

Linda Johansson
Sanni Laiho

Synnyttäjien kokemuksia saamastaan tuesta koti- ja
sairaalasynnytyksissä
Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

19.11.2014

Tekijät Otsikko	Linda Johansson, Sanni Laiho Synnyttäjien kokemuksia saamastaan tuesta koti- ja sairaalasyntytyksissä
Sivumäärä Aika	37 sivua + 5 liitettä 19.11.2014
Tutkinto	Kätilö AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	TtT, Lehtori Pirjo Koski
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla ja vertailla synnyttäjien kokemuksia koti- ja sairaalasyntytyksissä, tuen saannin näkökulmasta. Tavoitteena oli tuoda Hyvä syntymä –hankkeen jatkuvan tuen toimintamalliin hoitoympäristön näkökulma sekä lisätä tietoutta eroista koti- ja sairaalasyntytyksissä saadusta tuesta. Hyvä syntymä -hankkeen tavoitteena on kehittää synnytyksenaikainen jatkuvan tuen toimintamalli. Tutkimuskysymyksiksi määriteltiin 1) Miten synnyttäjä on kokenut saavansa tukea sairaalasyntytyksen aikana? 2) Miten synnyttäjä on kokenut saavansa tukea kotisyntytyksen aikana? 3) Onko kokemuksissa eroja sairaalasyntytysten ja kotisyntytysten välillä? Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena.</p> <p>Aineistoa haettiin tietokannoista Cinahl, Cochrane ja Medic. Rajauksilla varmistettiin, että artikkelit olivat kokonaisuudessaan luettavissa sähköisesti. Hauissa käytettiin muun muassa sanoja tuki, sairaala, koti, hoitoympäristö, synnytys, birth, childbirth, labour, hospital, home, experience, support, importance ja midwife sekä näiden sanojen yhdistelmiä. Aineistoksi valittiin kaksi suomalaista ja kahdeksan ulkomaalaista tutkimusartikkelia. Aineiston analyysiin käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Analyysia ohjasi teoreettinen viitekehys.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella 1) sairaalasyntytyksissä onnistunut lääkkeellinen kivunlievitys vaikutti oleellisesti koettuun tukeen ja saatu tiedollinen tuki mahdollisti synnyttäjän aktiivisemmän osallistumisen hoitoa koskevaan päätöksentekoon, 2) kotisyntytyksissä synnytyksen luonnollisen etenemisen tukemista pidettiin merkityksellisenä ja kokonaisvaltaista, koko perheen huomioivaa hoitoa arvostettiin. Erojen osalta todettiin, että 3) saatu tuki koti- ja sairaalasyntytyksissä eroaa toisistaan, mutta myös koti- ja sairaalasyntyttäjien tuen tarpeet ovat erilaisia. Emotionaalisen tuen saanti oli molemmissa synnytyksympäristöissä merkityksellisintä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksilla pyritään lisäämään terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta asiakkaan tuen tarpeista erilaisissa hoitoympäristöissä. Tulosten perusteella tarvitaan lisää tietoa synnytyksympäristön ja kulttuurin vaikutuksesta synnytyksenaikaiseen tukeen. Myös muissa synnytyksympäristöissä, kuten ambulansseissa, saadusta tuesta tarvittaisiin lisää tutkittua tietoa.</p>	
Avainsanat	tuki, hoitoympäristö, synnytys

Authors Title	Linda Johansson and Sanni Laiho Parturients' experiences of support during home and hospital childbirths
Number of Pages Date	37 pages + 5 appendices 19 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor	Pirjo Koski, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe and compare experiences of parturients in home and hospital childbirths. We approached this theme in perspective of support during labour. Our aim was to introduce the angle of care environment in a Finnish program of continuous support. In addition, we wanted to add knowledge of differences between support in home and hospital childbirths. The study questions were defined as 1) How have the parturients experienced support during childbirth in hospital? 2) How have the parturients experienced support during childbirth at home? 3) Are there differences between experiences in hospital and home childbirths? This thesis was implemented as an integrative review of literature.</p> <p>We searched for material from databases Cinahl, Cochrane and Medic. We chose articles that were legible in its entirety in Internet. Headwords used in the search were birth, childbirth, labour, hospital, home, experience, support, importance and midwife. In addition, we used combinations of these words. We chose two Finnish and eight foreign studies. To analyze the articles, we used deductive content analysis. Conceptual framework directed our analysis.</p> <p>Based on results of this thesis 1) successful medical pain relief had a relevant influence on experienced support in hospital childbirths and experienced informational support allowed the parturients to participate more actively on decision making concerning their care, 2) in home childbirths supporting the natural progress of birth was considered important and holistic care of the whole family was appreciated. In terms of differences we found out that 3) the experienced support between home and hospital childbirths was different. However, the needs of support vary in these environments. Experienced emotional support was the most significant form of support in both home and hospital childbirths.</p> <p>With the results of this thesis our aim is to add knowledge of needs of support in different care environments. Based on the results, more information about care environment's and culture's influence on support is needed. Additionally, it is necessary to research experienced support in other care environments such as ambulances.</p>	
Keywords	support, care environment, labour

Sisällys

1. Johdanto	1
2. Tarkoitus ja tavoite	3
3. Teoreettinen viitekehys	3
3.1 Synnytyksen hoito	4
3.2 Hoitoympäristö	5
3.3 Synnytyksenaikainen tuki	8
3.4 Synnytyskokemus	9
4. Tutkimusaineiston kokoaminen ja käsittely	10
4.1 Tiedonhaku	10
4.2 Integroiva kirjallisuuskatsaus	11
4.3 Sisällönanalyysi	12
5. Tulokset	14
5.1 Tuensaannin kokemuksia sairaalasyntytyksissä	14
5.1.1 Synnytyksen hoito sairaalassa	14
5.1.2 Sairaala hoitoympäristönä	15
5.1.3 Synnytyksenaikainen tuki sairaalassa	16
5.1.4 Synnytyskokemus sairaalassa	18
5.2 Tuensaannin kokemuksia kotisyntytyksissä	19
5.2.1 Synnytyksen hoito kotona	19
5.2.2 Koti hoitoympäristönä	20
5.2.3 Synnytyksenaikainen tuki kotona	21
5.2.4 Synnytyskokemus kotona	22
5.3 Tuensaannin kokemusten eroja koti- ja sairaalasyntytyksissä	23
6. Pohdinta	25
6.1 Tulosten pohdinta	25
6.2 Opinnäytetyön merkitys ja johtopäätökset	30
6.3 Menetelmän pohdinta	31
6.4 Luotettavuus ja eettisyys	31
6.5 Jatkotutkimusaiheet	32
Lähteet	34

Liitteet

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Tutkimusaineiston analyysikehys

Liite 3. Sairaalasynnytyksiä käsittelevän aineiston jako kategorioihin

Liite 4. Kotisynnytyksiä käsittelevän aineiston jako kategorioihin

Liite 5. Koti- ja sairaalasynnytysten eroja käsittelevän aineiston jako kategorioihin

1. Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla ja vertailla synnyttäjien kokemuksia tuen saannista koti- ja sairaalaympäristöissä. Tavoitteena on koota tutkimustietoa koti- ja sairaalasyntytyksissä saadun tuen eroista. Aiheen pohtiminen alkoi otsikolla ”synnytyksen hoito erilaisissa hoitoympäristöissä”, joka valikoitui meille viidestä Hyvä syntymä -hankkeen toimesta esitetystä aiheesta. Valitsimme opinnäytetyöhön hoitoympäristöön liittyvän aiheen, koska synnytysten keskittämisten ja pienten synnytyssairaaloiden lakkauttamisen myötä keskustelu synnytysympäristön vaikuttavuudesta synnytyskokemukseen on ollut ajankohtaista. Rajasimme opinnäytetyöhömme hoitoympäristöiksi kodin ja sairaalat. Mietimme alkuun myös erikoisempia hoitoympäristöjä, kuten synnytystä ambulanssissa tai henkilöautossa, mutta päädyimme kuitenkin materiaalinsaannin vuoksi rajaamaan hoitoympäristömme kotiin ja sairaalaan.

Työn lopputuloksesta toivomme olevan hyötyä potilastyön edistämisessä. Kätilötyön kehittämiseksi haluamme tuoda esille, mitä myönteisiä vaikutuksia jatkuvan tuen saamisella erilaisissa ympäristöissä on synnytyksen kulkuun ja synnytyskokemukseen. Tuloksia voi hyödyntää myös yksittäisen synnyttäjän tuen tarpeen tunnistamisessa, ja sitä kautta käyttää apuvälineenä synnytysympäristöä kartoitettaessa.

Newburnin ja Singhin tekemän kyselytutkimuksen mukaan jopa 94 % tutkimukseen vastanneista koki psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön vaikuttaneen synnytyskokemukseen. Puolet vastanneista nosti esiin myös fyysisen hoitoympäristön merkityksen synnytyksessä. (Newburn – Singh 2003: 3.) Kotisyntytykset ovat olleet 2000-luvulla paljon esillä, joten haluamme tuoda tämän näkökulman opinnäytetyöhömme perinteisen sairaalaympäristön rinnalle. Kotisyntytykset jakavat rajusti ammattilaistenkin mielipiteitä, mutta Suomessa vastuu päätöksestä on pääosin äidin. Alankomaissa vuonna 2009 tehdyssä suurtutkimuksessa todettiin, että vähäisen riskin synnytyksissä on kotisyntytyksyhtä turvallinen kuin sairaalasyntytyksy, kunhan ammattitaitoisia kätilöitä ja kuljetusjärjestelmä ovat saatavilla (de Jonge ym. 2009: 1177). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos Suomessa suosittaa kuitenkin kaikille synnyttäjille ensisijaiseksi synnytyspaikaksi sairaalaa (THL 2013: 257).

Synnytysten siirtyminen kotoa sairaalaympäristöön on tapahtunut varsin nopeasti. Esimerkiksi vielä vuonna 1945 suurin osa synnytyksistä Iso-Britanniassa tapahtui kotona.

Vuoteen 1970 mennessä lähes 90 % synnytyksistä hoidettiin sairaalassa tai muissa synnytyksiä hoitavissa yksiköissä. (National collaborating centre for women's and children's health 2007: 48.) 1800-luvun lopussa vain 3,6 % suomalaisnaisista synnytti laitoksissa ja jopa noin 96 % kotona. Kotona synnyttävistä kuitenkin vain 20 % oli apunaan kättilö. Viisikymmentä vuotta myöhemmin synnytysten määrä oli jakautunut suhteellisen tasaisesti puoliksi koti- ja sairaalasyntytysten kesken. Hieman yli sadassa vuodessa synnytykset ovat siis siirtyneet kotoa sairaaloihin. (Forsius 2003.)

Synnytyksenaikaisella jatkuvalla tuella on todettu olevan useita positiivisia vaikutuksia. Se voi vaikuttaa positiivisesti esimerkiksi synnytyskokemukseen (Sauls 2004: 123) ja vähentää interventioita, kuten keisarileikkauksia (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2012: 2). Tuella on erilaisia muotoja, joista jokaisella on oma merkityksensä. Synnyttäjät kokevat tukihenkilöt tärkeinä, mutta ne eivät korvaa koulutettuja kättilöitä. Kättilöltä synnyttäjät tarvitsevat muun muassa empatiaa, läsnäoloa ja apua. (Paananen – Pietiläinen – Raussi-Lehto – Väyrynen – Äimälä 2012: 236.)

Opinnäytetyömme on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Hyvä syntymä -hanketta, jonka tavoitteena on kehittää synnytyksenaikainen jatkuvan tuen toimintamalli sekä selvittää sen merkitystä synnytyksen kulkuun, vastasyntyneen terveyteen sekä ensikontaktiin. Pyrkimyksenä on synnytyksen aikaisen tuen kehittäminen muun muassa toteuttamalla interventioita koesairaaloissa. Hankkeen yhteistyökumppaneina toimivat koesairaalat, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen kättilöliitto sekä Sosiaali- ja terveysministeriö. (Koski 2012.)

Haimme tekemään opinnäytetyötä Hyvä syntymä –hankkeeseen, koska osallistujiksi haettiin nimenomaan kättilöopiskelijoita. Näin meillä on mahdollisuus edistää hoidon vaikuttavuutta kättilötyössä tutkittuun tietoon perustuen ja voimme itse olla vaikuttamassa ammattikuntamme osaamisen kehitykseen. Kun perehdyimme opinnäytetyön tekemiseen, vahvistimme omaa ammatillista kehitystämme tutkimustyön osaamisen saralla.

Opinnäytetyö julkaistaan kirjallisena Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastossa ja sähköisesti ammattikorkeakoulujen verkkokirjasto Theseuksessa. Kirjallisena se toimitetaan myös Hyvä syntymä –hankkeelle. Hankkeen toimijoille toimitetaan lisäksi opinnäytetyöstä tehty posterit.

2. Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla ja vertailla synnyttäjien kokemuksia koti- ja sairaalasyntytyksissä, tuen saannin näkökulmasta. Tavoitteena on koota tutkimustietoa koti- ja sairaalasyntytyksissä saadun tuen eroista. Tietoa voidaan hyödyntää, kun pohditaan, miten hoitoympäristöä voitaisiin muokata mahdollisimman optimaaliseksi positivistisista synnytyskokemuksesta ajatellen. Lisäksi jokainen ammattiaan harjoittava kättilö voi saada ajatuksen aiheesta siitä, miten voi itse toimillaan vaikuttaa synnyttäjän synnytyskokemuksen muodostumiseen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat kysymykset:

- 1) Miten synnyttäjä on kokenut saavansa tukea sairaalasyntytyksen aikana?
- 2) Miten synnyttäjä on kokenut saavansa tukea kotisyntytyksen aikana?
- 3) Onko kokemuksissa eroja sairaalasyntysten ja kotisyntysten välillä?

3. Teoreettinen viitekehys

Käyttäessämme deduktiivista sisällönanalyysia aineiston analyysimenetelmänä on tärkeää, että tutkimuskysymyksiin liittyvät käsitteet on määritelty huolellisesti. Käsitteet määritellään aiempaa tutkimustietoa käyttäen, sillä aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen (Tuomi - Sarajärvi 2013: 113).

Kaikki käsitteemme ja koko opinnäytetyömme perustuu kättilötyöhön. Se voidaan määritellä esimerkiksi naisten ja perheiden hoitotyöksi, joka liittyy tavallisimmin uuden elämän syntymiseen, mutta myös raskauden ehkäisyyn sekä naistentautien hoitotyöhön (Leino-Kilpi - Välimäki 2003: 172).

Tutkimuskysymysten avulla on määritelty opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja niihin liittyvää aiempaa tietoa ja suosituksia. Näiden käsitteiden avulla tulososiossa vertaillaan teorian toteutumista niissä tutkimuksissa, jotka on valittu opinnäytetyön lähdeaineistoksi.

3.1 Synnytyksen hoito

Sikiön ulosauttoa voidaan kutsua synnytykseksi, kun raskauden kesto syntymähetkellä on vähintään 22 viikkoa tai jos sikiön paino on vähintään 500 grammaa. Täysiaikainen synnytys tapahtuu viikkojen 37 ja 42 välillä. Synnytyksen vaiheet jaetaan kolmeen osaan, jotka ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisten poistuminen. (Tiitinen 2013.)

