



NYKYTILAN KARTOITUS NOR- MAALISYNNYTYKSEN HOITAMI- SESSA

Sanna-Kaisa Kukko

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Ylempi ammattikorkeakoulu
Kliinisen asiantuntijan kou-
lutusohjelma
Äkillisten sairauksien hoito

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulu
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Äkillisten sairauksien hoito

SANNA-KAISA KUKKO

Nykytilan kartoitus normaalisyntymyksen hoitamisessa

Opinnäytetyö 80 sivua, joista liitteitä 22 sivua
Maaliskuu 2013

Tämä tutkimus tehtiin Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysten vastuualueelle. Sairaalassa hoidetaan yli 5000 synnytystä vuodessa, joista yli 70 % on normaalisyntymyksiä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Tays:n naistentautien ja synnytysten vastuualueella työskentelevien kättilöiden ja lääkäreiden käsityksiä normaalisyntymyksestä ja sen hoitamisesta. Tutkimuskysymykset, joihin haettiin vastausta olivat: Millaiseksi kättilöt ja lääkärit määrittelevät normaalisyntymyksen Tays:ssa? Millaista on normaalisyntymyksen hoito tällä hetkellä Tays:ssa? Minkälaiset interventiot liittyvät normaalisyntymyksen hoitoon Tays:ssa? Tavoitteena oli parantaa potilaan saamaa hoitoa, lisätä kättilöiden ja lääkäreiden valmiuksia tunnistaa normaalisyntymys, selkeyttää normaalisyntymyksen prosessia ja vähentää synnytysneurologisissa tarpeettomia interventioita.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Aineisto (N=110) kerättiin verkkopohjaisella puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, jonka linkki lähetettiin kättilöille ja lääkäreille (N=184) sähköpostilla. Vastausprosentti oli 60. Vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja sisällön erittelyllä.

Vastaaajista 69% määritteli normaalisyntymyksen spontaanisti käynnistyväksi omilla supistuksilla tai kalvojen puhkaisulla tai oksitosiinilla edistyväksi ja synnytyksessä voi olla käytössä myös lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät. Synnytyksen hoito vastasi osittain WHO:n hoitosuosituksia. Synnyttäjän hoidossa käytettiin lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, tarjottiin empaattista tukea ja annettiin mahdollisuus liikkumiseen synnytyksen aikana, jotka ovat todistettavasti hyödyllisiä käytänteitä. Ponnistusvaiheen hoidossa käytettiin pääsääntöisesti Valsalva –menetelmää, joka WHO:n hoitosuosituksen mukaan kuuluu käytänteisiin, jotka ovat selvästi haitallisia tai tehottomia ja tulisi poistaa. Tuloksista ilmeni lisäksi, että synnytyksen aikana käytössä oli suonensisäinen infuusio, kardiocografia, sisätutkimus ja lääkkeellinen kivunlievitys.

Kehittämisehdotuksena voisi seurata synnytyskertomuksista, kuinka WHO:n hoitosuositus toteutuu synnyttäjän hoidossa ja ovatko interventiot vähentyneet. Samanaikaisesti voisi tutkia normaalisyntymättäjien tyytyväisyyttä. Normaalisyntymyksen määritelmää on syytä tarkentaa ja synnyttäjille annettava hoidon tulisi perustua näyttöön.

Asiasanat: synnytys, kättilö, interventio

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise
Treatment of Acute Disease

SANNA-KAISA KUKKO:
Current state of Intrapartal Care in Normal Labor

Master's thesis 80 pages, appendices 22 pages
March 2013

The purpose of this study was to gather information about perceptions of normal birth and intrapartum care in Tampere University Hospital at the Department of Obstetric and Gynaecology. The aim was to improve patient care, increase the capacity of midwives and doctors to recognize normal birth, to clarify the birth process and reduce unnecessary interventions.

The study was carried out as a quantitative method. Data (N = 110) was collected from midwives (n=86) and doctors (n=24) with a Web survey by email. The data was analyzed using statistical analysis and content analysis.

The majority (69%) of respondents stated that normal birth starts spontaneously or with artificial rupture of membranes or augmentation with oxytocin and medical painrelief can be used. The intrapartal care was comparable to WHO recommendations for normal birth partly, non-pharmalogical methods of pain relief and emphatic support were used and women were allowed to move during labour. Valsalva –method was used mostly during the second stage of labour, though it is considered as clearly harmful or ineffective practise according to WHO.

The findings indicate that the definition of normal birth should be specified and the intrapartal care should be evidence-based. Further research is required to investigate birth records if WHO recommendations in normal labour are used and if the interventions during labour have reduced.

Key words: labor, midwife, intervention

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TAMPEREEN YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN NAISTENTAUTIEN JA SYNNYTYSTEN VASTUUALUE	8
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
4.1	Normaalisynnytys	11
4.1.1	Normaalisynnytyksen hoito	13
4.1.2	Normaalisynnytyksen interventiot	16
4.2	Systemaattinen katsaus	17
4.2.1	Alustava haku	18
4.2.2	Täydentävä haku	19
4.2.3	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	20
4.2.4	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	22
5	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS.....	25
5.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	25
5.2	Kohdejoukko ja otos	25
5.3	Puolistrukturoitu kysely	26
5.3.1	Kyselylomakkeen laatiminen	26
5.3.2	Kyselylomakkeen muoto.....	28
5.3.3	Kyselylomakkeen esitestaus.....	28
5.4	Aineiston keruu.....	29
5.5	Kato.....	30
5.6	Aineiston käsittely	30
5.7	Tilastollinen analyysi	31
6	TULOKSET	32
6.1	Vastaajien taustatiedot	32
6.2	Normaalisynnytys Tays:ssa henkilökunnan käsityksen mukaan	33
6.3	Normaalisynnytyksen hoidolliset näkökulmat.....	33
6.3.1	Synnyttäjän kohtaaminen ja perustarpeet.....	33
6.3.2	Synnytyksen seuraaminen	35
6.3.3	Synnyttäjälle annettava kivunlievitys	37
6.3.4	Ponnistusvaiheen hoito	38
6.3.5	Interventiot ja synnytys	39
7	POHDINTA.....	42
7.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	42

7.1.1 Tutkimuksen luotettavuus	42
7.1.2 Tutkimuksen eettisyys.....	46
7.2 Tulosten tarkastelu	47
7.2.1 Käsitys normaalisynnytyksestä	47
7.2.2 Synnytyksen hoito ja interventiot Tays:ssa.....	48
7.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset	50
LÄHTEET	52
LIITTEET	58
Liite 1. Cochrane –katsaukset ja interventiotutkimukset	58
Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi ja aineiston valinta	60
Liite 3. Tutkimuksen laadun ja sopivuuden arviointilomake	61
Liite 4. Systemaattisen katsauksen tutkimukset	62
Liite 5. Tutkimuslomakkeen operationalisointi.....	71
Liite 7. Kysymyslomake.....	73
Liite 8. Tutkimuslupa	80

1 JOHDANTO

Synnytys on maailman luonnollisin tapahtuma. Maailmassa syntyvistä lapsista suurin osa syntyy tänäkin päivänä sairaalan ulkopuolella ilman ammattimaista apua. Länsimaissa tilanne on toinen. Synnytykset siirtyivät sairaaloihin 50 -60 – lukujen taitteessa ja tänään Suomessa kotona syntyvä lapsi on harvinaisuus. Sairaala tarjoaa ammattimaisen synnytysavun sekä normaalissa synnytyksessä että hätätilanteessa. (Tapper 2011, 10.)

Synnyttäjä tarvitsee seurantaa raskauden ja synnytyksen aikana. Suomi on kuuluisa äitiyshuollon neuvolajärjestelmästä ja meillä on maailman alhaisimmat luvut vastasyntyneiden kuolleisuudessa yhdessä Japanin, Norjan, Islannin ja Ruotsin kanssa. (Tapper 2011, 11.) Valmius nopeisiin lasta pelastaviin toimenpiteisiin on Tampereellakin maailman huippuluokkaa, esimerkiksi sikiön vointia voidaan seurata erilaisin menetelmin ja synnytyksiä voidaan käynnistää ja vauhdittaa.

Näistä toimenpiteistä on yhä enenevässä määrin tullut rutiinia myös niiden potilaiden hoidossa, jotka eivät niitä tarvitse. Lukumäärältään enemmistöä, normaalisynnyttäjiä, hoidetaan kuin he olisivat korkean riskin potilaita. He ovat pitkiä aikoja jatkuvalla sydänäänikäyrällä vuoteessa, vaikka on todettu, että sekä äidille että lapselle lempeämmällä ulkoisella jaksottaisella syketarkkailulla päästään yhtä hyvin, jopa parempiin tuloksiin. Synnytystä hoitavalla henkilökunnallakin on hämärtynyt normaalin ja epänormaalin rajat. (Halmesmäki & Saisto 2002, 2157; Alfirevic, Devane & Gyte 2008, 10.) Terveet matalan riskin synnyttäjät altistetaan turhille toimenpiteille ilman perusteltua syytä (Sandin-Bojö, Larsson, Axelsson & Hall-Lord 2006, 213) ja synnytyksenaikaisten toimenpiteiden lisääntyessä myös synnytykset päätyvät herkemmin toimenpiteisiin (Tracy ym. 2007, 41).

Normaalisynnytykselle ei ole olemassa suomalaista määritelmää tai ohjeistusta (Seksuaali – ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 84). Englantilaisen normaalisynnytyksen määritelmän (Making normal birth a reality 2007) mukaan tarkasteltaessa, vain 10 % suomalaisista ensisynnyttäjistä synnyttää normaalisti (Virtanen 2012, 3). Tämän englantilaisen käsityksen mukaan normaalisynnytykseen ei kuulu esimerkiksi epiduraali-

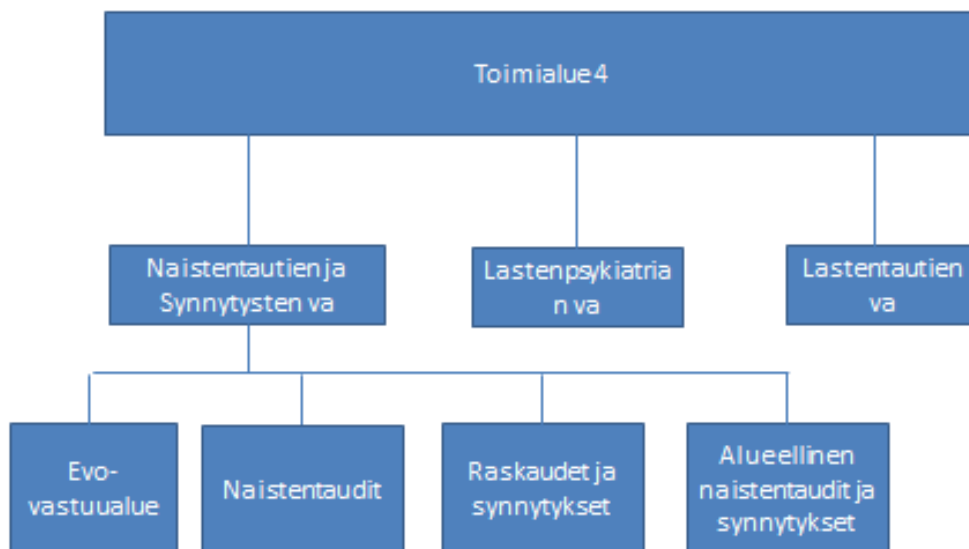
puudutus, synnytyksen käynnistäminen tai episiotomia eli välilihan leikkaus (Making normal birth a reality 2007), jotka ovat tavallisia toimenpiteitä suomalaisissa synnytyksissä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysten vastuualueella työskentelevien kätilöiden ja lääkäreiden käsityksiä normaalisynnytyksestä ja sen hoitamisesta. Tavoitteena on parantaa potilaan saamaa hoitoa, lisätä kätilöiden ja lääkäreiden valmiuksia tunnistaa normaalisynnytys, selkeyttää normaalisynnytyksen prosessia ja vähentää synnytyksenhoidossa tarpeettomia interventioita. Lisäksi tavoitteena on lisätä näyttöön perustuvan hoidon käyttöönottoa osaksi tavanomaista synnytyksen hoitoa.

2 TAMPEREEN YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN NAISTENTAUTIEN JA SYNNYTYSTEN VASTUUALUE

Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays) on yksi maan viidestä yliopistosairaalaista ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) suurin sairaala. Tays: ssa hoidetaan vuosittain yli 152000 potilasta, joista synnytyksiä on yli 5000 ja sairaalassa on henkilökuntaa yli 4000. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011.)

Toimialue 4 on yksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin seitsemästä toimialueesta. Se jakaantuu kolmeen eri vastuualueeseen (kuvio 1). Naistentautien ja synnytysten vastuualue (NaSy) on yksi kolmesta vastuualueesta ja se jaetaan neljään eri osa-alueeseen: naistentaudit, raskaudet ja synnytykset, alueellinen naistentaudit ja synnytykset Vammalassa ja Tutkimuksen ja opetuksen EVO- yksikkö. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011.)



KUVIO 1. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimialue 4 ja sen vastualueet

Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysten vastuualueella oli vuonna 2010 henkilökuntaa 243. Hoitohenkilökuntaan kuului 204, joista kättilön toimes-
sa 134, 10 kättilökoulutuksen saanutta henkilöä, jotka toimivat muissa tehtävissä ja 37
lääkäreitä. Lääkärit toimivat sekä Tays:ssa että Vammalan aluesairaalassa, kättilöt vain
Tays:ssa. Synnytyssalissa on 39 kättilön vakanssia, mutta siellä toimii yli 50 kättilöä.
(Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011; Julin 2012.)

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa syntyi yli 5100 lasta vuonna 2011. Säännöllises-
ti alateitse synnytti 77 % (N=4005) kaikista syntyneistä lapsista. Synnyttäjistä valtaosa
oli perusterveitä naisia, joilla ei ollut synnytyksen suhteen riskitekijöitä. (Ipana 2012.)

Tämä tutkimus kohdistuu PSHP:n Tays:n Naistentautien ja synnytysten vastuualueen
kättilöille (n=147) ja lääkäreille (n=37). Tutkimuksen yhteistyötahona toimii Pirkanmaan
sairaanhoitopiiri.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Tays:n naistentautien ja synnytysten vastuualueella työskentelevien kätilöiden ja lääkäreiden käsityksiä normaalisyntytyksestä ja sen hoitamisesta.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiseksi kätilöt ja lääkärit määrittelevät normaalisyntytyksen Tays:ssa?
2. Millaista on normaalisyntytyksen hoito tällä hetkellä Tays: ssa?
3. Minkälaiset interventiot liittyvät normaalisyntytyksen hoitoon Tays:ssa?

Tavoitteena on parantaa potilaan saamaa hoitoa, kun oikea hoito voidaan kohdentaa oikealle potilaalle. Tavoitteena on myös lisätä kätilöiden ja lääkäreiden valmiuksia tunnistaa normaalisyntytyks, jotta ei puututtaisi synnytyksen kulkuun tarpeettomasti. Lisäksi tavoitteena on selkeyttää normaalisyntytyksen prosessia ja vähentää synnytyksenhoidossa tarpeettomia interventioita. Interventioiden vähentymisellä saavutetaan myös taloudellisia etuja. Lisäksi tavoitteena on lisätä näyttöön perustuvan hoidon käyttöönottoa osaksi tavanomaista synnytyksen hoitoa.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Normaalisyntyys

Lapsen syntymistä tarkoittava tapahtumaketju voidaan kuvata monin eri sanoin. Kielikoneen määritelmän mukaan ”synnytys on raskaana olevan naisen elimistön normaali tapahtumasarja, joka päättyy lapsen ja jälkeisten poistumiseen kohdusta, jälkeläisen synnyttäminen, lapsen ruumiin täydellinen irtautuminen äidin ruumiista” (MOT 2012). Synnytyksen luonnollisuutta kuvastaa WHO:n synnytyksen hoitosuosituksista löytyvä lause:

In normal birth there should be a valid reason to interfere with the natural process. (WHO 1996, 7.)

Normaalin käsite on monimerkityksinen. Normaalisyntytyksen määrittäminen riippuu kulttuurista ja jopa ammatista. Määrittelyssä voidaan korostaa synnyttäjän terveyteen ja raskauteen liittyviä, synnytyksen kulkuun liittyviä ja synnytyksen hoitoon liittyviä seikkoja (taulukko 1). (WHO 1996; Werkmeister, Jokinen, Mahmood & Newburn 2008; Canadian association of midwives 2010; SOGC 2011.)

TAULUKKO 1. Normaalisyntytyksen määritelmiä eri toimijoiden mukaan (WHO 1996; Making normal birth a reality 2007; SOGC 2011; Canadian association of midwives 2010.)

Organisaatio	Määritelmä
WHO 1996	Synnyttaja on perusterve Raskausviikot 37-41+6 Yksisikiöinen ja raivotarjonta Spontaanisti käynnistynyt synnytys Etenee päätyen alatiesynnytykseen Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin
Maternity Care Working Party 2007	Ei ota kantaa taustatietoihin, kuten raskausviikkoihin Raivotarjonnassa tapahtuva spontaanisti käynnistynyt synnytys Lääkkeellisistä kivunlievityksistä käytössä ilokaasu ja lihakseen pistettävät kipulääkkeet Synnytyksen kulkuun voidaan vaikuttaa kalvojenpuhkaisulla synnytyksen edistämiseksi Sähköinen sydänääniseuranta voi olla käytössä
SOGC 2011 Canadian association of midwives 2010	Perusterve synnyttaja Raskausviikot 37-42 Yksisikiöinen ja raivotarjonta Synnytystä voi edistää oksitosiinilla tai kalvojenpuhkaisulla Käytössä voi olla ilokaasu, opioidit tai epiduraali, ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät Jaksottainen sydänäänien kuuntelu Aktiivinen kolmannen ajanvaiheen hoito Korostaa jatkuvan tuen merkitystä, lääkkeettömien kivunlievitysmahdollisuuksien tarjoamista ja rauhallisen ja turvallisen synnytysympäristön luomista synnyttäjälle.

Normaalisyntytystä voidaan tarkastella myös sen määrittelijän näkökulmasta. Taulukkoon 2 on koottu Wagnerin (1995) jaottelemat ammattiryhmäkohtaiset määritelmät (Could 2000, 419.)

TAULUKKO 2. Eri ammattiryhmien väliset käsitykset normaalisyntymisestä Wagnerin (1995) mukaan

Ammattiryhmä	Normaalisyntymisen määritelmä
Synnytyslääkärit	Normaalisyntymisessä ei ole patologisia epänormaaliuksia eikä siihen puututa mitenkään
Epidemiologit	Normaalisyntymis on luonnollinen tapahtuma, tosin medikalisaation vuoksi sitä on tukalaa mitata
Psykologit	Syntymis liittyy naisen elämäntapaan ja hänen siirtyminen täyteen naiseuteen vahvistuu äitiyden kautta
Antropologit	Länsimainen yhteiskunta tekee syntymisestä jatkuvasti epänormaalimpaa
Sosiologit	Syntymis ei ole normaali prosessi vaan sosiaalinen prosessi, jonka tulokset vaikuttavat naiseen ja hänen elinympäristöön
Kätilöt	Syntymis on normaali, mikäli syntyttäjä sen niin kokee ja se kuuluu osana elämisen prosessiin

Suomessa ei ole olemassa normaalisyntymisen määritelmää tai virallista ohjeistusta normaalisyntymisen hoitamiseksi. Kuitenkin Seksuaali – ja lisääntymisterveyden edistäminen – toimintaohjelma vuosille 2007 – 2011 suosittelee, että matalan riskin syntymiselle laadittaisiin kansallinen hoitosuositus. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 84.)

Syntymistä hoitavalla henkilökunnallakin on hämärtyneet normaalin ja epänormaalin rajat. Syntymisestä on tullut lääketieteellinen ongelma, jossa syytteiden pelossa tehdään paljon perusteettomia toimenpiteitä (Halmesmäki & Saisto 2002, 2157).

Tämän työn lähtökohtana on säännöllinen, normaali alatiesyntymis. Tässä tutkimuksessa normaalisyntymis ja matalan riskin syntymis tarkoittavat samaa asiaa, normaalia perusterveen, täysiaikaisen äidin spontaanisti alkanutta alatiesyntymistä.

4.1.1 Normaalisyntymisen hoito

Suomen Kätilöliiton puheenjohtaja Terhi Virtanen pohtii Kätilölehden pääkirjoituksessaan: ”Mikä on normaalia syntymisessä?” Hän kirjoittaa, että vain alle 10 % suomalaisista ensisyntymästä syntymää normaalisti, kun vastaava luku Englannissa kaikkien syntymästä osalta on 47 %. (Virtanen 2012, 3.) Virtanen haluaa kirjoituksellaan herättää ajattelemaan nykyistä suomalaista syntymiskulttuuria ja sitä, olemmeko tehneet normaalista syntymisestä lääketieteellisen toimenpiteen. Englantilaisen normaalisyntymisen

nytyksen määritelmän mukaan suomalaiset ovat kaukana normaalista, mitä tulee synnytykseen.

