilöjohtoisesta synnytyksestä

Äidit kokivat olevansa tyytyväisiä saamansa hoidonlaatuun ja tyyliin kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä (Watts ym. 2003). Suurin osa äideistä synnyttäisi yksikössä uudelleen ja suosittelisivat sitä ystävälleen (Hatem ym. 2008). Tyytyväisyyteen vaikutti muun muassa synnytysympäristö, hoidon laatu, henkilökohtaisen kontrollin ja saadun tuen välinen suhde, tiedonsaanti, vaihtoehtojen saatavuus, päätöksentekoon osallistuminen ja luottamuksellinen suhde. (Walker ym. 1995; Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A., Eagar, K. 2009; Symon AG., Dugard P., Butchart, M., Carr, V. Paul, J. 2010.) Kätilöjohtoisessa yksikössä synnyttäneet kokivat, että he olivat hyvin informoituja ja heidät otettiin mukaan päätöksentekoon koskien synnytystä. Äitien valinnat pystyttiin toteuttamaan ja synnytyksen annettiin edetä normaalisti. (Walker ym. 1995.) Äidit kokivat, ettei synnytys ollut riski, jota olisi pitänyt hallita lääkkeellisesti sairaalassa (Dahlen ym. 2010).

5.2.1 Ohjaus, tuki ja kannustus

Tukea antavan ympäristön vaikutuksesta äidit tarvitsivat vähemmän kivunhoitoa, synnytys lyheni ja tyytyväisyys nousi. Henkilökunnan myönteinen asenne vaikutti siihen, että äidit kokivat ympäristön kodikkaaksi, rentouttavaksi ja kotisyntyismäiseksi. Walker ym. 1995 mukaan kätilöjohtoisesta ja lääkärijohtoisesta yksikön fyysinen synnytysympäristö oli samanlainen, mutta äidit kokivat kätilöjohtoisesta yksikön kodikkaampana. Heidän mukaansa annettu tuki, valinnan mahdollisuus ja itsenäisyys voivat olla tärkeämpiä tekijöitä positiivisen kokemuksen kannalta kuin fyysinen ympäristö. Kätilöjohtoisessa yksikössä ympäristö koettiin usein tilavampana, puhtaampana ja yksityisempänä kuin lääkärijohtoisessa yksikössä (Symon 2010). Äitien tyytyväisyyttä lisäsi kätilön asenne ja ystävällinen suhtautuminen. Myös rento ja kotoisa ilmapiiri sekä kätilöiden ja hoitotiimin muiden jäsenten keskinäinen tuki koettiin tärkeänä. (Walker ym. 1995; Williams ym. 2009.)

Äidit kokivat kätilöjohtoisessa yksikössä saadun hoidon lämpimäksi, kannustavaksi, tukea antavaksi ja rentouttavaksi (Symon ym. 2010). Äidit arvostivat hoidon jatkuvuutta ja sitä kautta mah-

dollisuutta luoda henkilökohtainen suhde kättilöön (Dahlen ym. 2010). Näin he kokivat, että kättilö välittää heistä oikeasti ja kohtelee heitä yksilönä. Hoidon jatkuvuudella oli merkitystä erityisesti äideille, jotka jännittivät synnytystä. Kättilöiden suhtautuminen syntymään ja synnytykseen luonnollisena ja normaalina tapahtumana vaikutti positiivisesti äitien asenteeseen synnytystä kohtaan. (Walker ym. 1995; Hatem 2008; Williams ym. 2009.)

Walkerin ym. 1995 mukaan äidit arvostivat sitä, että kättilö otti ammatillisen vastuun, jos synnytyksen kulussa ilmeni ongelmia. Lisäksi äidit arvostivat sitä, että kättilö oli läsnä kannustaen ja rohkaisten koko synnytyksen ajan. Kättilön fyysistä läsnäoloa ei kuitenkaan pidetty välttämättömänä vaan tärkeää oli kättilön tavoitettavuus tarvittaessa. Näin äidit kokivat, että voivat itse päättää saatavan tuen määrästä ja olivat luottavaisempia tilanteeseen ja pystyivät välttämään stressiä. Yksilöllinen synnytyksenhoito ja kättilön läsnäolo oli kuitenkin mahdollista vain, jos synnytysyksikössä oli riittävästi henkilökuntaresursseja. Saman tutkimuksen mukaan äidit arvostivat sitä, että heitä informoitiin koko synnytyksen ajan; kerrottiin mitä tapahtuu ja miten selvittää. Annettu tieto rauhoitti äitejä. Äidit, jotka eivät saaneet tarpeeksi tietoa synnytyksen aikana, tulivat huolestuneiksi ja tyytymättömiksi koko synnytysprosessiin.

5.2.2 Äidin hallinnan tunne synnytyksen aikana

Kättilöjohtoinen synnytysyksikkö tarjosi äideille vaihtoehtoja, miten synnytystä hoidetaan. Äidit kokivat myönteisenä, että he voivat valita muun muassa synnytykseen osallistuvat läheiset sekä synnytystavan ja -paikan. (Walker ym. 1995.) Äideille tarjottiin esimerkiksi mahdollisuus synnyttää vedessä ja äitejä tuettiin synnyttämään alateitse aikaisemman keisarinleikkauksen jälkeenkin (Dahlen 2010). Kättilöt tukivat äidin tunnetta ja kykyä selviytyä synnytyksestä ja kivuista muun muassa ohjaamalla oikeanlaista hengitystekniikkaa ja rentoutumista (Leap, N., Sandall, J., Buckland, S. & Huber, U. 2010; Walker ym. 1995). Lisäksi kättilöiden tarjoamat pienet asiat, jotka tuovat helpotusta ja mukavuutta synnytykseen, kuten amme ja asennon vaihtelu, koettiin myönteisenä. Äidit arvostivat myös sitä, ettei synnytyksessä käytetä instrumentteja. (Walker ym. 1995.)

Kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä äidit kokivat, että heillä oli hallinnan tunne synnytyksen aikana. Hallinnan tunteen säilyttämiseen vaikutti kättilön antama ohjaus. Ohjauksessa kunnioitettiin yksilöllisyyttä ja huomioitiin äidin itsemääräämisoikeus. (Dahlen ym. 2010; Hatem ym. 2008.) Äidin kokemalla hallinnan tunteella oli suuri merkitys onnistuneeseen synnytyskokemukseen. Hallinnan tunne lievitti esimerkiksi synnytyksen aikaisia kiputunteja (Walker ym. 1995). Äitien

mukaan edes hoidon jatkuvuudella ei ollut niin suurta merkitystä, jos he kokivat saavansa tukea ja hallitsevansa synnytystilanteen. Äidin hallinnan tunnetta edesauttoi tutun kätilön saatavuus synnytyksen aikana, jolloin äiti tunsu olonsa tuetuksi, luottavaiseksi ja informoiduksi. (Williams ym. 2009; Watts ym. 2003.)

6 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET

Kätilöjohtoisia synnytysyksikköjä on valittujen tutkimusten mukaan ainakin Iso-Britanniassa, Italiassa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Näissä maissa kätilöjohtoisella toiminnalla on ollut suuri merkitys julkisen äitiyshuollon kehittymiseen. Tutkimustulosten mukaan kätilöjohtoisuus pitäisi ottaa varteenotettavaksi vaihtoehdoksi, kun halutaan parantaa synnyttävän äidin valinnan mahdollisuuksia sekä hoidon laatua.

Kätilöjohtoisia synnytysyksikköjä on lakkautettu ympäri maailmaa viimeisten kolmen vuosikymmenen aikana. Synnytyksiä on keskitetty suuriin yksikköihin, mistä on seurannut muun muassa keisarileikkausten lisääntymistä. Tulosten mukaan äidit synnyttäisivät mieluiten kodinomaisessa ympäristössä ja valitsisivat kätilöjohtoisen synnytysyksikön synnytyspaikakseen, jos sellaista palvelua on saatavilla. Äitien turvallisuudentunnetta lisää synnytysyksikön sijainti lähellä kotia ja toisaalta lähellä sairaalaa. Sairaalan läheisyys on tärkeää, jos synnytys muuttuu yllättäen riskisynnytykseksi.

Päästäkseen synnyttämään kätilöjohtoiseen synnytysyksikköön äidin tulee täyttää tietyt valintakriteerit. Äidit, jotka eivät pääse synnyttämään kätilöjohtoiseen yksikköön valintakriteereiden vuoksi, arvostelevat kriteereitä liian vaativiksi. Valintakriteereiden tarkoituksena on varmistaa synnytyksen turvallisuus. Niillä on merkitystä myös kätilöille ja heidän oikeusturvalleen, koska niiden avulla pyritään poistamaan synnytykseen liittyvät riskitekijät.

Synnytysyksikön valintaan vaikuttaa merkittävästi äidin arvomaailma. Äidit, jotka arvostavat luonnollista syntymää, valitsevat synnytyspaikakseen kätilöjohtoisen synnytysyksikön. Kätilöjohtoinen synnytysyksikkö tarjoaa äidille vaihtoehtoja, tukea ja kätilön antamaa ohjausta, jolloin äiti pystyy synnyttämään luonnollisesti. Lääkärijohtoisessa synnytyksessä äidit eivät tutkimustulosten mukaan saa tällaista ohjausta ja tukea. Luonnollisessa synnytyksessä avautumisvaihe on lyhyempi ja jälkeisvaihe pidempi, koska synnytyksen kulkuun ei puututa lääkkeellisesti. Kätilöjohtoisessa synnytyksessä avautumisvaiheen kipua lievitetään muun muassa asentohoidon, hengityksen tukemisen ja veden rentouttavan vaikutuksen avulla.

Kodinomaisen ympäristön merkitys tuli esiin tutkimustuloksissa. Kodinomaisessa ympäristössä äiti tuntee olonsa turvalliseksi, rentoutuneeksi ja luottavaiseksi, jolloin stressihormoneja ei erity

niin paljon ja synnytys pääsee etenemään. Tutkimuksissa ei noussut erityisesti esiin synnytyksen aikaisen kivun tunteminen. Tästä voisi päätellä, että kätilötyön menetelmillä onnistutaan vaikuttamaan äidin kivunhallintaan ja positiiviseen synnytyskokemukseen. Tutkimustulosten mukaan kätilötyön menetelmien ansiosta instrumenttien, anestesian, episiotomian käyttö sekä välilihan repeämien määrä synnytyksissä on vähentynyt.

Äitien kokemukset kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä synnyttämisestä ovat positiivisia. Äitien tyytyväisyydestä kertoo muun muassa se, että suurin osa kätilöjohtoisessa yksikössä synnyttäneistä äideistä tulisi synnyttämään sinne uudelleen ja suosittelisi sitä myös ystävilleen. Tutkimustulosten mukaan tärkeimmäksi asiaksi nousi äidin kokema hallinnan tunne synnytyksen aikana. Hallinnan tunteella on myönteinen vaikutus koko synnytysprosessiin ja -kokemukseen. Tulosten mukaan äitien kokema hallinnan tunne syntyy kätilöiden tarjoamasta ohjauksesta, tuesta ja riittävästä saatavilla olemisesta. Tärkeää on äidin kokeman avun tarpeen suhde saatavilla olevaan kätilön apuun.