Syntymän hoito sisältää ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä sekä synnyttäjässä ja sikiössä tapahtuvia poikkeavuuksien havaitsemista. Siihen kuuluu myös tarvittaessa lääkärin avun hankkiminen ja hätätoimenpiteiden suorittaminen, jos lääkärin apu ei ole saatavilla. Lähtökohtana on hoitaa synnyttäjää kunnioittavasti ja yksilöllisesti niin, että koko perhe tulee huomioiduksi. Säännöllisesti etenevän synnytyksen puuttumiseen esimerkiksi kalvojen puhkaisulla tulisi olla aina perusteltu syy. (Paananen – Pietiläinen – Raussi-Lehto – Väyrynen – Äimälä 2012: 206-207.)

Hoidon tarkoituksena on yleisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Hoitoon liittyvää turvallisuuden tunnetta vahvistetaan erilaisilla tutkimuksilla ja toimenpiteillä, joiden tarkoituksena on lievittää ja poistaa terveydentilaan liittyviä ongelmia. (Kansallinen DRG-keskus 2014.) Synnytykseen liittyvän hoidon voidaan katsoa olevan sekä luonnollista että ammatillista. Sitä ohjaa hoitotyön asiantuntijuus, vaikka tilanne, jossa hoitoa annetaan, on hoitotyön kannalta inhimillinen tapahtuma. Ihmisillä on luonnollinen tarve välittää itsensä lisäksi myös muista, jolloin sitä voidaan pitää myös ammatillisen hoidon perustana. Ammatillinen hoito sisältää tietoa, taitoa, pätevyyttä, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Näitä ominaisuuksia käyttäen pyritään huomioimaan synnyttäjän tarpeet ja täyttämään ne, sekä valitsemaan oikeat auttamismenetelmät. Ammatillisuutta ja hoivamista pidetään hoitamisen peruslähtökohtina, joita hoitotyön ammattilaiset toimillaan toteuttavat. (Haho 2006: 22-25.)

Kättilö on synnytyksen hoidon ammattilainen, jonka osaamisen tulee olla näyttöön perustuvaa kaikissa synnytyksen hoidon vaiheissa. Kliinisen, teoreettisen ja teknologisen osaamisen tulee olla vahvaa kaikilla kättilötyön alueilla. Uusina osaamisvaatimuksina työssä on otettava huomioon esimerkiksi muuttuvat perherakenteet, vaihtoehtoiset kivunlievitysmenetelmät sekä pelkojen ja masennuksen tunnistaminen. (Paananen ym. 2012: 29-30.) Vuonna 2012 Suomessa lähes 20 % ensisynnyttäjistä oli yli 40-vuotiaita (Sainio – Klemetti – Hemminki – Gissler 2010: 3129). Tämä tuo uusia haasteita kättilön työhön.

Näiden teoriatietojen perusteella jaoimme synnytyksen hoidon fyysiseen, yksilölliseen ja tiedolliseen hoitoon (Liite 3; Liite 4).

3.2 Hoitoympäristö

Ympäristö on tärkeä osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Fyysinen ympäristö kattaa ihmistä ympäröivän elinalueen, esimerkiksi kaupungissa asuvan fyysinen ympäristö on kaupunki. Sairaala on naiselle fyysinen ympäristö. Yhdistyneen kuningaskunnan alueella asuville naisille oli tärkeää, että saniteetitilat olivat helposti käytettävissä ja tila jossa synnytys tapahtui, oli siisti. Tässä tilassa tuli saada liikkua vapaasti synnytyksen ollessa käynnissä. Useimmiten sitä kuitenkin sairaalaympäristössä oli rajoitettu verrattuna kotiympäristöön. (Newburn – Singh 2003.)

Psyykinen ja sosiaalinen ympäristö taas sisältää ihmisten väliset suhteet, vuorovaikutuksen, kielen ja kulttuurin. Symbolisessa ympäristössä vaikuttavat kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät, tässä asiayhteydessä länsimaiset käsitykset terveydestä ja sairaudesta. Kätilö voi toimillaan vaikuttaa näihin kaikkiin alueisiin ja edistää synnyttäjän sopeutumista hoitoympäristöön. (Anttila – Kaila-Mattila – Kan – Puska – Vihunen 2010: 36-37.)

Hoitoympäristöt voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen, joita ovat luonnolliset ja rakennetut ympäristöt. Luonnollisen ympäristön katsotaan koostuvan luonnosta, johon kuuluvat kasvit ja vesistöt. Rakennettu ympäristö on aina ihmisen työn tulosta tai muokkaa-
maa. Nykyisin pyrkimyksenä on tavoitella kodinomaista hoitoympäristöä, sillä se edistää ihmisen hyvinvointia. Koska sairaalaympäristössä synnyttäminen vaatii synnyttäjältä sopeutumista ympäristöön, on synnytyssaleja pyritty sisustamaan, maalaamaan ja kalustamaan kodinomaisesti. Sairaalassa myös ääniympäristö on haastava, sillä erilaisten laitteiden äänet voivat aiheuttaa turvattomuuden tunnetta. (Anttila – Kaila-Mattila – Kan – Puska – Vihunen 2010: 36-37.)

Iso-Britanniassa annettujen suositusten mukaan nainen ja hänen puolisonsa saavat olosuhteista riippuen valita missä synnytys tapahtuu. Synnytyspaikkaa valittaessa määräytyy myös hoidon muoto, sillä esimerkiksi kotisyntyksissä mahdollisuutta kaikkiin kivunlievitysmenetelmiin ei ole. Mikäli koti valikoituu synnytyspaikaksi, on sinne saatavilla ammattitaitoinen kätilö lähimmästä synnytyksiä hoitavasta yksiköstä. Jos nainen ei synnytä

kotona, voi hän valita synnytyspaikaksi sairaalan tai kättilöiden ylläpitämän synnytysyksikön. Synnytysyksiköissä kannustetaan synnyttämään luonnollisesti ilman turhia interventioita. Kaikille valinta ei ole mahdollinen, sillä joidenkin raskauden seuranta ja synnytys vaatii moniammatillisen työryhmän hoitoa. (Department of health 2007: 12-13.) Kaikilla synnyttäjillä ei siis ole mahdollisuutta valita haluamansa hoitoympäristö, jolla he voisivat vaikuttaa kokemuksiinsa tuen saannista.

Tässä opinnäytetyössä on keskitytty erityisesti koti- ja sairaalaympäristöön, ja pyrkimyksenä on määrittää, miten synnyttäjät kokevat niiden väliset erot. Sairaalasynnytyksellä tarkoitetaan synnytystä sairaalassa, jota suositellaan Suomessa ensisijaiseksi synnytyspaikaksi. 99 % synnytyksistä maassamme tapahtuu sairaalassa. Synnytysairaaloita on viimeisten vuosikymmenien aikana suljettu, ja niitä tullaan todennäköisesti sulkemaan vielä lisää. Pidentyvät matkat synnytysairaaloiden ja kotien välillä saattavat lisätä matkasynnytyksiä. (THL 2013: 242.) Erityisen pitkiä välimatkat ovat Pohjois-Suomessa. 1990-luvulla pohjoissuomalaisella synnyttäjällä oli 2,5-kertainen riski suunnittelemaan sairaalan ulkopuoliseen synnytykseen eteläsuomalaiseen synnyttäjään verrattuna (Viisainen 2000: 11).

Kotisyntytykselle ei löytynyt selkeää tieteellistä määritelmää. Se voitaisiin kuitenkin nähdä yleisnimityksenä kaikille muualla kuin sairaalassa tapahtuville synnytyksille. Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme ainoastaan suunniteltuja kotisyntytyksiä, joissa on ollut kättilö tai lääkäri avustamassa. Suunniteltu kotisyntytyys tarkoittaa synnytystä suunnitellusti kotona tai jossakin muussa synnyttäjän valitsemassa paikassa, muualla kuin sairaalassa. Se sisältää synnytyksen suunnittelun ja käytännön järjestelyt, jotka tulee aloittaa hyvissä ajoin ennen synnytystä. (THL 2013: 256.)

Interventiot, eli synnytyksen kulkuun puuttuvat toimenpiteet ovat yleistyneet (Janssen – Gibson – Charlson Bowles – Leach 2013: 83). Vuonna 2013 Suomessa keisarileikkausten osuus synnytyksistä oli 16,3 % ja imukuppisynnytysten 8,7 %. Esimerkiksi vuonna 2003 imukuppisynnytysten osuus oli 6,4 %. Episiotomiat poikkeavat muista interventiosta, sillä niiden määrä on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana. (THL 2014: 6-8.) Asianmukaisissa tilanteissa interventiot voivat olla hengen pelastavia toimia, mutta rutiininomainen käyttö ilman päteviä syitä voi muuttaa synnytyksen normaalista fysiologisesta tapahtumasta lääketieteelliseksi tai jopa kirurgiseksi toimenpiteeksi (Janssen ym. 2013: 83). Tämä saattaa olla yksi syy siihen, miksi halutaan synnyttää kotona. Synnytystapaa arvioidaan etukäteen, mutta kaikkea ei pystytä suunnittelemaan valmiiksi

(THL 2012: 35). Joskus interventioita tarvitaan, ja kotisynnytyksiin verrattuna sairaalasyntymyksissä on apu nopeammin saatavilla, jos jokin yllättävä tilanne syntyy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos suosittaa kaikille synnyttäjille ensisijaiseksi synnytyspaikaksi sairaalaa. Jos synnyttäjä on kuitenkin vakaasti päättänyt kotisynnytykseen, annetaan hänelle asiallista tietoa kotisynnytykseen liittyvistä riskeistä, juridisista kysymyksistä sekä synnyttäjään ja raskauteen liittyvistä kriteereistä, sillä vastuu on pääasiassa perheellä. Suunniteltuun kotisynnytykseen perheen tulisi järjestää avuksi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä (joko kaksi kätilöä tai kätilö - lääkäri –työparin). (THL 2013: 257.) Synnyttäjä vastaa itse synnytyksen kustannuksista (THL 2012: 36). Vuonna 2013 Suomessa syntyi suunnitellusti kotona 23 lasta (THL 2014: 2). Määrä on vähäinen verrattuna esimerkiksi Alankomaihin, joka tunnetaan suuresta kotisynnytysten määrästä. Siellä noin 30 % raskaana olevista synnyttää kotona. (Christiaens - Bracke 2007.)

Maija-Riitta Jouhkin Pro gradu –tutkielmassa kuvataan Suomessa kotona synnyttäneiden naisten synnytyspaikkaan liittyvää päätöksentekoa sekä sitä edistäneitä ja estäneitä tekijöitä. Päätökseen synnyttää kotona olivat vaikuttaneet muun muassa aikaisempi kielteinen sairaalasyntymiskokemus, käsitys synnytyksestä luonnollisena tapahtumana, itsemääräämisoikeus sekä halu valita hoitava henkilökunta. Päätöstä edistäviä tekijöitä olivat esimerkiksi läheisten tuki, suhde syntymään, kuolemaan ja sairauteen sekä hyvin sujunut raskaus. Estäviä tekijöitä taas olivat muun muassa terveydenhuollon kielteiset asenteet, kustannukset sekä lapsen menettämiseen liittyvä pelko – osalle naisista ei kuitenkaan mitään estäviä tekijöitä ollut. (Jouhki 2008: 19, 24-41.)

Jouhkin tutkielmassa kuvaillaan lisäksi kotisynnytykokemusta ja äitiyshuollon kehittämistarpeita naisten näkemysten mukaan. Kokemusta naiset kuvailivat positiivisin adjektiivein. Esille nousivat koko perheen osallistuminen, luottamus omaan kehoon, itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja lääkkeellisen kivunlievityksen tarpeettomuus. Äitiyshuollon kehittämiseksi toivottiin muutosta suhtautumisessa kotisynnytyksiin ja uudistusta synnytysvalmennukseen. (Jouhki 2008: 24-41.)

Jouhkin tutkielmaan osallistuneiden naisten merkittävimpiin tiedonlähteisiin kuului Aktiivinen Synnytys ry (Jouhki 2008: 28). Aktiivinen Synnytys ry:n tavoitteena on kehittää synnytyskulttuuria sellaiseksi, että se tukisi enemmän naisen valinnanvapautta ja itsemääräämisoikeutta kaikissa raskauden ja synnytyksen vaiheissa. Se pyrkii edistämään

myös synnytyksen luonnonmukaisempien hoitomuotojen saatavuutta. (Aktiivinen Synnytys ry 2014.)

3.3 Synnytyksenaikainen tuki

Synnytyksenaikaisella tuella on tärkeä osa synnytyskokemuksen muodostumisessa. Se voi vaikuttaa kokemukseen joko positiivisesti tai negatiivisesti. (Sauls 2004: 123.) Synnytyksen hoidosta vastaavilla henkilöillä on mahdollisuus vaikuttaa tuen antamisella muun muassa synnyttäjän mukavuuden tunteeseen ja synnytyksen etenemiseen (Adams – Bianchi 2008: 106). Jatkuvaa synnytyksenaikaista tukea saaneet naiset synnyttävät todennäköisemmin ”spontaanisti”, eli ilman keisarileikkausta, imukuppia tai pih-tejä. Lisäksi synnyttäjät käyttävät epätodennäköisemmin lääkkeellisiä kivunlievitysmen-temelmiä, ovat todennäköisemmin tyytyväisiä ja synnytyksen kesto on hieman lyhempi. Hei-dän vauvansa saavat epätodennäköisemmin matalia Apgar-pisteitä viiden minuutin iässä. (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2012: 2.) Voidaan siis todeta, että synny-tyksen aikana saadulla tuella on useita positiivisia seurauksia.

Synnytyksenaikainen tuki on jaettu usein neljään kategoriaan, jotka ovat emotionaalinen, fyysinen ja tiedollinen tuki sekä naisen puolestapuhujana toimiminen eli advokeesi (Adams – Bianchi 2008: 106; Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2012: 3; Sauls 2004: 125). Emotionaaliseen tukeen kuuluu muun muassa läsnäolo, rohkaisu ja kehuminen (Adams – Bianchi 2008: 109). Se voidaan nähdä myös kykynä asettua synnyttäjän ase-maan (Sauls 2004: 125). Fyysinen tuki sisältää esimerkiksi huoneen lämpötilan, äänien ja valojen säätämisen, hieromisen sekä synnyttäjän hygieniasta ja ravitsemuksesta huo-lehtimisen (Adams – Bianchi 2008: 107).

Tiedollisen tuen kategoriaan voidaan katsoa kuuluvan esimerkiksi hengitys-, rentoutus- ja ponnistustekniikoiden ohjaamisen. Siihen kuuluu myös kumppanin huomiointi tie-donannon suhteen, esimerkiksi toimintatavoista tai synnytyksen etenemisestä. (Adams – Bianchi 2008: 110.) Advokeesilla taas tarkoitetaan sitä, että synnyttäjän toiveet ilmais-taan muille (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2012: 3) ja varmistetaan, että nainen saa osallistua hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Sauls 2004: 125).

Erityisen tärkeää synnytyksenaikainen tuki on naisille, joilla on taustalla jokin aiempi trauma tai joiden synnytys vaatii paljon interventioita. Näillä naisilla ammattilaisilta saatu tuki saattaa estää posttraumaattisen stressin (PTS) oireiden kehittymisen ja päinvastoin

– tuen puute saattaa myötävaikuttaa oireiden syntymiseen. (Ford – Ayers 2011: 1564-1565.)