Terveydenhuoltolain (2010) kahdeksannessa pykälässä säädetään, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito – ja toimintakäytäntöihin. Tutkimusta siitä, kuinka laki Suomessa toteutuu synnytyksen hoidossa, ei vielä ole olemassa. Ruotsissa tehty tutkimus osoitti, että siellä sairaalakohtaisia eroja oli paljon ja synnytyksen hoito näytti perustuvan enemminkin tapoihin kuin tieteelliseen näyttöön. (Sandin-Bojö & Kvist 2008, 321–323.)

Näyttöön perustuva synnytyksen hoito vaatii tietoa ja ymmärrystä parhaista käytänteistä ja tuoreimmista tutkimuksista ja niiden soveltuvuudesta käytännön työhön. Tämä on mahdollista Englannissa, jossa sekä National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) että The Royal College of Midwives (RCM) ovat laatineet synnytyksen hoitoon tutkimuksiin perustuvan ohjeistuksen. NICE- guidelines on perusteellinen kokoelma synnytykseen liittyviä suosituksia, joita toteutetaan kansallisesti ja kättilöille suunnattu ”Evidence Based Guidelines for midwifery-led care in labour” -ohje perustuu sekä ylläolevaan suositukseen että systemaattiseen katsaukseen. Käytännön työvälineenä on taskukokoinen suosituskirjanen, josta on luettavissa kättilötyössä tarvittavia ohjeita ja tutkimustietoa koko synnytyksen aikaiseen prosessiin. (NICE 2007; RCM 2012.)

Normaalisynnytyksenkin hoito vaatii jatkuvaa arviointia. Kättilön tekemä riskinarvio synnyttäjistä on samankaltainen riippumatta siitä, minkälaisessa synnytysyksikössä hän työskentelee. Onko synnyttäjän tilanne tullessa normaali, onko riskitekijöitä, muuttuuko tilanne synnytyksen aikana ja pitääkö puuttua ollenkaan? Jos arviointia ei tehdä ja osata erottaa normaalia synnyttäjää enemmän seurantaa vaativista, seurauksena on, että normaalisynnyttäjille tehdään interventioita ilman syytä. (Sandin-Bojö ym. 2006, 207, 213; Wiklund, Wallin, Vikström & Ransjö-Arvidsson 2011, 3.)

Maailman terveysjärjestön normaalisynnytyksen hoitosuositus ohjaa maailmanlaajuisesti synnytyksen hoitoa (WHO 1996). Suosituksen pääajatus on, että synnytys on luonnollinen prosessi ja sen kulkuun ei tulisi puuttua ilman pätevää syytä. Synnytyksen aikana tulee kuitenkin jatkuvasti arvioida, vaatiiko synnyttäjän tai sikiön tila tarkempaa korkeamman tason hoivaa. Lisäksi hoitosuosituksessa ilmaistaan, että suosituksen ohjeet on

tarkoitettu normaalissa matalan riskin synnytystilanteessa käytettäväksi, mutta soveltuvin osin suosituksen ohjeita voidaan käyttää myös korkean riskin synnyttäjien hoidossa. (WHO 1996, 6.)

WHO:n suositus määrittelee neljä eri kategorialla synnytyksen hoitoon liittyen (WHO 1996, 4). Luokittelu on tehty sen mukaan, kuinka hyödyllisiä, tehokkaita tai haitallisia käytännöt ovat. (Taulukko 3)

TAULUKKO 3. Synnytykseen liittyvien käytäntöjen luokittelu WHO:n mukaan (WHO 1996, 35–37.)

Kategoriat	Esimerkkejä hoitokäytännöistä
A Todistettavasti hyödylliset käytännöt, joiden käyttöön tulisi rohkaista	<ul style="list-style-type: none"> • synnyttäjän ja sikiön voinnin seuranta • ravinnon antaminen • synnytyspaikan valinta synnyttäjän toiveen mukaisesti • empaattinen tuen antaminen • lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttäminen synnytyksen aikana • jaksottainen sikiön sykkeen seuraaminen • kannustaminen liikkumiseen • aseptinen navan katkaisu • rohkaisu muuhun kuin selkäasentoon ponnistaessa
B Haitalliset tai hyödyttömät käytännöt, jotka tulisi poistaa	<ul style="list-style-type: none"> • peräruiskeen antaminen • ihokarvojen ajelu • rutiininomainen suonensisäinen infuusio • rutiininomainen selkäasento ponnistusvaiheessa • oksitosiinin kontrolloimaton käyttö missä tahansa synnytyksen vaiheessa • ponnistamaan ohjaaminen Valsalva – menetelmällä • välilihan hierominen ja venyttäminen ponnistusvaiheessa
C Käytännöt, joiden suositeltavuudesta on riittämätön näyttö ja joihin tulisi suhtautua varauksella, kunnes saadaan lisää tutkimusnäyttöä	<ul style="list-style-type: none"> • yrttien käyttö synnytyskivun lievitykseen • varhainen kalvojenpuhkaisu rutiininomaisesti • kohdun päältä painaminen synnytysshetkellä • varhainen napanuoran sulkeminen
D Käytännöt, joita käytetään usein epätarkoituksenmukaisesti	<ul style="list-style-type: none"> • ruoan ja juoman rajoittaminen synnytyksessä • epiduraalipuudutuksen käyttö kivunlievityksenä • jatkuva sydänääniseuranta • useiden eri henkilöiden tekemät sisätutkimukset • oksitosiinin käyttö synnytyksen edistämiseksi • virtsarakon katetrointi • ponnistuttaminen ennen ponnistamisentarvetta • operatiivinen synnytys • rutiininomainen episiotomian leikkaus

NICE:n (2007) Intrapartum care : full guideline -hoitosuositus perustuu lähtökohdiltaan WHO:n suositukseen. Se antaa yksityiskohtaisia toimintaohjeita esimerkiksi synnytys-

paikan soveltuvuudesta, kivunlievityksestä, synnyttäjän tukemisesta ja synnytyksen kestosta sekä normaalisyntytykseen että poikkeviin tilanteisiin. (NICE 2007.)

RCM:n Evidence based guidelines for midwifery- led care in labour (2008) toimii käsikirjana kätilöille. Siihen on koottu näyttöön perustuvat suositukset synnytysympäristön valinnasta aina varhaisimetykseen asti. Suositus kehottaa vahvasti tukemaan synnyttäjää normaaliin synnytykseen ja tarjoaa perustelut tehtäville toimenpiteille sekä perustelut niiden tekemättä jättämiselle. (RCM 2012.)

Kanadalainen synnytys- ja naistentautien lääkäreiden yhdistys on määritellyt yhdessä kansallisen kätilöyhdistyksen kanssa normaalisyntytyksen peruslähtökohdiltaan samanlaiseksi kuin WHO. Lisäksi heidän määritelmän mukaan normaaliin synnytykseen kuuluvat lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät. (SOGC 2011; Canadian association of midwives 2010.)

4.1.2 Normaalisyntytyksen interventiot

Synnytyksen interventioista puhuttaessa tarkoitetaan tavallisesti sisätutkimusta, peräruiskeen antamista, ihokarvojen ajelua, sikiön sähköisen sydänäänikäyrän ottamista, kalvojen puhkaisua, lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttämistä tai suoniyhteyden avaamista. Interventioita ovat myös mikroverinäytteen ottaminen, sikiön avustaminen imukupilla tai synnytyksen päättäminen keisarileikkauksella. (WHO 1996, 20, 24.)

Tulisi tarkkaan harkita, milloin ensimmäinen tehtävä interventio on todella tarpeellinen. Synnytykseen puuttuminen vaikuttaa siihen, että joudutaan puuttumaan yhä uudestaan ja synnytys näyttää päätyvän herkemmin operatiiviseksi. (Tracy, Sullivan, Wang, Black & Tracy 2007, 41.)

Osa tehtävistä interventioista on syntyvän lapsen ja äidin kannalta välttämättömiä. Sydänäänien seuranta ennakoii vastasyntyneen vointia, synnytyskipua hoidetaan tänä päivänä ja niin kuuluukin tehdä. Synnyttäjän terveys ja tilanne synnyttämään tullessa vai-

kuttavat siihen, kuinka paljon synnytykseen tulisi puuttua ja mikä puuttuminen on perusteltua. (WHO 1996, 6.)

Kun ollaan sairaalassa, jossa hoidetaan monen eri riskiluokan synnyttäjiä, käy helposti niin, että kaikkia potilaita hoidetaan kuin he olisivat korkeimman riskin synnyttäjiä. On kuitenkin mahdollista vaikuttaa siihen, että annettu hoito kohdentuu oikein ja interventioita tehdään vain harkitusti (Sandin-Bojö, Hall-Lord, Axelsson & Larsson 2007, 113).

Synnytyspaikan valinnalla on vaikutusta tehtyihin interventioihin. Tutkimusten mukaan kättilöjohtoisissa synnytysyksiköissä synnyttäjät synnyttivät todennäköisemmin normaalisti, saivat vähemmän kivunlievitystä ja heille tehtiin vähemmän interventioita verrattuna tavanomaisiin synnytysyksiköihin. (Tracy ym. 2005, 88-90; Symon ym. 2007, 323; Hodnett ym. 2010; 2, Overgaard ym. 2011, 1.)

Suomalaisia syntymätilastoja tarkasteltaessa huomataan, että synnytyksissä yli 61 %:lle annetaan kivunlievitykseksi selkäpuudutus, yli 16 % saa lapsensa keisarileikkauksen ja yli 8 % imukupin avulla. Synnytyksessä tehdyt interventiot ovat lisääntyneet vuodesta 1992 vuoteen 2010 selkäpuudutteen osalta 46,2 %, keisarileikkausten osalta 1,7 % ja käynnistysten osalta 5,6 %. (Vuori & Gissler 2011, 19.)

4.2 Systemaattinen katsaus

Suomessa synnytykseen liittyvä hoitotieteen tutkimus on kohdistunut synnyttäjän tai perheen kokemukseen (Ahonen 2001; Tarkka 1996; Vallimies-Patomäki 1998), naisen hallinnan tunteeseen (Ryttyläinen 2005), synnyttäjien pelkoon (Melender 2002) tai tehtyihin toimenpiteisiin, kuten episiotomiat eli välilihan leikkaukset (Räisänen 2011). Lääketieteen kotimaiset tutkimukset eivät ole tarkastelleet synnytystä normaalina ilmiönä, vaan tutkimuksen kohteena on ollut kivunlievitys (Palomäki 2005) tai komplikaatiot (Ojala 2010).

Tämän tutkimuksen tiedonhaku suoritettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen. Systemaattinen katsaus on menetelmä, jonka avulla saadaan tutkittu tieto kerättyä systemaattisesti tiiviiseen muotoon (Leino-Kilpi 2007, 2). Tieto kerätään

kattavasti tietokannoista ja manuaalisesti. Tutkimuskysymykset ohjaavat hakusanojen valintaa, valintakriteerit tarkentavat haettavaa aineistoa ja samalla pyritään vähentämään systemaattista harhaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.) Aineisto analysoidaan ja analyysimenetelmän valintaan vaikuttaa alkuperäistutkimusten laatu ja määrä. Jos kerätty aineisto on kovin erilainen, kuvaileva synteesi on hyvä vaihtoehto. Tällöin tutkimuksista kuvataan tulokset, yhtäläisyydet ja erot. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

4.2.1 Alustava haku

Alustavaa tiedonhakua varten haettiin tietokannoista CINAHL, PubMed ja COCHRANE – kirjaston kokoelmista hakusanoilla “synnytys” AND “kätilö”, “childbirth” AND “midwife” AND “intervention” rajauksena vuodet 2006 – 2012. Lisäksi manuaalisesti käytiin läpi Midwifery – lehdestä kaikki artikkelit (N= 658) vuosien 2006–2012 välillä.

Cochrane – katsaukset (liite 1), jotka löytyivät alustavassa tiedonhaussa, liittyivät synnytyspaikkaan. Hatem ym. (2009) tekivät systemaattisen katsauksen tutkimuksista, jotka käsittelivät synnyttämistä kätilöjohtoisissa synnytysyksiköissä verrattuna muihin vaihtoehtoihin ja Hodnett ym. (2010) vertasivat vaihtoehtoisia synnytysyksiköitä tavanomaisiin yksiköihin liittyviä tutkimuksia. Tutkijaryhmät tulivat siihen tulokseen, että muissa kuin sairaalassa liittyvissä synnytysyksiköissä synnytys päättyi todennäköisemmin spontaanisti, äidit kokivat enemmän hallinnan tunnetta ja he olivat tyytyväisempiä synnytykseensä. (Hatem ym. 2009; Hodnett, Downe, Walsh & Weston 2010.) Olsen & Jevell arvioivat tutkimusta, jossa verrattiin synnyttämistä kotona ja sairaalassa. Katsaukseen löytyi vain yksi tutkimus, joka oli laadukas, mutta pieni, jotta siitä olisi voinut tehdä johtopäätöksiä. (Olsen & Jevell 2009.)

Interventiotutkimukset (liite 1), jotka löytyivät alustavassa haussa, mutta hylättiin sisäänottokriteerien perusteella, käsittelivät sairaalan koon, sairaalan ja kodin tai muun synnytyspaikan yhteyttä vastasyntyneen tai äidin vointiin. Näiden tutkimustulosten perusteella sairaalan koolla tai synnytyspaikalla ei näytä olevan merkitystä vastasyntyneen vointiin, ja synnyttäjille tehtiin vähemmän toimenpiteitä mikäli synnyttäjä on matalan riskin synnyttäjä (Tracy ym. 2005; The Birthplace collaborative group 2011), mutta

suunniteltuihin kotisynnytyksiin näytti liittyvän vastasyntyneen kolminkertainen kuoleisuusriski (Wax ym. 2010).

4.2.2 Täydentävä haku

Tämän tutkimuksen tiedonhaun tarkoituksena oli löytää tutkittua tietoa normaalisynnytyksestä ja siihen liittyvistä toimenpiteistä. Tutkimuskysymyksiksi asetettiin Miten tutkimuksissa kuvataan normaalisynnytys? ja Mitkä seikat vaikuttavat synnytyksenaikaisiin toimenpiteisiin? Tutkimuskysymykset muodostettiin käyttämällä PICO -menetelmää, joka auttaa rajaamaan tiedonhakua mahdollimman täsmälliseksi. PICO tulee sanoista **P**atient/problem/population, **I**ntervention, **C**omparison ja **O**utcome. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47).

Hakusanoiksi valikoituivat ”midwife”, ”intrapartal care”, ”childbirth”, ”low-risk birth”, ”labor”, ”labour” ja ”intervention”, koska niiden katsottiin kuvastavan kätilön hoitamaa normaalisynnytystä. Hakuja tehtiin näiden sanojen yhdistelmillä. Hakusanat on esitetty tietokannoittain taulukossa 4. Haku suoritettiin käyttämällä Medic, CINAHL, PubMed, ScienceDirect ja Journal@Ovid – tietokantoja ajanjaksolta 2006-2012.

Medic – tietokanta on suomalainen viitetietokanta, jota ylläpitää Terveystieteiden kirjasto Terkko (Terkko 2013.) CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) sisältää nimensä mukaisesti hoitoalan kirjallisuutta, PubMed on NCBI:n (National Center for Biotechnology Information) ylläpitämä tietokanta, joka on keskitynyt lääketieteellisen tutkimuksen jakamiseen (Ebscohost 2012; NCBI 2013). ScienceDirect on monialaisten tutkimusten kokotekstitietokanta ja Journal@Ovid vastaavanlainen terveystieteiden artikkeleja julkaiseva tietokanta (Sciencedirect 2013; TAMK 2013). Nämä tietokannat valittiin, jotta saataisiin mahdollisimman laaja otos sekä hoitotieteellisen että lääketieteellisten julkaisujen joukosta.

TAULUKKO 4. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat, hakusanat, osumat ja valitut tutkimukset

Tietokanta	Hakusana	osumat	abstraktit	katsaukseen valitut artikkelit ennen laadunarviointia
Medic	synnytys	14	0	0
Cinahl	Childbirth and intervention; childbirth and midwif*; intervention and midwif*; intervention and labour; midwif* and labour; childbirth and intervention and midwife	282	39	8
Pubmed	Midwife and childbirth and intervention	22	22	3
ScienceDirect	Childbirth and intervention and midwife; low-risk pregnancy and intervention and childbirth; childbirth and intervention;	170	18	6
Journal@Ovid	childbirth and intervention and midwife	60	2	1
Midwifery manuaalinen haku	intrapartal care childbirth intervention	658	15	2
Yhteensä		1206	96	20

4.2.3 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit valittiin niin, että löydettäisiin mahdollisimman tuoreita ja laadukkaita tutkimuksia. Tutkimusmaiden valinta perustuu olettamukseen, että synnytysenhoito Suomessa ja valituissa maissa on verrattavissa toisiinsa. Tutkimuskieleksi valittiin suomi ja englantia ja haussa keskityttiin nimenomaan normaaliin synnytystapahtumaan. Muut synnytykseen liittyvät tapahtumat eivät kuuluneet haettavaan tutkimuksiin. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu kokonaisuudessaan taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	
Kieli	Suomi/ englanti
Artikkeli julkaistu vuosina	2006-2012
Tutkimus tehty seuraavissa maissa	Suomi, Pohjoismaat, Englanti, Irlanti, Australia, Kanada, Uusi-Seelanti, Alankomaat
Aihepiiri	Normaalisynnytys Normaalisynnytyksen hoito Interventiot synnytyksessä Kätilön hoitama synnytys
Saatavuus	Kokotekstit
Laatukriteeri	Väitöskirjat Tieteelliset tutkimukset Peer review –artikkelit Alkuperäistutkimukset
Tutkimusmetodi	Kaikki

Poissulkukriteerit	
Kieli	Muu kuin suomi/ englanti
Aihe	Toimenpidesynnytykset Pelkoon, kivunlievitykseen tai imetykseen pääsääntöisesti liittyvät synnyttäjien kokemukset Hoitomallin kokeilu tai implementointi
Tieteenala	Vain lääketieteelliset tai hoitotieteelliset tutkimukset
Vahvuus	Ei amk- opinnäytetöitä Ei oppikirjoja Ei mielipidekirjoituksia

Alkuperäistutkimusten valintaprosessi jatkui tietokantahauissa (N=548) ja manuaalisella haulla (N=658) löytyneiden artikkelien otsikkojen lukemisella. Otsikkotason jälkeen valikoitui yhteensä 96 tutkimusta, jotka täyttivät valintakriteerit. Poissulkukriteerien ja tiivistelmän perusteella valikoitui luettavaksi 20 artikkelia, josta kaksi karsittiin artikkelin lukuvaiheessa poissulkukriteerien perusteella. (Liite 2.)

Valitut artikkelit luettiin läpi useaan kertaan laadun arvioimiseksi. Tutkimuksen näytön vahvuuden arviointiin oli käytössä neliportainen näytönasteen arviointimittari. Vahvinta näyttöä osoittaa (A) metasynteesi, kohtalaista näyttöä (B) järjestelmällinen katsaus, yksi satunnaistettu hoitokoe tai useita hyviä kvasikokeellisia tutkimuksia, niukkaa näyttöä (C) yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus, useita määrällisesti kuvailevia tutkimuksia ja heikointa näyttöä (D) yksittäiset tutkimukset tai konsensuslausumat. (STM 2009, 56.) Tässä katsauksessa kaikki tutkimukset olivat kvantitatiivisia tutkimuksia, lisäksi yksi tutkimus oli randomisoitu tutkimus. Näytönasteen arviointimittarin perusteella artikke-

lien näyttö on kohtalaista (B). Meta – analyysejä tai systemaattisia katsauksia ei tässä ollut mukana.

Artikkelit arvioitiin vielä erillisen laadunarviointikaavakkeen avulla, jolloin usea positiivinen vastaus kaavakkeessa vahvisti artikkelin arvoa. Pisteytystä ei käytetty, mutta yhtään artikkelia ei karsittu laadunarviointikaavakkeen antaman informaation perusteella. (Liite 3.) Artikkelit tarkistettiin vielä sen mukaan, oliko julkaisu saanut impact – pisteitä. Impact Factor (IF) on luku, joka kertoo, kuinka usein julkaisun artikkeleita on siteerattu kahden edellisen vuoden aikana. Se on suhdeluku ja voi antaa viitettä julkaisun laadukkuudesta. (The Thomson Reuters Impact Factor. 2012.) Kaksi artikkeleista oli julkaistu lehdissä, joilla ei ollut IF- lukua, joten ne hylättiin. Alkuperäistutkimuksiksi valikoitui yhteensä 16 tutkimusta. Lopullisen tarkistuksen jälkeen poistettiin yksi kaksoiskappale, jolloin lopullinen artikkelimäärä oli 15.