Äidit kokevat, että he saavat kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä riittävästi informaatiota synnytyksen aikana, mikä rentouttaa ja vähentää äidin kokemaa stressiä. Tutkimustulosten mukaan myös kätilöiden myönteinen asenne synnyttäjää ja synnytystä kohtaan lisää äidin itseluottamusta selviytyä synnytyksestä. Luottamuksellisen suhteen muodostuminen kätilön ja synnyttäjän välillä koetaan tärkeänä. Kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä äiti valitsee itselleen sopivimman synnytystavan yhdessä kätilön kanssa turvallisuuden huomioiden. Synnytyksen hoitoon liittyvässä päätöksenteossa mukana oleminen lisää äidin itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä.

7 POHDINTA

Sairaalasynnytyksellä on Suomessa pitkät perinteet ja Suomessa synnytetäänkin melkein pä poikkeuksetta sairaalassa. Pieniä synnytysyksiköitä on lakkautettu Suomessa ja osa on edelleen lakkautusuhan alla. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella suunnitellaan lakkautettavan Raahen ja Oulaskankaan synnytys sairaalat. Tutkimusaineistomme mukaan pienten yksiköiden lakkauttaminen ja synnytysten siirtäminen suurin yksiköihin ei ole johtanut myönteisiin tuloksiin äitien synnytyskokemuksien kannalta. Tutkimustulosten mukaan synnyttämisen pienessä kätilöjohtoisessa yksikössä on yhtä turvallista kuin lääkärijohtoisessa yksikössä. Synnytysten turvallisuuden vaikuttaa merkittävästi se, että yksikkö sijaitsee lähellä sairaalaa ja lääketieteellistä apua on tarvittaessa saatavilla. Voidaan pohtia, onko tarpeellista hoitaa Suomessa matalan riskin synnytyksiä erikoissairaanhoidossa suurissa yksiköissä, kun tutkimusten mukaan ne voidaan hoitaa turvallisesti kätilötyön menetelmin pienemmissä yksiköissä. Erikoissairaanhoito on yhteiskunnalle huomattavasti kalliimpi vaihtoehto.

7.1 Tulosten tarkastelua

Kansainvälinen kokemus osoittaa, että kätilöjohtoiset synnytysyksiköt ovat toimivia ja niille on kysyntää. Äidit haluavat synnyttää luonnollisesti ja kodinomaisessa ympäristössä. Suomesta puuttuvat täysin synnytysyksiköt, joissa synnytyksiä hoidetaan pelkästään kätilötyön menetelmin. Näin suomalaisilla äideillä ei ole mahdollisuutta valita synnytyspaikkaa, vaikka lain mukaan äidillä kuuluu olla oikeus valita synnytyspaikka. Luulemme, että Suomessa äideillä ei ole riittävästi tietoa kätilöjohtoisesta synnytyksen hoidosta eivätkä he sen vuoksi osaa vaatia vaihtoehtoista synnytyksen hoitoa.

Pohdimme kuitenkin sitä, olisivatko suomalaiset äidit halukkaita synnyttämään ilman lääkkeellistä kivunlievitystä. Lääkkeelliseen synnytyskivun hoitoon on totuttu Suomessa ja sitä saa suhteellisen helposti. Oman kokemuksemme mukaan neuvoloissa raskaudenaikana ohjataan toivomaan mahdollisia kivunlievitysmenetelmiä synnytykseen eikä siellä informoida luonnollisesta synnytyksestä ja lääkkeiden vaikutuksesta sikiöön. Tämän vuoksi pohdimmekin, pitäisikö koko äitiyshuoltojärjestelmää kehittää kätilöjohtoiseksi. Kätilö on naisen terveyden asiantuntija hänen elämänsä kaikissa vaiheissa ja erityisesti raskauden aikana.

Tarkoituksenamme oli tuoda tietoa kätilötyön menetelmien toimivuudesta synnytyksen hoidossa sekä herättää kiinnostusta ja keskustelua aiheesta. Kätilöjohtoisen synnytysyksikön perustaminen Suomeen edellyttäisi asenteiden muuttumista, yhteiskunnan tukea ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistumista. Vastavalmistuneiden kätilöiden uusi tietopohja sekä työssä olevien kätilöiden ja synnytyslääkäreiden koulutus voisi johtaa asenteiden muuttumiseen käytännön työelämässä. Kätilöjohtoisen toimintatavan toteutuminen Suomessa vaatii myös muutosta sairaaloiden ja synnytysyksikköjen organisaatiossa. Kätilötyön menetelmien mukainen yksilöllinen synnytyksenhoito edellyttää nykyistä enemmän henkilökuntaa ja resursseja. Kätilötyön koulutuksen tulisi sisältää konkreettisia työskentelytapoja, joilla tuetaan luonnollista synnytystä. Tässä vaiheessa opiskelua emme vielä tiedä, saammeko tulevaisuuden työhön riittävästi oppia kätilötyön menetelmistä.

Kätilötyön menetelmissä teknologian käyttäminen ei ole keskeisessä roolissa. Mielestämme teknologiaa, kuten ultraäänenkäyttöä ja KTG:a, ei kuitenkaan tulisi unohtaa täysin, sillä niiden avulla voidaan tarvittaessa varmistaa raskauden ja synnytyksen turvallisuus. Teknologiaan ei kuitenkaan mielestämme tulisi turvautua rutiininomaisesti. Suomessa osataan hyvin hoidonporrastus ja riskiraskauksien seulonta sekä lähetekäytäntö toimivat hyvin. Tämän perusteella voisi ajatella, että Suomeen voitaisiin perustaa kätilöjohtoisia synnytysyksiköitä, koska turvallisuus pystyttäisiin takaamaan. Kätilöjohtoinen synnytysyksikkö voisi olla esimerkiksi oma osasto synnytysairaalsa.