3.4 Synnytyskokemus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia synnyttäjän kokemuksia saamastaan tuesta koti- ja sairaalasyntytyksissä. Kokemus on jokaiselle yksilölle erilainen ja ainutlaatuinen. Tässä yhteydessä kokemuksen voidaan katsoa olevan koettu tunne tai elämys. Synnyttäjältä voidaan kysyä, miten hän kuvailisi saamaansa tukea synnytyksen aikana. Todennäköisesti vastaus sisältäisi tunteita kuvaavia sanoja. (Alarmo – Huvila 2000: 7-8.) Voimme todeta, että kokemusta ei ole ilman aisteja ja tunteita.

Pääosin kokemuksen käsite voidaan jakaa kahteen luokkaan, joita ovat sisäinen ja ulkoinen kokemus. Sisäisellä kokemuksella tarkoitetaan synnyttäjän omaa, henkilökohtaista tapahtumaa, jota kukaan ei voi ymmärtää samalla tavalla kuin synnyttäjä itse. Kaksi samanaikaista synnyttäjää ei voi kokea asiaa samalla tavalla, sillä molemmilla on oma ajatusmaailmansa ja taustansa, josta kokemuksen tunne muodostuu. Ulkoinen kokemus taas on synnyttäjänä toimiminen, jonka jokainen synnyttänyt nainen on kokenut. Näin kokemus määräytyy koetusta objektista käsin. Ulkoinen kokemus on riippuvainen sisäisestä kokemuksesta, joten voidaan todeta, ettei sitä ole olemassa ilman sisäistä kokemusta. (Alarmo – Huvila 2000: 7-8.)

Synnytyksen IV vaihe, eli tarkkailuvaihe, antaa mahdollisuuden ensimmäisten synnytykseen liittyvien kokonaisvaltaisten kokemusten purkamiseen (Paananen ym. 2012: 267). Kielteiseen synnytyskokemukseen vaikuttavat synnytyksessä odottamattomat ongelmat, riittämätön tai väärin ajoitettu kivunlievitys, tuntemus siitä ettei synnyttäjää kunnioiteta tai että synnyttäjällä on elämänhallinnan ja itseluottamuksen puutetta. Hyvää synnytyskokemusta taas edistävät hoitohenkilökunnan huomioiva ja taitava toiminta, synnyttäjälle annettu mahdollisuus osallistua synnytystään koskevaan päätöksentekoon sekä riittävä kivunlievitys ja tiedonsaanti. Synnytyskeskustelu on synnytyksen jälkeistä keskustelua ja synnytystapahtumien läpikäymistä. Tarkoituksena on antaa synnyttäjän kertoa, mitä hän on synnytyksessään kokenut ja mitä siinä on hänen mielestään tapahtunut. (Turtiainen 2014: 9-10.) Synnyttäjät kokevat tapaamisen erittäin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi, sillä muutama päivä synnytyksen jälkeen tunnekuuhu on jo takana ja asiat ovat jäsenty-

neet mielessä. Synnytyksen hoitanut kätilö tuntuu turvalliselta, ja synnyttäjää uskaltaa puhua luottamuksellisistakin asioista. Synnytyskeskustelu on oikeastaan ainoa tapa kuulla synnyttäneen äidin kokemuksista. (Paananen ym. 2012: 268.)

4. Tutkimusaineiston kokoaminen ja käsittely

4.1 Tiedonhaku

Tiedonhaussa käytetyt hakusanat muodostettiin olemassa olevien tutkimuskysymysten pohjalta. Hakutuloksista valitsimme sellaisia tutkimuksia, jotka olivat saatavilla joko Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastosta tai lähikirjastoista. Etsimme myös sellaisia tutkimuksia, jotka olivat Internetissä luettavissa kokonaisuudessaan. Aineistoa valitessamme luimme ensin tutkimuksen otsikon ja sen jälkeen tiivistelmän. Jos nämä vastasivat tutkimuskysymyksiimme, luimme koko tutkimuksen ja päätimme sitten sen valitsemisesta aineistoon tai poisjättämisestä.

Tiedonhaun aloitimme suomalaisesta tietokannasta Medicistä. Hakusanoina käytimme sanoja tuki, sairaala, koti, hoitoympäristö ja synnytys. Hakua suorittaessamme huomasimme, ettei hoitoympäristön ja tuen vaikutuksesta synnytyskokemukseen ole Suomessa juurikaan tehty tutkimusta. Medicin avulla löysimme yhden hakukriteereihimme sopivan tutkimuksen.

Seuraavaksi haimme englanninkielisiä tutkimuksia CINAHL-tietokannasta. Haun suorittamiseen käytimme sanoja birth, childbirth, labour, hospital, home, experience, support, importance ja midwife. Muodostimme sanoista myös erilaisia lauseita ja sanapareja. Suurin osa opinnäytetyössä käytettävistä tutkimuksista löytyi tästä tietokannasta. Rajasimme tutkimukset sellaisiin, jotka olivat kokonaisuudessaan luettavissa Internetissä. Erityisesti näiden ulkomaalaisten lähteiden läpikäymisessä oli haasteena arvioida, onko kyseessä tutkimus vai tavallinen lehtiartikkeli.

Kolmantena haimme tutkimuksia COCHRANE-tietokannasta. Kuten CINAHL:ssa, haku rajattiin tutkimuksiin, jotka olivat luettavissa kokonaisuudessaan Internetissä. Tarpeisiimme sopivia osumia samoilla hakusanoilla ei kuitenkaan löytynyt.

Kaikissa tietokannoissa rajasimme valitun aineiston vuonna 2004 ja sen jälkeen julkaistuun materiaaliin. Poikkeuksena otimme mukaan kaksi vanhempaa tutkimusta - yhden

vuonna 1996 julkaistun suomenkielisen Pro Gradu –työn ja yhden vuonna 1999 Suomessa toteutetun tutkimuksen. Koska Suomessa aiheestamme tehtyjä tutkimuksia oli hyvin vaikeaa löytää, sisällytimme nämä tutkimukset tutkimusaineistoomme.

Tiedonhaun tuloksena saimme usein tutkimuksia, jotka käsitelivät hoitoympäristön vaikutusta synnytyskokemukseen, mutta ei suoranaisesti synnytyksen aikana koettuun tukeen. Aineistoa rajatessa tämä onkin vaatinut meiltä lukiessa kriittisyyttä ja tarkkuutta valita aineisto opinnäytetyöemme aiheen mukaisesti. Näin on myös taattu, että aineisto on laadullisesti hyvää ja mahdollisimman laaja-alaista. Aineistoksi valituista tutkimuksista kaksi on tehty Suomessa, kolme Yhdysvalloissa, yksi Kanadassa, yksi Uudessa-Seelannissa, yksi Thaimaassa, yksi Italiassa ja yksi sekä Belgiassa että Hollannissa.

Tiedonhakuja kuvaava taulukko on esitetty opinnäytetyön lopussa liitteenä (Liite 1). Ennen varsinaista sisällönanalyysia, aineistoon tutustuessamme, teimme tutkimusaineistosta analyysikehyksen (Liite 2). Siinä voidaan tiivistetysti nähdä jokaisen tutkimuksen pääkohdat, eli tutkimuksen tekijät, tarkoitus, kohderyhmä, tutkimusaineiston keruun ja analyysin menetelmät, päätulokset sekä huomioitavat seikat.

4.2 Integroiva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksemme tyyppinä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Sitä voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi. Siitä erottuu kaksi erilaista orientaatiota, narratiivinen ja integroiva. (Salminen 2011: 6.) Käytämme opinnäytetyössämme integroivaa katsausta. Sitä käytetään, kun tutkittua ilmiötä halutaan kuvailla mahdollisimman monipuolisesti, ja se on hyvä tapa tuottaa uutta tietoa jo tutkituista aiheista. Integroiva katsaus ei seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti eikä ole yhtä valikoiva kuin systemaattinen katsaus. Narratiivisesta katsauksesta integroiva katsaus eroaa siten, että integroivaan katsaukseen voidaan oleellisesti ajatella kuuluvan kriittisen tarkastelun. (Salminen 2011: 7.) Tämä antaa meille mahdollisuuden tuoda omia näkemyksiämme esille.

Integroiva katsaus on erilaisista katsauksista kaikista laajin muoto, sillä se sallii yhdistää eri metodein tehtyjä tutkimuksia. Siinä voidaan yhdistää sekä teoreettista että empiiristä tutkimusta. Sen avulla kerätään kiinnostuksenkohteena olevaa tutkittua tietoa kattavasti yhteen, punnitaan millaiseen näyttöön tieto perustuu ja tehdään johtopäätöksiä yhteen kasatusta tiedosta ja sen nykytilasta. Integroivan katsauksen tehtäväksi voidaan nähdä esimerkiksi tieteen senhetkisen tilan kuvaamisen, teorian kehittämisen ja saadun tiedon

soveltamisen käytäntöön. Integroivan katsauksen vaiheita ovat tutkimusongelman muotoilu, aineiston kerääminen, aineiston arviointi, aineiston analyysi sekä aineiston tulkinta ja tulosten esittäminen. (Johansson ym. 2007: 85-88.)

4.3 Sisällönanalyysi

Aineistojen analyysimenetelmänä käytämme sisällönanalyysia. Se on aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sen ideaa käytetään monissa eri kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja sen tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen 2013: 165-166.) Siinä tarkastellaan valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja yhtäläisyyksiä ja eroja etsien, eritellen ja tiivistäen. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.)

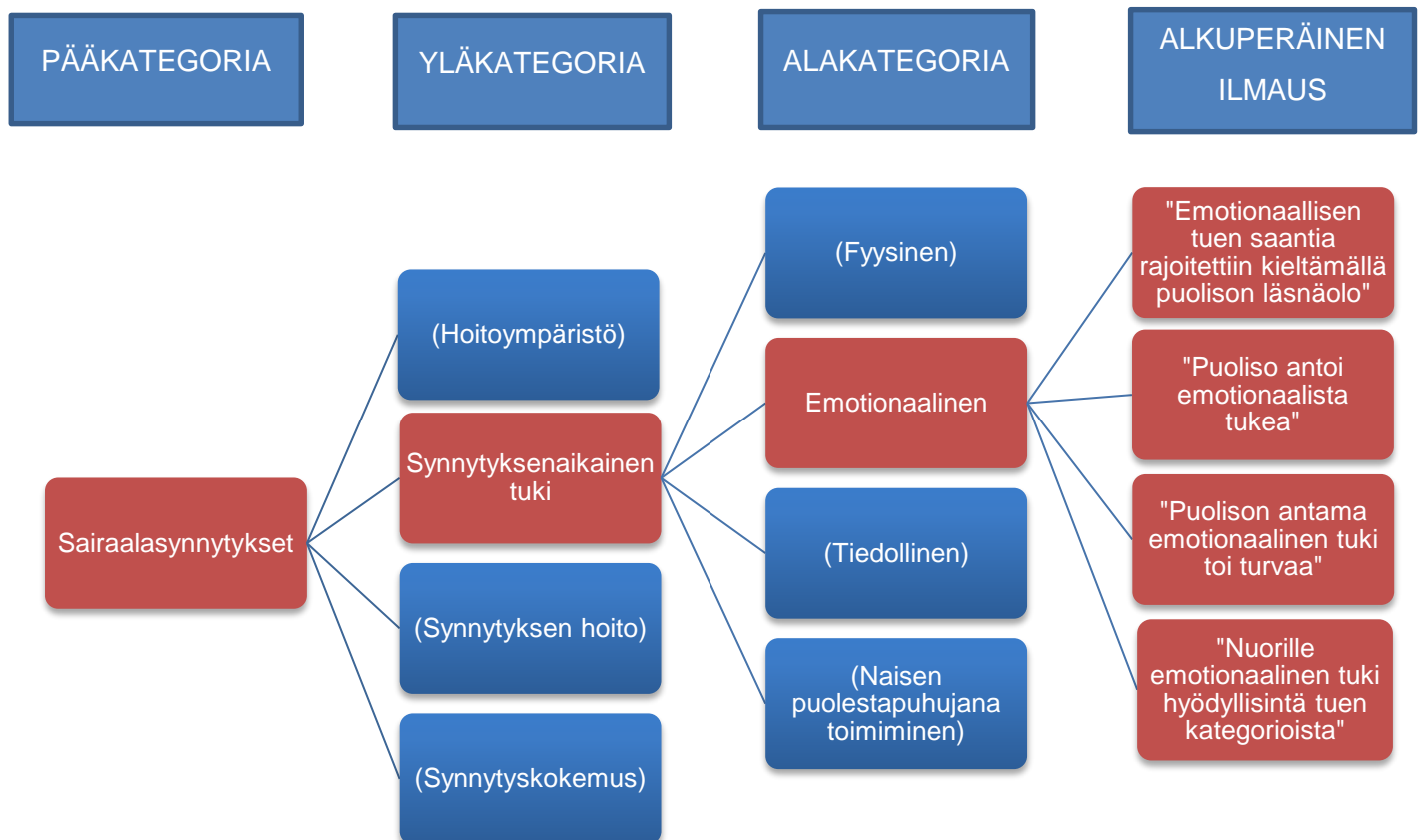
Sisällönanalyysi voidaan jakaa induktiiviseksi ja deduktiiviseksi analyysiksi (Kankkunen 2013: 167). Käytämme deduktiivista eli teorialähtöistä analyysia. Siinä lähtökohtana ovat teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä, ja analyysia ohjaa aiemman tiedon perusteella luotu kehys. (Kankkunen 2013: 167-168.) Tämän vuoksi olemme määritelleet keskeiset käsitteet ja tutkimuskysymykset tarkasti.

Analyysiprosessimme kohdistuu aineiston ilmisältöihin. Siinä aineisto jaetaan analyysiyksiköihin. Niitä tarkastellaan suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Analyysiyksikkö voi olla jokin yksittäinen sana tai teema. (Kankkunen 2013: 167-168.)

Deduktiivisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Sen sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia kategorioita induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Käytämme strukturoitua analyysirunkoa – tällöin aineistosta kerätään vain niitä asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. (Tuomi – Sarajärvi 2012: 113.) Kategoriat määritellään aikaisemman tiedon perusteella, ja aineistosta etsitään niihin sisältöjä niitä kuvaavista lausumista (Tuomi – Sarajärvi 2012: 115). Yläkategorioiksemme muodostuivat synnytyksen hoito, hoitoympäristö, synnytyksenaikainen tuki ja synnytyskokemus. Näistä muodostettiin edelleen alakategorioita teoreettisen tiedon pohjalta. Koska etsimme samoja tietoja sekä koti- että sairaalasyntytyksistä, teimme molemmille omat runkonsa (Liite 3 ja Liite 4). Lisäksi koti- ja sairaalasyntytysten eroille muodostettiin oma analyysirunko, jonka yläkategorioiksi määriteltiin tuki, synnytyskokemus, interventiot ja hoitava henkilökunta (Liite 5).