Tutkimusten analyysi tehtiin artikkelien laadunarvioinnin jälkeen, kun oli tiedossa, mitkä artikkelit otetaan katsaukseen mukaan. Tutkimukset luokiteltiin tutkimustaulukkoon (liite 4) ja tärkeimmät tutkimustulokset kirjattiin ylös. Tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin kuvailevaa synteisiä, jonka tarkoituksena oli koota tutkimustulokset yhteen ja etsiä yhtäläisyyksiä ja eroja. Varsinaista tulkintaa ei kuvailevassa synteisissä käytetty.

4.2.4 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset

Ensimmäisessä vaiheessa jaoteltiin tutkimustulokset karkeasti niihin, jotka kuvasivat normaalisyntytystä ja mitkä kuvasivat interventioita. Normaalisyntytysten tutkimuksia oli 4 ja interventiotutkimuksia 11. Toisessa vaiheessa jaoteltiin interventiotutkimukset sen mukaan, mikä seikka tai mitkä seikat tutkimuksissa näyttivät aiheuttavan normaalisyntytysten interventioita. Tutkimustulosten perusteella interventiotutkimukset luokiteltiin kolmeen eri luokkaan: tilaan, missä syntytys tapahtui (syntytyspaikka), ikään ja koulutukseen/ asenteeseen liittyvät näkökulmat. Taulukossa 6 on kuvattu tutkimukset ryhmittäin.

TAULUKKO 6. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimukset ryhmiteltyinä (Liite 4.)

Tutkimuksen aihe		Tutkimus	Tietokanta
Normaalisynnytys (n=4)		Sandin-Bojö ym. 2006	*
		Sandin-Bojö ym. 2007	ScienceDirect
		Sandin-Bojö ym.2008	*
		Kvist ym. 2011	ScienceDirect
Interventiotutkimukset (n=11)	ikä	Carolan ym. 2011	CINAHL
	koulutus/ asenne	Sandin-Bojö ym. 2008	CINAHL
		Kringeland ym. 2010	CINAHL
		Chlmers ym. 2009	CINAHL
	synnytyspaikka	Eide ym. 2007	PubMed
		Overgaard ym. 2011	PubMed
		Begley ym. 2011	PubMed
		Symon ym. 2007	CINAHL
		Gottvall ym. 2011	CINAHL
		Wiklund ym. 2011	ScienceDirect
		Davis ym. 2011	CINAHL
Cochrane -katsaukset (n=3)		Hatem ym. 2009	COCHRANE
		Hodnett ym. 2010	
		Olsen ym. 2009	

(*manuaalinen haku)

Tämän katsauksen lähtökohta oli normaalisynnytys. Jokaisessa tutkimuksen artikkelissa käsiteltiin synnytystä vähintään normaalisynnytyksen tai matalan riskin synnytyksen määritelmän näkökulmasta. Määritelmä ei eronnut WHO:n määritelmästä. Vastausta tutkimuskysymykseen ei saatu tutkimustuloksista. Sen sijaan normaalisynnytys ilmeni tutkimusten sisäänottokriteereistä.

Normaalisynnytyksen hoitoa käsitteleviä tutkimuksia oli neljä. Kaikkien tutkimusten perusteena oli WHO:n normaalisynnytyksen hoitosuositus (WHO 1996). Ruotsalaisten tekemissä tutkimuksissa selvisi, että synnytyksen hoidossa käytettiin hyödyllisiä käytänteitä, mutta myös epäasianmukaisia, kuten häpykarvojen ajelua tai peräruiskeen antoa. (Sandin-Bojö ym. 2006; Sandin-Bojö ym. 2007.) Äitien näkökulmasta tehdyn tutkimuksen perusteella naiset olivat tyytyväisiä hoitoon ja luottivat kättilön antavan heille paras mahdollista hoitoa, mutta annettu hoito ei aina ollut suositusten mukaista (Sandin-

Bojö ym. 2008) ja näyttöön perustuvaa synnytyksen hoitoa tapahtui suunnitelluista alatiesynnytyksistä vain noin viidenneksellä. Synnytyksen hoito näytti perustuvan enemmän tapoihin kuin tieteelliseen näyttöön. (Sandin-Bojö & Kvist 2008.)

Tässä katsauksessa olevissa tutkimuksissa eniten interventioihin vaikuttava asia näytti olevan tila, jossa synnytetään. Kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä tehtiin vähemmän interventioita ja se oli yhtä turvallinen kuin tavanomainen lääkärijohtoinen yksikkö. Eroja ei havaittu vastasyntyneiden voinnissa tai teho-osastolle siirrossa, todennäköisyys synnyttää normaalisti alakautta oli suurempi, synnyttäneet olivat sairaalassa lyhyemmän ajan, todennäköisyys epiduraalipuudutukselle oli pienempi ja siellä työskentelevillä kätilöillä oli vahvempi luottamus siihen, että ensisynnyttäjät voi synnyttää ilman epiduraalipuudutusta (Bagley ym. 2011; Eide, Nielsen & Rasmussen 2007; Overgaard ym. 2011; Symon ym. 2007; Gottvall ym. 2011; Wiklund ym. 2011). Tilastollista eroa ei ollut hätäsektioiden määrällä tai instrumentaalisilla synnytyksillä (Eide ym. 2007).

Synnyttäjän iän ja koulutuksen merkitys interventioihin näkyi kahdessa tutkimuksessa. Vanhemmalla iällä synnyttävillä oli suurempi todennäköisyys sektioon ja instrumentaaliseen alatiesynnytykseen. Alle 25 vuoden ikä ja yli 12 vuoden koulutus ennusti luonnollista syntymää. (Carolan, Bavey, Biro & Kealy 2011; Kringeland, Daltveit & Møller 2010).

5 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen menetelmä vastaa kysymyksiin: mitä ja miten tai kuinka paljon (Heikkilä 2008, 17, Vilka 2007, 13). Menetelmä sopii tutkimuksiin, joissa tutkittava ilmiö on tunnettu ja tiedetään, mitkä tekijät vaikuttavat itse ilmiöön. Kvantitatiivisessa menetelmässä mitataan ilmiöön vaikuttavia tekijöitä. (Kananen 2011, 12.)

Kuvailevassa kvantitatiivisessa tutkimuksessa esitetään tutkittavan ilmiön keskeisimmät ja kiinnostavimmat piirteet (Vilka 2007, 20). Puhtaasti kuvailevaan tutkimukseen ei kuulu vertailut eikä ilmiön selittäminen. Aineistoa voidaan kuitenkin tarkastella erilaisien täydentävien tilastollisten analyysien avulla. (Anttila 2009.)

Tässä tutkimuksessa valittiin menetelmäksi kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska synnytykseen liittyvää tutkimusta on olemassa paljon (Kananen 2008, 10). Koska tarkoituksena oli kartoittaa nykytilanne, kuvaileva kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä oli sopivin.

5.2 Kohdejoukko ja otos

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoskoolla ja otoksen valinnalla suhteessa perusjoukkoon on merkitystä. Perusjoukko edustaa ryhmää, johon tulokset voidaan yleistää. Tutkimuksen kohteena olevasta perusjoukosta voidaan ottaa otos tai koko joukko, jolloin tutkimus on nimeltään kokonaistutkimus. Jos perusjoukko on alle 300, kannattaa tutkimus tehdä kokonaistutkimuksena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79-80; Heikkilä 2008, 33). Tässä tutkimuksessa perusjoukko oli Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysten vastuualueella toimivat kätilöt (n=147) ja lääkärit (n=37). Otos koostui perusjoukosta eli kyseessä oli kokonaistutkimus. Tutkimukseen osallistuvien määrä oli 184, joka on riittävä kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Valli 2001,14).

5.3 Puolistrukturoitu kysely

Kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä on kysely (Kananen 2008, 25). Se voi olla strukturoitu, puolistrukturoitu tai avoin. Strukturoitu eli suljettu kysely soveltuu silloin, kun vaihtoehdot tiedetään etukäteen ja niitä on rajoitetusti (Heikkilä 2008, 52). Avoimessa kyselyssä vastaaja kirjoittaa vastauksen omin sanoin ja näin saadaan vastauksia, jotka voisivat muuten jäädä havaitsematta. (Vehkalahti 2008, 25.)

Tässä tutkimuksessa tieto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (liite 7). Puolistrukturoidussa kyselyssä vastausvaihtoehdot ovat pääosin rajattuja, mutta siinä on mahdollista antaa tarkentavia kommentteja avoimilla kysymyksillä (Kananen 2011, 30; Heikkilä 2008, 52).

5.3.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Kysymyslomakkeen laatiminen alkaa tutkittavan ilmiön keskeisten ulottuvuuksien määrittämisellä. Kun ulottuvuudet ovat selvillä, tehdään osiot eli kysymykset ja kootaan ne mittareiksi. Mittari mittaa useita toisiinsa jollain lailla liittyviä asioita. Kysymykset tulee laatia niin, että ne ovat yksiselitteisiä ja kysyvät vain yhtä asiaa. (Vehkalahti 2008, 20–23). Lomakkeen tavoite on muuntaa tutkimuksen tekijän haluama tieto kysymyksiksi (Holopainen & Pulkkinen 2008, 39) ja saada lomakkeen eli mittarin avulla tietoa kootua numeeriseen muotoon.

Operationalisointi tarkoittaa abstraktin käsitteen muokkaamista mitattavaksi käsitteeksi. Prosessi etenee käsitteiden määrittelystä niiden osittamiseen ja arkikielisten vastineiden hakemiseen. Arkikieliset ilmaukset puretaan kysymyksiksi ja lopulta vakioidaan vastausvaihtoehdoiksi. (Vilka 2007, 36–38.)

Tutkimuksessa käytettävä mittari muokattiin operationalisoimalla aiemmista tutkimuksista ja lähteenä käytettävästä kirjallisuudesta nousevat kysymykset mitattavaan muotoon. Kyselykaavakkeen alkuun laitettiin taustaa mittaavia kysymyksiä, jotta voitaisiin verrata eri ikä- ja ammattiryhmien käsityksiä toisiinsa sekä kysymys vastaajan omasta normaalisyntytyksen määritelmästä. Normaalisyntytyksen teoreettinen tausta määrittel-

tiin WHO:n synnytyksenhoitofilosofian avulla ja nämä käsitteet ositettiin neljään eri kategoriaan. Kysymyspatteriston kysymykset 8-25 ja 31–33 koostuivat WHO:n normaalisynnytyksen hoitosuosituksen kategorioista niin, että synnytyksen kronologinen järjestys pyrittiin huomioimaan kyselyssä. Haluttiin selvittää, toteutuvatko hyödylliset käytännöt, vältetäänkö haitallisia käytäntöjä ja käytetäänkö näyttöön perustuvia käytäntöjä synnytyksen hoidossa. Kysymykset 27 ja 28 mittasivat oksitosiinin ja epiduraalipuudutuksen tarkoituksenmukaista käyttöä. Operationalisointiprosessi on kuvattu tarkemmin liitteessä 5.

Kyselylomakkeen mitta-asteikkoina käytettiin järjestysasteikkoa ja nominaaliasteikkoa. Järjestysasteikkoa edusti Likert – asteikko (Vehkalahti 2008, 37; Ernvall, Ernvall & Kaukkila 2002, 15). Likert-asteikkoa käytettäessä tulee harkita, kuinka moniarvoisena sitä käyttää, millaiset sanalliset arvot asteikolle annetaan ja aloitetaanko vaihtoehdot positiivisesti (samaa mieltä) vai negatiivisesti (eri mieltä). Keskimmäisen vaihtoehdon (esimerkiksi ei samaa eikä eri mieltä) sanamuoto tulee harkita tarkkaan. Toisaalta sen poisjättäminen pakottaa vastaajan vastaamaan, mutta pakottaminen voi vääristää tutkimusta. (Heikkilä 2008, 53.) Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään viisiportaista asteikkoa ja aloittamaan vastaukset vaihtoehdolla ”täysin samaa mieltä”, vaikka se Vallin (2001) mukaan saattaa kyselyn edetessä vaikuttaa liian positiivisiin vastauksiin (Valli 2001, 37). Samoin keskimmäiseksi vaihtoehdoksi jätettiin ”ei samaa eikä eri mieltä”, jotta vastauksestaan epävarmoja ei ohjattaisi. Likert – asteikon vaihtoehtojen väliset suuruudet voivat vaihdella, joten aineistoa analysoitaessa vaihtoehtojen välillä ei voi suoraan laskea keskiarvoja suhteessa toisiinsa (Heikkilä 2008, 81). Nominaali – eli luokittelusteikko edustaa yksinkertaista asteikkoa. Valittavia vaihtoehtoja on vain yksi, eikä muuttujia voida laittaa järjestykseen. (Kananen 2008, 21.)

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa oli 33 kysymystä. Näistä järjestysasteikollisia kysymyksiä oli 19, nominaaliasteikollisia kysymyksiä oli 11, monimuuttujakysymyksiä 2 ja yksi kokonaan avoin kysymys.

5.3.2 Kyselylomakkeen muoto

Kyselylomakkeen tehtävä on kerätä tietoa. Jotta vastauksia saadaan, täytyy huomioida lomakkeen ulkoasuun liittyvät seikat. Kyselylomakkeen tulee olla ulkonäöltään selkeä, joten kirjasintyyppiin, kokoon ja kysymysten asetteluun tulee kiinnittää huomiota. Kysymykset tulee erotella toisistaan esimerkiksi taulukoimalla, vastausjärjestyksen tulisi edetä ylhäältä alaspäin. Jokainen vaihtoehto tulisi erotella omaksi rivikseen ja vastaukset tulisi numeroida sekä vastaamisen helpottamiseksi että vastausten siirtämisen helpottamiseksi havaintomatriisiin. (Kananen 2011, 44–46.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomake tehtiin Webropol – tietokoneohjelmalla. Webropol on Suomessa kehitetty selaimella käytettävä ohjelma, jolla voi tehdä ja analysoida kyselyjä. (Webropol 2013.) Kyselylomakkeen otsikoiden ja kysymysten kirjasintyyppiä valittiin Trebuchet kirjasinkoot 16 ja 14, jotta kysymykset näkyvät tietokoneruudulla riittävän suurina. Kysymykset sijoitettiin allekkain niin, että jokainen kokonaisuus oli erotettu otsikolla ja/tai ohjeella. Kyselyn ulkoasu valittiin mahdollisimman selkeäksi ja houkuttelevaksi. Kyselyn värimaailma oli keltainen ja ulkoasupohjan nimi oli Happy. Ulkoasun tarkoituksena oli tukea kyselyn vapaaehtoisuutta. Kysymykset etenivät ylhäältä alaspäin järjestyksessä ja avoimet vastausvaihtoehdot oli sijoitettu suoraan vastausvaihtoehdon jälkeen niissä kysymyksissä, joissa oli se mahdollisuus. (Liite 7.)

5.3.3 Kyselylomakkeen esitestaus

Kyselylomake testataan ennen varsinaista kyselyä ja tarkistetaan, että testaajat ymmärtävät kysymykset niin kuin tutkija on ajatellut. Muutokset tehdään kyselyyn ennen varsinaisen tutkimuksen alkamista. (Kananen 2011, 20–22.)

Esitestaajina toimi tässä tutkimuksessa ensimmäisellä kierroksella viisi henkilöä, joista yksi oli lääkäri, kolme kättilöä ja yksi suunnittelija. Henkilöt valikoituivat testaajiksi vapaaehtoisina ja sattumanvaraisesti. Testaajille annettiin kyselylomake täytettäväksi ja kommentteja ja parannusehdotuksia pyydettiin saman päivän aikana maaliskuussa 2012. Esitestaajiksi valittiin sekä henkilöitä, joilla oli asiantuntemusta kyselyn aihepiiristä että yksi ulkopuolinen. Näin saatiin monipuolisempi näkemys kyselyn ymmärrettävyydestä ja luottavuudesta. Saadun palautteen perusteella lomakkeen sanamuotoja ja ilmauksia

korjattiin sekä poistettiin kokonaan kysymys iv -infuusiosta. Toisella esitestauskierroksella toukokuussa 2012 palautteen antoi kaksi kätilöä eikä korjauksia enää tehty lomakkeeseen.

5.4 Aineiston keruu

Aineistoa voidaan kerätä posti – tai Internet – pohjaisella kyselyllä. Internet – pohjaisen kyselyn etuna on suurien joukkojen tavoittaminen sähköpostitse ja vastaaminen linkin kautta on vaivatonta. (Heikkilä 2008, 20.)

Tämän tutkimuksen kysely toteutettiin 17.7 -16.9.2012 välisenä aikana Webropol – kyselynä. Kyselyn linkki laitettiin sähköpostiin, joka lähetettiin Tays:n synnytys – ja naistentautien vastuualueen koko henkilökunnalle Naistenklinikka -jakelulla.

Kyselyyn tulee liittää saatekirje, jonka tarkoitus on ilmoittaa vastaajille tutkimuksen tarkoitus, tehtävä ja vastaamisen vapaaehtoisuus (informed choice) sekä aineiston käyttötapa tai aineiston hävittäminen tutkimuksen jälkeen sekä vastaajien anonymiteetti. Lisäksi saatekirjeen tulee ilmoittaa tutkijan yhteystiedot lisätietojen hankkimista varten. Saatekirjeen tulisi olla riittävän lyhyt, mutta sisältää edellä mainitut asiat sekä ennen kaikkea kiinnostusta herättävä saate kyselyyn. (Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja 2013; Kleemola 2011.)

Tämän tutkimuksen saatekirje (liite 6) oli sähköpostiviesti. Siinä oli yllämainittujen tietojen lisäksi mainittuna, että kysely on lääkäreille ja kätilöille. Naistenklinikka – jakelu kohdistui myös muihin ammattiryhmiin, joten tutkimuksen kannalta maininta koettiin tarpeellisena. Saatekirjeen alaosassa oli linkki, jonka avaamalla sai vastattua kyselyyn. Kyselyn lopussa oli painike, jota klikkaamalla vastauksen sai lähetettyä nimettömänä Webropol – sovellukseen tallennetuksi.

5.5 Kato

Kato tulee ottaa huomioon jo otoskoon valinnassa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83), koska se vaikuttaa tulosten luotettavuuteen (Kananen 2008, 72). Vastauksia saatiin Webropol – palvelimelle 2.9 mennessä 105 kappaletta (54 %).

Katoa voidaan pienentää lähettämällä uusintakyselyt, niitä ei kuitenkaan suositella lähetettäväksi kuin kaksi kertaa anonymiteetin ja kyselyn vapaaehtoisuuden vuoksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83). Sähköpostikehoitus lähetettiin 9.9.2012 ja 17.9 mennessä vastauksia oli yhteensä 110 (60 %). Kato oli täten 40 % (n=74).

5.6 Aineiston käsittely

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kerätty aineisto tulee numeroida tarkastusten helpottamiseksi (KvantiMOV 2012, Kananen 2011, 85). Tässä tutkimuksessa aineisto oli lähettämisen jälkeen valmiina Webropol – sovelluksessa. Sovellus mahdollisti aineiston monipuolisen tarkastelun tietokoneella.

Seuraavaksi materiaali tarkistetaan ja arvioidaan uudelleen, jotta asiattomasti täytetyt lomakkeet voidaan poistaa. Tämän jälkeen aineisto esitarkastetaan, laaditaan havaintomatriisi ja syötetään tietokoneelle ennen analysointia. Havaintomatriisi on taulukko, jossa vaakarivillä on yhden tilastoyksikön eli vastaajan saamat muuttujien arvot. (Vilka 2007, 105–117; Kananen 2011, 20–22; KvantiMOV 2012b.) Koska tutkimus tehtiin verkkolomakkeena Webropol – sovellukseen, voitiin aineisto tulostaa suoraan havaintomatriisiksi excel – ja pdf – tiedostona.

Materiaali tulee saattaa mitattavaan muotoon esimerkiksi tilasto- tai taulukko- ohjelman avulla ja tilasto – ohjelmasta saadaan halutut numeraaliset tulokset. (Vilka 2007, 105–117; Kananen 2011, 20–22.) Tulostettu aineisto tarkastettiin yksitellen vastaus kerrallaan niin, että vastaajat olivat vastanneet niihin kysymyksiin, kuin oli ohjeistettu. Tarkastuksessa huomattiin, että osa lääkäreistä oli vastannut vain kättilöille tarkoitettuun

kysymykseen ja kättilö lääkärille tarkoitettuun. Nämä lomakkeet poistettiin lopullisesta aineistosta.

5.7 Tilastollinen analyysi

Tilastollinen analyysi voidaan jakaa kuvailevaan analyysiin ja tilastolliseen päättelyyn. Kuvailevan analyysin tarkoituksena on kuvata ja tiivistää muuttujan tai useamman muuttujan jakaumaa ja yhteisvaihtelua tekemättä yleistyksiä suurempaan joukkoon. Vastaukset esitetään frekvenssijakaumina ja prosenttiosuuksina kokonaisjoukosta. (KvantiMOV 2012, Kananen 2011, 85.) Tästä aineistosta osa tiivistettiin Excel – tilasto –ohjelmalla muuttujien yhdistämiseksi ja raportoinnin selkeyttämiseksi. Tulokset on kuvattu frekvensseinä sekä prosenttiosuuksina. Osa aineistoa kuvattiin graafisesti, jotta tulokset olisivat havainnollisempia. Ristiintaulukointia ei tehty, koska lääkäreiden osuus suhteessa kättilöihin oli liian pieni.