Voidaan pohtia toteutuvatko kätilötyötä ohjaavat arvot ja periaatteet Suomessa täysin, koska kätilöjohtoisia synnytysyksiköitä ei ole Suomessa lainkaan. Mielestämme esimerkiksi kokonaisvaltaisen hoidon periaate ei toteudu täysin, sillä äiti ei voi valita kätilöjohtoista synnytyspaikkaa. Hoidon jatkuvuuden periaate kyseenalaistuu, koska sama kätilö ei hoida äitiä raskauden ja synnytyksen aikana. Turvallisuuden periaatteen toteutumista voidaan kyseenalaistaa, kun työssä esiintyy kiirettä eikä äitiä ehditä huomioida niin yksilöllisesti kuin kätilöt haluaisivat eikä äidille välttämättä tule kokemusta turvallisesta hoitoympäristöstä. Tämä tulee mahdollisesti korostumaan tulevaisuudessa, jos synnytykset keskitetään suuriin synnytysyksiköihin.

Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä palveli tutkimuksen tarkoitusta hyvin. Sen avulla saimme haluamaamme uutta kansainvälistä tietoa kätilöjohtoisesta synnytyksenhoidosta. Tutkimustulokset tukevat kätilöiden keskuudessa vallitsevaa ajankohtaista keskustelua synnytyksenhoidosta Suomessa. Kirjallisuuskatsauksen suorittaminen oli haastavaa ja opettavaista, mutta myös aikaa vievää, koska perehdyimme tutkimusmenetelmään itsenäisesti ja tutkimusmateriaali oli englan-

ninkielistä. Tutkimusten hakuprosessi sujui yllättävän hyvin. Kritisoiimme sitä, että osa tietokannoista oli kömpelöitä käyttää eikä hakuja voinut rajoittaa juuri haluamallamme tavalla. Tiedonhaku hidasti se, että eri tietokannoista löytyi samoja tutkimuksia. Laatimamme sisäänotto- ja pois-sulkukriteerit olivat mielestämme toimivia ja ohjasivat hyvin tutkimusten valintaprosessia. Keskeiset tulokset löytyivät valituista tutkimuksista helposti. Tutkimustuloksia analysoitaessa tuli esille, että tarvitsemme tutkimuksen viitekehukseen lisää teorian tietoa.

Opinnäytetyöprosessin aikana oma käsitys ja tietopohja kätilötyöstä ovat syventyneet merkittävästi. Aloitimme opinnäytetyön työstämisen aivan opintojen alkuvaiheessa. Tutkimustyön tekeminen ollut haastavaa mutta antoisaa. Oma mielenkiintomme aihetta kohtaan on motivoinut meitä työskentelemään tehokkaasti ja tutkimustyön periaatteiden mukaisesti. Koemme, että tulemme hyötymään tulevista kätilötyön suuntaavista opinnoista enemmän kuin ilman opinnäytetyöprosessia ja sen kautta saamaamme tietopohjaa. Olemme kaikki tehneet aiemmin ammattikorkeakouluopinnäytetyön ja koemme, että tämän kirjallisuuskatsauksen myötä olemme saaneet lisää valmiuksia tutkimustyön tekemiseen.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimustoiminnan lähtökohtana ovat eettiset valinnat. Eettisillä valinnoilla tarkoitetaan tutkijan työssään tekemiä ratkaisuja ja niissä pysymistä. Toisaalta myös tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin. Eettinen kestävyys on tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli. Eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua eli sitä että tutkimus on tehty laadukkaasti. Eettisyys siis nivoutuu tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125, 127). Tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi pyrimme olemaan objektiivisiä ja analysoimaan tuloksia totuudenmukaisesti. Tutkimustoiminnassa pyrimme välttämään virheitä, jotka systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkoittavat alkuperäistutkimuksia koskevia tutkimusharhoja. Harhat voivat olla esimerkiksi kieli- ja julkaisuharhoja, valikoitumis-, toistojulkaisemis- ja systemaattinen harha. Kieliharha tarkoittaa hakujen ulkopuolelle jääviä relevantteja tutkimuksia, jos haut rajataan vain tiettyyn tai tiettyihin kieliin. Tämän tutkimuksen aineistonkeruu rajattiin englanninkielisiin tutkimuksiin, koska kaikki kansainvälisesti merkittävät tutkimukset on julkaistu englanniksi. Aineistomme ulkopuolelle on voinut jäädä esimerkiksi ruotsin- ja saksankielisiä merkittäviä tutkimuksia aiheesta. Tiedämme, että Ruotsilla ja Saksalla on pitkä kätilötyön historia ja maissa tehdään korkeatasoista tutkimusta kätilötyön hyväksi. Päätimme kuitenkin rajata aineistonkeruun englanninkielisiin tutkimuksiin, koska aika ja resurssit eivät antaneet mahdollisuutta kääntää muilla kielillä