Alakategorioiden määrittelyn jälkeen teimme sisällönanalyysia noudattaen aineiston pelkistämisen (Tuomi - Sarajärvi 2012: 115.) Se tarkoittaa, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja ne kirjataan aineiston termein (Janhonen - Nikkonen 2003: 26-28). Pelkistämisen jälkeen ryhmittelimme pelkistetyt ilmaukset alakategorioihin. Ryhmittelyssä etsitään ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. (Janhonen - Nikkonen 2003: 28).

Kuviossa 1 on esitelty esimerkki aineistomme ryhmittelystä. Kuvio kuvaa sairaalasyntytyksiin liittyvien tutkimuskysymysten vastauksia ja niiden ryhmittelyä. Yläkategorioista ”synnytyksenaikainen tuki” jaettiin neljään eri alakategoriaan teoreettisen viitekehyksen perusteella. Kuviossa on nähtävillä esimerkki-ilmauksia, jotka sopivat emotionaalisen tuen alakategoriaan.



Kuvio 1. Esimerkkitaulukko aineiston luokittelusta.

5. Tulokset

5.1 Tuensaannin kokemuksia sairaalasyntyöksissä

Tässä kappaleessa tulokset sairaalasyntyöksissä saadusta tuesta on esitelty teoreettisessa viitekehyksessä määriteltyjen käsitteiden mukaisesti, jotka ovat synnytyksen hoito, hoitoympäristö, synnytyksenaikainen tuki sekä synnytyskokemus. Jokainen käsite on jaettu teoriapohjan mukaisesti omiin alakategorioihinsa (Liite 3).

5.1.1 Synnytyksen hoito sairaalassa

Sairaalassa synnytyksiä hoidettiin kahdella tavalla: alateitse tai keisarileikkauksella. Suomessa synnytyksen hoitoon sairaalassa kuuluu usein lääkkeellinen kivunlievitys. Lukkarin teettämässä kyselytutkimuksessa Kätilöopiston sairaalassa tyytyväisimpiä saamaansa hoitoon olivat alateitse synnyttäneet kivunhoitoa saaneet ja puudutuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet äidit. Tyytyväisyyttä lisäsi merkittävästi kivunhoidon ja puudutuksen ajoitus. Nukutuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet äidit olivat vähiten tyytyväisiä. Synnyttäjät arvioivat myös henkilökunnan ammattitaitoa kivunlievityksen onnistumisen perusteella. (Lukkari 1996.)

Fyysisen hoidon alueelta tutkimuksista selvisi, että erilaiset synnytyksenhoitotavat voivat saada synnyttäjissä hämmennystä aikaan. Thaimaassa tehdyssä tutkimuksessa synnyttäjät kuvailivat, että heidän liikkumistaan rajoitettiin synnytyksen aikana. Heidän jalkansa olivat sidotut, joskus myös kädet, jotta he eivät liikkuisi liikaa supistusten ollessa voimakkaita. Heidän tuli olla makuuasennossa. (Liamputtong 2004.) Eräs synnyttäjä kommentoi tapaa:

”Kun tunsin kipua, nostin takapuoltani ja hoitaja kielsi minua tekemästä niin. Kai meidän kaikkien tulee synnyttää tässä yhdessä tietyssä asennossa. ... Puhun nyt yksityisestä sektorista. Millaistahan olisi synnyttää julkisella sektorilla?”

(Liamputtong 2004.)

Eräs thaimaalaisnainen kuvaili myös jääneensä synnytyksen aikana yksin. Hän koki saaneensa huonoa hoitoa.

”He vain jättivät minut synnyttämään itsekseeni. ... Kukaan lääkäreistä tai hoitajista ei kiinnittänyt minuun mitään huomiota.”

(Liamputtong 2004.)

Yksilöllisen hoidon kannalta on tärkeää tuntea erilaisten ryhmien, esimerkiksi nuorten synnyttäjien, erityistarpeet. Tutkimuksessa, jossa selvitettiin alle 20-vuotiaiden hyväksi kokemia hoitomenetelmiä synnytyksen aikana, kävi ilmi, että päätarpeet keskittyivät kivunlievitykseen, arvostelemattomaan hoitoon sekä emotionaaliseen tukeen. Kuitenkin 27 % nuorista vastasi, ettei hänelle oltu tarjottu kivunlievitystä. Lisäksi 47 % koki, ettei puolison tarpeita huomioitu. (Sauls 2004.) Myös suomalaistutkimuksessa todettiin, että tarkasteltaessa kivunhoidon ajoitusta nuoret synnyttäjät olivat kaikista tyytymättömmimpiä. (Lukkari 1996.)

Myös **tiedonanto** on synnytyksen hoidon osa-alue, joka vaikuttaa tuensaannin kokemukseen. Thaimaalaistutkimuksessa tuli esiin radikaali esimerkki huonosta tiedonannosta. Synnytyksen aikana vauvan käsivarsi oli mennyt sijoiltaan, mutta äidille ei kerrottu tästä mitään. Asia tuli ilmi vasta muutaman kuukauden päästä, kun äiti alkoi huomata, ettei vauva käyttänyt kättään normaalisti ja vei tämän tarkastukseen. (Liamputtong 2004.)

Tiedonanto korostui, kun synnytystyyppi oli keisarileikkaus yleisanestesiassa. Nämä äidit kokivat, että henkilökunta ei näyttänyt selvästi, mitä oli tehtävä. Tieto odotettavissa olevasta kivusta sekä synnytyksen ja leikkauksen edistymisestä oli vajavaista. Heidän saamansa tieto ei ollut ymmärrettävästi selitetty ja käytännön ohjeet olivat puutteellisia. (Lukkari 1996.)

5.1.2 Sairaala hoitoympäristönä

Fyysisen hoitoympäristön suhteen thaimaalaiset synnyttäjät ajattelivat, että turvallisuus oli pääsyy sairaalasyntytyksen valintaan – siellä olisi komplikaatioiden varalta modernia teknologiaa ja taitavia lääkäreitä. **Psyykkis-sosiaalisen ympäristön** suhteen osoitettiin vahvaa luottoa lääkäreihin. Heidän toimiaan harvoin kyseenalaistettiin, häiritsemistä pelättiin ja läsnäoloa toivottiin jopa enemmän kuin perheenjäsenten. (Liamputtong 2004.) Myös italialaiset synnyttäjät kuvasivat sairaalaympäristön tärkeyttä. He arvostivat synnytysosaston siisteyttä, värillisiä huoneita, suuria sänkyjä ja synnytyksen hoidossa käytettäviä välineitä, kuten synnytysjakkara, voimistelupallo ja synnytysamme.

Valinnan mahdollisuutta arvostettiin ja synnyttäjät kertoivat sen vaikuttavan synnytyskokemukseen. Huolimatta sairaalan teknisestä ympäristöstä tulisi synnyttäjän yksilölliset tarpeet ottaa aina huomioon. (Balasso – Cipoletta 2011.) Mikäli synnytys tapahtui paikassa, jota ei ollut suunniteltu etukäteen, tuli synnytyskokemuksesta negatiivisempi. (Christianes – Vergaeghe – Bracke 2008.) Yleisesti negatiivisesti koetut synnytykseen liittyvät interventiot hyväksyttiin sairaalaympäristössä paremmin, jos synnyttäjä tunsii olonsa turvalliseksi ja mukavaksi. (Balasso – Cipoletta 2011.)

Lukkarin tutkimuksessa äidit olivat yleisesti tyytyväisiä fyysiseen ympäristöön. Ainoaksi puutteeksi muodostui ajan seuraamismahdollisuus varsinkin nukutuksessa keisarileikatujen äitien mielestä. Synnytystyyppistä huolimatta äidit tunsivat olonsa sairaalassa turvalliseksi. (Lukkari 1996.)

5.1.3 Synnytyksenaikainen tuki sairaalassa

Emotionaalisen tuen merkitys nousi vahvasti esiin tutkimuksista. Nuoret synnyttäjät kokivat sen tuen muodoista kaikista tärkeimmäksi (Sauls 2004.) Tuen antajaksi tutkimuksissa kuvattiin yleensä puoliso tai muu perheenjäsen, kättilö sekä muu hoitohenkilökunta. Kun puoliso oli mukana synnytyksessä antamassa emotionaalista tukea, olo koettiin turvalliseksi. Joissain tapauksissa puoliso sai olla synnytyksessä mukana. (Liamputtong 2004.)

”Puolisoni sai olla huoneessa kanssani antaakseen minulle emotionaalista tukea. Hän piti kädestäni kiinni kun synnytin.”

(Liamputtong 2004.)

Toisissa tapauksissa puolison läsnäolo ei ollut sallittua (Liamputtong 2004). Voidaan siis todeta, että kieltämällä puolison läsnäolo synnytyksessä **emotionaalisen tuen** saantia rajoitettiin.

”Kun synnytin, kukaan perheenjäseneni ei ollut kanssani. Sairaala ei päästänyt ketään sisään. Mutta halusin puolisoni olevan paikalla, sillä hän olisi voinut antaa minulle emotionaalista tukea kun olin kivuissani.”

(Liamputtong 2004.)

”Ulkopuolisia ei saa tulla synnytyssaliin. Koska puolisoni on ulkopuolinen, en kokenut, että voisin pyytää häntä sinne kanssani.”

(Liamputtong 2004.)

Äitien sosiaaliseen tukiverkkoon kuului keskimäärin seitsemän tukihenkilöä. Tärkeimmiksi tukihenkilöiksi he nimesivät tulevan lapsen isän, lapsen isovanhemmat sekä omat ystävänsä. Yleisin tuen muoto, jota äidit saivat tukiverkoltaan, oli **emotionaalinen tuki**. Vähiten tukiverkko auttoi oikeaksi vakuuttamisessa ja päätöksenteossa. (Laippala – Tarkka – Paunonen 1999.)

Suomalaistutkimuksessa **fyysisestä tuesta** mainittiin, että kätilö auttoi rentoutumaan ja jaksamaan parhaiten alateitse synnyttäneitä. He myös kokivat, että kätilö kyseli riittäväksi synnyttäjän tuntemuksista. Vähiten kannustusta kokivat saaneensa nukutuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet. Kaikkien vastaajien mielestä kätilöllä oli aikaa olla heidän kanssaan. (Lukkari 1996.) Kätilö välitti synnyttäjälle rauhallisuutta, kannustusta ja jatkuvaa hoitoa. Asioiden huolellinen selittäminen ja **emotionaalisen tuen** saanti oli erittäin tärkeää. Kätilöiden antama tuki voidaan nähdä läsnäolona, kykynä tarjota kannustusta ja tietoa synnytyksen edistymisestä sekä ehdotuksina synnytyksen aikana. Italialaiset naiset arvostivat kätilöiden kertomia tarinoita omista ja muiden synnytyksistä. Se sai heidät tuntemaan inhimillisyyttä ja tasavertaisuutta hoitohenkilökunnan kanssa. (Balasso – Cipoletta 2011.)

Tiedollisen tuen osalta kävi ilmi, että kokemus hyvästä tiedonannosta synnytyksen aikana johti luottamukseen hoidon suhteen, peloista huolimatta (Liamputtong 2004.) Tarkan tiedon antaminen kannusti synnyttäjää ottamaan aktiivisen roolin synnytyksessään, jolloin hänelle mahdollistettiin osallistuminen päätöksentekoprosessiin. (Balasso – Cipoletta 2011.)

Yhdysvaltalainen tutkimus otti selville, onko synnytyksen ja imetyksen suhteen eroja niillä äideillä, jotka ovat saaneet synnytyksenaikaista tukea sairaalapohjaisesta doulaohjelmasta. Doulien antaman jatkuvan tuen voidaan katsoa sisältävän piirteitä kaikista tuen kategorioista, myös **synnyttäjän puolestapuhujana toimimisesta**. Todettiin, että tuki johti todennäköisemmin imettämiseen ja sen varhaiseen aloitukseen – syyksi pohdittiin **emotionaalisen tuen** saantia, joka muodosti synnyttäjän ja doulan välille siteen. (Motti-Santiago – Walker – Ewan – Vragovic – Winder – Stubblefield 2007.)

5.1.4 Synnytyskokemus sairaalassa

Analysoitava aineisto perustui tunnekokemuksiin, jonka tulokset kuvailevat **sisäistä kokemusta**. Sairaalassa äitien tyytyväisyyttä synnytyskokemukseen parhaiten selitti synnytystyyppi - tyytyväisimpiä olivat alateitse synnyttäneet kivunhoitoa saaneet ja puudutuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet äidit. Nukutuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet olivat vähiten tyytyväisiä synnytyskokemukseensa. (Lukkari 1996.) Luonnollisen alatiesynnytyksen tai keisarileikkauksen kokeneet äidit olivat tyytyväisempiä kuin avustettuna alateitse synnyttäneet. Jos synnyttäjää ei saanut kivunlievitykseen epiduraalipuudutusta, oli todennäköisempää että hän koki synnytyksen positiivisena. Äitien asenne synnyttämistä kohtaan raskauden aikana vaikutti synnytyskokemukseen. Ne, jotka suhtautuivat luottavaisesti synnyttämiseen raskauden aikana, kokivat useimmiten synnytyksen positiivisena. Myös äidin käsityksellä omasta terveydestään oli suuri merkitys. (Laippala – Tarkka – Paunonen 1999.)

Kävi ilmi, että tuttavien läsnäolo sai synnyttäjän tuntemaan itsensä varmemmaksi. Lisäksi hoitoon oltiin tyytyväisiä, kunhan lapsi oli terve. Myöskin hoitajien kanssa käyty vuorovaikutuksen taso määritteli tyytyväisyyttä hoitoon ja vastaavasti henkilökunnan huono asenne/käytös johti tyytymättömyyteen hoidossa. (Liamputtong 2004.)

Kätilön antama **fyysinen** ja **emotionaalinen tuki** vaikutti positiivisesti synnytyskokemukseen. Oikeaksi vakuuttamisella ja päätöksentekotuella ei ollut vaikutusta synnytyskokemukseen. Kätilön empaattisuus, ystävällisyys, hellyys, rauhallisuus, valppaus ja ammattitaito olivat kaikki yhteydessä positiiviseen synnytyskokemukseen. (Laippala – Tarkka – Paunonen 1999.)

Sittemmin kotisynnytyksen valinneet, aiemmin sairaalassa synnyttäneet, kuvailivat kokeneensa sairaalasyntyksissään muun muassa yksinäisyyttä. Synnyttäjät kertoivat, että lääkäri saattoi olla paikalla ainoastaan silloin, kun ponnistusvaihe alkoi. Ilmi tuli myös autonomian puutetta (*”minulla ei ollut ääntä”*) ja rikkinäisyyden tunnetta. (Merg – Carmoney 2012.)

*”Luulin olevani vahva. Luulin olevani rohkea, ja sen jälkeen en ollut enää...
Kävelin sairaalaan riemuissani ja tulin pois... rikkinäisenä.”*

(Merg – Carmoney 2012.)

Laippalan, Tarkan ja Paunosen tutkimukseen vastanneista yli puolet kokivat synnytyksen kivuliaana tai kestäättömän kivuliaana. Synnytys oli heille myös vaikea ja vaativa kokemus. Lähes puolet vastanneista piti synnytystä epämiellyttävänä kokemuksena. (Laippala – Tarkka – Paunonen 1999.)