Avoimet vastaukset voidaan analysoida joko laadullisesti teemoittain tai tilastollisesti. (Valli 2001, 45.) Tässä tutkimuksessa käytettiin sisällön erittelyä, jossa tekstin sisältö kuvataan määrällisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106). Avoimet vastaukset tulostettiin paperille, haettiin vastauksista samankaltaisuuksia ja koottiin ne ensin alaluokkiin ja laskettiin samankaltaisuuksia käsin. Vastaukset koottiin kunkin aihealueen loppuun.

6 TULOKSET

Tutkimukseen vastasi kaikkiaan 110 henkilöä. Vastausprosentti oli koko henkilökunnasta (N=184) 60 prosenttia. Tulosten raportoinnissa on käsitelty koko vastaajaryhmää (kättilöt ja lääkärit) kokonaisuutena kaikissa muissa kohdissa paitsi oksitosiinin aloittamista, epiduraalipuudutuksen pyytämistä ja ponnistusvaiheen hoitamista koskevissa kohdissa.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Taulukossa 7 on kuvattu vastaajien ammatti, ikä ja työkokemus. Työkokemus ja synnyttäneen hoito – sarakkeissa on laskettu yhteen sekä kättilöt että lääkärit.

TAULUKKO 7. Vastaajien taustatiedot

Taustatiedot		n	% (vastanneista)
ammatti	kättilö	86	78
	lääkäri	24	22
ikä	alle 25 vuotta	6	6
	25-55 vuotta	96	87
	yli 55 vuotta	8	7
työkokemus synnytysten hoidosta	alle 1 vuotta	7	7
	1-5 vuotta	30	27
	yli 5-10 vuotta	31	28
	yli 10-15 vuotta	21	19
	yli 15vuotta	23	19
synnyttäneen hoito viimeisen 12 kk aikana	kyllä	71	66
	ei	38	34

Henkilökuntarakenteesta johtuen kättilöt olivat enemmistönä (78 %) kaikista vastaajista. Ammattiryhmittäin verrattaessa lääkäreiden vastausprosentti oli 62 ja kättilöiden 60 eli jokseenkin sama. Suurin osa vastaajista oli 25–45 -vuotiaita ja vastaajilla oli vankka työkokemus synnytyksen hoidosta, kun alle yhden vuoden työkokemuksen omaavia oli

vain 7 henkilöä. Yli puolet vastanneista (66 %) oli hoitanut tai ollut mukana hoitamassa synnytyksiä viimeisen vuoden aikana.

6.2 Normaalisyntyys Tays:ssa henkilökunnan käsityksen mukaan

Tutkimuksessa haluttiin kartoittaa henkilökunnan käsityksiä siitä, millainen on vastajan käsitys normaalisyntyksestä tällä hetkellä. Kyselyssä oli esimerkkinä WHO:n normaalisyntyksen määritelmä. Vastanneista valtaosa (69 %) kuvasi omaksi normaalisyntyksen määritelmäkseen tilanteen, jossa synnytys käynnistyy normaalisti, etenee omilla supistuksilla tai edistetysti kalvojenpuhkaisulla tai oksitosiinilla ja synnytyksessä on käytössä myös lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät.

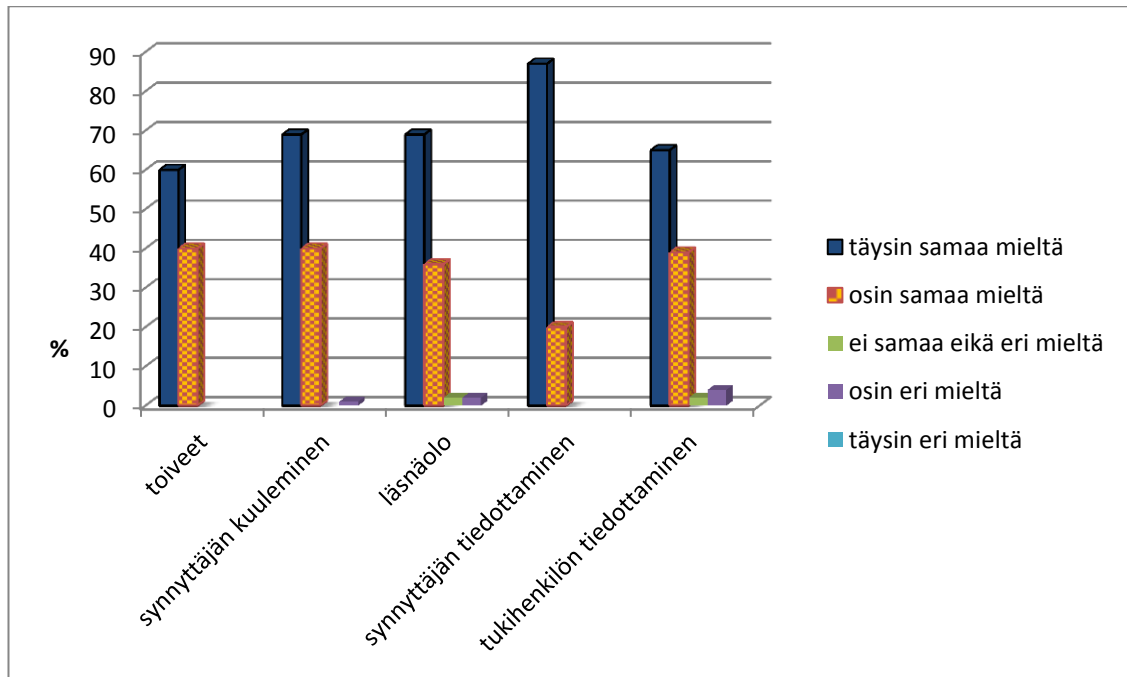
Kätilöistä 12 % ajatteli normaalisyntyksen sellaiseksi, jossa synnytyksen kulkuun ei puututa, eikä synnytyksessä käytetä lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Lääkäreistä kukaan ei valinnut tätä vaihtoehtoa. Hieman useammin (24 %) lääkärit hyväksyivät normaalisyntykseksi myös käynnistetyt synnytykset kuin kätilöt (18 %).

6.3 Normaalisyntyksen hoidolliset näkökulmat

Tutkimuksessa kartoitettiin synnytykseen liittyviä hoidollisia menetelmiä. WHO:n normaalisyntyksen suositus kannustaa, että synnytyksessä tulisi tarjota synnyttäjälle ja tukihenkilölle mahdollisuus synnytystään koskevaan tiedonsaantiin, mahdollisuus liikkumiseen, ravinnonsaantiin ja empaattiseen tukeen. (WHO 1996, 35 - 36.)

6.3.1 Synnyttäjän kohtaaminen ja perustarpeet

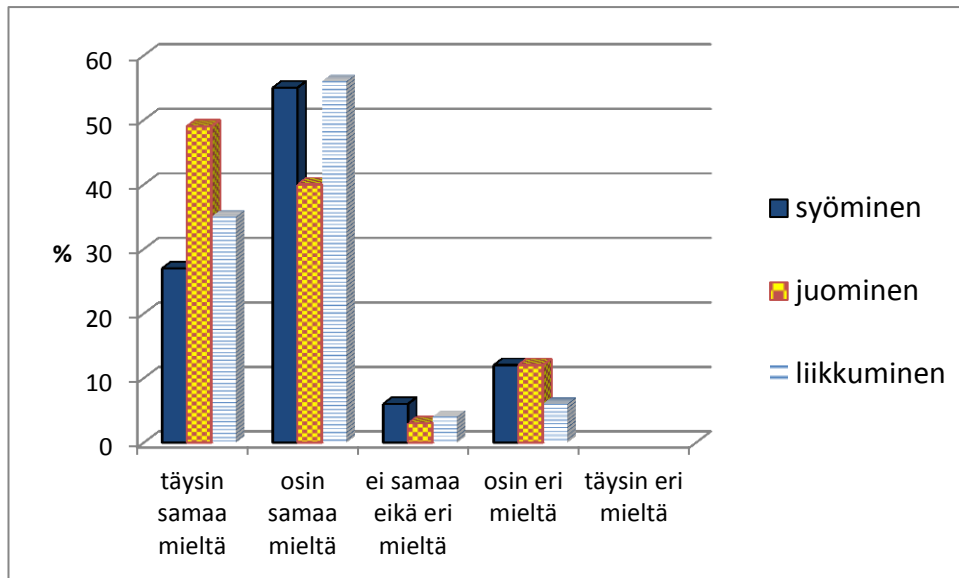
Synnyttäjän kohtaaminen tarkoittaa tässä yhteydessä synnyttäjän toiveiden kuulemistä ja toteuttamista, kätilön läsnäoloa ja synnytyksen kulusta tiedottamista sekä synnyttäjälle että tukihenkilölle. Tulokset viittaavat kysymyksiin 8-9, 13 ja 17–20. Kuviossa 2 on kuvattu synnyttäjän kohtaamiseen ja tukihenkilön huomiointiin viittaavat vastaukset.



KUVIO 2. Synnyttäjän ja tukihenkilön huomiointi synnytyksen aikana

Synnyttäjän toiveisiin, synnytyksen tiedottamiseen ja kättilön läsnäoloon liittyvissä kysymyksissä vastaajista suurin osa oli täysin samaa mieltä. Synnyttäjän ajan tasalla pitäminen koettiin näistä kysymyksistä tärkeimmäksi, mutta tukihenkilön tiedottamisessa kaksi vastaajista oli osin eri mieltä.

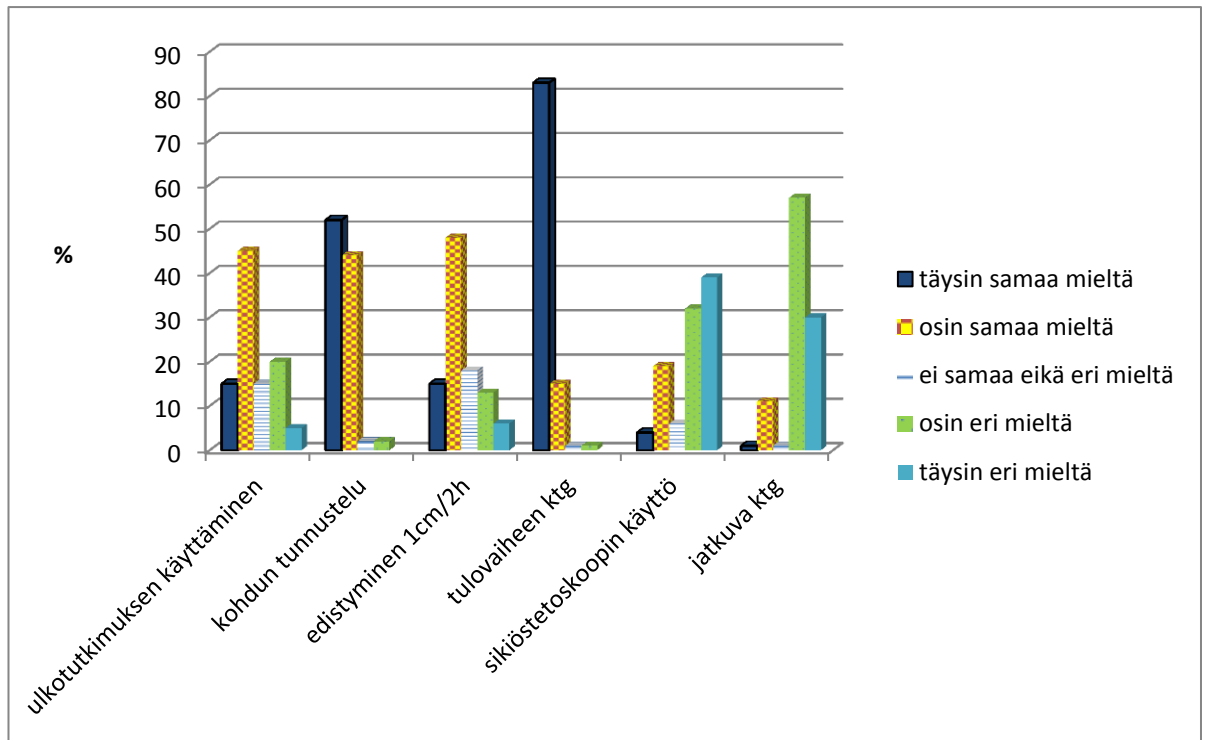
Kuviossa 3 on nähtävissä synnyttäjän perustarpeisiin kuuluvat syöminen, juominen ja liikkuminen. Juomisen salli vastaajista 89 % (n= 98), kun taas syömisen ja liikkumisen suhteen oltiin varauksellisempia. Vain 27 % (n=30) oli täysin sitä mieltä, että synnyttäjä voi syödä, jos haluaa. Eri mieltä syömisestä oli 8 % (n= 9) ja avoimissa vastauksissa he perustelivat syömisen rajoittamista mahdollisen leikkauksen vuoksi varotoimena tai ruokahalun vähäisyytenä synnytyksen aktiivivaiheessa. Suurin osa vastaajista (88 %) antaisi synnyttäjän liikkua, tosin vain 33 % oli asiasta täysin samaa mieltä. Liikkumista rajoittaisi 7 % vastaajista (n=8).



KUVIO 3. Synnyttäjän perustarpeiden salliminen

6.3.2 Synnytyksen seuraaminen

Synnytyksen seuraamiseen liittyy sekä äitiin että sikiöön liittyviä menetelmiä. Synnytyksen edistymistä voidaan seurata monella eri tavalla. Ulkotutkimuksella arvioidaan sikiön tilaa ja tarjontaa suhteessa äidin lantioon ja sisätutkimuksella kohdunsuun aukeamista ja sikiön tarjoutuvan osan etenemistä. Synnyttäjän kohtua kokeilemalla seurataan supistusten kestoa ja voimakkuutta. Sikiön vointiin liittyvästä seurannasta kartoitettiin sikiön sykkeen seuraamismenetelmiä sikiöstetoskoopilla ja kardiokografilla (ktg), joka on sähköinen sikiön sykkeen ja supistusten seurantalaitte. Kuvioon 4 on koottu synnytyksen seuraamiseen liittyviä kysymyksiä 10–12 ja 22–23 ja 25.

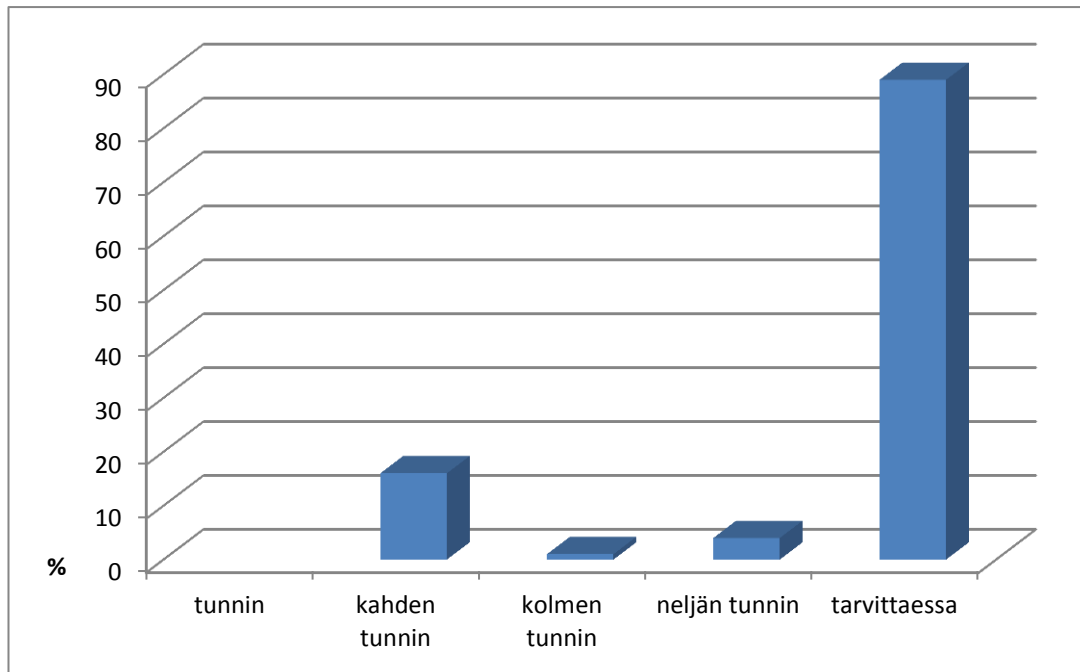


KUVIO 4. Synnytyksen seuraaminen

Synnytyksen seuraamisessa suurin yksimielisyys (83 %) oli tulovaiheen ktg:n ottamisessa. Jatkuvan sikiöseurannan käyttämistä synnytyksen aikana ei pidetty välttämättömänä, kun 87 % (n=95) oli osin tai täysin eri mieltä väittämästä.

Ulkotutkimusta ja kohdun tunnustelua näytetään käytettävän edelleen, kohdun tunnustelua enemmän (95 %) kuin ulkotutkimusta. Väitteeseen, jossa synnytystä seurataan ulkotutkimuksen avulla, vastasi 63 % olemalla osin tai täysin samaa mieltä. Sikiöstetoskooppia piti riittävänä seurantamenetelmänä 23 % vastaajista (n=25), kun tulovaiheen ktg:n on otettu.

Tutkimuksessa kysyttiin synnytyksen edistymisen seurantaan liittyvää sisätutkimuksen suorittamistiheyttä (kuvio 5). Sisätutkimuksen tekemisen suhteen vastauksissa korostui vahvasti se, että sisätutkimus tulisi suorittaa tarvittaessa. Kyselyssä viimeisenä vastausvaihtoehtona oli muu, johon 89 % (n= 69) vastaajaa seitsemästäkymmenestäyhdestä vastasi tarvittaessa. Tämän vuoksi taulukkoon on kohdan ”muu” kohdalle vaihdettu väittämä ”tarvittaessa”.

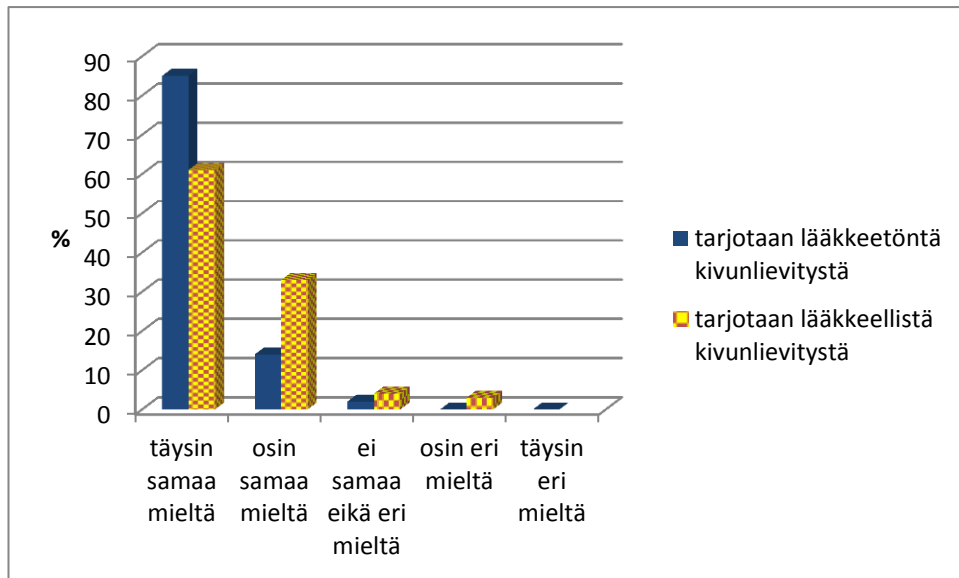


KUVIO 5. Sisätutkimuksen tiheys synnytyksen ollessa käynnissä

6.3.3 Synnyttäjälle annettava kivunlievitys

Synnyttäjälle tarjotaan synnytyksen aikana hänen tarvitsemaansa kivunlievitystä. Toisin kuin sairauksiin liittyvässä kivunpoistossa, synnytyksessä supistuksilla ja siihen liittyvällä kivulla on positiivinen merkitys. Supistus avaa kohdunsuuta ja pakottaa synnyttäjän keskittymään synnytykseen. Synnytyksen aikaisella kivunhoidolla on tarkoitus helpottaa synnyttäjän oloa ja mahdollistaa rentoutuminen ja keskittyminen itse synnytystapahtumaan.