olevia tutkimuksia. Luotettavuutta tarkasteltaessa arvioimme arviointikriteerien täyttymistä, saatujen tutkimusten edustavuutta ja aineiston analysointia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40; Kontio & Johansson 2007, 101.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen edellyttää sen teoreettisten perusteiden tuntemusta ja niiden kriittistä arviointia. Tällä tavalla voidaan varmistaa luotettavuutta lisääviä asioita kuten relevanttien alkuperäistutkimusten löytymistä. Luotettavuutta voi horjuttaa alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu tai se, että valitaan vääriä tutkimuksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38, 43-44.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Kaksi alkuperäistutkimuksesta on yli kymmenen vuotta vanhoja, mutta samat tutkimustulokset toistuivat myös uudemmissa tutkimuksissa. Tämä osoittaa, että myös nämä vanhemmat alkuperäistutkimukset ovat luotettavia tämän tutkimuksen kannalta.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa erityisesti tutkijoiden tekemä tarkka raportti tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2004, 217.) Näin lukija pystyy arvioimaan tutkimuksen tuloksia (Tuomi ym. 2009, 141). Tässä tutkimuksessa luotettavuuden varmistamiseksi olemme raportoineet tutkimuksen etenemisen tarkasti. Tuomi ym. mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla käsitteillä. Laadullisessa tutkimuksessa näitä käsitteitä on useita ja ne ovat saaneet monenlaisia tulkintoja ja suomalaisessa kirjallisuudessa lisäksi erilaisia käännöksiä. (Tuomi ym. 2009, 137.) Tuomi ym. mukaan luotettavuutta voidaan siis arvioida seuraavien kriteerien kautta; credibility (uskottavuus ja vastaavuus), transferability (siirrettävyys), dependability (riippuvuus, luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi ja varmuus) sekä confirmability (vahvistuvuus, vakiintuneisuus ja vahvistettavuus).

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että vastaavatko tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta tutkittavien käsityksiä. Siirrettävyydellä puolestaan tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin. Siirrettävyys on riippuvainen siitä, miten samanlainen tutkittu ympäristö ja sovellysympäristö ovat. (Tuomi ym. 138-139.) Olemme pyrkineet olemaan mahdollisimman tarkkoja aineiston tulkinnassa ja käsitteellistämässä, jotta tekemämme analyysi vastaisi alkuperäisistä tutkimuksista saatua tietoa. Kaikki valitsemamme alkuperäistutkimukset oli tehty maissa, joissa terveydenhuolto on säädeltyä ja korkeatasoista. Näin tulosten siirrettävyys Suomeen on perusteltua. Riippuvuudella tarkoitetaan tutkimuksen toteuttamista tieteellistä tutkimusta yleisesti ohjaavilla periaatteilla. Vahvistuvuudella tarkoitetaan, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavaa

ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista. (Tuomi ym. 138-139.) Olemme tehneet tutkimuksen systemaattista kirjallisuuskatsausta ohjaavilla periaatteilla, jolla tutkimuksen riippuvuus varmistetaan. Vahvistuvuus puolestaan on tullut esiin kansainvälisissä tutkimuksissa. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuutta arvioidaan myös sillä, että tutkimus on toistettavissa samoin tuloksin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää suorittamamme tiedonhakukurssi, jossa informaation ohjauksella perehdyimme eri tietokantoihin ja niiden asianmukaiseen käyttöön. Lisäksi aikaisemmat ammattikorkeakouluopintomme ja tekemämme opinnäytetyöt auttavat meitä ymmärtämään tutkimuksen tekemistä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen suositellaan asiantuntijalähteiden mukaan yleensä enemmän kuin yksi tekijä. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on kolme. Vastaavasti luotettavuutta voi vähentää se, että systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä ei kuulu ammattikorkeakoulun tutkimusopintoihin, minkä vuoksi emme ole saaneet varsinaista menetelmäopetusta. Luotettavuuden varmistamiseksi saamme menetelmäohjausta opettajilta ja lisäksi itse perehdyimme huolellisesti menetelmään. Tällä varmistamme tutkimuksen luotettavuutta. Viitekehystä tehdessämme olemme arvioineet käyttämiämme lähteitä kriittisesti. Esimerkiksi sähköisen Bebesinfo-sivuston kohdalla arvioimme artikkelien kirjoittajien ammattitaitoa sekä tiedon oikeellisuutta kriittisesti.

7.3 Kehittämisehdotukset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan ehdottaa tutkittavaksi äitien mielipiteitä ja halukkuutta synnyttää kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä Suomessa. Tutkimus voitaisiin toteuttaa esimerkiksi kyselynä, joka jaettaisiin neuvoloissa. Lisäksi voitaisiin tutkia kättilöiden mielipiteitä työskentelystä isossa synnytysyksikössä. Antoisa tutkimuskohde voisi olla myös tutkia kättilöiden omia arvioita heidän ammattitaidoistaan hoitaa synnytystä kättilötyön menetelmin. Meitä kiinnostaisi myös tietää, miten meidän omalla alueella Oulun yliopistollisessa sairaalassa hyödynnetään kättilötyön menetelmiä.

LÄHTEET

Bergstrom, L., Richards, L., Janice, M. & Roberts, J. 2009. How caregivers manage pain and distress in second-stage labor. *The Journal of Midwifery & Women's Health* 55(1), 38-45.

Birth center, tulevaisuuden trendi 2011a. Bebesinfo. Hakupäivä 7.1.2011 http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=55.

Care in normal birth: a practical guide 1996. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Verkkojulkaisu. Hakupäivä 25.5.2011. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Chapman, V. 2003. *The midwife's labour and birth handbook*. Blackwell Publishing.

Dreaper, J. 2011. Midwife-led births 'should be the norm not exception'. BBC News. 6.3.2011. Hakupäivä 25.5.2011. <http://www.bbc.co.uk/news/health-12650719>.

Dreaper, J. 2010. Midwives call for 'seismic shift' in maternity services. BBC News. 29.12.2010. Hakupäivä 25.5.2011. <http://www.bbc.co.uk/news/health-12070665>.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 7.9.2005/36/EY.

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja Kirjoita*. 10. osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hormonit ohjailevat synnytystä 2010a. Bebesinfo. Hakupäivä 19.12.2010 http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=34.

HYVÄ SYNTYMÄ - Synnyttäjän jatkuvan tuen intervention kehittäminen ja arviointi 2010 (päivitetty 3.11.2010). Metropolia. Hakupäivä 5.2.2011 <http://www.metropolia.fi/tutkimus-ja-kehitys/hankkeet/terveys-ja-hoitoala/hyva-syntyma/>.

Härmä, P. & Neitola, P. 2011. Ei synnytysten keskittämiseksi. Kaleva 5.5.2011. Lukijalta-palsta, 27.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt, R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 51. Turku: Turun yliopisto, 3-9.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt, R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 51. Turku: Turun yliopisto, 101-108.

Kätilöiden vai lääkäreiden hoitomalli 2011b. Bebesinfo. Hakupäivä 7.1.2011 http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=163.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37-45.

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S. & Huber, U. 2010. Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55 (3), 234-242.

Liukkonen, A. Heiskanen, P. Lahti, A. & Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Lloyd, J. 2004. Application of systematic review methods to qualitative research: practical issues. *Journal of Advanced Nursing* 48 (3), 271-278.

Lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksessä 2010b. Bebesinfo. Hakupäivä 19.12.2010
http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=71.

Lääkkeetön kivunlievitys 2010c. Bebesinfo. Hakupäivä 19.12.2010
http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=67.

Normaali fysiologinen synnytys: Ponnistusvaihe 2011c. Bebesinfo. Hakupäivä 9.6.2011.
http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=191

Paananen, U. 2009. Kätilötyön historia. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen, A-M.Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 16-24.

Pienimaa A-K. 2009. Kätilötyö tänään. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen, A-M.Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 25-30.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt, R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 51. Turku: Turun yliopisto, 46-57.

Raussi-Lehto, E. 2009. Syntymän hoito. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen, A-M.Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 206-268.

Saarikoski, S. Synnytysopin perustiedot. 1994. 2.painos. Tampere: Legekustannus Oy.

Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2004. Normaali synnytys. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 325-335.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki: STM.

Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008 – 2009. 2010. Tilastoraportti 30/2010. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010. Helsinki: THL.

Synnytys 2011. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS. Hakupäivä 8.6.2011. Dokumentti julkaistu 26.7.2007.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,960,1144,1169,16512#Ponnistusvaihe>

Synnytysasennot 2010d. Bebesinfo. Hakupäivä 19.12.2010

http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=200.

Synnytyspaikan valinta 2010e. Bebesinfo. Hakupäivä 15.12.2010

http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=232.

Sweet, B. 1999. The Midwife. Teoksessa B. Sweet & D. Tiran (toim.) *Mayes' Midwifery. A Text-book for Midwives*. 12. uudistettu painos. Lontoo: Baillière Tindall, 3-10.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vesi apuna avautumisvaiheessa 2010f. Bebesinfo. Hakupäivä 19.12.2010

http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=33.

Virtanen, T. 2011. Synnytysten keskittäminen perusteetonta. *Kaleva* 23.2.2011. Lukijalta-palsta, 29.

Väyrynen, P. 2010. Kätilötyön etiikka. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen, A-M Äimälä (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 31-38.

Watts, K., Fraser, DM & Munir, F. 2003. The impact of the establishment of a midwife managed unit on women in a rural setting in England. *Midwifery* 19 (2), 106-112.

Äimälä, A-M. 2009. Kätilö naisen tukijana. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen, A-M Äimälä (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 39-43.

Kättilön ammattitoiminnan harjoittaminen

1. Tämän jakson säännöksiä on sovellettava kättilöntöimeen, sellaisena kuin kukin jäsenvaltio sen määrittelee — tämän kuitenkaan rajoittamatta 2 kohdan soveltamista — ja jota harjoittavat henkilöt, joilla on jokin liitteessä V olevassa 5.5.2 kohdassa luetelluista ammatinimikkeistä.
2. Jäsenvaltioiden on varmistettava, että kättilöillä on oikeudet ryhtyä harjoittamaan ja harjoittaa vähintään seuraavia toimintoja:
 - a) antaa luotettavaa perhesuunnittelutietoa ja -neuvontaa;
 - b) todeta raskaus ja seurata normaalia raskautta, tehdä tutkimuksia, jotka ovat tarpeen normaalin raskauden seuraamiseksi;
 - c) määrätä tai suositella tutkimuksia, jotka ovat tarpeen riskiraskauksien toteamiseksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa;
 - d) toteuttaa vanhempien valmennusohjelmia ja antaa kattavaa synnytysvalmennusta, johon kuuluu hygienia- ja ravintoneuvontaa;
 - e) hoitaa ja avustaa äitiä synnytyksen aikana ja seurata sikiön tilaa kohdussa asianmukaisia klinisiä ja teknisiä apuvälineitä käyttäen;
 - f) hoitaa normaaleja alatiesynnytyksiä, mukaan luettuina välilihan leikkauksen tekeminen tarvittaessa ja perätilasynnytyksen hoitaminen hätätapauksissa;
 - g) havaita äidissä tai lapsessa tavallisesta poikkeavat vaaran merkit, jotka vaativat lääkärin hoitoa, ja avustaa lääkärinä tarvittaessa, sekä hoitaa välttämättömät hätätapaukset, jos lääkäriä ei ole saatavilla, erityisesti irrottaa istukka käsin ja mahdollisesti sen jälkeen tutkia kohtu käsin;
 - h) tutkia vastasyntynyt ja hoitaa häntä; ryhtyä kaikkiin tarvittaviin toimenpiteisiin ja aloittaa tarvittaessa elvytys välittömästi;
 - i) hoitaa äitiä ja seurata hänen toipumistaan synnytyksen jälkeisenä aikana ja antaa hänelle kaikki lapsen hoitoon liittyvät tarpeelliset neuvot, jotta äiti pystyisi huolehtimaan siitä, että vastasyntynyt saa mahdollisimman hyvät kehitysmahdollisuudet;
 - j) antaa lääkärin määräämä hoito;
 - k) laatia tarvittavat potilasasiakirjat.

TAULUKKO 6. Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät (Sariola & Haukkamaa 2004, 333-335;
Lääkkeellinen kivunlievitys synnytyksessä 2010b.)

Lääkeaine	Ominaisuudet
Petidiini	<ul style="list-style-type: none"> • annostellaan lihakseen • menee sikiöön ja voi lamata vastasyntyneen hengitystä, jos tämä syntyy vaikutuksen alaisena • käytetään avautumisvaiheessa • vaikuttaa elimistössä kuusi tuntia
Ilokaasu	<ul style="list-style-type: none"> • otetaan hengittämällä maskista • sisältää: happea 40 prosenttia ja typpeä 60 prosenttia • käytetään koko synnytyksen ajan • vähiten haitallisia sivuvaikutuksia
Epiduraalipuudutus	<ul style="list-style-type: none"> • laitetaan epiduraalitilaan • tehokkain lääkkeellisistä kivunlievityksistä • käytetään, kun synnytys on varmasti käynnissä • vaikutus kestää 1,5-2 tuntia • annos voidaan uusia kahden tunnin välein
Spinaalipuudutus	<ul style="list-style-type: none"> • laitetaan selkäydinnesteeseen • käytetään, kun synnytys varmasti käynnissä • tehoaa nopeammin kuin epiduraalipuudute • vaikutus kestää kaksi tuntia
Paraservikaali- eli kohdunkaulanpuudutus	<ul style="list-style-type: none"> • laitetaan kohdunkaulaan • käytetään, kun kohdunsuu on neljä cm tai enemmän auki • puudute kulkeutuu kohdun verenkiertoon ja istukan kautta sikiöön, saattaa aiheuttaa sikiön sydämen harvalyöntisyyttä tai asidoosia, joka on yleensä ohimenevää • vaikutus kestää 1,5- 2 tuntia
Pudendaalipuudutus	<ul style="list-style-type: none"> • laitetaan välilihan alueelle • käytetään ponnistusvaiheessa • voidaan käyttää yhdessä muiden kivulievitysmenetelmien kanssa • vaikuttaa 1-2 tuntia
Paikallispuudutus	<ul style="list-style-type: none"> • käytetään välilihan alueelle ennen episiotomian leikkaamista tai ennen tikkien ompelemista, jos väliliha on repeytynyt synnytyksessä

Tekijä(t)	Otsikko	Maa ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Otos	Menetelmä	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
Symon, AG, Dugard, P., Butchart, M., Carr, V. & Paul, J.	Care and environment in midwife-led and obstetric-led units: A comparison of mothers' and birth partners' perceptions.	Iso-Britannia 2010	Kartoittaa synnyttävän äidin ja synnytyskumppanin kokemuksia parina kätilöjohtoisesta synnytysyksiköstä ja kätilötyön menetelmistä.	515 äiti-synnytyskumppani -paria yhdeksästä englantilaisesta synnytysyksiköstä (kuusi kätilöjohtoista, kolme lääkärijohtoista) vuosina 2004-2005.	Postikyselylomake äidille ja synnytyskumppanille kahdeksan päivää synnytyksen jälkeen	Sekä äitien että kumppanien kokemukset hoidosta kätilöjohtoisessa yksikössä olivat positiivisia, mutta äitien kokemukset olivat erityisen positiivisia. → Synnyttävän äidin tulee olla synnytyksen keskipiste. Kumppanilla on merkittävä, vuorovaikutuksellinen rooli, jota voidaan tukea ja vahvistaa pyrkimällä jatkossa parantamaan myös kumppanin synnytyskokemusta.
Dahlen, H., Jackson, M., Schmied, V., Tracy, S. & Priddis, H.	Birth centers and the national maternity services review: Response to consumer demand or compromise?	Australia 2010	Tutkia mitä MSR:ää (Maternity Services Review) varten lähetetyissä kirjelmässä sanottiin birth centereistä. Kuvailla kirjelmien näkemyksiä birth centereistä ja määritellä ovatko suositukset lisätä	832 kirjelmää	Laadullinen kuvaileva tutkimus	24 % vastaajista mainitsi birth centerin, 60 % kotisyntymisen. Vain 31 % mainitsi birth centerin ilman kotisyntymistä. Suurimmassa osassa korostettiin, että kaikki vaihtoehdot pitäisi olla tarjolla, kun puhutaan synnytyspaikasta ja palveluntarjo-

			birth centereiden määrä yhdenmukaisia näiden näkemysten kanssa.			ajasta. → Koska kotisyntyä ei julkisesti tueta Australiassa, birth centerit tuntuvat olevan paras mahdollinen kompromissi kotisyntymisen ja sairaalasyntymisen välillä.
Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A. & Eagar, K.	Mothers' views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital.	Australia 2009	Arvioida äitien tyytyväisyyttä caseload-midwifery -järjestelmään sekä tyytyväisyyden ja hoidon jatkuvuuden suhdetta.	174 synnyttävää äitiä, joista 87 ensi- ja 87 uudelleensyntyjää	Kyselylomake, jonka vastaukset linkitettiin äitien potilastietoihin niissä tapauksissa, joissa äiti oli antanut siihen luvan.	Kätilötyön menetelmät mahdollistivat hoidon jatkuvuuden ja äidit olivat erittäin tyytyväisiä siihen. Äidit kokivat, että kätilö suhtautui heihin aidon huolehtivaisesti ja arvostivat kätilön tukea ja lohtua raskauden ja synnytyksen aikana sekä synnytyksen jälkeen. Aikaisemmat synnytykset ja interventioiden määrä synnytyksessä olivat yhteydessä äitien tyytyväisyyteen hallinnasta ja kommunikoinnista. → Hoidon jatkuvuus tuntuu auttavan tukevan suhteen muodostumista käti-

						lön ja synnyttävän äidin välillä. Jatkuvuuden lisäksi myös suhteen laatu on tärkeää. Caseload-malli on yhteydessä äitien korkeaan tyytyväisyyden tasoon ja tukevaa suhdetta kätilöiden kanssa arvostetaan paljon.
Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S.	Midwife-led versus other models of care for childbearing women.	Kanada 2008	Vertailla kätilöjohtoisia hoitomallia (kätilötyön menetelmiä) ja muita hoitomalleja raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidossa.	11 alkuperäistutkimusta. Haku suoritettiin seuraavista tietokannoista: - Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trial Register - Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group's Trial Register - Current Contents - CINAHL - Web of Science - BIOSIS Previews - ISI Proceedings - WHO Reproductive	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	

				Health Library, No. 9		
Morano, S., Cerutti, F., Mistrangelo, E., Pastorino, D., Benussi, M., Costantini, S. & Ragni, N.	Outcomes of the first midwife-led birth centre in Italy: 5 years' experience.	Italia 2007	Arvioida ensimmäisen italialaisen kätilöjohtoisen synnytysyksikön kokemuksia ensimmäisen viiden vuoden ajalta.	1438 matalan riskin synnyttäjää	Seurantatutkimus	<p>Keskeiset tulokset:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14,1 % naisista siirrettiin lääkärin hoidon alaisuuteen synnytyksen aikana → heistä 68 % patologisen syyn (sikiö vaarassa, synnytyksen ensimmäisen tai toisen vaiheen pitkityminen tai lapisveden poikkeava väri) ja 32 % epiduraalipuudutustoiveen vuoksi <p>Kätilöjohtoisessa yksikössä synnyttäneet äidit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episiotomia 17,1 prosenttia - väliliha säilyi repeämättömänä 31,7 prosenttia - ensimmäisen asteen välilihan repeämä 31,7 % - toisen asteen välilihan repeämä 29,7 % - kolmannen asteen repeämä 0,5 % <p>Vastasyntyneistä</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 min. Apgarin pisteet ≤ 7 vain 2,6 prosenttia

						<p>→ heistä vain 7 vastasyntyneellä 5 min. Apgarin pisteet ≤ 7</p> <p>→ Positiiviset kokemukset ensimmäisestä kättilöjohtoisesta synnytysyksiköstä voivat toimia hyvänä esikuvana nykyisen äitiyshuollon kehittämisessä Italiassa.</p>
Campbell, R., Macfarlane, A., Hemsall, V. & Hatchard, K.	Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital.	Iso-Britannia 1999	Vertailla hoidon tuloksia kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä (Royal Bournemouth Hospital) ja lääkäreiden johtamassa synnytysyksikössä (Poole General Hospital).	794 kättilöjohtoisessa yksikössä synnyttävää naista ja 705 lääkärijohtoisessa synnyttävää naista vuosina 1992-1993	Seurantatutkimus	<p>Keskeiset tulokset:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27,1 % naisista siirrettiin lääkärijohtoiseen yksikköön ennen synnytystä ja 9,2 % synnytyksen aikana. <p>Kättilöjohtoisessa yksikössä synnyttäneet äidit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episiotomia 16,8 % (vrt. 24,6 % lääkärijohtoisessa) - vähemmän lääkkeellistä kivunlievitystä (esim. petidiini 33,9 % vs. 49,9 %) - vähemmän synnytyksen lääkkeellistä käynnistämistä (13,4 % vs. 21,7 %) tai nopeuttamista (29,9 % vs. 40,7 %)

						<p>- lyhempi synnytyksen ensimmäinen vaihe ja pidempi kolmas vaihe</p> <p>→ Kätilöjohtoinen synnytysyksikkö ja kätilötyön menetelmät toimivat hyvin. Tulokset ovat tervetulleita aikana, jolloin pieniä yksiköitä lakkautetaan ja synnytyksiä keskitetään suuriin yksiköihin. Tulokset tulisi ottaa huomioon myös koulutuksessa.</p>
Walker JM., Hall, S. & Thomas, M.	The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit.	Iso-Britannia 1995	Selventää kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä synnyttäneiden naisten synnytyskokemuksia.	32 synnyttänyttä naista ja kuusi synnytyskumppania	Haastattelu joko ennen kotiinlähtöä tai kolmen ja viiden kuukauden välillä synnytyksen jälkeen	<p>Saadun tuen ja koetun hallinnan tunteen välillä selvä yhteys. Muita merkittäviä tekijöitä olivat tiedonsaanti, valinnanmahdollisuus ja tukea antava ympäristö.</p> <p>→ Henkilökuntaa pitäisi olla riittävästi siten, että kätilöiden tuki on saatavilla koko synnytyksen ajan</p> <p>→ parantaa henkilökohtaista hallinnan tunnetta. Huomiota tulisi kiinnittää synnyttäjiin, jotka erityisesti tarvitsevat tukea ja</p>

						hoidon jatkuvuutta (mm. vaikea/pitkä synnytys ja lääkärijohtoiseen yksikköön siirretyt äidit)
--	--	--	--	--	--	---