5.2 Tuensaannin kokemuksia kotisynnytyksissä

Tässä kappaleessa tulokset kotisynnytyksissä saadusta tuesta on esitelty samojen teoreettisessa viitekehyksessä määriteltyjen käsitteiden mukaisesti, kuin sairaalasyntytyksissä. Käsitteet on jaettu teoriapohjan mukaisesti omiin alakategorioihinsa (Liite 4).

5.2.1 Synnytyksen hoito kotona

Kotisynnytysten **fyysisen hoidon** osalta yhdysvaltalaisutkimuksessa nousi esiin se, että synnyttäjät kokivat kätilöiden halunneen tehdä niin kuin itselleen haluaisi tehtävän. Lisäksi koettiin, että kätilöt tekivät kaikkensa antaakseen synnyttäjille mahdollisimman positiivisen synnytyskokemuksen. Enimmäkseen tämä tarkoitti pysymistä ”poissa tieltä”, samalla tukea tarjoten. **Yksilölliseen tuensaantiin** vaikutettiin jo ennen synnytystä, kun synnyttäjät valitsivat usein hoitavaksi kätilöksi sellaisen ihmisen, jolla oli samoja näkemyksiä kuin itsellä. (Merg – Carmoney 2012.) Koska kotisynnytyksissä kätilön ei ole mahdollista toteuttaa lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä, tukivat kätilöt synnytyksen fysiologista etenemistä muun muassa hieromalla, akupunktiolla ja ohjaamalla synnyttäjän ammeeseen lämpimään veteen. Synnytyksen luonnollisen kulun tukeminen oli synnyttäjille tärkeää, ja he kokivat sen miellyttävänä. (Miller & Skinner 2012.) Kanadalaistutkimuksessa naisten vastauksissa nousi jatkuvasti esiin kätilön ominaisuudet. Erityisesti arvostettiin kätilön alttiutta ottaa vastaan palautetta, sekä kykyä huomioida molempien puolisojen toiveita ja valintoja. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.) Näin synnyttäjä sai suoraan vaikuttaa hoitonsa suunnitteluun.

Kotisynnytyksen valinneet naiset olivat motivoituneita etsimään tietoa synnyttämiseen liittyen ja he joutuivat näkemään vaivaa löytääkseen sopivan kätilön. He ymmärsivät näyttöön perustuvan tiedon tärkeyden synnytyksen hoidossa ja olivat siihen perustuen vakuuttuneita valitsemansa kätilön ammattitaidosta. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.) Eräs synnyttäjä kertoo:

”Synnytykskokemukseni täytti kaikki odotukseni. Uskon että se johtui suurimmaksi osaksi siitä, että luotin täydellisesti jo etukäteen että saisin tukea ja hyvää hoitoa kätilöiltäni, jotka osoittivat pätevyyttä jo raskauden seurannan aikana.”

(Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

Naiset kuvasivat saaneensa kokonaisvaltaista hoitoa, jossa hoidon kohteena ei ollut pelkästään synnyttäjää itse, vaan myös koko muu perhe. Koko perheen hoitaminen koettiin erityislaatuiseksi ja siihen suhtauduttiin tunteellisesti. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

”Se, miten minua seurattiin ja ymmärrettiin läpi tämän kokemuksen, toivon että jokainen ensimmäistä kertaa äidiksi tuleva saisi sellaista hoitoa. Koko perheen terveydestä – minun, vauvan, isän ja sisarusten, välitettiin aidosti.”

(Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

Mitä enemmän kätilö pystyi tarjoamaan ajankohtaista **tietoa** synnytyksestä, sitä tyytyväisempiä asiakkaat olivat. Kätilöt tarjosivat asiakkaidensa käyttöön muun muassa kirjoja, videoita, lehtileikkeitä ja tieteellisiä julkaisuja alan lehdistä. Näiden tietojen perusteella synnyttäjää sai vapaasti tehdä omat päätöksensä hoitoonsa liittyen. (Henderson – Janssen – Vedam 2009).

5.2.2 Koti hoitoympäristönä

Päätös siitä, missä hoitoympäristössä synnyttää, on useimmiten tietoinen valinta ja sitä kautta yhteydessä odotettuun tuensaantiin. Hoitoympäristö on jaettu tässä opinnäytetyössä fyysiseen sekä psyykkis-sosiaaliseen hoitoympäristöön.

Kanadalaistutkimuksessa naiset kuvasivat **fyysistä kotiympäristöä**:

”Kodin tuttu ympäristö auttoi minua rentoutumaan.”

(Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

”Olimme perheeni kanssa hyvin onnellisia saadessamme olla kotona, tutussa ympäristössä jonka olimme itse saaneet valmistella synnytystä varten ja lisätä kaikki suunnittelemamme yksityiskohdat.”

(Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

Naiset kertoivat kotiympäristön myös liittyvän synnytyksen luonnolliseen kulkuun. **Psyykkis-sosiaalisen hoitoympäristön** osalta monet haastatelluista mainitsivat nimenomaan mahdollisuuden rentoutua sekä keskittyä, ja kuinka se heidän mielestään liittyi synnytyksen sujuvaan etenemiseen ilman paineita tai aikarajoituksia. Myös kodin yksityisyyttä arvostettiin. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

5.2.3 Synnytyksenaikainen tuki kotona

Synnytyksenaikainen tuki on jaettu emotionaaliseen, fyysiseen ja tiedolliseen tukeen sekä synnyttäjän puolestapuhujana toimimiseen. **Emotionaalisen tuen** kategoriasta kättilöiltä saatua aikaa ja huomiota korostettiin. Kättilöt myös antoivat jatkuvaa tukea läpi synnytyksen ja sen jälkeen. (Merg – Carmoney 2012.) Kättilöiden antama **emotionaalinen tuki** sai synnyttäjissä aikaan voimaantumisen tunnetta sekä loi heihin itsevarmuutta. Tämä antoi synnyttäjille mahdollisuuden rentoutua ja kokea synnytyksen luottaen että heidän panostaan arvostettiin ja toiveita kunnioitettiin aina kun siihen oli mahdollisuus. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

”Kotisynnytykseni oli mahtava kokemus. Synnyttäminen kotona perheen kanssa oli voimaannuttavaa ja yhdistävää. Olen erittäin ylpeä itsestäni. Arvostan sitä, että sain olla päätöksentekoprosessin keskipisteessä. Kättilömme keskusteli kanssamme koko synnytyksen ajan ja varmisti, että tiedämme kaikki vaihtoehtomme. Kun tarve oli, hän otti ohjat käsiinsä.”

(Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

”Kättilöt saivat minut tuntemaan että pystyn mihin vain. He tukivat kaikkia päätöksiäni.”

(Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

Fyysisen tuen osalta kättilöt tukivat synnyttäjiä lääkkeettömin menetelmin, kuten akupunktiolla ja hieronnalla. Sisätutkimuksia tehtiin mahdollisimman vähän. (Miller – Skinner

2012.) Lisäksi synnyttäjät kokivat joissakin synnytyksenaikaisissa tapahtumissa, esimerkiksi hartiadystokioissa välttyneensä toimenpiteiltä, joita samassa tilanteessa olisi sairaalassa tehty (Merg – Carmoney 2012).

Kätilöiden antama **tiedollinen tuki** auttoi synnyttäjää ja hänen puolisoaan suunnittelemaan synnytystä sekä tekemään päätöksiä sen aikana. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.) Synnyttäjä kertoo:

”Kätilöiden ammatillisuuden tulemme aina muistamaan. He eivät ottaneet riskejä, tarjosivat suuren kokoelman synnytykseen liittyvää kirjallisuutta, vastasivat kysymyksiini ymmärrettävästi, varmistivat että ymmärrän menettelytavat ja päätökseni seuraukset, olivat aina ajoissa paikalla, ottivat puolisoni mukaan keskusteluun, toimivat ripeästi ja taitavasti sekä vilpittömästi välittivät hyvinvoinnistamme.”

(Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

Emotionaalinen tuki oli pariskunnille tärkeää, mutta siihen liittyi olennaisesti yhdistettynä **tiedollinen tuki**. Kätilön kyky välittää asianmukaista tietoa vaikutti olennaisesti synnytyskokemukseen. Yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon ansiosta tiedollista tukea pystyttiin antamaan koko raskauden ja synnytyksen ajan. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

Synnyttäjän puolestapuhujana toimimista kotisyntytysten osalta ei kuvailtu aineistossa.

5.2.4 Synnytyskokemus kotona

Kokemus on jaettu sisäiseen ja ulkoiseen kokemukseen, mutta saadut tulokset kuvailevat **sisäistä kokemusta**, sillä jokainen synnyttäjä on saanut tukea – mutta miten sen on sisimmässään kokenut, on henkilökohtaista.

Yhdysvaltalaisutkimuksessa nousi esiin seuraavia asioita: tunne kunnioitetuksi tulemisesta, tunne itsenäisyydestä, luotto henkilökuntaan, saavutuksen tunne, voimaantumisen tunne, hoidon antajat koettiin liittolaisina sekä tyytyväisyyden tunne synnytyksen aikana ja sen jälkeen. Myös kotisyntytyskätilön raskaudenaikainen hoito koettiin ”parantavaksi monin tavoin”. Synnyttäjät luottivat synnytystä hoitaviin kätilöihinsä. Luottamus

saattoi rakentua jo raskauden aikana käydyssä vuorovaikutuksessa. Lisäksi molemminpuolinen kunnioitus ja tiedonanto vaikuttivat siihen, että synnyttäjät luottivat kätilön suositukseen. Tutkimuksessa arveltiin myös, että kotikätilöt valmistavat asiakkaansa hyvin synnytystä varten, jolloin synnyttäjien kokemukset ovat linjassa odotuksiin nähden. (Merg – Carmoney 2012.) Belgialais-hollantilaisessa tutkimuksessa havaittiin, että kotona synnyttäneiden optimistisista synnytysodotuksista huolimatta kokemus muodostui kuitenkin odotettuakin paremmaksi. (Christianes – Vergaeghe – Bracke 2008.)

Naiset tunsivat saaneensa kätilöltä tukea ja hoivaa, ja he kokivat olonsa tärkeäksi sekä erityiseksi. Toisinaan naiset kuvasivat vaalimisen tunnetta tai henkistä parantumista. Muutama tutkimukseen osallistunut taas kertoi huonosta synnytyskokemuksesta. Nämä naiset eivät läpikäyneet synnytyksen aikana voimaantumisen tunnetta, ja kokivat kätilön **emotionaalisen tuen** olevan puutteellista. Huono synnytyskokemus liittyi usein myös ylivoimaiseen kivun tunteeseen. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

5.3 Tuensaannin kokemusten eroja koti- ja sairaalasyntytyksissä

Teoreettisessa viitekehyksessä koti- ja sairaalasyntytysten eroja kuvailtiin tuen, synnytyskokemuksen, interventioiden ja hoitavan henkilökunnan suhteen. Myös tulokset kuvaillaan näiden kategorioiden mukaisesti (Liite 5).

Tuensaantiin liittyvissä asioissa nousi esiin monia seikkoja, jotka eroavat koti- ja sairaalasyntytyksiä verratessa. Kotona synnyttäneet arvostivat sitä, että kätilö pystyi vastaamaan perheen tarpeisiin milloin vain ilman aikarajoituksia. Lääkärin antamaa tukea sairaalassa ei pidetty huonompana, vaan synnyttäjät kokivat että lyhyet vastaanottoajat eivät riittäneet ajallisesti raskauteen ja synnytykseen liittyvien asioiden läpikäymiseen, joten he valitsivat kätilön saadakseen yksilöllisempää tukea. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

Uusi-Seelantilaisessa tutkimuksessa verrattiin ensisynnyttäjien saamaa tutkittuun tietoon perustuvaa hoitoa samojen kätilöiden toimesta koti- ja sairaalasyntytyksessä. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla naisilla oli vähintään yksi tukihenkilö mukana synnytyksessä, mutta naisilla jotka synnyttivät kotona, oli yleisesti enemmän tukihenkilöitä paikalla. Naiset tukeutuvat synnytyksen aikana ympäristössään siihen, mitä sillä on tarjota. Esimerkiksi sairaalassa tukihenkilöiden määrä saattaa olla rajattu, mutta kotona synnyttäjä saa itse päättää ketkä osallistuvat synnytykseen. Sairaalassa synnyttäjää ympäröi

teknologia ja lääketiede, joten tehdessä päätöstä synnytyspaikasta nainen punnitsee minkä ympäröimänä haluaa olla synnyttäessään. (Miller – Skinner 2012.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, jossa selviteltiin tavanomaisia teemoja niiden naisten joukossa, jotka valitsivat kotisyntymisen aiemmin sairaalasyntymisen jälkeen, nousi esiin **synnytyskokemuksen** osalta psykologisen eheytyksen tunne. Eheytyksen tunne oli suhteessa aiempiin sairaalasyntymisiin, joista oli jäänyt rikkinäisyyden tunne. Näistä aiemmista sairaalasyntymiskokemuksista merkittävä osa (10/17) arvioitiin epätydyttäväksi. Suhteessa sairaalasyntymisiin, naiset kokivat saavutuksen tunnetta synnytettyään kotona. (Merg – Carmoney 2012.) Belgialais-hollantilaisessa tutkimuksessa vertailtiin synnytysodotuksia ja –kokemuksia neljässä naisryhmässä: belgialaiset ja hollantilaiset naiset koti- tai sairaalasyntymyksissä. Kotisyntymiskokemukset arvioitiin positiivisemmin kuin sairaalasyntymykset. (Christianes – Vergaeghe – Bracke 2008.) Yhdysvaltaistutkimus esittää, että kenties kotikätilöt valmistavat synnyttäjät paremmin synnytystä varten, ja siksi kokemukset ovat enemmän linjassa odotuksiin nähden. (Merg – Carmoney 2012.)

Kotona synnyttäneet kokivat positiivisena sen, että he välttyivät **interventioilta**, joita luultavasti sairaalaloissa olisi tehty (Merg – Carmoney 2012). Jotkut kotona synnyttäneet naiset samaistivat sairaalasyntymisen interventioihin, kun taas toiset ajattelivat, että voisivat synnyttää sairaalassa, mikäli synnytystä hoitaisi kätilö. Naiset vertasivat pikemminkin saamaansa hoitoa kätilöltä ja lääkäriltä, kuin synnytysten eroja kotona ja sairaalassa. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.)

Hoitavan henkilökunnan osalta tutkimuksissa ajateltiin, että sairaalassa synnytys hoidetaan lääketieteellisellä mallilla ja kotona kätilöjohtoisella mallilla, vastaavasti sairaalassa synnytymisen hoidosta vastaa synnytyslääkäri ja kotona kätilö. (Merg – Carmoney 2012; Christianes – Vergaeghe – Bracke 2008.)

Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa tehdyssä tutkimuksessa synnyttäjät kuvasivat kätilön ja synnytyslääkärin ominaisuuksia. Kätilöä ja synnytyslääkärinä pidettiin lähes yhtä ystävällisinä ja ammattitaitoisina, mutta kätilöä taas hieman enemmän kiireisenä ja empaattisena. Sekä kätilön että synnytyslääkärin ominaisuudet vaikuttivat positiivisesti synnytyskokemukseen. (Laippala – Tarkka – Paunonen 1999.) Vaikka synnytymisen kestolla ei kotona ja sairaalassa ollut merkittävää eroa, havaittiin että kätilö vietti

sairaalassa synnyttäjän luona noin puolitoista tuntia enemmän aikaa kuin kotona. (Miller – Skinner 2012.)

6. Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä vastauksia siihen, miten synnyttäjä on kokenut saavansa tukea sairaalasyntyksen aikana, miten synnyttäjä on kokenut saavansa tukea kotisyntyksen aikana ja onko kokemuksissa eroja sairaalasyntysten ja kotisyntysten välillä. Aineistosta saimme vastauksia jokaiseen tutkimuskysymykseemme.

Tehdessään päätöstä synnytyspaikasta nainen punnitsee minkä ympäröimänä haluaa olla synnyttäessään (Miller – Skinner 2012). Hoitoympäristön valinnan suhteen osalta toiset arvostivat kodin yksityisyyttä (Henderson – Janssen – Vedam 2009) ja toiset taas sairaalan turvallisuutta (Liamputtong 2004). Sairaala valittiin synnytyspaikaksi, kun haluttiin turvallisuutta, siisteyttä, modernia teknologiaa ja taitavia lääkäreitä. Myös ulkoisilla tekijöillä pystyttiin vaikuttamaan päätöksentekoon. Teoria-aineistossa Jouhki kuvaa tutkimuksessaan valintaan vaikuttaneen terveydenhuollon kielteiset asenteet, henkilökohtaiset kustannukset ja pelon lapsen menettämisestä. Jouhkin mukaan päätökseen synnyttää kotona vaikutti muun muassa aikaisempi kielteinen sairaalasyntyskokemus. (Jouhki 2008.) Tutkimusaineistosta saimme tälle vahvistusta - sittemmin kotisyntyksen valinneet, aiemmin sairaalassa synnyttäneet, kuvailivat kokeneensa sairaalasyntyksissään muun muassa yksinäisyyttä, autonomian puutetta ja rikkinäisyyden tunnetta (Merg – Carmoney 2012). Joskus taas vaikutti siltä, että varsinaista valintaa ei tietoisesti tapahtunut, sillä sairaalaa pidettiin yleisesti ottaen paikkana jossa synnytys hoidetaan. Voidaan siis havaita, että monesti synnyttäjillä on tarpeeksi tietoa vain sairaalassa synnyttämisen mahdollisuudesta.

Olettamuksemme ennen tutkimusaineiston analyysia oli, että kotona synnyttäneet olisivat tyytyväisempiä saamaansa tukeen synnytyksen aikana kuin sairaalassa synnyttäneet. Kotisyntyksessä kätilö on paikalla jatkuvasti ja pystyy huomioimaan synnyttäjän henkilökohtaiset toiveet ja tuen tarpeen. Aineistossa kotisyntyskokemukset arvioitiinkin positiivisemmiksi kuin sairaalasyntyskokemukset (Christianes – Vergaeghe – Bracke 2008). Mielenkiintoista kuitenkin oli, että vaikka synnytyksen kestolla sairaalassa ja kotona ei ollut merkittävää eroa, kätilö vietti sairaalassa synnyttäjän luona enemmän aikaa kuin kotona (Miller – Skinner 2012). Usein sairaalassa kätilöllä on useampi kuin

yksi synnyttäjä hoidettavanaan, kun taas kotona keskitytään vain yhteen synnytykseen, joten tulos oli yllättävä. Kenties kotisyntytyksissä kätilö saapuu paikalle vasta synnytyksen myöhemmässä vaiheessa.

Synnytyksenaikaisen tuen kategorioista emotionaalisen tuen merkitys nousi esiin useimmiten. Kätilöltä saatua aikaa ja huomiota korostettiin (Merg – Carmoney 2012) ja kätilön antama emotionaalinen tuki loi synnyttäjiin itsevarmuutta ja sai heihin voimaantumisen tunnetta (Henderson – Janssen – Vedam 2009). Tämä antoi synnyttäjille mahdollisuuden rentoutua ja he kokivat panostaan arvostettavan sekä toiveita kunnioitettavan. Synnyttäjät kokivat saaneensa kätilöltä tukea ja hoivaa, ja lisäksi he kokivat olonsa tärkeäksi sekä erityiseksi. Myös vaalimisen tunnetta tai henkistä parantumista kuvailtiin. (Henderson – Janssen – Vedam 2009.) Lisäksi hoidon antajat koettiin liittolaisina ja tunnettiin tyytyväisyyttä synnytyksen aikana ja sen jälkeen. Naiset kuvailivat myöskin tulleen kunnioitetuksi. (Merg – Carmoney 2012.) Huono synnytyskokemus liittyi usein tunteeseen, ettei kätilön emotionaalinen tuki ollut riittävää (Henderson – Janssen – Vedam 2009) ja tämän vuoksi ajattelimme, että emotionaalinen tuki on erityisen tärkeää. Kokoamme, että näiden tulosten perusteella emotionaalisen tuen antamiseen tulisi kätilötyössä kiinnittää erityistä huomiota.

Teoria-aineiston mukaan emotionaalinen tuki sisältää muun muassa läsnäolon, rohkaisun ja kehumisen (Adams – Bianchi 2008: 109). Tutkimusaineistosta havaitsimme, että kun emotionaalista tukea saatiin, sen kaikki osa-alueet yleensä täyttyivät sairaalasyntytyksissä (Henderson – Janssen – Vedam 2009; Balasso – Cipoletta 2011; Miller – Skinner 2012). Kaikissa tutkimuksissa synnyttäjä sai emotionaalista tukea puolisoiltaan, muilta perheenjäseniltä tai hoitohenkilökunnalta. Hoito, jossa huomioitiin synnyttäjän lisäksi myös perhe, koettiin erityislaatuiseksi (Henderson – Janssen – Vedam 2009). Teoria-aineistossamme synnytyksen hoidon lähtökohtana onkin mainittu yksilöllinen ja kunnioittava, koko perheen huomioiva hoito (Paananen ym. 2012). Joissakin tapauksissa tukihenkilöiden määrää rajoitettiin, tai tukihenkilö ei saanut olla lainkaan osallisena synnytystapahtumassa. Tällöin synnyttäjä koki jääneensä yksin. (Liamputtong 2004.) Tästä syystä voimme katsoa, että joskus emotionaalisen tuen saanti oli puutteellista tai hyvin vähäistä.

Kotisyntytyksissä emotionaaliseen tukeen liittyi olennaisesti yhdistettynä tiedollinen tuki. Se auttoi tekemään päätöksiä synnytyksen aikana ja vaikutti olennaisesti synnytyskokemukseen. (Henderson – Janssen – Vedam 2009). Teoria-aineistossa tiedonsaanti on

määritelty yhdeksi hyvää synnytyskokemusta edistäväksi tekijäksi (Turtiainen 2014). Tutkimusaineistossa myös kätilön ammatillisuutta kuvailtiin (Henderson – Janssen – Vedam 2009). Teoria-aineiston mukaan ammatillisuutta pidetäänkin hoivaamisen lisäksi hoitamisen peruslähtökohtana (Haho 2006). Tiedonanto vaikutti siihen, että synnyttäjät luottivat kätilön suosituksiin (Merg – Carmoney 2012). Vaikka emotionaalisen tuen merkitystä korostettiin, voidaan ajatella, että jokaisella tuen kategorialla on oma merkityksensä synnytyskokemuksen muodostumiseen, joten jokainen alue on synnytystä hoitavan työssään huomioitava. Riittämättömän emotionaalisen tuen lisäksi huono synnytyskokemus saattoi liittyä myös esimerkiksi ylivoimaiseen kivun tunteeseen (Henderson – Janssen – Vedam 2009). Havaitimme myös, että sairaalasyntyksissä puutteellinen tiedonanto ja vajavainen tiedollinen tuki olivat yhteydessä negatiiviseen synnytyskokemukseen. Mikäli tiedollinen tuki oli riittävää, pystyi synnyttäjä ottamaan aktiivisemman roolin synnytyksessään ja osallistumaan sitä kautta päätöksentekoprosessiin (Balasso – Cipoletta 2011). Jos tieto ei ollut oikea-aikaista tai ymmärrettävää, ei synnyttäjä hyötynyt saamastaan tiedollisesta tuesta (Lukkari 1996).

Teoria-aineiston mukaan väärin ajoitettu kivunlievitys on yhteydessä negatiiviseen synnytyskokemukseen, ja vastaavasti riittävä kivunlievitys on positiivista synnytyskokemusta edistävä tekijä (Turtiainen 2014). Myös tutkimusaineistosta havaittiin, että sairaalassa synnyttäneiden tuen saannin kokemukseen vaikutti voimakkaasti kivun hoidon ajoitus ja sitä kautta onnistuminen (Lukkari 1996). Tyytyväisimpiä saamaansa hoitoon olivat alateitse synnyttäneet kivunhoitoa saaneet ja puudutuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet äidit (Lukkari 1996), tyytymättömiä taas nukutuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet ja alle 20-vuotiaat synnyttäjät (Lukkari 1996; Sauls 2004). Olettamus kivunhoidon saamisesta ja onnistumisesta sairaalassa saattoi vaikuttaa kivunhoidon kokemuksiin. Pelkästään kivunlievityksen perusteella synnyttäjä saattoi arvioida koko henkilökunnan ammattitaitoa. (Lukkari 1996). Kotisyntyksissä ei ole mahdollisuutta sairaalassa toteutettaviin lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin, ja synnyttäneet kokivatkin merkittävänä synnytyksen luonnollisen kulun tukemisen, jota kätilöt toteuttivat muun muassa hieromalla ja akupunktiolla (Miller – Skinner 2012). Toisaalta kätilöiden melko passiivista roolia arvostettiin – usein kätilö pysyi ”pois tieltä”, antoi synnytyksen tapahtua turhia interventioita välttämällä, samalla tukea tarjoten (Merg – Carmoney 2012). Kätilö kuitenkin otti ohjat käsiin, kun tarve oli (Henderson – Janssen – Vedam 2009).

Vaikuttaisi siltä, että lääkkeellisen kivunlievityksen tarpeellisuudella on sairaalasyntyksissä suurempi merkitys kuin kotisyntyksissä. Kenties kotona synnyttävät luottavat

enemmän itseensä sekä kehoonsa. Näitä ajatuksia tukee myös teoria-aineisto (Jouhki 2008). Uskomme, että sairaalasyntyksen valitsevat luottavat enemmän lääketieteen. Erityisesti alle 20-vuotiaiden sairaalassa synnyttäneiden kohdalla kivunlievitys oli nostettu tärkeimpien tuen muotojen joukkoon (Sauls 2004), kun taas kotona kättilöiltä saatua aikaa ja huomiota korostettiin (Merg – Carmoney 2012).

Interventoiden osalta kotisyntytyksissä koettiin positiivisena se, että asioihin suhtauduttiin kärsivällisemmin kuin sairaalassa olisi luultavammin tehty, ja näin ollen vältyttiin turhalta puuttumiselta synnytyksen kulkuun (Merg – Carmoney 2012). Teoriaosuudessamme todettiin, että säännöllisesti etenevän synnytyksen puuttumiseen tulisi olla aina perusteltu syy (Paananen ym. 2012: 206-207). Mergin ja Carmoneyn (2012) tutkimuksessa kuvailtiin tilanteita, esimerkiksi hartiadystokioita, joihin olisi todennäköisemmin puututtu sairaalassa aiemmin (Merg – Carmoney 2012). Vaikuttaa siltä, että kotisyntytyksissä synnytykseen suhtaudutaan luonnollisemmin ja sen annetaan tapahtua siihen puuttumatta, mikäli ei ole aivan pakko. Sairaalassa tehdyt interventiot hyväksyttiin paremmin, jos synnyttäjät tunsivat olonsa turvalliseksi ja mukavaksi (Balasso – Cipoletta 2011). Vaikutusta voidaan katsoa olevan myös psyykkis-sosiaalisella ympäristöllä. Vahva luotto esimerkiksi lääkäreihin saattoi estää synnyttäjää kyseenalaistamasta saamaansa hoitoa. Toisaalta taas kokemus hyvästä tiedollisesta tuesta synnytyksen aikana johti luottamukseen hoitosuhteeseen ja vähensi pelkoja. (Liamputtong 2004.) Synnyttäjät saattoivat ensin tuntea tarvetta omien mielipiteidensä ilmaisuun, mutta perääntyivät joko pelätessään vaikutusvaltaista auktoriteettia tai saadessaan perusteltua tietoa hoidon suhteen.

Aineistossamme oli tutkimuksia useista eri maista. Näissä kaikissa maissa synnytyksenkulttuuri on erilainen. Usein tutkimuksissa ajateltiin kuitenkin niin, että kotona synnytyksestä vastaa kättilö ja sairaalassa synnytyslääkäri (Merg – Carmoney 2012; Christianes – Vergaeghe – Bracke 2008). Huomasimme aineistoa analysoidessamme, miten eri tavalla synnytystä voidaan muissa maissa hoitaa. Teoria-aineistossamme ei ollut määritelty kulttuurin vaikutusta koettuun tukeen, joten emme voi verrata tutkimusaineistoamme teoretietoon. Esimerkiksi thaimaalainen synnytyksen hoito vaikuttaa eroavan paljon suomalaisista hoitotavoista. Thaimaalais tutkimuksessa vastaajat kuvailivat usein liikkumisen rajoittamista ja tukihenkilöiden läsnäolon kieltämistä synnytyksen aikana. Uskomme tällaisten tapojen vaikuttavan negatiivisesti synnytykskokemukseen, ja usein naiset hämmästelivätkin ja harmittelivat näitä hoitokäytäntöjä. (Liamputtong 2004.)

Merkittävää oli se, että usein kuvailtiin luottamuksen kättilöön rakentuneen jo raskauden aikana, ja tämän uskottiin vaikuttaneen positiivisesti synnytyskokemukseen (Henderson – Janssen – Vedam 2009; Merg – Carmoney 2012). Näemme, että tämä on jatkuvan tuen kannalta merkittävä havainto. Myös teoria-aineistossa kuvaillaan jatkuvan tuen useita hyviä seurauksia (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2012: 2). Sairaalassa usein synnytystä hoitaa täysin vieras kättilö tai lääkäri ja turvaton olo taas saattaa vaikuttaa synnytyskokemukseen negatiivisesti. Havaittiin, että kotona synnyttäneiden optimistisista synnytysodotuksista huolimatta kokemus muodostui odotettuakin paremmaksi (Christianes – Vergaeghe – Bracke 2008). Pohdimme, että kenties raskaudenaikaisissa tapaamisissa kättilö ehtii valmistaa synnyttäjää perusteellisemmin ja realistisemmin synnytystapahtumaan, kuin mitä sairaaloissa on mahdollista. Myös Merg ja Carmoney (2012) arvelivat asiakkaan hyvän valmistamisen synnytykseen olevan yhteydessä siihen, että odotukset ja kokemukset ovat linjassa keskenään.