Tutkimuksessa kartoitettiin synnyttäjälle tarjottavia lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ja epiduraalipuudutuksen aloittamisajankohtaa (kysymykset 14 ja 15). (Kuvio 6)



KUVIO 6. Lääkkeettömän ja lääkkeellisen kivunlievityksen tarjoaminen synnyttäjälle

Vastaajista 92 % oli täysin samaa mieltä ja 15 % osin samaa mieltä siitä, että synnyttäjille tarjotaan lääkkeetöntä kivunlievitystä. Lääkkeetön kivunlievitys tarkoittaa lämmitettävää geelipussia, suihkua, ammetta, keinutuolia, säkkituolia, palloa tai aquarakkuloita. Samoin 66 % oli täysin samaa mieltä siitä, että synnyttäjälle tarjotaan lääkkeellistä kivunlievitystä. Kätilöille suunnattiin kysymys epiduraalipuudutuksen pyytämisaikakohdasta. He pyytävät puudutuksen useimmiten tarjottuaan ensin lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ja kun synnyttäjä sitä tarvitsee (kysymys 27).

6.3.4 Ponnistusvaiheen hoito

Synnytys huipentuu lapsen syntymään. Ennen lapsen syntymää useimmiten tarvitaan kätilön ohjausta ja apua. Tutkimuksessa kartoitettiin kätilöiltä, mitkä seikat vaikuttavat ponnistusasettoon, millaisessa asennossa ponnistusvaihe hoidetaan, kuinka synnyttäjää ohjataan ja kuinka välilihaa suojellaan ponnistusvaiheessa (kysymykset 29–31).

Synnytysasunnoista kysyttäessä ponnistusasennon valintaan vaikutti eniten se, miten lapsi näytti parhaiten syntyvän. Kysyttäessä asentoa, jossa kätilö hoitaa ponnistusvaiheen useimmiten, 83 % (n=154) vastauksista koski kylki- ja puoli- istuvaa asentoa ja ”soutajan asentoa”. Jakkaralla useimmiten synnytyksen hoiti 3 % ja poikkipöydässä 5 %. Tässä kysymyksessä oli mahdollista valita useampia vastauksia.

Ponnistamisen ohjauksessa kätilöt käyttivät pääsääntöisesti (78 %) Valsalva – menetelmää, jossa pyydetään synnyttäjää ottamaan keuhkot täyteen ilmaa, ponnistamaan niin pitkään, kuin ilmaa riittää ja toistamaan tämä, kunnes supistus on ohi. Synnyttäjän omien tuntemusten mukaan ohjasi ponnistamaan 14 % (n=62) ja vastausvaihtoehdossa ”jotenkin muuten, miten” kätilöt sanoivat toimivansa esimerkiksi seuraavanlaisesti:

”Ponnistutan myös äidin omien tuntemusten mukaan jos lapsi näyttäisi syntyvän silläkin konstilla. Usein varsinkin ensisynnyttäjää tarvitsee hyvää tsemppausta jotta vauva syntyy-mikä on kaikkien osallistujien tavoite.”

”Tilannetta seuraten, joskus aktiivisesti kannustaen tai omia tuntemuksia myötäillen.”

”Molempia vaihtoehtoja käyttäen huomioiden mikä sopii kullekin synnyttäjälle. Huomioin myös kestääkö sikiö ponnistusvaiheen etenemisen äidin tahtisesti.”

”Omien tuntemusten mukaan jos se näyttää sujuvan ja jos ei niin sitten ohjaan Valsalva-menetelmään.”

”Annan luonnon ohjata, tarvittaessa, jos sikiö ahdingossa, ohjaan aktiivisesti.”

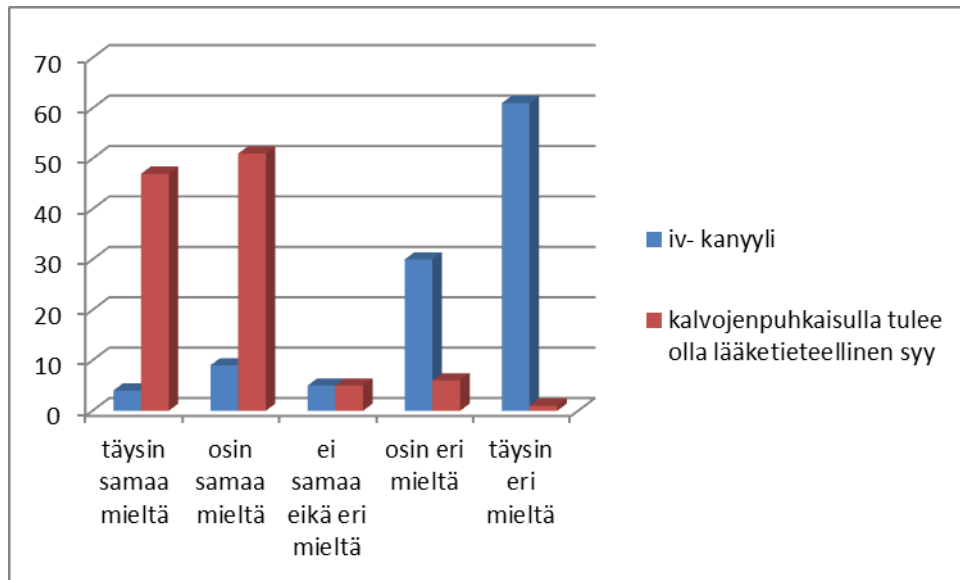
”Yhdistelemällä tarvittaessa eri juttuja.”

Välilihan tukemista suositellaan Suomen Kätilöliiton julkaisemassa Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa - hoitosuosituksessa (2010) pahojen repeämien ehkäisemiseksi. Tukeminen on kuulunut suomalaiseen synnytysneurologiseen hoitokulttuuriin 1800 – luvulta asti. (Suomen Kätilöliitto 2010, 8.) Kysyttäessä välilihan hoidosta 98 % sanoi huolehtivansa välilihan suojelemisesta esimerkiksi tukemalla.

6.3.5 Interventiot ja synnytys

Interventiot synnytyksessä ovat niitä toimenpiteitä, joilla puututaan synnytyksen kulkuun. WHO:n normaalisyntyksen hoitosuositus mainitsee interventioiksi esimerkiksi sisäutkimukset, kalvojen puhkaisun, jatkuvan ktg – seurannan, lääkkeelliset kivunlievitykset ja rutiininomaisen iv- kanyylin (WHO 1996, 20, 24).

Tässä tutkimuksessa osaa interventiosta on jo tarkasteltu muissa yhteyksissä. Tässä kohdassa esitetään vastanneiden käsityksiä rutiinomaisen iv – kanyylin laittamisesta, oksitosiinin käyttöperusteista ja kalvojenpuhkaisusta. Kuvio 7 kuvaa iv – kanyylin rutiinomaista laittamista ja kalvojenpuhkaisun perusteita.



KUVIO 7. Rutiinomainen iv –kanyyli synnytyssalissa ja kalvojenpuhkaisun lääketieteellinen syy

Vastaajista 84 % (n=91) oli sitä mieltä, että iv – kanyylyä ei tarvitse laittaa rutiinomaisesti synnytyssaliin tullessa. Samoin 89 % (n=98) oli sitä mieltä, että kalvojenpuhkaisulle tulee olla lääketieteellinen peruste.

Synnytyksen aikana voidaan käyttää synteettistä oksitosiinia käynnistämään tai vauhdittamaan synnytys. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin kätilöiden käsityksiä synteettisen oksitosiinin aloittamisesta. Vastaajista 40% kuvasi oksitosiinin aloittamista tarpeella, jota ei perusteltu sen tarkemmin. Avoimen palautteen kohtaan tuli 30 vastausta, joista on seuraavalla sivulla esimerkkejä.

”lääkäri määrää tai synnytys ei edisty”

”jos synnytys on pysähtynyt aktiivivaiheessa useammaksi tunniksi”

”supistukset tuntuvat minusta liian heikoilta”

”yleensä puudutukset tuntuvat sitä vaativan”

”jos puudutettu, käytän hyväksi kivuttomuuden”

”sairaalan käytäntö tietyissä tilanteissa, esim.puudutus”

Vastausvaihtoehtoon 1 (kohdunsuu aukeaa hitaammin kuin 1cm/2h) vastasi 28 % (n=21), vaihtoehtoon 2 (harvoin supistuksiin alle 3/ 10 min) vastasi 26 % (n= 20) kätilöistä. Kollegan kehoituksesta tai puudutusten jälkeen rutiinisti oksitosiinin sanoo aloittavansa yhteensä 7 % kätilöistä (n=4).

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden arviointi kuuluu tutkimuksen raportointiin. Luotettavuutta käsitellään validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli pysyvyyden näkökulmasta (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1994, 101). Tutkimuksen eettinen näkökulma tarkastelee tutkijan moraalisia toimia tutkimuksessa (Pietarinen 1999).

7.1.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti eli mittauksen yleistettävyys voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Tarkoituksena on tutkia tutkimusongelman kannalta oikeita asioita. (Metsämuuronen 2002, 32, Kananen 2008, 79.)

Sisäinen validiteetti kertoo mittarin oikeellisuudesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–154; Metsämuuronen 2005, 57). Tässä tutkimuksessa käytettiin itse tehtyä mittaria. Sen tarkoitus oli selvittää Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytystä hoitavan henkilökunnan käsityksiä normaalisyntytyksestä, synnytyksen hoidosta ja niihin liittyvistä interventioista.

Normaalisyntytyks on määritelty luvussa 4.1 eri toimijoiden mukaan ja kyselylomakkeeseen oli laitettu WHO:n määritelmä (1996), joka oli viitekehyksenä normaalisyntytystä mittaaviin kysymyksiin. Ajatuksena oli, että kukin vastaaja kuvaa omia hoitokäytäntöjään suhteessa annettuun normaalisyntytyksen määritelmään. Kuitenkin joidenkin vastausten avoimissa osuuksissa viitataan poikkeavuuksiin sydänäänissä tai riskisyntytyksiin. Voidaan ehkä ajatella, että vastaaja ei ole lukenut alustusta vastatessaan tai että se on ilmaistu epäselvästi. Toisaalta se voi myös kertoa vastaajan ajattelevan, että kaikki synnytykset ovat potentiaalisia riskisyntytyksiä. Mittarin tulisi olla yksiselitteinen ja ymmärrettävä, joten tältä osin voidaan ajatella, että tutkimus ei ollut sisäisesti täysin validi.

Kysymyksessä 7 kartoitettiin vastaajan omaa normaalisyntymisen määritelmää. Suurin osa (69 %) kuvasi oman normaalisyntymisen määritelmänsä yhtenevästi sen kanssa, millaisia synnytyksiä oli eniten (77 %) Tays:ssa vuonna 2011 (Ipana 2012). Tämä tarkoitti spontaanisti alkanutta etenevää synnytystä, joka päättyy alatiesynnytykseen ja jossa voidaan tarvittaessa käyttää lääkkeellisiä edistäviä ja kipua lievittäviä menetelmiä. Jotta oltaisiin saatu jokaisen oma henkilökohtainen käsitys selville, olisi avoin vastausvaihtoehto ollut tässä kohtaa informatiivisempi (kysymys 7).

Kyselylomakkeen hoitoa ja interventioita mittaavat kohdat keräsivät tietoa siitä, millainen käsitys vastaajilla oli synnytyshoidosta (kysymykset 8-11). Tutkimuskysymyksessä haluttiin kuitenkin saada selville se, minkälaista hoito on tällä hetkellä. Tähän saattoivat vastata todenmukaisesti ne, joilla oli tuore kokemus synnytyksen hoidosta. Niille vastaajille, joilla synnytyksen hoidosta oli pitkä aika, vastaukset olivat todellakin käsityksiä tai jopa luuloja todellisuudesta. Tuloksia tarkasteltaessa tulee pitää mielessä se, että 67 %:lla vastaajista oli kokemusta synnytyksen hoidosta viimeisen 12 kuukauden ajalta kyselyhetkestä ja 33 %:lla sitä aikaisemmin. Sitä, kuinka pitkä aika edellisestä synnytyshoidosta tai osallistumisesta synnyttäjän hoitoon oli, ei kysytty, vaikka se olisi voinut tuoda lisäinformaatiota vastausten tulkintaan.

Kysymyksissä 8-26 oli mittausasteikkona viisiportainen Likert – asteikko. Kaikki kysymykset alkoivat vaihtoehdolla ”täysin samaa mieltä”. Tämä voi kirjallisuuden mukaan vaikuttaa liian positiivisiin vastauksiin (Valli 2001, 37), mutta havaintomatriisia tarkasteltaessa tällaista ilmiötä ei voida havaita. Lomakkeelle oli luotu muutama kysymys (kysymykset 11–12, 16), joissa oletettiin vastattavan käänteisesti kysymyksen provosoivan luonteen vuoksi.

Sisäiseen validitettiin liittyy kysymys siitä, vaikuttaako jokin mittauksilanteessa mittauksen luotettavuutta heikentävästi (Metsämuuronen 2005, 57). Tämän tutkimuksen kysely tehtiin kesäaikana 17.7.–2.9. ja 10.9.–16.9. 2012. Kesälomien vaikutus voi näkyä vastaajien määrän vähyydessä. Kesäsijaisten ja samalla kokemattomien työntekijöiden osuus ei kuitenkaan ole merkittävä vastausten analysoinnissa, koska valtaosalla oli yli vuoden työkokemus. Kysely lähti kaikille samaan aikaan sähköpostitse. Vastaaminen oli vapaaehtoista, siitä muistutettiin kertaalleen kyselyn keräämisen aikana ja se oli

mahdollista tehdä työaikana. Koska kesän 2012 aikana syntyi ennätysmäärä lapsia, kiireiset työvuorot saattoivat haitata vastaamiseen keskittymistä tai itse vastaamista. Vastausajat vaihtelivat neljän minuutin ja 2 tunnin 30 minuutin välillä, keskimääräinen aika oli alle 10 minuuttia. Pisimmät ajat voivat kertoa kiireisistä työvuoroista, jolloin vastaaminen jäi kesken työtehtävien takia. Kun linkki oli suljettu 2.9.2012, todettiin, että lääkärien vastausprosentti oli 54 (n=20). Koska lääkäreiden vastaukset koettiin tärkeiksi, lähetettiin heille ylimääräinen sähköpostikehoitus. Tämän jälkeen lääkäreiden vastausprosentiksi nousi 67 (n=24).

Tutkimukseen otettiin mukaan koko henkilökunta. Tiedetään, että katoa tapahtuu kaikissa tutkimuksissa ja se voi aiheuttaa vääristymää tuloksissa. Mikäli kato on alle 20 % otannasta, voidaan tutkimusta siltä osin pitää luotettavana (Anttila 2006, 268). Kadon vaikutuksia voidaan arvioida tekemällä katoanalyysi, jolloin arvioidaan, millaisia olivat ne, jotka eivät vastanneet tutkimukseen. (Heikkilä 2008, 189.) Tässä tutkimuksessa kato oli 40 % perusjoukosta. Voidaan ajatella, että vastaamattomien joukossa olisi henkilöitä, jotka muuttaisivat vastauksillaan tutkimustulosta, mutta koska kadon osuus oli alle puolet ja kokonaistutkimuksesta johtuen otannasta johtuvaa virhettä ei ole (Heikkilä 2008, 189), voidaan tätä tutkimusta pitää luotettavana. Tutkimuksen perusjoukko oli 184 henkilöä, jota voidaan pitää riittävänä kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Valli 2001, 14), joten todennäköisyys luotettavaan tutkimustulokseen kasvaa.

Operationalisoinnin avulla abstraktit käsitteet muokataan mitattavaan muotoon (Vilkkä 2007, 36–38). Tässä tutkimuksessa muokattiin WHO:n normaalisyntytyksen hoitosuosituksen (1996) käytänteet mitattavaan muotoon. Mittari laadittiin osittain sen mukaan, missä järjestyksessä WHO:n käytänteet oli teoriaosuudessa lueteltu. Kysymykset pyrittiin kuitenkin laatimaan synnytyksen etenemisen järjestyksessä, jotta se olisi looginen vastaajalle eikä ohjaisi vastaajaa.

Mittari laadittiin puolistrukturoiduksi kyselylomakkeeksi, koska synnytyksestä oli olemassa tutkimustietoa paljon. Tällöin ilmiö on tunnettu ja mittarilla halutaan saada selville ilmiöön vaikuttavia tekijöitä (Kananen 2011, 12). WHO:n hoitosuosituksessa (1996) määritellään synnytykseen liittyvät hyödylliset, haitalliset, riittämättömän näytön omaavat ja epätarkoituksenmukaiset käytännöt. Tutkimuksessa saatiin selville, kuinka

Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytystä hoitava henkilökunta toimii suhteessa hoitosuositukseen.

Lomake tulee testata ennen kyselyä, jotta mittari olisi mahdollisimman luotettava ja saadaan varmistettua, että vastaajat ymmärtävät kysymykset niin, kuin tutkija on tarkoittanut (Heikkilä 2008, 61; Vehkalahti 2008, 48). Tässä tutkimuksessa mittaria testasi ensin viisi henkilöä, jotka työskentelivät Tays:n naistentautien ja synnytysten vastualueella. Heidän ehdotusten perusteella tehtiin kyselyyn muutoksia. Toisessa vaiheessa kaksi kättilöä tarkasti kyselylomakkeen, mutta korjauksia ei enää tehty. Esitarkastukset paransivat kyselylomakkeen ymmärrettävyyttä ja samalla tutkimuksen luotettavuutta.

Ulkoinen validiteetti kertoo, kuinka hyvin voidaan tutkimuksen tulokset yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-154.). Tämän tutkimus tehtiin synnytystä hoitavalle henkilökunnalle isossa synnytysairaalaissa. Tutkimus oli kokonaistutkimus, jolloin kaikki tutkimukseen osallistuvat edustivat perusjoukkoa. Tällöin tutkimus on yleistettävissä tämän sairaalan henkilökuntaan eli ulkoinen validiteetti oli hyvä. Jos sama tutkimus tehtäisiin esimerkiksi Helsingissä, jossa henkilökuntarakenne ja synnytysmäärät ovat samankaltaisia, olisivat tulokset todennäköisesti samansuuntaisia. Jos sen sijaan tutkittaisiin pienen aluesairaalan henkilökunnan synnytyksen hoitokulttuuria, voitaisiin saada toisenlainen tulos. Samankaltaiseen joukkoon tutkimus on validi.

Tutkimuksen **reliabiliteetti** tarkoittaa sitä, onko tutkimus toistettavissa niin, että saadaan samankaltainen tulos eli käytetty mittari antaa samat tulokset eri mittauskerroilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–154; Kananen 2008, 79; Metsämuuronen 2005, 67). Sisäinen reliabiliteetti todetaan mittaamalla sama tilastoyksikkö useampaan kertaan (Heikkilä 2008, 187) eli tekemällä rinnakkaismittauksia (Metsämuuronen 2005, 66). Tässä tutkimuksessa Webropol – sovellus oli ohjelmoitu niin, että vastaaja ei voinut lähettää verkkolomaketta kuin yhden kerran. Sen sijaan voidaan ajatella, että nyt tehtävä mittaus antaisi samansuuntaisia vastauksia, koska vastauksissa oli nähtävissä monilta osin vahva yksimielisyys. Mikäli mittaukset ovat toistettavissa myös muissa tutkimuksissa ja tilanteissa, puhutaan ulkoisesta reliabiliteetistä (Heikkilä 2008, 187). Tämän tutkimuksen mittauksia voidaan toistaa muuallakin, kun kohderyhmä on samanlainen.

7.1.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä pohdittaessa tulee tarkastella sekä itse tutkimuksen eettisyyttä että tutkittavien kohtelua. Hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012) tässä tutkimuksessa on pyritty toimimaan rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa on pyritty olemaan tarkkoja niin, että kaikki oleellinen tieto on ilmoitettu ja tutkimustuloksia on käsitelty objektiivisesti.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) on laatinut ihmistieteisiin liittyvät periaatteet, jonka mukaan tutkittavien itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, heille ei saa aiheutua tutkimuksesta haittaa ja heidän yksityisyyttään tulee suojella.

Tutkittavan itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuvat ovat saaneet riittävän tiedon tutkimuksesta sekä osallistuvat siihen vapaaehtoisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009). Kyselyn saatekirjeessä annettiin tutkimukseen liittyvä informaatio, jossa todettiin vastaamisen vapaaehtoisuus. Vastaaminen katsotaan suostumukseksi kyselyyn (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009).

Eettisten periaatteiden mukaisesti tutkittavalle ei saa aiheutua haittaa eikä hänen yksityisyyttään saa loukata (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009). Tutkimuksen aineisto käsiteltiin niin, että se oli vain tutkijan käytössä, vastauksista ei pysty tunnistamaan ketään henkilöä ja kaikissa vaiheissa toimittiin niin, että kellekään vastaajalle ei koituisi haittaa. Saatekirjeen mukaisesti aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Tutkimuksessa tulee kunnioittaa muita tutkijoita arvostamalla heidän saavutuksiaan hyvän tieteelliseen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimusta kirjoitettaessa on pyritty käyttämään alkuperäistutkimuksia ja lähdeviittaukset on merkitty asianmukaisesti. Osassa lähteitä on käytetty toissijaisia lähteitä, kun alkuperäiset eivät ole olleet saatavilla.

Tutkimuksen tekijän tulee olla objektiivinen ja hänen tulee olla rehellinen itselleen (Ammatillisen tutkimuksen eettiset pelisäännöt 2007). Tutkimuksen aihe ja tutkittavat

olivat tekijälle tuttuja. Verkkolomakkeen käyttö paransi vastaajien yksityisyyttä, kun tutkimuksen tekijä ei voinut tunnistaa vastaajia käsialan perusteella. Tulosten käsittelyssä substanssiosaamisesta oli apua, toisaalta se on saattanut vaikuttaa joihinkin tulkintoihin. Tutkimuksen tekijän pyrkimys on ollut olla objektiivinen ja rehellinen tämän tutkimuksen tekemisessä.

Tutkimukseen haettiin lupa opetusylihoitajalta (Liite 8) ja luvan mukaisesti työ tullaan esittelemään osastokokouksessa. Se voidaan julkaista vasta vastuualueen ylihoitajan suostumuksella, joka on saatu suullisena 17.12.2012.

7.2 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, mitä Tampereen yliopistollisen sairaalan henkilökunta ajattelee synnytyksestä ja synnytyksen hoidosta tällä hetkellä. Kysely pohjautui teorian tietoon, lähinnä WHO:n normaalisyntytyksen hoitosuositukseen (WHO 1996) ja siihen liittyviin interventiotutkimuksiin (Sandin-Bojö ym.2006; Sandin-Bojö ym. 2007; Sandin-Bojö & Kvist 2008).

7.2.1 Käsitys normaalisyntytyksestä

Normaalisyntytyksen käsitys tässä tutkimuksessa oli valtaosalla vastaajista sama, kuin mitä on tilastollisesti eniten tällä hetkellä. Synnytyksen kulkuun on totuttu vuosien aikana puuttumaan erilaisin menetelmin välillä ilman suurempia perusteita. Puudutukset ja puuttumiset ovat päivittäisiä rutiinitoimia. Mielenkiintoista on, että käynnistetyt synnytykset sisältyvät lääkäreiden mielestä normaalin määritelmään. Toisaalta, kättilön toimenkuvaan kuuluu fysiologinen synnytys, ja lääkäri tarvitaan paikalle, kun tilanne vaatii puuttumista. Näin ajatellen lääkäreiden kuvaama normaalisyntytyks eli se, mitä he kohtaavat eniten, voi olla juuri käynnistykset tai jopa keisarileikkaukset, kuten latinalaisessa Amerikassa (Waldenström 2007, 175). Kuinka sitten käsitys normaaliudesta vaikuttaa synnytyksen hoitoon? Jos käsitys normaalista on ”puututtu synnytys”, mikä on silloin spontaani syntymä? Normaalista parempi ilmaus voisikin olla fysiologinen synny-

tys. Se kuvastaisi paremmin syntymäprosessin kulkua: antaa synnytyksen edetä ja puututaan vasta, jos todella tarvetta tulee.

Verrattuna WHO:n määritelmään normaalisynnytyksestä valtaosa vastaajista (81 %) ajatteli samoin. Jos sen sijaan verrataan Maternity Care Working Party:n (2007) antamaan konsensuslauselmaan, vain 12 % vastaajista oli samaa mieltä. Kanadalainen kätilöiden ja lääkäreiden määritelmä normaalisynnytyksestä sisältää lääkkeettömät ja lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät, niin kuin 69 % vastaajista. Voidaan tehdä sellainen johtopäätös, että tamperelaisten ja kanadalaisten käsitys synnytyksestä on pääosin samankaltainen. (Werkmeister ym. 2008; Canadian association of midwives 2010; SOGC 2011). Tutkimukseen vastanneista kätilöistä 10 % (n=5), jotka ovat hoitaneet synnytyksiä viimeisen vuoden aikana, määrittelivät myös käynnistykset normaalisynnytykseksi, kun synnytyksiä hoitamattomasta kätilöryhmästä näin ajatteli liki joka kolmas (28 %).

7.2.2 Synnytyksen hoito ja interventiot Tays:ssa

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on olemassa synnytyksen hoitoon hyvä ja tarkka ohjeistus. Suuret hoitolinjat on aina tarkistettavissa. Kysyttäessä henkilökunnalta synnytyshoidosta, haluttiin selvittää sitä synnytyksen seurannan, kivunlievityksen ja ponnistusvaiheen hoidon näkökulmasta.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että synnyttäjää kuunnellaan, kipua lievittää ja synnytystä seurataan käyttämällä sekä käden taitoja että teknisiä apuvälineitä (ktg). Kätilöiden osuus kädentaitojen käyttämisessä eli supistusten seuraaminen kohtua tunnustelemalla oli suuri, kun kaikki vastaneet kätilöt sanoivat toimivansa näin. Sen sijaan ulkotutkimuksen käyttäminen oli vähäisempää. Sikiöstetoskoopin pelkkää käyttämistä ainoana seurantamenetelmänä tulovaiheen käyrän jälkeen ei pidetty mahdollisena puutteellisen dokumentoinnin vuoksi. Tässä kohtaa huomataan selkeä ero esimerkiksi Englannin synnytyksen hoidon suhteen. RCM guidelines suosittelee sydänäänten kuuntelua joko doppler – laitteella ja Pinard – sikiöstetoskoopilla matalan riskin synnyttäjien kohdalla (RCM 2012).

Verrattaessa Tays:n synnytyksenhoitoa WHO:n suosituksiin, hyvää on synnyttäjän kuunteleminen, lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien tarjoaminen ja liikkumaan

rohkaisu. RCM on ottanut Englannin normaalisyntymisen kampanjassa (Campaign for normal birth 2012) eräiksi painopistealueiksi juuri kuuntelemisen ja sen, että synnyttäjät nousevat sängystä liikkeelle. Hyvää oli myös synnyttäjän ja sikiön seuraaminen, joka länsimaissa kuuluu automaattisesti synnytyksen hoitoon.

WHO (1996) ei suosittele Valsalva – ohjauksen käyttämistä, jota käytti vastaajista 78 %. Puudutetut synnyttäjät eivät tunne luonnollista ponnistamisen tarvetta aina ja ohjaus on joskus välttämätöntä, varsinkin, jos sikiön vointi vaatii nopeaa syntymistä. Siitä huolimatta olisi hyvä, mikäli toimittaisiin yksilöllisesti tilanteen vaatimalla tavalla. Näin osa kättilöistä tekeekin avointen vastausten mukaan. Kun verrataan kättilöiden, jotka ovat hoitaneet synnytyksiä vuoden sisällä ja toisen kättilöryhmän vastauksia, selviää, että Valsalva – menetelmä on yleisempi synnytystä vuoden aikana hoitaneiden ryhmässä (82 %) kuin synnytystä aikaisemmin hoitaneiden ryhmässä (71%).

Ravinnon antamisen rajoittamista perustellaan sillä, että synnyttäjä saattaa päätyä toimenpiteeseen ja nukutuksen aikana aspiroida mahansisältöä keuhkoihin. Normaalisyntymyksessä ei suositella ruoan rajoittamista, koska synnytys itsessään vähentää raskaan ruoan syömistä. (WHO 1996, 10.) Avoimista vastauksista käy ilmi, että toimenpiteitä pelätään ja synnyttäjiä pidetään ravinnotta, jos sydänäänikäyrässä on poikkeavuutta eli varaudutaan toimenpiteeseen. Kun tämä kysely liittyi ainoastaan normaalisyntymykseen, herää ajatus, että normaalisyntymyksen määritelmä on vastaajille kuitenkin epäselvä. Jos sikiön sydänäänikäyrässä on poikkeavuutta, jonka arvellaan johtavan toimenpiteisiin, synnytyksen kulku ei ole enää normaali.

Oksitosiinia käytetään yli puolessa kaikista synnytyksistä käynnistämään tai vauhdittamaan synnytystä (Ipana 2012). Kättilöt aloittivat oksitosiinin hitaasti etenevään synnytykseen tai harvoin (alle 3/10 minuuttia) tuleviin supistuksiin, mutta 21% (n=16) sanoi aloittavansa oksitosiinin ilman mitään nimettyä lääketieteellistä perustetta ja 7% (n=5) rutiininomaisesti puudutuksen jälkeen. Sandin-Bojö & Kvist (2008) tulivat ruotsalaisessa tutkimuksessa siihen päätelmään, että synnytyksen hoito siellä perustui enemmän tapoihin ja asenteisiin kuin näyttöön. Tulee pohdittavaksi, ollaanko tässä sairaalassa oksitosiinin käytössä samassa tilanteessa. Vastauksista ilmeni, että kalvojenpuhkaisulle kuitenkin edellytettiin lääketieteellistä syytä.

Normaalin synnytystilanteen tutkimus on keskittynyt WHO:n hoitosuosituksen ja käytännön vertailemiseen, synnytyspaikan ja turvallisuuden vertailuun. Normaalisyntytyksen kartoittaminen henkilökunnan näkökulmasta tässä tutkimuksessa perustui enemmänkin valmiisiin hoitosuosituksiin, joita on WHO:lla ja NICE:llä kuin yksittäisiin tutkimuksiin. Toisaalta tutkimuksista nousi kysymyksiä, joita on hyvä kysyä myös suomalaisilta synnytysneuvojilta, kätilöiltä ja lääkäreiltä. Vastauksia kysymykseen, miksi lääkärijohtoisissa synnytysyksiköissä tehdään enemmän interventioita kuin kätilöjohtoisissa, ei löydy suoraan näistä tutkimuksista, ei myöskään vastauksista. Kuitenkin vastaus siihen voisi olla vastaus koko kysymykseen: miksi tehdään toimenpiteitä, joille ei ole lääketieteellistä perustetta nykyisen tutkimustiedon valossa?

7.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Normaalisyntytyks on hedelmällinen tutkimuskohde. Synnytysten maailmaa tarkastellaan useasti lääketieteen ja riskisyntytysten näkökulmasta. Kuitenkin valtaosa synnyttäjäistä edelleen synnyttää normaalisti. Kätilön työ on itsenäistä ja sitä roolia tulisi muistaa nostaa ja kohottaa edelleenkin. Kun taantuma ajaa hakemaan kustannussäästöjä, tulee niitä hakea myös kuntien ylläpitämistä työpaikoista. Siirtämällä työtehtäviä ja vastuuta kätilöille takaisin, kohdennetaan lääkärin työpanos sinne, missä on suurin tarve. Kustannussäästöjä saadaan, kun harkitaan, milloin tarkemmat (ja samalla kalliimmat) seurannat ovat tarpeellisia. Mikäli kaikilla säännöllisesti alateitse synnyttävillä käytettäisiin vain ulkoisia seurantalaitteita vastaavien sisäisten seurantalaitteiden sijaan, olisi kertyvä säästö 160 000 euroa vuodessa.

Tämä tutkimus toimii alkumittauksena Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytysyksiköissä. Vuoden 2012 aikana on aloitettu Matalan riskin synnytysten projekti, joka tähtää samoihin päämääriin kuin tämä tutkimuskin. Projektin aikana on määritelty kriteerit normaalisyntyttäjälle, jotta tulovaiheen riskinarvio voidaan tehdä yhdenmukaisesti ja luotu kriteerit kolmeen eri yksikköön normaalisyntytyksen tukemiseksi. Kun tiedetään, miten toimitaan tällä hetkellä, voidaan samalla kyselyllä mitata henkilökunnan käsityksiä tulevaisuudessa. Näin tutkimus toimii alkulenkkinä sairaalassa toteutettavalle toimintatutkimukselle.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että normaalisyntyys voi tarkoittaa eri ihmisille eri asioita. Eri synnytyskäsitteistä huolimatta hoito toteutuu pääosin WHO:n suositusten mukaisesti. Systemaattisessa katsauksessa esille tulleet seikat, jotka vaikuttavat synnytyksen aikaisten interventioiden vähenemiseen, ovat kätilöjohtoinen yksikkö, ikä, koulutus tai asenne. Suomessa ei ole vielä olemassa kätilöjohtoisia yksiköitä, mutta sellaisia ollaan suunnittelemassa sairaaloiden sisälle, joten tämä saattaa mahdollistaa interventioiden vähentymisen samoin kuin huomion kiinnittäminen matalan riskin synnyttäjiin sairaaloissakin. Synnyttäjien ikään ei voida vaikuttaa, mutta jokaisen synnytystä hoitavan henkilökunnan koulutukseen voidaan ja toivon mukaan koulutuksen tai esimerkin avulla myös asenteisiin. Näyttöön perustuva kätilötyö ja synnytyksen hoito on tapa, jolla päästään sekä laadukkaisiin että vaikuttaviin tuloksiin.

Kehittämisehdotuksena on, että synnytyskertomuksista seurataan, kuinka WHO:n hoitosuositus toteutuu synnyttäjän hoidossa ja ovatko interventiot vähentyneet. Samanaikaisesti voisi tutkia matalan riskin synnyttäjien tyytyväisyyttä.

LÄHTEET

Ahonen, P. 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turun yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, GML. 2008. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. The Cochrane collaboration. Wiley & sons ltd.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi.

Anttila, P. 2009. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi. Luettu 6.3.2012. www.amk.fi.

Ammatillisen tutkimuksen eettiset pelisäännöt. 2007. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi. Luettu 28.1.2013. www.amk.fi.

Bagley, C., Devane, D., Clarke, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., Maguire, R., Higgins, S., Finan, A. Gormally, S. & Doyle, M. 2011. Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomized trial. BMC Pregnancy and Childbirth 11(85), 1-10.

Canadian association of midwives. 2010. Midwifery care and normal birth. Tulostettu 22.2.2012. Päivitetty 20.1.2012. <http://www.canadianmidwives.org>.

Campaign for normal birth. 2012. Luettu 28.1.2013. <http://www.rcmnormalbirth.org.uk>.

Carolan, M., Davey, M-A., Biro, M. & Kealy, M. 2011. Older maternal age and intervention in labor: a population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria, Australia. BIRTH 38 (1), 24-29.

Could, D. 2000. Normal labour: a concept analysis. Journal of advanced nursing 31 (2), 418-427.

Ebscohost. 2012. Luettu 19.1.2013. www.ebscohost.com.

Eide, B., Nilsen, A. & Rasmussen, S. 2009. Births in two different delivery unit in the same clinic –A prospective study of healthy primiparous women. BMC Pregnancy and Childbirth 9 (25), 1-7.

Ernvall, R., Ernvall, S. & Kaukkila, H-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. 1. painos. Juva: WSOY.

Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset menetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Gottvall, K., Waldenström, U., Tingstig, C. & Grunewald, C. 2011. In-Hospital birth center with the same medical guidelines as standard care: a comparative study of obstetric interventions and outcomes. BIRTH 38 (2), 120-128.

Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2002. Onko täysiaikainen synnytys luonnollinen tapahtuma vai lääketieteellinen ongelma? *Duodecim* (118), 2157–2178.

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. 2009. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hodnett, ED., Downe, S., Walsh, D. & Weston, J. 2010. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki.

Ipana. 2012. Synnytystilasto Ipana –tietojärjestelmästä. Luettu 20.6.2012.

Julin, A-M. ylihoitaja. 2012. Haastattelu 8.3.2012. Haastattelija Kukko, S-K.Tays.

Kananen, J. 2008. Kvantti: kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, J. 2011. Kvantti: kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro: Helsinki.

Kleemola, M. tietopalvelupäällikkö. 2011. Onnistuneen saatekirjeen salaisuudet. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Luettu 19.1.2013. www.tietoaarkistoblogi.blogspot.fi.

Kringeland, T., Daltveit, A. & Moller, A. 2010. How does preference for natural child-birth relate to the actual mode of delivery? A population-based cohort study from Norway. *BIRTH* 37 (1), 21-27.

KvantiMOV. 2012. Tilastollinen päättely. Luettu 13.5.2012. Päivitetty 4.7.2004. <http://www.fsd.uta.fi>.

KvantiMOV. 2012b. Kvantitatiivisen datatiedoston käsittely. Luettu 20.1.2013. Päivitetty 23.3.2009. <http://www.fsd.uta.fi>.

Kvist, L., Damiati, D., Rosenqvist, J. & Sandin-Bojö, A-K. 2010. Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery* (27), 188-194.

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

Leino- Kilpi, H. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö: onko sitä? Teoksessa Voutilainen, P (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: Tammi, 9-19.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku:Digipaino. 2.

Making normal birth a reality. 2007. Consensus statement from the Maternity Care Working Party. Tulostettu 30.1.2012. www.rcog.org.uk.

Melender, H-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth. Experiences reported before and after childbirth. Turun yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Metsämuuronen, J. 2002. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metologia – sarja 6. 2. uudistettu painos. International methelp oy.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. Jyväskylä: Gummerus.

MOT. Luettu 6.1.2012. mot.kielikone.fi.

NCBI. 2012. Päivitetty 27.11.2012. Luettu 19.1.2013.www.ncbi.nih.gov.

NICE. 2007. Intrapartum care: full guideline. Päivitetty 21.9.2010. Tulostettu 20.1.2012. <http://guidance.nice.org.uk>

Ojala, K. 2010. Modern methods in the prevention and management of complications in labor. Oulun yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Olsen, O. & Jewell, D. 2009. Home versus hospital birth. . CochraneDatabase of Systematic Reviews.

Overgaard, C., Møller, AM., Fenger-Grøn, M., Knudsen, LB. & Sandball, J. 2011. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women.BMJ open. Tulostettu 30.3.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22021892>.

Palomäki, O. 2005. Treatment of labour contraction and pain – Effects on foetal well-being and uterine contractility monitored by cardiotocography. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Pietarinen, J. 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa Lötjönen, S. (toim.) 6-12. www.minedu.fi.

Pudas –Tähkä, S. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen raja-
us, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino. 46-57.

RCM. 2008. Good practise points. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour – 4th edition. Royal college of midwives.

RCM. 2012. Evidence Based Guidelines for midwifery-led care in labour. Good practice points. 5th edition. The Royal college of midwives.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 6.1.2012. www.pshp.fi.

Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Räisänen, S. 2011. Obstetric Anal Sphincter Ruptures – Risk Factors, Trends and Differences Between Hospitals. Itä –Suomen yliopisto. Väitöskirja.

Sandin-Bojö, A-K., Hall-Lord, M-L., Axelsson, O. & Larsson, B. 2007. Intrapartal care in a Swedish maternity unit after a quality-improvement programme. *Midwifery* (23), 113-122.

Sandin-Bojö, A-K. & Kvist, L. 2008. Care in labour: A Swedish survey using the Bologna score. *BIRTH* 35 (4), 312-328.

Sandin-Bojö, A-K., Larsson, B., Axelsson, O. & Hall-Lord, M-L. 2006. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery* (22), 207-217.

Sandin-Bojö, A-K. Larsson, B. & Hall-Lord, M-L. 2008. Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations. *Journal of Clinical Nursing* (17), 2993-3003.

Sciencedirect. 2013. Luettu 19.1.2013. www.sciencedirect.com.

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

Sillankorva, J. terveystieteiden maisteri. 2012. Fysiologinen synnytys. Luento. Hiljainen tieto hoitotaidoksi –koulutus 8.11.2012. Kätilöliitto. Tampere.

SOGC 2011. Women's health information. Tulostettu 7.1.2012. www.sogc.org/health/pregnancy-normal_e.asp.

STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa terveydenhuoltoon. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Yliopistopaino.

Suomen Kätilöliitto. 2010. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa. Hoitotyön suositus välilihan repeämien ehkäisemiseksi. Tulostettu 24.1.2013. www.suomenkatiloliitto.fi.

Symon, A., Paul, J., Butchart, M., Carr, V. & Dugard, P. 2007. Self-rated "no-" and "low"-risk pregnancy: A comparison of outcomes for women in obstetric- led and midwife –led units in England. *BIRTH* 34 (4), 323-330.

TAMK. 2013. Luettu 6.1.2013. www.tamk.fi/tiedonhallinta.

Tapper, A-M. 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:18. Tulostettu 29.1.2013. www.stm.fi.

Tarkka, M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjien selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terkko. 2013. Tulostettu 6.1.2013. www.terkko.helsinki.fi.

Tracy, S., Sullivan, E., Dahlen, H., Black, D., Wang, Y. & Tracy, M. 2005. Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *An international journal of obstetric and Gynaecology* 113 (1), 86–96.

Tracy, S., Sullivan, E., Wang, Y., Black, D. & Tracy, M. 2007. Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. *Women Birth*. 20 (2), 41-48.

The Birthplace collaborative group. 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. Tulostettu 14.2.2012. <http://www.bmj.com>.

The Thomson Reuters Impact Factor. 2012. Tulostettu 10.5.2012. http://thomsonreuters.com/products_services/science/free/essays/impact_factor/.

Tutkijan ammattietiikka. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja 1999, 69. Luettu 26.1.2013. www.minedu.fi.

Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja. 2013. Tulostettu 19.1.2013. www.fsd.uta.fi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Tulostettu 29.1.2013. www.tenk.fi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Tulostettu 6.12.2012. www.tenk.fi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Vallimies-Patomäki, M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja – kokemukseen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi.

Waldenström, U. 2007. Normal childbirth and evidence based practice. *Women Birth*. 20 (4), 175-80. Tulostettu 6.1.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17913612>.