Teoria-aineistossa yhdeksi tuen muodoksi oli mainittu naisen puolesta puhuminen eli advokeesi. Se määriteltiin toiminnaksi, jossa synnyttäjän toiveet ilmaistaan muille (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2012: 3) ja varmistetaan, että nainen saa osallistua hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Sauls 2004: 125). Tutkimusaineistossamme tätä tuen muotoa ei kuitenkaan käsitelty juuri ollenkaan. Doula-toiminnan voidaan osittain ajatella olevan advokeesia, mutta tutkimuksessa, jossa käsiteltiin doulien antaman tuen vaikutuksia, ei puhuttu advokeesin käsitteestä (Motti-Santiago ym. 2007). Ajattelimme, että sairaalassa käytännössä advokeesia toteutetaan vuoron vaihtuessa, kun annetaan raportti synnytyksen hoitoa jatkavalle kättilölle. Uskomme, että tässä yhteydessä myös naisen toiveet hoidon suhteen tuodaan ilmi. Mahdollisesti synnyttäjät eivät ajattele tätä toimintaa tuen muotona, joten kenties sen takia sitä ei ollut kuvailtu. Kotisyntytyksissä synnytyksen hoitaneen useimmiten yksi kättilö loppuun saakka, jolloin advokeesi ilmenee eri tavalla kuin sairaalassa.

Yhteenvetona voisimme sanoa, että sairaalassa synnyttäneiden kokemukset tuen saannista vaihtelivat. Kotisyntytyksissä kuvailtiin ainoastaan yksittäisiä huonoja tuen saannin kokemuksia. Sekä sairaala- että kotisyntytyksissä tyytyväisimpiä olivat ne, joiden kivunlievitys oli onnistunut, synnytys oli mahdollisimman luonnollinen, interventioita ei tarvittu ja asenne synnyttämistä kohtaan oli positiivinen jo ennen varsinaista synnytystapahtumaa. Tasavertainen vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa ja kättilön antama emotionaalinen ja tiedollinen tuki olivat olennaisia osia positiivisessa synnytyskokemuk-

sessä. HavaitSIMME sekä sairaalassa että kotona samojen tekijöiden vaikuttavan positiiviseen synnytyskokemukseen. Sairaalassa negatiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttivat puutteellinen tiedollinen tuki, hoitavan henkilökunnan huono asenne tai käytös, yksinäisyys, autonomian puute ja keStämätön kipu synnytyksen aikana. Kotona negatiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttivat puutteellinen kättilöltä saatu emotionaalinen tuki tai ylivoimainen kivun tuntemus. Molemmissa synnytysympäristöissä toivottiin usein tukea läheiseltä.

Saadut tulokset tukevat pääosin teoreettista viitekehystä. Tärkein havainto lienee, että saatu tuki koti- ja sairaalasyntyksissä eroaa jonkin verran toisistaan, mutta myös koti- ja sairaalasyntyttäjien tuen tarpeet ovat erilaisia. Kuitenkin jotkin tuen muodot, kuten emotionaalinen tuki, vaikutti molemmissa hoitoympäristöissä positiiviseen synnytyskokemukseen. Merkittävin ero löytyi fyysisen tuen alueelta – kivunlievitykseltä toivottiin erilaisia asioita koti- ja sairaalasyntyksissä.

6.2 Opinnäytetyön merkitys ja johtopäätökset

Opinnäytetyön perusteella voimme tehdä seuraavia johtopäätöksiä

- saatu tuki koti- ja sairaalasyntyksissä eroaa toisistaan, mutta myös koti- ja sairaalasyntyttäjien tuen tarpeet ovat erilaisia
- emotionaalinen tuki koetaan kaikista tärkeimmäksi sekä koti- että sairaalasyntyksissä
- sairaalasyntyksissä onnistunut lääkkeellinen kivunlievitys vaikuttaa oleellisesti koettuun tukeen, kun taas kotisyntyksissä synnytyksen luonnollisen etenemisen tukemista pidetään merkityksellisenä
- raskaudenaikaisen luottamuksen muodostumisella kotisyntytyskättilön kanssa on merkittävä vaikutus synnytyskokemukseen jatkuvan tuen näkökulmasta
- kulttuuriset erot vaikuttavat koettuun tukeen
- saatu tiedollinen tuki sairaalasyntyksissä mahdollistaa synnyttäjän aktiivisemmän osallistumisen hoitoa koskevaan päätöksentekoon
- synnyttäjät kokevat puolison ja perheen tuen tärkeäksi
- oikeanlaisella tuella saadaan synnyttäjälle aikaan eheä synnytyskokemus aiemmasta rikkinäisyyden kokemuksesta huolimatta

Toivomme, että opinnäytetyömme tuloksilla on merkitystä esimerkiksi äitiysneuvolatyössä, jossa henkilökunta kohtaa synnytysympäristöään pohtivia odottajia ja heidän

perheitään. Naisella on oikeus valita synnytyspaikkansa, mutta terveydenhuollon ammattilaisen tulee olla tietoinen ominaisuuksista, joita kotisyntyäjältä vaaditaan. Koti- ja sairaalaympäristöissä on mahdollista toteuttaa erilaisia tuen muotoja, ja osittain niiden perusteella voitaisiin arvioida, missä synnytyksen olisi optimaalisinta tapahtua. Uskomme, että myös sairaalassa synnyttäjän omia voimavaroja tukemalla voidaan välttyä turhilta tai ylimääräisiltä interventioilta.

6.3 Menetelmän pohdinta

Kirjallisuuskatsausta tehdessä opimme hakemaan tutkittua tietoa luotettavista lähteistä ja käyttämään erilaisia tietokantoja. Uskomme, että tästä taidosta on meille hyötyä myös jatkossa. Kehityimme tiedonhaussa opinnäytetyöprosessin loppua kohti, mutta alkuvaiheen tiedonhakutaidon puutteellisuus on nähtävissä esimerkiksi tiedonhakutaulukossa (Liite 1), jossa erään haun tuloksena on saatu yli 500 osumaa. Integroivaa kirjallisuuskatsausta oli miellyttävää tehdä, koska se mahdollisti monipuolisen kuvailun eikä se seulonut tutkimusaineistoa niin valikoivasti kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Integroiva katsaus mahdollisti meille myös aiheen kriittisen tarkastelun.

Sisällönanalyysin tekeminen tuntui varsinkin aluksi vaikealta. Sisällönanalyysia käsittelevän kirjallisuuden lukemisesta huolimatta tuntui haasteelliselta soveltaa malleja käytäntöön. Vasta opinnäytetyön loppuvaiheessa teorialähtöisen sisällönanalyysin tarkoitus selkeni kokonaisuudessaan. Tuntuu siltä, että uuden, vastaavanlaisen työn tekeminen sujuisi nyt kätevämmiin. Olisi mielenkiintoista tehdä kirjallisuuskatsaus myös induktiivista sisällönanalyysia käyttäen ja verrata eroja deduktiiviseen menetelmään.

6.4 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuslupia emme tarvinneet tähän opinnäytetyöhön, sillä analysoimme jo valmiita tutkimuksia. Eettisyyden huomioimme niin, että käytimme aineistona luotettavia tutkimuksia, emmekä vääristelleet niiden tuloksia ennako-oletuksista huolimatta. Ennakoasenteesta johtuva tulosten vääristymä ei aina ole välttämättä tutkijalle tietoinen virhelähde. Oleellisinta on tunnistaa nämä ennakoasenteet ja pyrkiä vapautumaan niistä. (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 293.)

Tulostemme luotettavuutta lisää se, että lähdeaineistomme on määrällisesti kattavaa. Perehdyimme materiaaliin huolellisesti lukemalla sen useaan kertaan läpi ja selvittämällä vieraiden sanojen merkitykset. Osassa tutkimuksissa otokset olivat kuitenkin niin pieniä, että niiden tulosten yleistettävyyttä ei ole niin hyvää, kuin laajempien tutkimusten. Kaikkia tuloksia ei myöskään voida suoraan soveltaa suomalaisiin hoitokäytäntöihin, koska eri kulttuureissa synnytystä hoidetaan eri tavoilla. Lisäksi suurin osa tutkimusaineistostamme oli englanninkielistä, mikä mahdollistaa virhetulkinnat huolellisesta kääntämisestä huolimatta.

Pohdimme myös sitä, että tulokset olisivat vertailukelpoisempia, mikäli tutkimusaineisto olisi tuoreempaa ja kapeammalta aikaväliltä. Valitettavasti aineiston vähyyden vuoksi jouduimme laajentamaan aikarajauksia. Erityisesti tuoreita suomalaisia tutkimuksia aiheestamme oli hankalaa löytää. Halusimme kuitenkin sisällyttää tutkimusaineistoon myös kotimaisia tutkimuksia, joten hyväksyimme niiden osalta vanhemmat julkaisuajat.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme keskittyy tuen saantiin erilaisissa hoitoympäristöissä, ja aineistoa etsiessämme huomasimmekin, miten vähän varsinaisesti hoitoympäristöistä löytyy tutkittua tietoa. Olisikin mielenkiintoista keskittyä pelkästään hoitoympäristön näkökulmaan esimerkiksi koti- ja sairaalasyntytyksissä. Ajankohtaisena voidaan pitää myös opinnäytetyöstämme pois rajattuja ambulansseissa ja autoissa tapahtuvia synnytyksiä, ja tarkastella aihetta näistä näkökulmista. Tulevaisuudessa tutkittu tieto näiltä hoitotyön alueilta saattaa olla tarpeellista.

Analysoidusta aineistosta nousi esiin kulttuurin vaikutus saatuun tukeen synnytyksissä. Teoria-aineistossa aihetta ei kuitenkaan käsitelty, tai sitä ei ollut eroteltu koti- ja sairaalasyntytysten välille. Monikulttuurisuus on suomalaisessa hoitotyössä jatkuvasti lisääntyvä alue, joten olisi hyödyllistä tietää, miten erilaisten kulttuurien edustajat kokevat saavansa tukea synnytyksen aikana tai millaista tukea he haluaisivat saada.

Käytännön hoitotyöhön esimerkiksi äitiysneuvolassa voisi kehitellä lomakkeen, jossa kartoitettaisiin asiakkaan tuen tarpeen muotoja. Tulostemme perusteella lomake voisi sisältää koti- ja sairaalasyntytyksissä positiiviseen synnytyskokemukseen johtaneita tuen muotoja. Näin ollen asiakas pystyisi jo ennen synnytystapahtumaa tiedostamaan

asian ja sen perusteella sekä henkilökunta että synnyttäjät voisivat toimia hyviä tuen muotoja edistäen.

Lähteet

Adams, E. – Bianchi, A. 2008. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing, JOGNN* 37.

Aktiivinen synnytys ry 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.aktiivinsynnytys.fi/>>. Luettu 1.10.2014.

Alarmo, Antti-Jussi – Huvila, Pasi 2000. Harjoittelijan kokemuksia opetusharjoittelusta. Kasvatustieteen pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Verkkodokumentti <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10159/alarmo_huvila.pdf?sequence=1>. Luettu 6.4.2014.

Anttila, Kyllikki – Kaila-Mattila, Tuulikki – Kan, Suvi – Puska, Eeva-Liisa – Vihunen, Riitta 2010. Hoitamalla hyvää oloa. WSOY pro Oy.

Christiaens, Wendy – Bracke Piet 2007. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth (BMC)*. 7(26). Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/26#>>. Luettu 8.4.2014.

de Jonge, A – van der Goes, B – Ravelli, A – Amelink-Verburg, M – Mol, B – Nijhuis, J – Bennebroek Gravenhorst, J – Buitendijk, S 2009. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009;116. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x/abstract>>. Luettu 1.3.2014.

Department of health 2007. Maternity matters: Choice, access and continuity of care in a safe service. Verkkodokumentti. <http://www.northwest.nhs.uk/document_uploads/Maternity_Matters/DH_074199%5B1%5D.pdf>. Luettu 18.4.2014.

Ford, Elizabeth – Ayers Susan 2011. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health (PSYCHOL HEALTH)*, 2011 Dec; 26 (12): 1553-70. (54 ref).

Forsius, Arno 2003. Synnytysten historiaa. Kuvauksia lääketieteen historiasta. Verkko-dokumentti. <<http://www.saunalahti.fi/arnoldus/synnhist.html>>. Luettu 29.10.2014.

Haho, Annu 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu University Press. Oulu. 22-25. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://herkules oulu.fi/isbn9514282590/isbn9514282590.pdf>>. Luettu 5.4.2014.

Hodnett, ED – Gates, S – Hofmeyr, GJ – Sakala C 2012. Continuous support for women during childbirth (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. Issue 10.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Janssen, Lauren – Gibson, Martha - Charlson Bowles, Betty – Leach, Jane 2013. First Do No Harm: Interventions During Childbirth. Journal of Perinatal Education (J PERINAT EDUC), 2013 Spring; 22 (2).

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Turku: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Jouhki, Maija-Riitta 2008. Kotisynnytys valintana: synnyttäjän näkökulma. Pro gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansallinen DRG-keskus 2014. Suoritekäsikirja 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.norddrg.fi/content/3-hoitoon-ja-hoitoprosessiin-liittyvät-käsitteet-0>>. Luettu 4.4.2014.

Koski, Pirjo 2012. Hyvä syntymä. Hankesuunnitelma. Metropolia Ammattikorkeakoulun Hyvä syntymä 2014 –työtila. Julkaisematon lähde.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

National collaborating centre for women's and children's health 2007. Intrapartum care - Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline. Royal college of obstetricians and gynaecologists. Lontoo. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG55FullGuideline.pdf>>. Luettu 18.4.2014.

Newburn, Mary – Singh, Debbie 2003. Creating a better birth environment. Women's views about the design and facilities in maternity units: A national survey. The national childbirth trust. London. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/BBE_report_311003.pdf>. Luettu 18.4.2014.

Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari 2012. Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html>. Luettu 6.4.2014.

Sainio, Susanna – Klemetti, Reija – Hemminki, Elina – Gissler, Mika 2010. Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. Suomen Lääkärilehti 39/2010. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL392010-sainio.pdf>>. Luettu 28.4.2014.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan Yliopiston julkaisuja.

Sauls, Donna 2004. The Labor Support Questionnaire: Development and Psychometric Analysis. Journal of Nursing Measurement, vol 12(2).

THL 2014: Vuori, Eija – Gissler, Mika. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Tilastoraportti. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuslaitos. Verkkojulkaisu.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116818/Tr23_14.pdf?sequence=1>. Luettu 13.11.2014.

THL 2013: Klemetti, Reija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi. Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Tampere: Yliopistopaino Oy.. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=1>. Luettu 4.4.2014.

THL 2012: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Meille tulee vauva. Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. THL. Helsinki: Erikoismedia Graphic Oy. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/91b28f35-747e-43ac-9c11-e673c850cf79>>. Luettu 4.4.2014.

Turtiainen, Sirpa 2014. Kielteinen synnytyskokemus ja synnytyksen jälkeinen tuen saanti. Pro Gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Tiitinen, Aila 2013. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160>. Luettu 4.4.2014.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Viisainen, Kirsi 2000. Choices in Birth Care – The Place of Birth. Saarijärvi: Gummerus Printing.

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusana	Hakutulos	Tekijä(t)	Nimi
Medic	synnytys AND tyytyväisyys	1	Lukkari, Liisa	Äitien tyytyväisyys synny- tyskokemukseen
Cinahl	childbirth expe- rience in hospi- tal	1	Bracke, P; Christiaens, W; Ver- haeghe, M.	Childbirth expec- tations and ex- periences in Bel- gian and Dutch models of mater- nity care
Cinahl	childbirth expe- rience support	3	Sauls, DJ.	Adolescents' perception of support during labor
Cinahl	importance of the midwife	15	Tarkka M; Paunonen M; Laippala P.	Importance of the midwife in the first-time mother's experi- ence of childbirth
Cinahl	childbirth in hospital	20	Ewan, J; Mottl- Santiago, J; Stubblefield, P; Walker, C; Winder, S; Vragovic O.	A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicul- tural setting
Cinahl	home childbirth	575	Carmoney, Pat; Laurel Merg, Andrea	Phenomenologi- cal Experiences: Homebirth after hospital birth

Cinahl	planned home birth	25	Henderson, A.D; Janssen, P.A; Vedam S.	The experience of planned home birth: views of the first 500 women.
Cinahl	support during labour	13	Cipolletta, Sabrina; Balasso, Silvia.	When everything seems right: the first birth experience of women in an Italian hospital
Cinahl	"birth in the hospital"	10	Liamputtong P.	Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in Northern Thailand.
Cinahl	planned home birth	26	Suzanne Miller and Joan Skinner	Are First-Time Mothers Who Plan Home Birth More Likely to Receive Evidence-Based Care? A Comparative Study of Home and Hospital Care Provided by the Same Midwives

Liite 2. Tutkimusaineiston analyysikehys

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Sauls, Donna 2004 Yh- dysvallat	Tunnistaa hoito- käytännöt, joita nuoret pitävät hyö- dyllisimpinä synny- tyksen aikana.	Kahdessa tek- sasilaisessa sai- raalassa 48 tunnin sisällä synnyttä- neet <20-vuotiaat, n=16.	Kyselylomake (BANSILQ-A), joka palautettiin synnytyssairaa- laan.	Kolmesta tuen pääkategori- asta (<i>emotio- naalinen, tie- dollinen ja konkreettinen</i>) emotionaalinen tuki koettiin hyödyllisim- mäksi, nuorten tarpeet keskit- tyvät enemmän kivunlievityk- seen kuin ai- kuisten.	Tarvitaan lisätutki- muksia suurem- malla ja vaihtele- vammalla määrällä nuoria tutkimuksen löydösten vahvista- miseksi.
Merg, An- drea Laurel ja Car- money, Pat 2012 Yhdysvallat	Tutkia tavanomai- sia teemoja niiden naisten joukossa, jotka valitsivat koti- synnytyksen aiem- man sairaalasyunny- tyksen jälkeen.	Naisia rekrytoitiin Pohjois- ja Etelä- Kaliforniassa yh- den kättilön ja kah- den synnytyskou- luttajan asiakas- listoilta, kaikki nai- set olivat koke- neet vähintään yhden kotisyunny- tyksen vähintään yhden sairaa- lasynnytyksen jäl- keen, n=11.	Kasetille äänite- tyt haastattelut, yhden osallistu- jan vastaus kir- jallisena, kysely- lomake koostui 91 avoimesta ky- symyksestä.	Tuloksissa ko- rostui synnyttä- jän ja kättilön välinen luotta- mus, joka muo- dostui jo ras- kauden aikana käytävässä vuorovaikutuk- sessa.	Tutkimukseen osal- listuneiden pieni lu- kumäärä ja tarkka maantieteellinen si- jainti rajoittavat tut- kimusta.

<p>Christians, Wendy; Verhaege, Mieke & Bracke, Piet 2008. Hollandi ja Belgia.</p>	<p>Vertailla synnytysodotuksia ja -kokemuksia neljässä naisryhmässä: belgialaiset ja hollantilaiset naiset koti- tai sairaalasyntytyksissä.</p>	<p>Naisia kutsuttiin osallistumaan tutkimukseen viiden sairaalan ja 27 kättilövastaanoton kautta kahdessa kaupungissa Belgiassa ja Hollannissa (Ghent ja Tilburg), kättilö tai synnytyslääkäri pyysi mukaan tutkimukseen, ikä >18 n=611.</p>	<p>Kysymyslomake raskausviikolla 30 sekä toinen lomake kahden viikon sisällä synnytyksestä, kuvaileva analyysi, hierarkinen lineaarinen malli.</p>	<p>Naisilla, jotka eivät synnyttäneet suunnitelmassaan ympäristössä, oli enemmän negatiivisia synnytyskokemuksia; kotisyntytystä suunnitelleet olivat optimisempia raskauden aikana ja kokivat synnytyksen positiivisemmin, kuin naiset, jotka suunnittelivat sairaalasyntytystä.</p>	<p>Tutkimusten mukaan kotona vastanneet naiset (tässä tutkimuksessa kotona synnyttäneet) ovat kriittisempiä vastauksissaan kuin sairaalassa vastanneet (sairaalassa synnyttäneet), mikä saattaisi jopa lisätä eroa koti- ja sairaalasyntytysten kokemusten välillä.</p>
<p>Henderson, Angela; Janssen, Patricia & Vedam, Saraswathi 2009, Kanada</p>	<p>Raportoida 559 naisen kokemuksia suunnitellusta kotisyntytystä kahden vuoden ajalta</p>	<p>Kysely toteutettiin kahden vuoden aikana osana Kanadan terveystieteiden ministeriön lainsäädännöllistä arviointia, jolloin maassa työskenteli 60 kättilöä, jotka antoivat kyselylomakkeen sellaisille asiakkailleen, jotka</p>	<p>Kyselylomake kotisyntytystä suunnittelevalle, jossa avoimia kysymyksiä synnytyksen positiivisista ja negatiivisista puolista. Tulosten kvalitatiivinen, tulkinnallinen/ selittävä kuvaus.</p>	<p>Naiset, jotka valitsivat kotisyntytystä kättilön avustamana, kokivat saaneensa tukea ja tietoa omasta hoidostaan sekä pystyivät vaikuttamaan siihen. Synnyttäjän luottivat kättilönsä taitoihin ja tietoon, sekä</p>	<p>Tulokset ovat rajalliset, sillä kaikkia kotisyntytystä ympäristöön liittyviä näkökulmia ei voida määrittää. Koska kyselyyn vastattiin anonymisti, ei löydösten oikeellisuutta voida vahvistaa.</p>

		suunnittelivat kotisynnytystä, n=559.		arvostivat kätilön viettämää aikaa koko perheen kanssa kotona synnytyksen ajan. Kätilön läsnäolo voimaannutti ja kohotti itsetuntoa.	
Miller, Suzanne & Skinner, Joan 2012, Uusi-Seelanti	Vertailla ensisynnyttäjien kokemuksia koti- ja sairaalasyntyksistä samojen kätilöiden hoitamana.	Tutkimusryhmät valittiin osallistuvien kätilöiden asiakkaiden joukosta. Aineistona synnytystä sairaalassa (n=116) ja kotona suunnittelevat (n=109). Molemmissa ryhmissä kyse oli ensisynnyttäjäistä.	Kyselylomake postitettiin kätilöille. Vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelmistolla kuvailevasti ja päättelemällä.	Sairaalassa synnyttäneet käyttivät enemmän lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä, synnytyksissä oli enemmän obstetrisia interventioita, synnytyksen jälkeinen verenvuoto oli suurempaa ja synnytys päättyi harvemmin alateitse kuin kotisynnytyksissä.	Kätilöt valikoituivat itse tutkimukseen, jolloin jotkut raporteista voivat olla puolueellisia koti- tai sairaalasyntyksiä kohtaan. Myöskään kätilöiden asenteisiin eri synnytysympäristöissä ei voida vaikuttaa. Tutkimukseen osallistuneiden kätilöiden määrä on pieni suhteessa kaikkiin Uusi-Seelantilaisiin kätilöihin, jolloin ei voida olettaa kaikkien ajattelevan samalla tavalla.
Lukkari, Liisa 1996, Suomi.	Kuvailla äitien kokemuksia hoitohen-	Kolmen kuukauden aikana Kätilöopiston sairaalassa alateitse	Osaston henkilökunta antoi kyselylomakkeen synnyttäneelle	Äidit olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa	Otos on vain yhdestä sairaalasta, joten se ei ole yleis-

	kilökunnan toiminnasta synnytystapahtumassa.	(n=110) ja keisarileikkauksella (n=110) synnyttäneet äidit.	äidille, joka halutessaan palautti sen osastolla olevaan suljetuun laatikkoon. Muuttujia vastavat avoimet kysymykset luokiteltiin vastusten perusteella. Selitettäviä muuttujia tarkasteltiin riskiintaulukoinnin avulla ja merkitsevyydestinä nominaaliteikollisissa muuttujissa käytettiin khiin neliötestiä.	hoitoon. Hoitosuhteen laatuun oltiin tyytyväisiä, kaikkien vastaajien mielestä hoitohenkilökunnalla oli aikaa olla heidän kanssaan. Nukutuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet kokivat saaneensa vähiten kannustusta ja tietoa. Fyysiseen ympäristöön oltiin tyytyväisiä.	tettävissä. Validiteettia laskee se, että tutkimuksessa operationalisoidut käsitteet eivät ole kaikkien tavoitteiden kohdalta (hoitohenkilökunnan ammattitaito ja hoitosuhde) riittävän tarkkoja ja yksityiskohtaisia.
Liampotong, Prance 2004 Thaimaa.	Tutkia, miten thaimalaiset naiset kokevat synnytyskokeen sairaalassa.	30 naista, jotka asuvat Chiang Maissa; 15 heistä taustaltaan ”keskiluokkaisia” ja 15 ”maalaistaustaista”, ensimmäiset naiset rekrytoitiin mukaan tutkijan omien yhteyksien kautta, loput ns. lumipallootannalla, n=30.	1-2 tuntia kestävä haastattelut tehtiin osallistujien kotona, haastattelut äänitettiin myöhemmää litterointia ja analyysia varten. Analysoitiin käytämällä fenomenologian ohjaamaa temaattista analyysia.	Turvallisuus oli pääsyy synnyttämiseen sairaalassa; naiset luottivat suuresti ja harvoin kyseenalaistivat sairaalassa tehtäviä rutiinitoimia; vuorovaikutuksen taso hoitavan henkilökunnan kanssa vaikutti	

				tyytyväisyyteen hoidon tasosta.	
Motti-Santiago, Julie; Walker, Catherine; Ewan, Jean; Vragovic, Olivera; Winder, Suzanne & Stubblefield, Phillip 2007 Yhdysvallat.	Ottaa selville, onko eroja synnytyksen ja imetyksen suhteen niillä äideillä, jotka ovat saaneet synnytyksenai-kaista tukea sairaalajahjelmasta ("Birth Sisters") ja niillä, jotka eivät ole doulien tukea saaneet.	Kaksi ryhmää: >37 raskausviikolla synnyttäneet, jotka saivat synnytyksen aikaista tukea doulilta (n=2174) ja >37 raskausviikolla synnyttäneet, jotka eivät saaneet doulien tukea synnytyksessä (N=9297). Yhteensä n=11 471.	Takautuva ko-horttianalyysi vertaili eroja keisarileikkausten määrässä, epiduraalipuudutuksen käytössä, operatiivisissa alatiesynnytyksissä, Apgar-pisteissä, imetyksaikkeissa ja varhaisen imetyksen aloituksen aloituk-sessa, seitsemän vuoden ajalta. Tulosten jakauma tutkittiin khiin neliö -testillä, Studentin t-testillä ja Wilcoxonin testillä. Log-binomiaalista regressiomallia käytettiin muuttujien välisen suhteiden arviointiin.	Doulien tukea saaneet äidit aikovat huomattavasti todennäköisemmin imettää ja aloittivat imetyksen yhden tunnin sisällä synnytyksestä; muissa tekijöissä (esim. Apgar-pisteet) ei ollut vertailuryhmien välillä merkittäviä eroja.	Koska Birth Sisters -doulaohjelma sisältää raskauden aikaista imetyskoulutusta, ei ole selkeää, johtuvatko erot imetyksessä koulutuksesta, synnytyksen aikaisesta tuesta vai näiden tekijöiden yhdistelmästä.
Laippala, Pekka; Paunonen, Marita & Tarkka,	Tutkia niitä tekijöitä jotka vaikuttavat ensisynnyttäjän synnytyskokemukseen	Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa v.1995 tammi- ja	Synnyttäjät saivat hoitavalta kätilöltä kyselylomakkeen, jonka palauttivat ennen	Ensisynnyttäjien positiiviseen synnytyskokemukseen	Koska tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastausprosentti korkea

Marja-Terttu 1999 Suomi		toukokuun välisenä aikana synnyttäneet ensisynnyttäjät (n=271)	sairaalasta kotiutumista. Osallistujat vastasivat strukturoituihin kysymyksiin eri aiheista positiivisesta negatiiviseen likertin asteikolla. Näistä määriteltiin yhteinen muuttuja. Koko asteikon sisältö määriteltiin sisällön analyysillä ja Cronbachin alfalla.	vaikuttavat hoitavan kätilön asenne ja asiantuntijuus, puolison myönteinen asenne raskautta kohtaan sekä synnytyksen lyhyt kesto.	83%, voidaan olettaa että vastaajat olivat motivoituneita osallistumaan.
Balasso, Silvia & Cipoletta, Sabrina 2011, Italia	Tutkia miten naiset kokevat synnytyksen ja saamansa hoidon sairaalassa.	Ensisynnyttäjät jotka synnyttäneet alateitse Italialaisessa Bussolengo Orlandin sairaalassa (n=20)	20-30min haastattelu joka nauhoitettiin sairaalassa 1-3 päivää synnytyksen jälkeen. Kvalitatiivinen tutkimus, jossa käytettiin ATLAS.ti ohjelmaa aineiston koodaukseen.	Naiset hyväksyivät sairaalassa lääketieteellisen puutumisen synnytyksen kulkuun, vaikka eivät olisi pitäneet siitä. Kätilöiden tuki ja siisti sairaalaympäristö koettiin tärkeänä.	Vastaajien pieni määrä rajoittaa tulosten yleistettävyyttä.

Liite 3. Sairaalasynnytyksiä käsittelevän aineiston jako kategorioihin

Sairaalasynnytykset	Synnytyksen hoito	Fyysinen hoito
		Yksilöllinen hoito
		Tiedollinen hoito
	Hoitoympäristö	Fyysinen hoitoympäristö
		Psyykkis-sosiaalinen hoitoympäristö
	Synnytyksenaikainen tuki	Emotionaalinen tuki
		Fyysinen tuki
		Tiedollinen tuki
		Naisen puolestapuhujana toimiminen
	Synnytyskokemus	Sisäinen kokemus
		Ulkoinen kokemus

Liite 4. Kotisynnytyksiä käsittelevän aineiston jako kategorioihin

Kotisynnytykset	Synnytyksen hoito	Fyysinen hoito
		Yksilöllinen hoito
		Tiedollinen hoito
	Hoitoympäristö	Fyysinen hoitoympäristö
		Psyykkis-sosiaalinen hoitoympäristö
	Synnytyksenaikainen tuki	Emotionaalinen tuki
		Fyysinen tuki
		Tiedollinen tuki
		Naisen puolestapuhujana toimiminen
	Synnytyskokemus	Sisäinen kokemus
		Ulkoinen kokemus

Liite 5. Koti- ja sairaalasyntyysten eroja käsittelevän aineiston jako kategorioihin

Koti- ja sairaalasyntyysten erot	Tuki
	Synnytyskokemus
	Interventiot
	Hoitava henkilökunta