Wax, J., Lucas, L., Lamont, M., Pinette, M., Cartin, A. & Blackstone, J. 2010. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetric and Gynaecologie*. Tulostettu 20.2.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

Webropol. 2013. Luettu 19.1.2013. www.webropol.fi.

Werkmeister, G., Jokinen, M., Mahmood, T. & Newburn, M. 2008. Making normal labour and birth a reality – developing a multi disciplinary consensus. *Midwifery* (24), 256-259.

WHO. 1996. Care in normal birth: a practical guide. Tulostettu 3.1.2011. <https://apps.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm>.

Wiklund, I., Wallin, J., Vikström, M. & Ransjö-Arvidson, A-B. 2011. Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions: a web-based survey. *Midwifery* (28), 456-460

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Virtanen, T. 2012. Mikä on normaalia synnytyksessä? *Kättilö –lehti* (2), 3.

Vuori, E. & Gissler, M. 2011. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.stakes.fi/tilastot>.

LIITTEET

Liite 1. Cochrane –katsaukset ja interventiotutkimukset

1 (2)

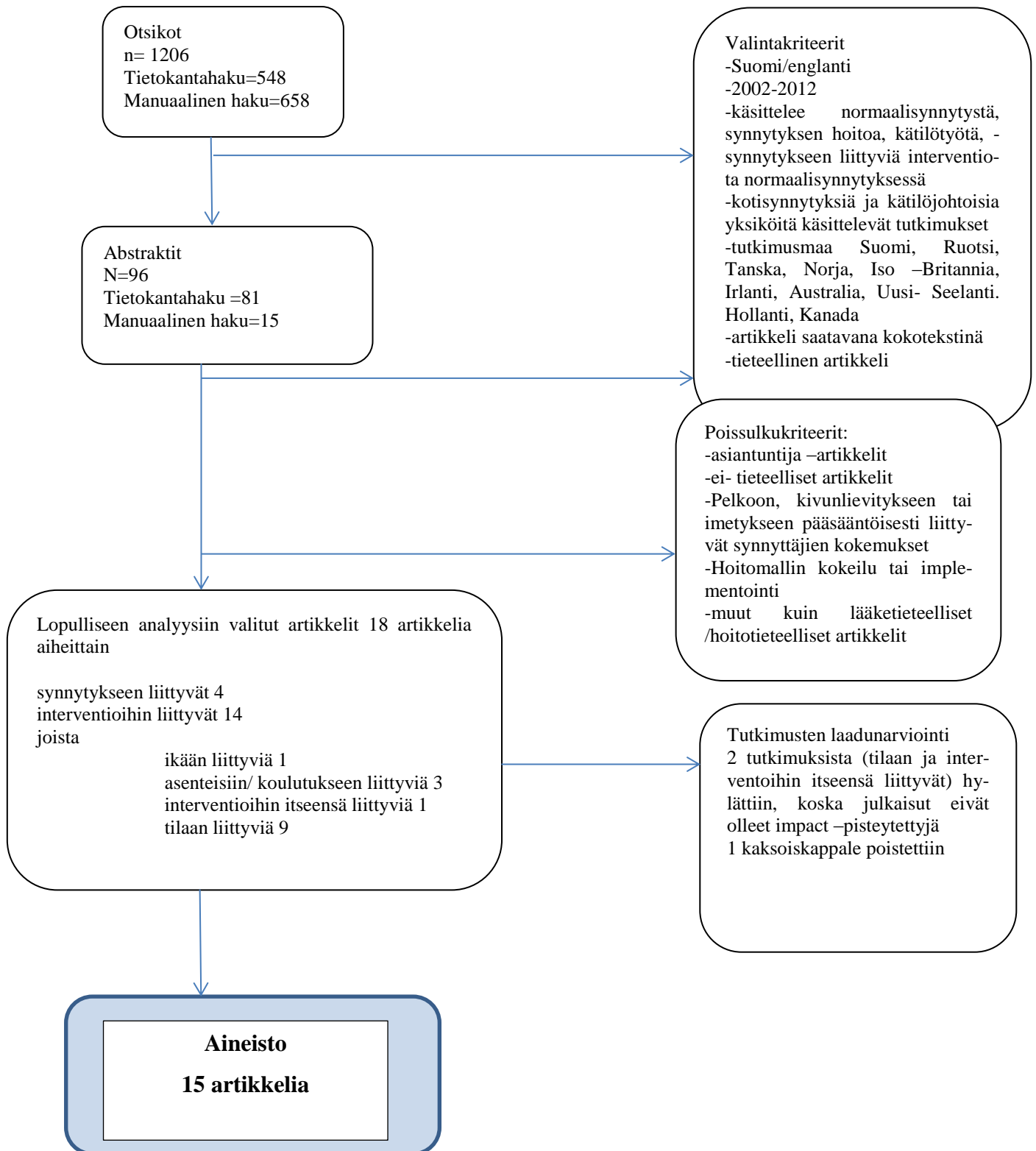
Tekijät Otsikko	Vuosi Maa	Tavoite/ Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
Hodnett, ED., Downe, S., Walsh, D. & Weston, J. Alternative versus conventional institutional settings for birth (Review)	2010 Iso-Britannia	Arvioida annetun hoidon tehoa vaihtoehtois- sa ja tavanomaisis- sa synnytyk- s-paikoissa.	Kaikki randomisoidut ja kvasi- randomisoidut tutkimukset, jossa verrattiin vaihtoehtoisia ja tavanomaisia synnytykspaikk oja.	9 tutkimusta, joihin osallistui 10684 synnyttäjää.	Kun verrattiin tavanomaiseen synnytyksyksikköön, vaihtoehtoinen sairaalan synnytyksyksikkö liittyy todennäköisemmin spontaaniin alatiesynnytykseen, vähempiin lääkkeelliseen interventioihin ja lisääntyneeseen synnyttäjien tyytyväisyyteen
Hatem, M., Sandal, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Review)	2009 Iso-Britannia	Tarkoituksena on verrata kättilöjohtoisia synnytyk- yksiköitä muihin hoitomallei- hin.	Kaikki julkaistut ja julkaisemat- tomat tutkimukset missä raskaana olevat on satunnaisesti laitettu kättilö johtoiseen yksikköön tai muuhun yksikköön ennen synnytystä ja synnytyksen aikana.	11 tutkimusta, joihin osallistui 12,276 synnyttäjää.	Suurimmalle osalle synnyttäjistä tulisi tarjota kättilöjohtoista hoitomallia ja synnyttäjää tulisi rohkaista kysymään tätä vaihtoehtoa. Tosin jos synnyttäjällä on komplikaatioita tai muita lääketieteellisiä ongelmia, tulisi noudattaa varovaisuutta.
Olsen, O. & Jewell, D. Home versus hospital birth (Review)	2009 Iso-Britannia	Tämän tutkimuksen tarkoitus oli arvioida suunnitellun – kotisyntytyk- sen ja sairaala- synnytyksen eroja interventioi- den, komplikaatio- iden ja kuolleisuuden osalta randomisoi- duissa tutkimuksissa.	Kontrolloidut tutkimukset, joissa verra- taan suunni- teltuja sairaala- lasynnytyksiä ja kotisynty- tyksiä.	Yksi tutki- mus, johon osallistui 11 synnyttäjää. Tutkimus oli laadukas, mutta liian pieni, jotta voisi tehdä johtopäätöksi ä.	Ei ole vahvaa näyttöä suosia suunniteltua sairaala- tai koti-synnytystä matalan riskin synnyttäjillä.

Interventiotutkimukset, jotka hylättiin sisäänottokriteerien perusteella

2 (2)

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Tutkimus- menetelmä Aineiston- keruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
<p>Tracy, S., Sullivan, E., Dahlen, H., Black, D., Wang, Y. & Tracy, M</p> <p>Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women</p>	<p>2005 Australia BJOG An international journal of obstetric and gynaecology</p>	<p>Verrata, onko sairaalan koolla ja vastasyntyneiden voinnilla yhteyttä, kun äiti on matalan riskin synnyttäjä.</p>	<p>Kvantitatiivinen Tilastollinen analyysi</p>	<p>750491 synnyttäjää vuosilta 1999-2001, joista 331147 matalan riskin synnyttäjiä 132696 ensisynnyttäjiä ja 198451 uudelleen-synnyttäjiä.</p>	<p>Matalan riskin sairaaloissa tehtiin vähemmän interventioita synnytyksissä riippumatta pariteetista. Johtopäätös: Synnytysyksikön koolla ei ole väliä.</p>
<p>Wax, J., Lucas, L., Lamont, M., Pinette, M., Cartin, A. & Blackstone, J.</p> <p>Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis</p>	<p>2010 Yhdysvallat American Journal of Obstetric and Gynecologie</p>	<p>Tutkia systemaattisesti äitien ja vastasyntyneiden turvallisuutta suunnitelluissa kotisynnytyksissä ja suunnitelluissa sairaalasyntytyksissä.</p>	<p>Meta - analyysi</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 12 tutkimusta Tilastollinen analyysi</p>	<p>Suunnitellut kotisynnytykset liittyivät vähäisempiin interventioihin, kuten epiduraalipuudutus, ctg, episiotomia ja operatiivinen synnytys. Näillä äideillä oli todennäköisyys vähäisempiin repeämiin, verenvuotoon ja infektioihin. Suunnitelluissa kotisynnytyksissä näytti olevan vähemmän ennenaikaisuutta, vastasyntyneen virvoittelua tai matalaa syntymäpainoa, mutta kolminkertainen kuolleisuusriski.</p>
<p>The Birthplace in England Collaborative Group</p> <p>Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study</p>	<p>2011 Iso-Britannia British Medical Journal</p>	<p>Verrata toisiinsa vastasyntyneiden ja synnyttäjien vointia ja interventioita suhteessa suunniteltuun synnytyspaikkaan, kun synnyttäjällä on ollut matalan riskin raskaus.</p>	<p>Kvantitatiivinen Prospektiivinen kohorttitutkimus Tilastollinen analyysi</p>	<p>64538 synnyttäjää</p>	<p>Interventiot ei-obstetrisissa yksiköissä olivat vähäisempiä, ensisynnyttäjiä siirrettiin useammin obstetriseen yksikköön kuin uudelleensynnyttäjiä. Terveille matalan riskin uudelleensynnyttäjiä ei ollut merkitystä, kun tarkastellaan lapsen vointia.</p>

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi ja aineiston valinta



Liite 3. Tutkimuksen laadun ja sopivuuden arviointilomake

Tutkimus	Kyllä	Ei	Ei tietoa /ei sovellu
Onko nimi informatiivinen			
Onko tiivistelmä katsaus koko työstä			
Onko tarkoitus selkeä? Onko tavoitteet raportoitu konkreettisesti?			
Onko metodi kuvattu?			
Kuinka aineistonkeruu on kuvattu?			
Onko satunaistettu? Onko sokkoutettu? Ilmoitetaanko keskeyttäneet?			
Millaista mittausmenetelmää on käytetty? Ovatko analyysit asianmukaiset?			
Tulokset: Vastataanko tutkimuskysymyksiin? Voidaanko hyödyntää käytännössä?			
Luotettavuus			

Liite 4. Systemaattisen katsauksen tutkimukset

Normaalisynnytyksen hoitoa käsittelevät tutkimukset

1(9)

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Tutkimus menetelmä Aineistonkeruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
Sandin-Bojö, A-K., Larsson, B., Axelsson, O. & Hall-Lord, M. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth	2006 Ruotsi Midwifery -lehti	Kuvata dokumentoitu synnytyksenaikainen hoito suhteessa WHO:n suositukseen normaalissa synnytyksessä ja verrata synnytyksenaikaista hoitoa matalan ja korkean riskin synnyttäjällä tavanomaisella synnytysosastolla.	Kvantitatiivinen Mittari, jonka avulla tarkasteltiin sairauskertomusta Tilastollinen analyysi SPSS	212 perättäistä synnytyskertomusta	Käytänteet, jotka ovat hyödyllisiä ja mihin pitäisi rohkaista, oli hyvin dokumentoitu paitsi fyysisen voimien arviointi (RR tai pulssi). Sisätutkimuksia tehtiin enemmän kuin on suositeltu ja sydänääniä kuunneltiin harvoin intermittoivasti. Käytänteet, jotka ovat haitallisia, ilman vahvaa näyttöä ja käytänteet, joita käytettiin usein epäasiallisesti, käytettiin laajasti. Paljon tehtiin interventioita ilman synnyttäjän riskinarviointia ja interventioille ei löytynyt järkeenkäypää kirjaamista. Latenssivaiheen potilasta oli synnytyssalissa 1/3.
Kvist, L., Damiani, N., Rosenquist, J. & Sandin-Bojö, A. Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth	2011 Ruotsi Midwifery -lehti	Mitata, miten ruotsalaiset kätilöt seuraavat WHO:n suosituksia normaalisynnytyksessä matalan riskin synnyttäjien hoidossa ja verrata kätilöiden antamaa hoitoa matalan ja korkean riskin potilailla.	Kvantitatiivinen Delphi- metodilla tehty mittari, jonka avulla tarkasteltiin sairauskertomuksia Tilastollinen analyysi	144 matalan riskin synnyttäjän ja 54 korkean riskin synnyttäjän sairauskertomukset	Tutkimuksessa todettiin, että käytössä on paljon hoitotapoja, joita WHO:n suositukset eivät tue. Dokumentoitu hoito poikkesi vähän matalan ja korkean riskin synnyttäjien keskuudessa. Kätilöiden tekemä riskinarvio ei ollut säännöllistä tutkimuksen aikana.

jatkuu

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Tutkimus- menetelmä Aineiston- keruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
Sandin – Bojö, A., Hall-Lord, M., Axelsson, O. & Larsson, B. Intrapartal care in a Swedish maternity unit after a quality- improve- ment programme	2007 Ruotsi Midwifery -lehti	Tutkia laadunparannus- ohjelman (QIP) tehoa synnytyksenaikaisessa kätilötyössä tavanomaisella synnytysosastolla tutkimalla sairauskertomusten kirjauksia. Tarkoituksena oli parantaa synnytyksenaikaista hoitoa WHO:n suositusten mukaan laskematta spontaanien synnytysten määrää	Kvantitatiivi- nen Mittari, jonka avulla tarkasteltiin sairauskerto- musta Tilastollinen analyysi	36 ruotsalaista synnytys- yksikköä, 212 perättäistä sairaus- kertomusta ennen hoitosuosituks- sen (QIP) käyttöönottoa ja 240 sen jälkeen	Oli nähtävissä että QIP- ohjelmalla oli merkitystä WHO:n suositusten toteuttamisessa, erityisesti synnyttäjien aktiivisuus ja sydänäänten jaksottainen kuuntelu lisääntyi ja oksisitiinilla edistäminen väheni. Parantuneella hoidolla ei ollut merkitystä spontanien synnytysten lukumäärään tai synnytysten keston. Johtopäätökset: Qip:llä oli merkitystä WHO:n suositusten jalkauttamiseen käytäntöön. Tulokset korostivat, että kätilötyö voi muuttua myös tavanomaisella osastolla.
Sandin-Bojö, A., Wilde Larsson, B. & Hall- Lord, M. Women´s perception of intrapartal care in relation to WHO recommen- dations	2008 Ruotsi Journal of clinical nursing	Selventää synnyttäneiden naisten käsityksiä synnytyksenaikaisesta hoidosta ja käsityksiä normaalista synnytyksestä.	Kvantitatiivi- nen Kyselytutki- mus Tilastollinen analyysi	138 ruotsalaista synnyttäjää	Suurin osa vastanneista sanoi saaneensa hyvää A- kategoriaan kuuluvaa hoitoa. Kuitenkin osa vastanneista sai kategorian b ja c mukaista hoitoa, jossa käytäntö on haitallista tai näyttö puuttuu. Synnyttäjillä on suuri luottamus kätilön antamaan hoitoon. Tutkijoiden johtopäätöksenä todettiin, että näyttöön perustuva kätilötyö on tärkeää tuoda käytäntöön niin, että kätilöt ottavat sen osaksi omaa työtään.

jatkuu

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Tutkimus- menetelmä Aineistonkeruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
Sandin- Bojö, A. & Kvist, L. Care in labor: A swedish survey using the Bologna score	2008 Ruotsi BIRTH	Kuvata Bologna – mittarin avulla, kuinka Ruotsissa hoidetaan synnytyksiä.	Kvantitatiivinen Kyselylomake Tilastollinen analyysi (SPSS)	36 ruotsalaisen synnytysklinikan synnytykset (N=1878)	Synnytyksiä hoiti ammattimainen henkilökunta 99,9%:ssa. Bologna mittarin avulla selvisi, että 22,7% synnytyksiä hoidettiin näyttöön perustuen. Vaihtelu eri klinikoiden välillä oli 0-53,1%. Eniten pisteitä vei selkäasennon käyttäminen ja jotkin interventiot. Johtopäätökset: Tulosten perusteella voidaan osoittaa, että Ruotsissa hoidetaan synnytyksiä tieteellisin perustein vain osittain. Suuret eroavaisuudet yksiköiden välillä osoittivat, että synnytyksen hoito perustui enemmänkin tapoihin ja asenteisiin kuin tieteelliseen näyttöön. Bologna score-mittari osoittautui hyväksi laatumittariksi osoittamaan synnytyksenaikaista hoitoa.

jatkuu

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Menetelmä Aineistonkeruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
<p>Symon, A., Paul, J., Butchart, M., Carr, V. & Dugard, P. Self-rated "no-" and "low-" risk pregnancy: A comparison of outcomes for women in obstetric- led and midwife- led units in England</p>	<p>2007 Iso-Britannia BIRTH</p>	<p>Verrata ei –riskiä omaavien ja matalan riskin potilaiden vointia synnytyksessä synnytyslääkärijohtoisessa ja kätilöjohtoisessa yksikössä</p>	<p>Kvantitatiivinen Kyselytutkimus Tilastollinen analyysi ANCOVA</p>	<p>6 kätilöjohtoisesta yksikön synnyttäjät (N=294) 3, lääkärijohtoisesta yksikön synnyttäjät (N=138)</p>	<p>Kätilöjohtoisessa yksikössä viivytettiin vähemmän aikaa, käytettiin vähemmän kivunlievitystä, tehtiin vähemmän interventioita ja synnytetettiin todennäköisimmin normaalisti. Samanlaiset erot todettiin sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä. Johtopäätökset: Äidit olivat samankaltaisia molemmissa yksiköissä, samoin kätilöt: silti lääkärijohtoisessa yksikössä tehtiin enemmän interventioita, enemmän kivunlievitystä ja toimenpidesynnytyksiä.</p>
<p>Eide, B., Nilsen, A. & Rasmussen, S. Births in two different delivery units in the same clinic – A prospective study of healthy primiparous women</p>	<p>2009 Norja BMC Pregnancy and childbirth</p>	<p>Verrata kätilöjohtoisesta yksikön ja normaalin yksiköiden synnyttäjien hoitoa.</p>	<p>Kvantitatiivinen Kyselytutkimus Tilastollinen analyysi SPSS</p>	<p>Kätilöjohtoisesta yksikön synnyttäjät (N=252), normaalin yksikön synnyttäjät (N=201)</p>	<p>Tässä tutkimuksessa ei nähty eroa keisarileikkauksissa tai avustetuissa synnytyksissä eri yksiköiden välillä. Kätilöjohtoisessa yksikössä käytettiin enemmän opiaatteja ja lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, kuin normaalissa yksikössä. Kätilöjohtoisesta yksiköstä 29% synnyttäjistä siirtyi toiseen yksikköön kesken synnytyksen.</p>

jatkuu

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Tutkimus- menetelmä Aineistonkeruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
<p>Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., O'Brien, B., Lee, L., Boscoe, M. & Young, D</p> <p>Use of routine interventions in vaginal labor and birth: Findings from the maternity experiences survey</p>	<p>2009 Kanada BIRTH</p>	<p>Kuvata rutiini-interventioita ja käytänteitä synnyttäjien raportoimina</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Randomisoitu haastattelututkimus</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>8244 synnyttänyttä</p>	<p>Synnyttäjät raportoivat elektronisesta sydänääniseurannasta, synnytyksen vauhdittamisesta tai sen yrityksestä, epiduraalipuudutuksista, episiotomioista ja selkäasennosta synnytyksessä. Jotkut äidin raportoivat häpykarvojen ajelusta, peräruiskeesta ja siitä, että vatsan päältä painettiin syntymän hetkellä.</p> <p>Johtopäätökset: Käytössä oli useita käytänteitä ja interventioita, joiden rutiinikäyttöä ei kansainvälisissä hoitosuosituksissa suositella tai ei suositella ollenkaan.</p>
<p>Kringeland, T., Daltveit, A. & Møller, A.</p> <p>How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? A population-based cohort study from Norway</p>	<p>2010 Norja BIRTH</p>	<p>Arvioida, kuinka moni luonnolliseksi synnytyksensä kokeneista naisista synnytti alakautta ilman interventioita ja arvioida tunteiden ja äidin taustan vaikutusta syntymätapaan</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Kyselytutkimus</p> <p>Tilastollinen analyysi SPSS</p>	<p>Raskaana olevan kokemukset luonnollisesta synnytyksestä (N=39475) verrattuna syntymärekisteriin vuosien 2000 ja 2006 välisenä aikana</p>	<p>Ensisynnyttäjien keskuudessa 29,3 % synnytti alakautta ilman interventiota, 56,1 % synnytti ja synnytyksen aikana käytettiin interventiota, 14,5% synnytti sektiolla. Suurin ennustava tekijä alatiesynnytykseen oli alle 25 vuoden ikä, yli 12 vuoden koulutus, yksisikiöinen raskaus ja matalat depressio ja ahdistuspisteet. Uudelleensynnyttäjillä 61,1 % synnytti ilman interventioita, 30,6% käytettiin interventioita ja 8,3% sektiolla. Iän, koulutuksen ja depressio- ja ahdistuneisuuden merkitys oli uudelleensynnyttäjillä pienempi kuin ensisynnyttäjillä. Todennäköisyys saada luonnollinen synnytys on suurempi uudelleensynnyttäjillä. Ilman interventioita tässä tutkimuksessa tarkoittaa: Raivotarjonta, ei käynnistystä, lääkkeellistä kivunlievitystä, episiotomiaa, pihtejä, imukuppia tai sektiota)</p>

Interventioihin liittyvät tutkimukset

6(9)

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite Tarkoitus Kysymykset	Menetelmä Aineistonkeruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
<p>Wiklund, I., Wallin, J., Vikström, M. & Ransjö-Arvidson, A-B.</p> <p>Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions : a web-based survey</p>	<p>2011 Ruotsi Midwifery-lehti</p>	<p>Verrata, kuinka ruotsalaiset kätilöt määrittelevät synnytyksen-aikaisia riskejä matalan riskin yksikössä verrattuna tavanomaiseen synnytys-yksikköön ja kuvata kätilöiden asenteita tehdä erilaisia interventioita normaalin synnytyksen aikana.</p>	<p>Kvantitatiivinen Kyselytutkimus</p> <p>Tilastollinen analyysi ja sisällön analyysi</p>	<p>77 kätilöä</p>	<p>Asioita, joita tuli ottaa huomioon riskinarviossa olivat: miten aiempi synnytys oli päättynyt, millainen tulostg, lapsiveden väri ja laatu.</p> <p>Matalan riskin yksikössä toimivat kätilöt olivat osottavaisempia normaalisynnytystä kohtaan kuin tavallisessa yksikössä toimivat kollegansa. Matalassa riskissä työskentelevät ajattelivat useammin, että ensisynnyttäjät voivat synnyttää ilman epiduraalipuudutusta ja antaa äidin ponnistaa spontaanisti. Samoin kätilöt matalan riskin yksiköissä olivat vastahakoisia käyttämään iv- kanyyliä ja oksitosiinilla edistämistä. Johtopäätös: ruotsalaiset kätilöt arvioivat riskit samankaltaises ti riippumatta yksiköstä, jossa työskentelevät, mutta matalan riskin yksikössä työskentelevät ilmoittivat käyttävänsä vähemmän rutiini- interventioita ja olivat innokkaampia asenteeltaan interventioita vastaan.</p>

jatkuu

Interventioihin liittyvät tutkimukset

7(9)

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Tutkimus- menetelmä Aineistonkeruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
<p>Davis, .D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., Dixon, L. & Herbison, P.</p> <p>Planned place of birth in New Zealand: Does it affecy moode of birth and intervention- rates among low-risk women</p>	<p>2011 Uusi-Seelanti BIRTH</p>	<p>Verrata suunnitellun synnytyspaikan vaikutusta synnytyksessä tehtäviin interventioihin ja syntymätapaan</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Tiedonkeruu MMPO – tietokannasta</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>39677 synnytystä, joista 16453 täytti matalan riskin kriteerit</p>	<p>Suunnitellulla synnytyspaikalla oli merkittävä vaikutus syntymätapaan ja synnytyksessä tapahtuviin interventioihin. Sairaaloissa oli suurempi todennäköisyys keisarileikkauksiin, avustettuun synnytykseen tai synnytyksenaikaisiin interventioihin kuin kotona tai kätilyyksiköissä tapahtuvissa synnytyksissä.</p>
<p>Carolan, M., Davey, MA., Biro, M. & Kealy M.</p> <p>Older maternal age and intervention in labor: A population- based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria, Australia</p>	<p>2011 Australia BIRTH</p>	<p>Raportoida synnytyksen- aikaisista interventioista ja siihen liittyvistä seikoista 35-44 vuotiaiden ensisynnyttäjien parissa</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Kyselytutkimus</p> <p>Tilastollinen analyysi Stata 8</p>	<p>57426 naista</p>	<p>Korkeampi ikä ennusti sektiota ja instrumentaalista alatiesynnytystä. Ikä vaikutti myös käynnistämiseen ja epiduraalipuudutuksen saamiseen.</p>

jatkuu

Interventioihin liittyvät tutkimukset

8(9)

Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Tutkimus- menetelmä Aineistonkeruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
<p>Begley, C., Devane, D., Clarke, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., Maguire, R., Higgins, S., Finan, A., Gormally, S. & Doyle, M</p> <p>Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low- risk of childbirth complications on the Republic of Ireland: a randomised trial.</p>	<p>2011 Irlanti BMC Pregnancy and Childbirth</p>	<p>Verrata kätilöyksikköä ja konsultoivaa yksikköä keskenään suhteessa interventiolukuihin ja äitien ja vastasyntyneiden vointiin synnytyksen jälkeen.</p>	<p>Kvantitatiivinen Randomisoitu sokkouttamaton tutkimus. Kyselytutkimus Tilastollinen analyysi</p>	<p>1653 synnyttäjää, joista 1101 kätilö- johtoiseen yksikköön ja 552 lääkäri- johtoiseen yksikköön</p>	<p>Kätilöjohtoinen hoito oli yhtä turvallista kuin lääkärijohtoinenkin. Kätilöjohtoiseen yksikköön liittyi vähemmän interventioita synnytyksen hoidon ja itse synnytyksen aikana.</p> <p>Tutkimukseen osallistujien poissulkukriteerit: -Synnytyksen aikana ikä yli 40 vuotta tai alle 16 vuotta -Monisyntyjä (synnytyksiä 5 tai enemmän) -Pituus alle 152 cm -BMI alle 18 tai yli 29 -Perussairautena hengityselin-, munuais-, immuuni-, verisuoni-, suolisto-, endokrinologinen, hematologinen, neurologinen sairaus, infektio tai mielenterveysongelma tai lihas- luustosairaus -Päihdeongelma -Tupakoi yli 20 savuketta päivässä -Lateksiallergia -Aiempi obstetrinen historia -Aiempi gynekologinen historia</p>

jatkuu


Interventioihin liittyvät tutkimukset

9(9)


Tekijät Otsikko	Vuosi Maa Julkaisu	Tavoite/ Tarkoitus	Tutkimus- menetelmä Aineistonkeruu Analyysi	Otos	Keskeiset tulokset
<p>Overgaard, C., Møller A., Fenger-Grøn, M., Knudsen, L. & Sandall, J.</p> <p>Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women</p>	<p>2011 Tanska British Medical Journal</p>	<p>Verrata perinataali ja äitiyskuolleisuutta ja synnytys-interventioita matalan riskin synnyttäjien kerkuudessa kahdessa itsenäisessä kätilöyksikössä ja kahdessa synnytysyksikössä</p>	<p>Kvantitatiivinen Kohortti-tutkimus Kysely Tilastollinen analyysi STATA</p>	<p>839 matalan riskin synnyttäjää kätilöjohtoisessa yksikössä ja kontrolliryhmänä 839 matalan riskin synnyttäjää synnytysyksikössä</p>	<p>Verrattaessa eri yksiköitä keskenään, perinataalikuolleisuus ei noussut, mutta äitiyskuolleisuus ja synnytystoimenpiteet vähenivät selkeästi. Spontaanin synnytyksen todennäköisyys kasvoi. Kätilöjohtoinen yksikkö oli varteenotettava vaihtoehto matalan riskin synnyttäjälle.</p>
<p>Gottvall, K., Waldenström, U., Tingstig, C. & Grunewald, C.</p> <p>In-Hospital birth center with the same medical guidelines as the standard care: A comparative study of obstetric interventions and outcomes</p>	<p>2011 Ruotsi BIRTH</p>	<p>Tutkia modifioidun synnytysyksikön vaikutuksia obstetrisiin toimenpiteisiin synnytyksen aikana sekä äitien ja vastasyntyneiden vointiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen Kyselytutkimus Tilastollinen analyysi</p>	<p>2555 synnyttäjää modifioidussa yksikössä 9382 synnyttäjää obstetrisessa yksikössä.</p>	<p>Modifioidussa synnytysyksikössä oli vähemmän hätäsektioita, uudelleensynnyttäjillä vähemmän imukuppeja, vähemmän epiduraalipuudutuksia, sfinkterruptuuroita ja sikiön ahdinkoa. Eroa ei ollut matalissa apgar-pisteissä.</p>

Liite 5. Tutkimuslomakkeen operationalisointi

Teoreettinen tausta
Normaalisynnytykseen liittyvä tutkimus
WHO:n määritelmä
Normaalisynnytyksen määritelmät



	Käsitteiden määrittely
	WHO:n synnytyksenhoitofilosofia
A	Todistettavasti hyödylliset käytännöt
B	Haitalliset käytännöt
C	Puutteellisen näytön omaavat käytännöt
D	Käytännöt, joita käytetään usein epätarkoituksenmukaisesti



	Osittaminen	
Kategoriat	Kysymysalueet	Kysymykset
A	Sikiön ja synnyttäjän voinnin seuranta	10-12, 24-27
	Ravinnon antaminen	20
	Empaattisen tuen antaminen	8-9, 13.17-18
	Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttäminen	14
	Jaksottainen sydänäänikäyrän seuranta	11
	Kannustaminen liikkumiseen	19
	Rohkaisu muuhun kuin selkääsentoön ponnistusvaiheessa	29-30
B	Rutiininomainen iv-kanyyli	16
	Oksitosiinin kontrolloimaton käyttö	28
	Valsalva –menetelmä ponnistusohjauksessa	31
C	Varhainen kalvojenpuhkaisu rutiininomaisesti	26
D	Ruoan ja juoman rajoittaminen	20-21
	Epiduraalin käyttö	27
	Jatkuva sydänääniseuranta	12
	Oksitosiinin käyttö synnytyksen edistämiseksi	28

Tekstin jäljessä olevat numerot viittaavat kyselylomakkeen kysymyksiin.

Liite 6. Saatekirje

Hyvä naistentautien ja synnytysten vastuualueella työskentelevä kätilö tai lääkäri !

Olen Sanna-Kaisa Kukko, Tays: n synnytyssalissa työskentelevä kätilö ja asiantuntija-hoitaja. Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulu-tutkintoa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa. Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa kätilöiden ja lääkäreiden käsityksiä normaalisyntytyksestä. Saamaani tietoa voimme hyödyntää synnytyksen hoidon ja toimintatapojen kehittämässä.

Kyselylle on olemassa PSHP:n myöntämä lupa.

Vastauksenne ovat luottamuksellisia eikä valmiista työstä voi tunnistaa Teitä vastaajak-si. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kerätty aineisto hävitetään. Osallistumiseen tutkimukseen on vapaaehtoista.

Toivon teidän vastaavan kysymyksiin ja väittämiin alla olevan linkin kautta valitsemalla parhaiten käsitystänne kuvaavan vaihtoehdon ja kirjoittamalla tarvittaessa lisätietoja kyselyn lopussa olevaan tilaan. Vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia.

Kaikissa kyselyyn liittyvissä asioissa voitte ottaa yhteyttä p.69652 tai sanna-kaisa.kukko@pshp.fi.

Liite 7. Kysymyslomake

1 (7)

Nykytilanteen kartoitus normaalisyntymyksessä

Taustakysymykset

1. Ammatti: *

 kättilö

lääkäri

 perinatologian erikoislääkäri (suppea tai lisäkoul naistentautien erikoislääkäri erikoistuva lääkäri

2. Ikäsi *

 alle 25 vuotta 25–35 vuotta yli 35–45 vuotta yli 45–55 vuotta yli 55 vuotta

Kysymykset 3–4 ovat kättilöille

3. Kuinka monta vuotta sinulla on työkokemusta synnyttäjien hoidosta (svo, 4a, synnytyssali tai jokin vastaava yksikkö)

 alle 1 vuotta 1–5 vuotta yli 5–10 vuotta yli 10–15 vuotta yli 15 vuotta

4. Oletko hoitanut synnytyksiä viimeisen 12 kuukauden aikana? *

 kyllä ei

jatkuu

2 (7)

Kysymykset 5-6 ovat lääkäreille

5. Kuinka monta vuotta sinulla on työkokemusta synnytyksenhoitotyöstä?

- alle 1 vuotta
- 1-5 vuotta
- yli 5-10 vuotta
- yli 10-15 vuotta
- yli 15 vuotta

6. Oletko ollut mukana hoitamassa synnytyksiä viimeisen 12 kuukauden aikana?

- kyllä
- ei

NORMAALISYNNYTYKSEN HOITO

seuraavissa kysymyksissä puhuttaessa normaalisyntytyksestä viitataan WHO:n (1996) määritelmään

- Synnyttäjän on oltava terve
- Raskausviikoinaan 37-41+6
- Sikiö on yksisikiöinen ja raivotarjonnassa
- Synnytys käynnistyy spontaanisti
- Etenee normaalisti päättyen alatiesynnytykseen

7. Mikä seuraavista vastaa parhaiten omaa käsitystäsi normaalisyntytyksestä?

- spontaanisti käynnistynyt synnytys, etenee ilman kalvojenpuhkaisua tai oksitosiinia, ei lääkkeellisiä kivunlievityksiä käytössä ja lapsi syntyy alateitse spontaanisti
- spontaanisti käynnistynyt synnytys, käytössä tarvittaessa edistämiseksi kalvojenpuhkaisu tai oksitosiini ja tarvittava kivunlievitys, syntyy alateitse spontaanisti
- mikä tahansa alateitse tapahtunut synnytys ilman imukuppia, pihtejä tai perätilan ulosauttoa (myös käynnistykset)
- mikä tahansa synnytys, jos äiti kokee, että synnytys on ollut normaali

Kysymykset 8-26 on tarkoitettu kaikille vastaajille. Seuraavassa kohdassa esitetään normaalisyntytyksen hoitoon liittyviä väittämiä. Vastaa, kuinka sinä toimit hoitaessasi synnyttäjää

Osassa kysymyksiä ja kyselyn lopussa on avoin kenttä, jonne voit lisätä vapaita kommentteja.

8. Synnyttäjän toiveita kuunnellaan synnytyksen hoidossa

- täysin sama mieltä
- osin samaa mieltä

jatkuu

- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

9. Synnyttäjän toiveita pyritään toteuttamaan synnytyksen hoidossa

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

10. Synnyttäjän saapuessa sairaalaan otetaan aina tulovaiheen ctg

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

11. Kun tulovaiheen ctg on otettu, sikiön sydänääniä voidaan seurata synnytyksen ajan vain sikiöstetoskoopilla

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

12. Kun tulovaiheen ctg on otettu, sikiön sydänääniä seurataan koko synnytyksen ajan jatkuvalla ctg:llä

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

4(7)

13. Synnyttäjälle kerrotaan koko synnytyksen ajan, miten synnytys etenee

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

14. Synnyttäjälle tarjotaan lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

15. Synnyttäjälle tarjotaan lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

16. Synnyttäjälle laitetaan synnytys saliin tullessa aina iv-kanyyli

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

17. Synnyttäjän tukihenkilölle/puolisolle kerrotaan koko synnytyksen kulun ajan, miten synnytys etenee

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

18. Synnyttäjällä on oikeus kättilön läsnäoloon

jatkuu

5(7)

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

19. Synnytyksen ajan synnyttäjää saa liikkua vapaasti tuntemustensa mukaan

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

20. Synnytyksen aikana synnyttäjää saa halutessaan syödä

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

21. Synnytyksen aikana synnyttäjää saa halutessaan juoda

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

22. Synnytyksen etenemistä seurataan ulkotutkimuksen avulla

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

23. Supistuksia seurataan myös kohtua tunnustelemalla

- täysin samaa mieltä

jatkuu

6 (7)

- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

24. Synnytyksen ollessa käynnissä, sisätutkimus tehdään

- tunnin
- kahden tunnin
- kolmen tunnin
- neljän tunnin välein
- muu:

25. Synnytyksen aktiivisessa vaiheessa ensisynnyttäjällä kohdunsuun tulee edetä 1 cm kahden tunnin aikana

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä
- muu:

26. Kalvojenpukaisulla tulee aina olla perusteltu lääketieteellinen syy

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

Kysymykset 27-32 on tarkoitettu vain kätilöille:

27. Pyydän synnyttäjälle epiduraalipuudutuksen useimmiten

(voit valita useamman vaihtoehdon)

- tarjottuani sitä ennen lääkkeettömiä kivunlievitysvaihtoehtoja amme, aquarakkulat, suihku, geelipussit, hieronta ym)
- kun synnyttäjä sitä pyytää riippumatta synnytyksen vaiheesta
- kun kohdunsuu on auki 3 cm tai enemmän

jatkuu

7 (7)

 kun: |**28. Useimmiten aloitan oksitosiinin synnytyksen edistämiseksi**

- koska kohdunsuu aukeaa hitaammin kuin 1 cm/ 2 tuntia
- koska supistuksia tulee alle 3 / 10 minuuttia
- puudutusten jälkeen rutiinisti
- kollegan kehoituksesta
- koska:

29. Kun hoidan synnytystä, ponnistusasetoon vaikuttaa eniten

- synnyttäjän toive ponnistusasetonosta
- asento, jossa lapsi näyttää parhaiten syntyvän
- kätilön ergonomia
- muu, mikä

30. Hoidan ponnistusvaiheen useimmiten

(voit valita useamman vaihtoehdon)

- kylkiasennossa
- puoli-istuvassa "soutajan asennossa"
- puoli-istuvassa "sukansuista kiinni"- asennossa
- poikki-pöydässä
- jakkaralla
- jotenkin muuten, miten

31. Ohjaan synnyttäjää ponnistamaan


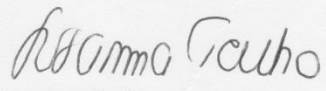
- Valsalva -menetelmällä (keuhkot täyteen ilmaa, pidä ilma keuhkoissa ja työnä niin pitkään, kun ilmaa riittää, ota uusi ilma ja jatka niin pitkään, kun supistusta riittää)
- Synnyttäjän omien tunteiden mukaan
- jotenkin toisin, miten

32. Lapsen syntymävaiheessa huolehdin välilihan aktiivisesta suojelemisesta esimerkiksi tukemalla

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

33. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Liite 8. Tutkimuslupa

 Elämän tähden	PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
Tampereen yliopistollinen sairaala	11.6.2012
99 § OPINNÄYTETYÖLUPA	Opinnäytetyön suunnitelma Hakemus
Jesaja	Tampereen YAMK:n kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opiskelija Sanna-Kaisa Kukko hakee opinnäytetyönsä suorittamiseksi lupaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, TA4 ja Vammalan aluesairaalaista.
Tiedoksi	Opinnäytetyön työnimi on "Nykytilan kartoitus normaalisynnytyksen hoitamisesta."
Tiedoksi	Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kätilöiden ja lääkäreiden käsityksiä normaalisynnytyksestä ja sen hoitamisesta.
Tiedoksi	Opinnäytetyön aineiston keruu toteutetaan sähköisenä webropol-kyselynä naistentautien ja synnytyksen vastuualueella työskenteleville kätilöille (n= 147) ja lääkäreille (n=37).
Tiedoksi	Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja työelämälähtöinen. Opinnäytetyön toteutumisesta sekä hoitohenkilöstön osallistumisesta kyselyyn on sovittu työelämätahon kanssa. Lääkäreiden osallistumisesta kyselyyn on sovittu puhelimitse 11.6.2012 vastuualuejohtaja Kari Niemisen kanssa.
Tiedoksi	Opinnäytetyöluvan saatuaan opiskelija on yhteydessä työelämätahoon aineistonkeruun käytännön toteutumiseksi.
Päätös	Päätän myöntää luvan opinnäytetyölle seuraavilla edellytyksillä: - kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista - vastaaja ei voi tunnistaa tuloksia raportoitaessa - opinnäytetyössä yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. - opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyötahoilla työn valmistuttua ja siitä pidetään osastokokous. - opinnäytetyön julkistamisluvan antaa vastuualueen ylihoitaja työn valmistumisvaiheessa
	Susanna Teuho Opetuslihoitaja Tiedekeskus
Päätösvallan perusteet ja sovelletut oikeus-	Hallintoylihoitajan päätöspöytäkirja 1§/2010
Arkistotunnus: 430	
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi	