

Emma Uusihakala 1204396
Jonna Virta 1204388

Synnytyksen aikainen jatkuva tuki suomalaisissa synnytyssairaaloissa äitien kokemana

Artikkelin kirjoitusprosessi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö AMK

Hoitotyö

Opinnäytetyö

10.11.2015

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Emma Uusihakala, Jonna Virta Synnytyksen aikainen tuki suomalaisissa synnytyssairaaloissa äitien kokemana 27 sivua + 4 liitettä 27.04.2015
Tutkinto	Kättilö AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Pirjo Koski, Kättilötyön lehtori, TtT
<p>Opinnäytetyö on prosessikuvaus artikkelin kirjoittamisesta ja suomenkielinen artikkeli on liitteenä. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat 1) Mitä synnytyksen aikainen tuki tarkoittaa ja mitä hyötyä siitä 2) Minkälaisesta synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta äidit kokevat hyötyvänsä eniten. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa artikkeli, joka auttaa lukijaa ymmärtämään kättilöiden antaman synnytyksen aikaisen tuen merkityksen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen määritelmä, selvittää lukijalle jatkuvan tuen hyötyjä, sekä Hyvä syntymä -hankkeen keskeisten tulosten julkistaminen.</p> <p>Opinnäytetyö on osa suomalaista Hyvä syntymä- hanketta, jonka tavoitteena on kehittää toimintamalli synnytyksen aikaisesta tuesta. Hankkeen interventiosairaaloina olivat Hyvinkään sairaala ja Oulun yliopistollinen sairaala, joissa tehtiin synnytyssalikätilöiden interventiokoulutus alku- ja loppumittausten välissä. Verrokkisairaaloina olivat Kuopion yliopistollinen sairaala, Tampereen yliopistollinen sairaala, Hämeenlinnan sairaala ja Salon sairaala.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tuloksena avattiin synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen osa-alueet, jotka ovat emotionaalinen, fyysinen ja tiedollinen tuki, sekä synnyttäjän puolella oleminen. Jatkuvan tuen hyötyjä ovat 1) synnytyksen aikainen jatkuva tuki vähentää sektioiden lukumäärää, 2) äidille jää positiivisempi synnytyskokemus, 3) kättilö pystyy paremmin arvioimaan synnytyksen etenemistä, 4) kättilöllä on parempi mahdollisuus luoda luottamuksellinen suhde synnyttäjään ja 5) synnytyksen kesto on lyhempi. Sairaaloiden lapsivuodeosastoilla vuosina 2012–2013 toteutetun kyselyn vastausten perusteella selvitettiin kaksitoista eniten auttavinta jatkuvan tuen muotoa. Ne ovat 1) kättilön luottamusta herättävä ja varma toiminta synnyttäjää hoitaessa, 2) synnyttäjän kipulääkityksestä huolehtiminen, 3) kunnioittava hoito, 4) yksilöllinen kohtaaminen, 5) kättilö kehui synnyttäjää, 6) kättilö sai tuntemaan synnyttäjän olon turvalliseksi 7) synnytyksen aikaisista tapahtumista kertominen, 8) Sairaalan rutiinien ja toimenpiteiden selittäminen, 9) kättilön totuudenmukaisuuden ja ymmärrettävyyden, 10) kättilö otti synnyttäjän mukaan päätöksentekoon 11) kättilön hyväksyvä asenne ja tilanteen normalisointi, 12) kättilö yritti toteuttaa synnyttäjän toiveita.</p> <p>Esille tulleita jatkotutkimusaiheita: kenen tarjoamasta tuesta äidit hyötyvät synnytyksen aikana eniten ja minkälaisesta jatkokoulutuksesta salikätilöt hyötyisivät eniten jatkuvan tuen integroimiseksi nykyisiin hoitokäytänteisiin.</p>	
Avainsanat	Jatkuva tuki, synnytys, äidin kokemus, kättilö

Authors Title Number of Pages Date	Emma Uusihakala, Jonna Virta Mothers' Experience of Support During Childbirth in Finnish Maternity Units 27 pages + 4 appendices 27 April 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor	Pirjo Koski, Senior Lecturer, Ph D
<p>The purpose of our study was to write an article about mothers' experiences of support during childbirth and to describe this writing process. The research questions of our study were 1) how is the labor support defined and what the benefits of it are 2) what kind of support mothers find the most effective. To get evidence-based answers for these questions, we made a systematic literature review and used results of Finnish Hyvä syntymä -study.</p> <p>The quantitative study made by Hyvä syntymä -project collected data from six maternity units in Finland from the mothers of newborn babies. We present results of this data as a part of our article.</p> <p>As a result of the literature review we found that labor support can be divided into four dimensions: emotional and physical support, information giving and parturient advocacy. The results showed many benefits of continuous support, five most common in literature were 1) less caesarean births, 2) more positive feelings about childbirth experience, 3) midwife's better ability to assess the labor progress, 4) midwife's better ability to build trusting rapport with the parturient and 5) shorter length of labor. Twelve most effective methods of support based on Hyvä syntymä -study are 1) midwives confidence-inspiring and secure actions, 2) taking care of pain relief medication, 3) midwives respectful care, 4) midwives individual encounter, 5) being praised by the midwife, 6) the midwife making parturient feel safe 7) being told about intrapartum events, 8) being explained the hospitals routines and procedures, 9) midwives truthful and understandable communication, 10) being able to participate in decision making 11) midwives approving attitude and normalization of the situation and 12) the midwife trying to satisfy parturients' wishes.</p> <p>The results lead to the conclusion that continuous support during labor is important and there is no need for future reassurance in that field. Instead, we propose a study to find out who's support will benefit the mothers the most and from what kind of further training midwives would benefit when the intended purpose is to include information about continuous support to their current care methods.</p>	
Keywords	Continuous support, child birth, mothers experience, midwife

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Artikkelin aiheen suunnitelma- ja jäsennysvaihe	2
2.1	Tarkoitus ja tavoite	2
2.2	Artikkeli osana laajempaa hanketta	2
2.3	Tiedonhaun kuvaus	3
2.4	Aihevaiheen prosessikuvaus	4
3	Artikkelin suunnitelmavaihe	5
3.1	Opinnäytetöiden esittely	5
3.2	Keskeiset käsitteet	10
3.2.1	Kätilön määritelmä ja ”hyvä kätilöys”	10
3.2.2	Syntymän vaiheet ja kätilön rooli eri vaiheissa	12
3.2.3	Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen määritelmät	14
3.2.4	Synnytyksen aikaisen tuen muotoja	16
3.2.5	Operatiivinen synnytys	17
3.3	Suunnitelmavaiheen prosessikuvaus	17
4	Artikkelin toteutusvaihe	18
4.1	Artikkelin kirjoitusprosessi	18
4.1.1	Artikkelin kirjoitusohjeet	19
4.2	Tulokset	20
4.2.1	Tutkimuksista esiin nousevat jatkuvan tuen hyödyt	20
4.2.2	Hyvä syntymä -hankkeen tulokset	21
4.3	Opinnäytetyön hyödyntäminen	22
5	Pohdinta	22
	Lähteet	25
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaun kuvaus	
	Liite 2. Tutkimusten analyysi	
	Liite 3. Sisällönanalyysi	
	Liite 4. Artikkel	

1 Johdanto

Tulevina kätilöinä halusimme hakea opinnäytetyöhön, joka edesauttaa kehittymistämme kätilöinä ja mahdollistaa osallistumisen kätilötyön kehittämiseen. Hyvä syntymä -hanke oli mielestämme juuri sopiva tähän tarkoitukseen. Hyvä syntymä -hankkeen tavoitteena on kehittää toimintamalli synnytyksen aikaisesta tuesta, edistää näyttöön perustuvaa kätilötyötä ja kehittää kätilötyön koulutusta. (Hyvä syntymä -hanke 2012: 1,5.) Hanke toimii opinnäytetyön perustana ja näkökantaa ohjaavana tekijänä.

Keskeinen osa tätä opinnäytetyötä on artikkelin kirjoittaminen aiheesta tehtävän kirjallisuuskatsauksen pohjalta, sekä aiemmin aiheesta tehtyjen opinnäytetöiden (Leskinen – Kahelin 2014; Heikkilä – Vuorikoski 2014) tulosten perusteelta. Opinnäytetyö on myös kuvaus artikkelin kirjoitusprosessista vaihe vaiheelta ja valmis artikkeli on opinnäytetyön liitteenä (liite 4). Artikkelin sisältää näyttöön perustuvaa tietoa jatkuvasta tuesta ja tutkimustuloksia äitien näkökulmasta.

Opinnäytetyö etenee opinnäytetyöskentelyn mukaisesti aihevaiheesta suunnitelmavaiheeseen ja edelleen toteutusvaiheeseen. Artikkelin kirjoittamiseen liittyvällä prosessin kuvauksella voidaan jatkossa helpottaa tulevia opinnäytetyöntekijöitä, jotka valitsevat samanlaisen työskentelymenetelmän. Opinnäytetyötä tehtiin vuosina 2014 ja 2015.

Opinnäytetyön aihe nousee työelämän tarpeesta kehittää synnytyksen aikaista tukea, joka on yksi synnytysosastolla työskentelevien kätilöiden perustehtävistä. Hyvä syntymä -hankkeen tutkimus ja siitä tähän opinnäytetyöhön tehty artikkeli auttavat parhaimmillaan yhtenäistämään hoitokäytänteitä tutkittuun tietoon perustuen.

2 Artikkelin aiheen suunnitelma- ja jäsennysvaihe

2.1 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyöskentelyn alussa määritellään työn tarkoitus ja tavoite. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kirjoittaa artikkeli aiheesta ”Synnytyksen aikainen jatkuva tuki äitien kokemana”. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen määritelmä, selvittää lukijalle jatkuvan tuen hyötyjä, sekä Hyvä syntymä -hankkeen keskeisten tulosten julkistaminen. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Mitä synnytyksen aikainen tuki tarkoittaa ja mitä hyötyä siitä?
- 2) Minkälaisesta synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta äidit kokevat hyötävänsä eniten?

Opinnäytetyön tuotoksena syntyvän artikkelin tavoitteena on selvittää kättilöiden antaman synnytyksen aikaisen tuen merkitystä. Tarkoituksena on kertoa suomalaisen Hyvä syntymä -hankkeen keskeiset tulokset kansainväliselle lukijalle synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen hyödyllisyydestä äitien kokemusten osalta. Artikkelin tutkimuskysymys on:

- 1) Minkälaisesta synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta äidit kokevat hyötävänsä eniten?

2.2 Artikkelin osana laajempaa hanketta

Opinnäytetyö on osa Hyvä syntymä -hanketta. Hankkeen tavoitteena on tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella kehittää synnytyksenaikaisesta tuesta toimintamalli. Hankkeen tarkoituksena on selvittää onko synnytyksen aikaisella jatkuvalla tuella vaikutusta synnytyksen kulkuun ja vastasyntyneen ja vanhempien ensikontaktiin. Hankkeen tavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa kättilötyötä ja kehittää kättilötyön koulutusta. (Hyvä syntymä -hanke 2012: 1, 5.)

Hankkeen kokeilusairaaloina olivat HUS/ Hyvinkään sairaala ja Oulun yliopistollinen sairaala (OYS). Verrokkisairaaloina olivat Kuopin yliopistollinen sairaala (KYS), Tampereen yliopistollinen sairaala (TAYS), KHSHP/ Hämeenlinnan sairaala ja TYKS/ Salon sairaala. Hankkeen alkukyselyt toteutettiin kokeilu- ja vertailusairaaloissa huhti- ja toukokuussa

2012, paitsi Salossa 2012–2013 vuoden vaihteessa. (Hyvä syntymä -hanke 2012: 3, 4.) Alkumittausten jälkeen syksyllä 2012 aloitettiin interventiosairaaloissa (Oulun yliopistollisessa sairaalassa ja Hyvinkään sairaalassa) lyhytkestoinen workshop synnytyssalikätilöiden koulutus (Koulutussuunnitelma 2012). Loppukyselyt tehtiin tammi-huhtikuussa 2013. Oulun, Kuopion ja Tampereen yliopistollisiin sairaaloihin lähetettyjen kyselyiden vastausprosentti oli 70,5 % (n=1269). Hyvinkään, Hämeenlinnan ja Salon sairaaloihin lähetettyjen kyselyiden vastausprosentti oli 70,9 % (n=851). Kyselylomakkeena käytettiin Bansil-Q-mittaria. (Hyvä syntymä -hanke 2012: 2-4.) Kyselyiden tuloksia on analysoitu Metropolian opinnäytetöissä. Metropolian uusimmat opinnäytetyöt ”Äitien näkemyksiä syntymänaikaisen jatkuvan tuen toteutumisesta/ Suomalainen hoitoympäristö: Hyvinkää, Hämeenlinna, Salo” (Heikkilä – Vuorikoski 2014.) ja ”Jatkuva tuki synnyttäjän hoidossa suomalaisessa hoitoympäristössä äitien arvioimana/ Oulun, Kuopion ja Tampereen yliopistolliset sairaalat” (Leskinen – Kahelin 2014.) toimivat tämän opinnäytetyön lähteinä tulosten osalta.

Tässä opinnäytetyössä tehtävä suomenkielinen artikkeliehdotus toimitetaan Hyvä syntymä -hankkeelle ja myöhemmin muokkaamisen jälkeen sitä tarjotaan julkaistavaksi kansainvälisessä hoitotieteellisessä Midwifery -lehdessä.

2.3 Tiedonhaun kuvaus

Opinnäytetyön pääaineistona on kaksi Metropolian ammattikorkeakoulussa vuonna 2014 Hyvä syntymä -hankkeelle tehtyä opinnäytetyötä (Leskinen – Kahelin 2014; Heikkilä – Vuorikoski 2014). Opinnäytetöiden keskeisiä tuloksia käsitellään kappaleessa 3.1 Opinnäytetöiden esittely. Lisäksi aiheesta ”synnytyksen aikainen jatkuva tuki äidin kokeman” tehtiin kirjallisuuskatsaus, jossa haettiin tutkittua tietoa neljästä eri tietokannasta. Aineistoa tietoperustan tueksi haettiin suomenkielisestä tietokannasta Medic, joka sisältää viitteitä suomalaisesta lääke- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. Hakusanoina käytettiin: ”jatkuva tuki” ja ”syntymä”. Englanninkielisiä tunnettuja ja arvostettuja tietokantoja on useita, opinnäytetyötä varten valittiin EBSCO, PubMed ja JBI (Ovid) niiden helppokäyttöisyyden vuoksi. Artikkeleja haettiin hakusanojen ja/tai otsikkojen sanojen perusteella. Englanninkielisiä hakusanoja oli lukuisia (liite 1). Aineisto rajattiin koskemaan vain viimeisen viiden vuoden (2009–2014) aikana julkaistua materiaalia, mahdollisimman tuoreen tiedon saamiseksi.

Tietokannat jaettiin ja artikkeleita etsittiin ensin itsenäisesti, yhdessä kuitenkin käytiin otsikoita lävitse. Osa artikkeleista oli samoja, joten kaksoskappaleet karsittiin heti. Artikkelit valittiin sen perusteella, että ne olivat saatavilla kokonaisina. Tiedonhaun toteutuksen taulukossa (liite 1) tämä ilmenee hylättyinä artikkeleina tiivistelmän perusteella. Hakusanoilla saatiin tietokannoista paljon hakusanoja vastaavia tuloksia, aineistoa karsittiin aluksi otsikon ja sitten tiivistelmän perusteella. Osa artikkeleista hylättiin niiden näkökulman perusteella. Jäljelle jääneisiin artikkeleihin ja tutkimuksiin perehdyttiin syvällisesti ja lopuksi valittiin koko tekstin perusteella sopivimmat tutkimukset ja kirjallisuuskatsaukset. Lisäksi etsittiin aiheeseen sopivia artikkeleja manuaalisella haulla Midwifery -lehdistä, sekä Internetistä esimerkiksi Kätilöliiton verkkosivuilta. Artikkelisiin valitut tutkimukset esitellään Tutkimusten analyysi -taulukossa (liite 2).

2.4 Aihevaiheen prosessikuvaus

Ensimmäisessä opinnäytetyön projektikohtaisessa ohjauksessa, toukokuussa 2014, tavattiin ohjaava opettaja ja valittiin synnytyksen aikaiseen tukeen liittyvän opinnäytetyön täsmennetty aihe. Vaihtoehtoina oli äitien näkökulma, isien näkökulma ja kätilöiden näkökulma. Lisäksi vaihtoehtona oli syntymärekisteriin kirjattujen tietojen ja äitien näkökulman vertailu.

Tämän opinnäytetyön aiheeksi valittiin äitien näkökulma. Kun tiedetään minkälaista tukea äidit erityisesti kaipaavat, osataan paremmin huomioida juuri ne asiat ja mahdollistaa kullekin äidille yksilöllinen ja onnistunut synnytyskokemus. Jatkuvan tuen puute tai tarpeisiin vastaamaton tuki vuorostaan heikentää synnytyskokemusta, lisää tutkimusten mukaan sektioiden lukumäärää ja synnytyksiin puuttumista. (Ross-Davie – McElligott – King – Little 2014: 19–20; Aune – Hvaal Amundsen – Skaget Aas 2014: 89.) Oikeanlaisen ja riittävän tuen tarjoaminen on siksi ensisijaisen tärkeää.

Opinnäytetyön aihevaiheessa päätettiin myös työmenetelmistä. Opinnäytetyössä tehdään kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö on myös kuvaus opinnäytetyöprosessin etenemisestä vaihe vaiheelta, tietoperustan keräämisestä aina artikkelin kirjoittamiseen. Artikkelin kirjoittamiseen liittyvällä prosessin kuvauksella voidaan jatkossa helpottaa tulevia opinnäytetyöntekijöitä, jotka valitsevat samanlaisen työskentelymenetelmän.

Aihevaiheessa aloitettiin tiedonhaku ja määriteltiin keskeiset käsitteet. Opinnäytetyön tietoperustana päätettiin käyttää mahdollisimman tuoreita kansainvälisiä tutkimuksia synnytyksen aikaisen tuen merkityksestä, jotta myöhemmissä vaiheissa voidaan arvioida onko muualla maailmassa saatu samanlaisia vai poikkeavia tuloksia äitien kokemuksista, kuin Suomeen sijoittuvassa tutkimuksessa. Pääpaino opinnäytetyössä on kuitenkin suomalaisesta tutkimuksesta saaduissa tuloksissa ja siksi työ päädyttiin otsikoimaan ”Synnytyksen aikainen jatkuva tuki suomalaisissa synnytyssairaaloissa äitien koekema”. Aihe ja sen hetkinen työ esiteltiin lokakuussa 2014 aihe-seminaarissa.

3 Artikkelin suunnitelmavaihe

3.1 Opinnäytetöiden esittely

Hyvä Syntymä hankkeeseen tehdyissä opinnäytetöissä (Heikkilä – Vuorikoski 2014; Leskinen – Kahelin 2014.) esitellään sairaaloille lähetettyjen kyselylomakkeiden tulokset. Kyselylomakkeessa on 22 kysymystä äidin näkökulmasta käsittäen synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen neljä osa-aluetta: fyysinen, emotionaalinen, tiedollinen ja puolesta puhuminen. Kyselylomakkeessa oli myös kysymyksiä koskien kumppanin tukemista, varhaisista vuorovaikutusta ja ensi-imetystä. Kyselyn tulokset: synnytyksen aikaisen fyysisen tuen auttavimmat muodot olivat kättilön luottamusta herättävä ja varma toiminta synnyttäjää hoitaessa sekä synnyttäjän kipulääkityksestä huolehtiminen. (Leskinen – Kahelin 2014: 49.)

Taulukko 1. Kättilön luotettavuus ja varmuus (Leskinen – Kahelin 2014: 18; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 18.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	74,5 70,5	20,5 22,6	0,0 0,0
TAYS	73,8 73,9	21,3 22,6	0,4 0,4
OYS	76,2 70,5	20,4 22,3	0 1
Hyvinkää	76,7 76,7	17,9 19,8	1,2 1,1
KHSHP	78,3 74,0	19,4 24,0	0,8 0,0
Salo	74,2	19,6	1,0

	79,0	17,1	0,9
--	------	------	-----

Taulukko 2. Kipulääkityksestä huolehtiminen (Leskinen – Kahelin 2014: 18; Heikkilä - Vuorikoski 2014; 17.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	67,4 66,9	23,9 28,1	7,5 11,0
TAYS	64,3 63,2	24,9 25,0	9,1 9,3
OYS	74,5 68,6	17,4 23,8	0 1
Hyvinkää	70,9 73,0	19,7 20,8	11,3 8,1
KHSHP	73,0 73,6	21,4 24,2	3,1 4,2
Salo	61,4 58,4	24,1 23,6	13,5 16,0

Auttavimmat emotionaalisen tuen muodot olivat äidin kehuminen, kunnioittava ja yksilöllinen hoitaminen sekä turvallisen olon luominen. (Leskinen – Kahelin 2014: 23, 49; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 22, 23.)

Taulukko 3. Synnyttäjän kehuminen (Leskinen – Kahelin 2014: 23; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 23.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	78,1 80,0	18,4 14,8	2,0 2,2
TAYS	72,2 73,6	21,2 24,5	1,6 3,1
OYS	82,8 70,5	13,3 21,8	1,5 1,0
Hyvinkää	83,8 80,5	12,1 16,6	0,8 2,9
KHSHP	83,8 80,9	13,3 18,1	1,5 2,1
Salo	77,1 78,8	17,7 19,2	2,0 1,9

Taulukko 4. Kunnioittava hoito (Leskinen – Kahelin 2014: 23; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 22.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	66,0	31,5	0,0

	49,3	39,9	0,0
TAYS	64,2 56,1	30,5 34,6	0,0 1,0
OYS	73,4 62,1	24,3 29,7	1,0 0,0
Hyvinkää	62,2 67,1	30,9 25,4	0,0 1,1
KHSHP	69,0 59,4	24,8 37,5	0,8 0,0
Salo	66,0 63,2	32,0 28,0	1,0 0,0

Taulukko 5. Yksilöllisyyden huomioiminen (Leskinen – Kahelin 2014: 23; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 22.)

Sairaala	auttoi todella paljon alku % loppu %	auttoi melko paljon alku % loppu %	ei kokemusta alku % loppu %
KYS	70,7 67,9	24,7 26,3	0,0 0,7
TAYS	70,7 68,1	22,4 24,9	0,0 0,0
OYS	80,3 66,7	16,6 27,2	0,4 0,0
Hyvinkää	75,5 79,1	20,8 20,3	0,4 1,7
KHSHP	73,1 76,0	21,5 22,9	0,0 0,0
Salo	76,5 74,5	20,4 19,8	0,0 0,0

Taulukko 6. Kätilö sai synnyttäjän tuntemaan olonsa turvalliseksi (Leskinen – Kahelin 2014: 23; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 22,23.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	65,5 58,8	26,7 24,4	3,0 5,1
TAYS	61,6 62,5	27,8 25,9	3,3 5,7
OYS	76,0 61,7	17,7 27,5	2,3 1,0
Hyvinkää	64,1 64,7	28,3 30,6	3,3 2,9
KHSHP	67,4 61,1	26,4 29,5	0,8 1,0
Salo	62,5 70,8	29,2 20,8	2,0 0,0

Tiedollisen tuen muodoista synnyttäjät kokivat auttavimmiksi synnytyksen aikaisista tapahtumista kertomisen, päätöksen tekoon osallistumisen, rutiinien ja toimenpiteiden selittämisen sekä kättilön totuudenmukaisuuden ja ymmärrettävyyden. (Leskinen – Kahelin 2014: 27, 49; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 27, 28.)

Taulukko 7. Synnytyksen aikaisista tapahtumista kertominen (Leskinen – Kahelin 2014: 27; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 28.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	57,2 60,2	35,6 26,3	3,0 3,6
TAYS	54,6 55,8	35,7 32,7	2,1 4,4
OYS	69,0 55,0	23,8 32,8	3,1 3,1
Hyvinkää	57,6 57,0	30,9 30,2	2,5 1,1
KHSHP	65,6 62,1	27,3 30,5	1,5 1,0
Salo	57,7 66,3	34,0 24,0	1,0 1,9

Taulukko 8. Kättilö vastasi totuuden mukaisesti ja ymmärrettävästi (Leskinen – Kahelin 2014: 27; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 28–29.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	64,3 55,1	30,1 36,2	1,5 0,0
TAYS	65,4 61,7	25,9 31,3	0,4 0,4
OYS	76,1 64,1	19,7 28,1	0,4 1,5
Hyvinkää	68,2 63,4	26,8 28,5	1,6 1,1
KHSHP	73,8 63,4	20,0 29,0	0,0 1,1
Salo	66,3 68,6	25,5 21,9	0,0 0,9

Taulukko 9. Kättilö selitti sairaalan rutiinit ja toimenpiteet (Leskinen – Kahelin 2014: 27; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 27–28.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	50,5	37,5	4,0

	42,9	39,8	3,6
TAYS	51,5 44,9	35,6 40,3	2,8 5,3
OYS	60,4 47,3	32,0 33,9	3,8 4,1
Hyvinkää	46,6 49,7	39,7 34,1	2,5 4,0
KHSHP	60,2 50,0	29,7 36,5	1,5 0,0
Salo	56,3 62,3	33,3 26,4	2,0 0,0

Taulukko 10. Kätilö otti synnyttäjän mukaan päätöksentekoon (Leskinen – Kahelin 2014: 27; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 28.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	63,4 51,9	25,3 36,6	6,5 5,1
TAYS	46,3 50,7	38,1 37,2	5,3 5,7
OYS	60,4 54,1	25,7 31,4	5,8 5,1
Hyvinkää	51,5 47,3	33,6 40,0	4,6 5,2
KHSHP	65,6 58,1	24,2 30,1	1,5 3,5
Salo	49,5 56,7	33,7 28,8	2,1 1,0

Neljännän osa-alueen, eli synnyttäjän puolella olemisen auttavimmaksi muodoksi synnyttäjät kokivat kätilön hyväksyvän asenteen ja kätilö yritti toteuttaa synnyttäjän toiveita. (Leskinen – Kahelin 2014: 49; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 32.)

Taulukko 11. Hyväksyminen ja tilanteen normalisointi (Leskinen – Kahelin 2014: 31; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 32.)

Sairaala	Auttoi todella paljon alku % loppu %	Auttoi melko paljon alku % loppu %	Ei kokemusta alku % loppu %
KYS	69,2 58,9	20,5 32,6	7,5 6,5
TAYS	61,0 57,6	27,7 30,5	6,1 10,2
OYS	68,6 59,2	23,3 30,2	5,8 7,3
Hyvinkää	62,9 69,1	23,1 19,8	7,9 6,9
KHSHP	68,9 65,5	22,7 23,8	7,8 12,5

Salo	67,0	22,3	4,1
	66,0	24,7	8,5

Taulukko 12. Kätilö yritti toteuttaa synnyttäjän toiveita (Leskinen – Kahelin 2014: 31; Heikkilä – Vuorikoski 2014: 32.)

Sairaala	Auttoi todella paljon		Auttoi melko paljon		Ei kokemusta	
	alku %	loppu %	alku %	loppu %	alku %	loppu %
KYS	62,8		26,6		6,0	
	53,0		29,5		3,6	
TAYS	55,0		31,6		5,3	
	60,5		28,8		6,1	
OYS	66,1		21,8		4,6	
	58,1		29,0		4,6	
Hyvinkää	60,2		23,9		7,4	
	60,4		28,3		9,1	
KHSHP	60,5		31,5		4,6	
	58,9		28,9		6,3	
Salo	59,4		27,1		2,0	
	57,4		24,8		4,7	

3.2 Keskeiset käsitteet

Euroopassa kätilön ammatti on vanhin naisten koulutusammatti. Kätilökoulutus on saanut alkunsa Euroopassa; Kreikassa, Ranskassa ja Saksassa on varhaisimpia merkintöjä koulutetuista kätilöistä. (Paananen – Pietiläinen – Raussi-Lehto - Väyrynen – Äimälä 2009: 17.) Suomessa kätilön taidot olivat pitkään kansanomaiset, elämäkokemuksen ja itse-oppimisen kautta karttuneet. Synnytyksiin liittyikin noina aikoina paljon taikauskoa, Kristinuskoon liittyviä uskomuksia ja muita epäammattillisia käytänteitä. Näitä vanhoja viisaita naisia on nimitetty monilla nimillä, kuten ”kätyri”, Ruotsi-Suomen aikaan ”paarmurska” (ruotsin sanasta Barnmorska) tai myöhemmin ”pirttimuori”. (Hänninen 1965: 9, 12–13.) Nykyään kätilön työ on hyvin tarkkaan määriteltyä. Tässä kappaleessa esitellään opinnäytetyön kannalta keskeisimpiä käsitteitä kätilötyöhön liittyen.

3.2.1 Kätilön määritelmä ja ”hyvä kätilöisyys”

Kätilö on henkilö, joka on suorittanut kätilökoulutuksen ja rekisteröity kätilöluetteloon ja/tai saanut laillisen luvan suorittaa kätilön ammattia (ICM International Definition of the Midwife 2011). Suomessa ammattioikeuden kätilölle myöntää Valvira, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Lupa myönnetään laissa määritellyin perustein siten,

että kättilön ammattinimekkeellä työskentelevällä tulee olla valtioneuvoston määrittelemä ammattiin johtava koulutus ennen laillistamista. (Valtioneuvoston laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1200/2007 § 5.) Kättilön työ käsittää naisen raskauden, synnytyksen aikaisen ja jälkeisen hoidon, sekä vastasyntyneen hoidon. Kättilö antaa ohjausta, hoitoa, neuvoa ja tukea. Kättilön antama hoito sisältää ennaltaehkäisevät toimenpiteet, äidin ja lapsen epänormaalin tilan selville saamisen sekä lääkärin tai muun asianmukaisen avun hankkimisen. Myös hätätoimenpiteiden suorittaminen on kättilön vastuulla jos lääkäriä ei ole saatavilla. Kättilö tehtäviin kuuluu myös naisen ja perheen terveysneuvonta- ja kasvatusta, myös koko yhteiskunnan piirissä. (ICM International Definition of the Midwife 2011; Kättilön määritelmä.)

Hyvä kättilö on synnytyksessä mukana läsnäolollaan ja tukea antamassa, enemmän kuin automaattisesti synnytyksen kulkuun puuttuen. Kättilön tuki ja läsnäolo auttavat synnyttäjää kokemaan olonsa luottavaiseksi ja pärjäävänsä synnytyksen aikana. Ilman tukea äiti saattaa kokea olonsa yksinäiseksi, hylätyksi ja turvattomaksi. ”Hyvään kättilöyteen” ei riitä, että vain oven suusta kysyy synnyttäjän vointia. ”Hyvä kättilöyys” sisältää jatkuvan läsnäolon ja tuen tarjoamisen; yksinkertaisesti läsnä olemista ja ajan viettämistä synnyttäjän tai pariskunnan kanssa, samalla kun kättilö tarkkailee vauvan vointia ja synnytyksen etenemistä. (Aune ym. 2014: 91–92.) Hyvä kättilö huomioi synnyttäjät yksilöllisesti, tunnistaa naisen voimavarat ja kyvyn synnyttää sekä huomioi heidän erilaiset tuen tarpeet (Aune ym. 2014: 93; Laatus kättilötyöhön 2004: 13). Kättilön ja synnyttäjän välinen vuorovaikutussuhde on kättilötyön tärkeä osa-alue ja kättilön tulee pyrkiä luomaan hyvä hoitosuhde, jossa molemmat osapuolet ovat aktiivisia vaikuttajia. Tarvittaessa kättilö toimii synnyttäjän puolestapuhujana. Kättilön ja synnyttäjän välinen suhde edellyttää luottamusta ja sisältää yhteisen ymmärryksen kautta jaetun vastuun ja hallinnantunteen. Synnyttäjälle tämä vuorovaikutussuhde on tärkeä ja voi vaikuttaa synnytyskokemukseen. Synnytyskokemuksen tulisi olla positiivinen, traumaattinen synnytyskokemus voi vaikuttaa naisen itsetuntoon ja saada naisen kokemaan itsensä epäpäteväksi äidiksi. (Aune ym. 2014: 92–93.) Kättilön näkökulmasta synnytys on luonnollinen tapahtuma. Kättilön tulee pystyä kohtaamaan ja tukemaan perheitä myös erilaisissa kriisitilanteissa. (Laatus kättilötyöhön 2004: 13.) Jotta kättilö voi onnistua luottamuksellisen suhteen luomisessa ja hyvässä suhteessa synnyttäjän kanssa, tulee hänen luottaa itseensä ja ammattitaitoonsa (Aune ym. 2014: 91). Englannissa toimivassa Nursing and Midwifery Council (NMC):ssa käytetään neljää hyvän kättilön periaatetta, joita ilman kättilö ei voi työskennellä ammatillisesti ja turvallisesti. Periaatteet ovat 1) yksilöllisen hoidon antaminen ja

yksilön arvon kunnioittaminen, 2) moniammatillinen työskentely ja terveyden edistäminen, 3) korkeatasoisen työtavan ja hoitotyön noudattaminen ja ylläpitäminen, 4) olemalla tinkimättömän avoin ja rehellinen, sekä pitämällä ammatillista mainetta yllä. (Borrelli 2014: 4.)

3.2.2 Syntymän vaiheet ja kättilön rooli eri vaiheissa

Ensimmäisessä synnytyksen vaiheessa, avautumisvaiheessa, kohdunsuu alkaa avautua ja kohtu supistelee säännöllisesti vähintään kymmenen minuutin välein. Avautumisvaiheen latentissa vaiheessa kohdunkaula pehmetessään häviää ja kääntyy takaa johdoviivaan. Latenttivaihe voi kestää jopa kaksi vuorokautta, uudelleen synnyttäjillä se voi olla huomattavasti lyhempi. Avautumisvaiheen aktiivisessa vaiheessa kohdunsuu on avautunut 3-4 senttimetriä ja supistukset ovat voimakkaampia, pitkäkestoisempia ja tiheämpiä kuin latenttivaiheessa. Sikiön pää laskeutuu synnytyskanavaan. (Sariola – Tikkanen 2011a.) Nykyaikainen tapa synnyttää sairaaloissa ja synnytysten keskittäminen suurimpiin kaupunkeihin vaikuttaa myös synnyttäjän saaman tuen määrään (Hodnett – Gates – Hofmeyer – Sakala 2013: 2). Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin (HUS) suositus on, että avautumisvaiheen alussa naisen on turvallista olla kotonaan ja käyttää rentoutumiseen ja kivunlievitykseen luonnollisia keinoja, kuten lämmintä suihkua, liikkuamista tai alaselän hierontaa (Supistukset 2014).

HUS antaa ohjeistusta myös sairaalaan lähdön ajankohdasta ja kannustaa synnyttäjää tunnustelemaan vointia aluksi kotona ja kehottaa synnyttäjää lähtemään sairaalaan vasta kun supistukset ovat jatkuneet säännöllisinä ja voimistuvina vähintään kahden tunnin ajan ja ovat niin kovia, ettei niiden aikana pysty puhumaan ja/tai supistukset tulevat säännöllisesti alle viiden minuutin välein ja/tai kotonaolo ei tunnu enää hyvältä. Kättilön antamaksi alkuvaiheen tueksi voidaan laskea ainoastaan puhelimitse annettava tuki ja arvio sairaalaan lähdön ajankohtaisuudesta. (Supistukset 2014.) Edellä olevan ohjeistus koskee matalan riskin synnytyksiä. Jos synnytys käynnistyy verisen tai vihreän lapsiveden menolla, tai lapsivesi menee kun kyseessä on tiedetty perätila tai monisikiöinen raskaus tulee sairaalaan lähteä heti. Myös jatkuva kova kipu, ponnistamisen tarve, runsas liikkumattomuus, sikiön liikkeiden väheneminen ja raskausmyrkytyksen oireet ovat aiheita ottaa yhteyttä synnytyssairaalaan viipymättä. (Milloin lähteä sairaalaan? 2014.)

Toinen vaihe jaetaan laskeutumisasiheeseen ja ponnistusvaiheeseen. Laskeutumisasihe katsotaan alkavaksi kun kohdunsuun reunoja ei ole tunnusteltavissa ja kohdunsuu

on 10 senttimetriä auki. Laskeutumisvaiheessa sikiön pää on kiertynyt niin, että lakisauha on suorassa mitassa suhteessa symfyysiin ja laskeutuu synnytyskanavaan. Ponnistusvaiheessa synnyttäjälle tulee supistusten aikana tarve ponnistaa. Pään tulisi syntyä rauhallisesti, jotta kudokset vähitellen venyvät ja repeämisen riski pienenee. Pään synnyttyä autetaan ensin ylempi hartia ulos ja seuraavaksi alempi hartia. Tämän jälkeen kevyesti vetämällä kainaloista lapsi syntyy. (Sariola – Tikkanen 2011b.) Kätilön rooli synnytyksessä on olla tukihenkilö, opettaja, asianajaja sekä jatkuvuuden tuoja. Kätilön tarjoama synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen neljä osa-aluetta ovat emotionaalinen, fyysinen/konkreettinen, tiedollinen tuki ja naisen puolesta puhuminen. (Leppäaho – Koski 2013: 6.) Toisen vaiheen jatkuvan tuen merkitys koettiin niin keskeiseksi, että se avattiin omaksi alaotsikokseen ”3.2.3 Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen määritelmät”.

Synnytyksen kolmannessa vaiheessa kohtu alkaa supistua nopeasti ja istukka syntyy. Istukan syntymää autetaan painamalla vatsan päältä kohdun pohjaa ja vetämällä kevyesti napanuorasta. Normaali verenvuoto tässä vaiheessa on noin 500 millilitraa. Nopea kohdun supistuminen ehkäisee verenvuotoa. (Sariola – Tikkanen 2011c.) Oksitosiini auttaa kohtua supistumaan ja korkea oksitosiinin määrä vaikuttaa myös suotuisasti rintamaidon nousuun ja äidin hoivavietin kehittymiseen (Baker 2010: 667). Kätilön jatkuva tuki läpi synnytyksen on tärkeää äidin synnytyskokemuksen kannalta. Hyvä synnytyskokemus ja kätilön jatkuva läsnäolo edistää äidin kiintymystä vauvaan ja perheen fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia myös varsinaisen syntymän jälkeen. (Aune ym. 2014: 89.) Positiivinen synnytyskokemus on yhteydessä positiivisiin tuntemuksiin äitiyttä kohtaan ja vähäisempään vanhemmuuteen liittyvään stressiin ja ahdistuneisuuteen (Ross-Davie - Cheyne 2014: 56).

Välitön syntymänjälkeinen äidin ja lapsen ihokontakti edistää keskinäisen siteen muodostumista ja imetyksen aloittamista. Varhainen ihokontakti nostattaa oksitosiinin määrää äidin elimistössä. Vastasyntyneen hengitys rauhoittuu ihokontaktissa ja sydän lyö rauhallisemmin. Vastasyntyneen lämpötila pysyy hyvänä ja tasaisena ihokontaktissa. Ihokontakti edistää myös vastasyntyneen verensokeriarvojen pysymistä normaaleina. Jos vastasyntynyt saa olla ihokontaktissa häiriöttä syntymän jälkeen, vastasyntynyt lepää äidin rinnalla ja alkaa itse ryömiä rintaa kohti ja alkaa imemään. Jos äiti ei pysty ottamaan vastasyntynyttä ihokontaktiin syntymän jälkeen, voi isä tai muu synnytystukihenkilö ottaa vauvan ihoaan vasten. Ihokontaktissa vastasyntyneen ja aikuisen ihot ovat kosketuksissa mahdollisimman laajasti. Ihokontakti on hyödyllinen ensimmäisen kolmen kuukauden ajan, ihokontaktissa lapsi on vähemmän stressaantunut ja se edistää äidin

hormonituotantoa, joka vuorostaan vaikuttaa positiivisesti imetyksen eri vaiheisiin. (Haataja 2011: 129–130.) Imetysohjauksen antaminen, sekä imettämiseen ja varhaiseen iho-kontaktiin kannustaminen ovat myös kättilön tarjoamaa tukea ja luonteva jatko synnytyksen aikaiselle jatkuvalla tuella. Imetysohjausta on pidetty niin tärkeänä, että Suomessa ammattikorkeakoulujen tarjoaman WHO:n suositusten mukainen imetysohjaajakoulutus on lisätty pakollisena kättilökoulutuksen opetussuunnitelmaan lähes kaikissa koulutusta tarjoavissa ammattikorkeakouluissa (Imetyksen edistäminen suomessa 2009: 91). On havaittu, että 4-6 kuukautta täysimetetyillä lapsilla on matalampi sairastumisen riski lapsena ja myös myöhemmin aikuisena. Imetyksestä on myös äidille hyötyä, heillä on pienempi sairastumisen riski esimerkiksi rintasyöpään ja munasarjasyöpään. (Baker 2010: 665.)

3.2.3 Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen määritelmät

Emotionaalista tukea kuvataan lähteissä eri tavoin. Se on sanallista ja kehonkielellä annettua (non-verbal) tukea ja rohkaisua esimerkiksi supistusten aikana. Myötätuntoa näytetään synnyttäjälle esimerkiksi äänensävyn ja kasvonilmeiden avulla. Luottamukselliseen suhteeseen aktiivisesti pyrkiminen ja rentoutuneen tunnelman luominen synnytyshuoneeseen ovat myös tärkeitä tuen muotoja. (Ross-Davie ym. 2014: 20–22.) Rentoutunut ilmapiiri synnytyshuoneessa suojelee synnyttäjää kiireisyydeltä muualla synnytisosastolla, jolloin synnyttäjä tuntee kättilöllä olevan aikaa tarjota hänelle hyvää hoitoa (Aune ym. 2014: 91). Hodnett ym. (2013) määrittelevät emotionaalisen tuen jatkuvaksi läsnäoloksi, rauhoitteluksi tai tynnyttelyksi (reassurance) ja kehumiseksi (praise) (Hodnett ym. 2013: 3). Synnyttäjät pitävät vuorovaikutussuhdetta kättilöön tärkeänä osana synnytyskokemusta. Naiset toivovat synnytyksen aikana kättilöltä tukea, valinnanmahdollisuuksia, hallinnantunteen vahvistamista ja tarpeenmukaista tietoa. Synnyttäjien mielestä kättilön ammatillinen osaaminen ja teoreettinen tieto eivät ole tärkeimpiä piirteitä kättilössä. Osa synnyttäjistä kuitenkin arvostaa aktiivista osallistumista hoitoon ja osa halua antaa suurimpien päätösten teon hoitovan tahon vastuulle. (Borrelli 2013: 3, 8-9.)

Emotionaalista tukea koskevat kysymykset muotoiltiin Hyvä syntymä -hankkeen kysymyslomakkeeseen seuraavien kuvaavien määritelmien avulla:

Kunnioittava hoito, välittäminen (esimerkiksi kättilön ystävällisyys), turvallisen olon luominen, kättilön potilashuoneessa viettämä aika, synnyttäjän kehuminen, huomion kiinnittäminen muualle esimerkiksi keskustelemalla ja

ahdistuneisuuden huomioiminen (Kysely synnytyksenaikaisesta tuesta 2012).

Konkreettisella ja fyysisellä tuella tarkoitetaan esimerkiksi kätilön kädentaitoja ja fyysistä kosketusta. Esimerkiksi Hodnett ym. puhuu tässä yhteydessä käsitteestä ”comfort measures”. Sillä tarkoitetaan synnyttäjän toiveiden mukaisia ja synnytystä helpottavia asioita kuten lohduttavaa kosketusta, hierontaa, lämpimään kylpyyn tai suihkuun ohjaamisen ja riittävästä nesteytyksestä huolehtimista ja juomien tarjoamista (Hodnett ym. 2013: 3.) Baker sisällyttää ”comfort measures” -tukeen myös pyrkimyksen helpottaa synnyttäjän kipua ja levottomuutta (pain and anxiety) ja parantaa rentoutumista ja hyvinvointitunnetta. (Baker 2010: 666.) Hyvä syntymä -hankkeen kyselylomakkeessa fyysisellä tuella tarkoitetaan:

Hengityksessä ja rentoutumisessa avustamista, kosketusta (esimerkiksi selän hieromista), häiriötekijöiden vähentämistä, fyysisen olon parantamista (esimerkiksi asennon vaihdossa avustamista), kipulääkityksestä huolehtimista, sekä kätilön luotettavuutta ja varmuutta (Kysely synnytyksenaikaisesta tuesta 2012).

Tiedollisella tuella tarkoitetaan informaation antamista synnyttäjälle, kyse voi olla esimerkiksi synnytyksen eri vaiheeseen liittyvä tiedonantoa tai ohjausta eri kivunlievitys- ja muista selviämismenetelmistä (Hodnett ym. 2013: 3). Kun synnyttäjä saa oikeanlaista informaatiota lisää se hänen mahdollisuuksiaan tehdä tietoon perustuvia valintoja. Tieto myös vähentää naisen pelkoja ja vahvistaa luottamusta omiin kykyihin. (Borrelli 2014: 9.) Hyvä syntymä -hankkeen kyselylomakkeessa tiedollinen tuki avattiin seuraavalla tavalla:

Synnytys sairaalaan tutustuttaminen, sairaalan rutiinien ja toimenpiteiden selittäminen. Tiedon antaminen synnyttäjän päätöksenteon tueksi (mahdollisten synnyttäjän mukana olon hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa), riittävä tiedonanto synnytyksen aikana (esimerkiksi muutoksista kertominen), totuudenmukaisuus ja ymmärrettävyys, sekä hengitys- ja rentoutumistekniikoiden opastaminen. (Kysely synnytyksenaikaisesta tuesta 2012.)

Naisen puolesta puhumisella tarkoitetaan synnyttäjän edun ajamista eri tilanteissa. Toimintaa voidaan kuvata myös synnyttäjän asianajajana toimimisena (Leppäaho - Koski 2013: 6). Naisen puolesta puhumista kuvataan sanalla ”advocacy” ja sanaa käytetään

kuvaamaan myös äidin toiveiden sanoittamista (Hodnett ym. 2013: 3). Synnyttäjän puolella olemisen osa-alueet kuvattiin Hyvä syntymä -hankkeen kyselylomakkeessa seuraavalla tavalla:

Toiveiden eteenpäin vieminen (esimerkiksi lääkärille), toiveiden toteuttaminen ja hyväksyminen ja tilanteen normalisointi (Kysely synnytyksenaikaisesta tuesta 2012).

3.2.4 Synnytyksen aikaisen tuen muotoja

Myös muita tuen muotoja mainitaan tutkimuksissa: sosiaalinen tuen katsotaan tarkoittavan läsnäoloa ja naisen kanssa olemista (Sosa – Crozier – Robinson – Ed 2012: 454), ”coping techniques” vuorostaan sisältää naisen uskon vahvistamisen hänen oman kehon voimaan ja kykyyn synnyttää sekä hengitystekniikan hyödyllisyyteen (Baker 2010: 666).

Synnytyksen aikaisella henkilökohtaisella (one-to-one) tuella tarkoitetaan kättilön ja synnyttäjän välistä läheistä hoitosuhdetta ja kättilön henkistä läsnäoloa synnyttäjän kanssa. Käsitteet henkilökohtainen tuki ja jatkuva tuki eivät ole synonyymejä, koska edellisellä ei viitata aikaan, jonka kättilö viettää synnyttäjän kanssa. Useassa tutkimuksessa käsitettä synnytyksen aikainen jatkuva tuki käytetään ja henkilökohtainen tuki käytetään kuitenkin synonyymeina. Henkilökohtaisella tuella on havaittu hyötyjä synnytyksessä: enemmän synnytyksen aikaista tukea (tiedon antaminen, fyysinen ja psyykinen tukeminen; äidin toiveiden sanoittaminen, eri kivunlievitysten tarjoaminen), synnytyksen lopputulokset parantuvat, synnytyksen kesto lyhenee, äidin ja kättilön synnytyskokemus on parempi, vähemmän häiriötekijöitä ja parempi äidin ja kättilön välinen suhde. (Sosa ym. 2012: 451–454, 456.)

Tehokkaalla (effective) synnytyksen aikaisella tuella tarkoitetaan emotionaalista tukea, synnyttäjän puolesta puhumista, tarjottavaa tietoa ja neuvoja synnytyksen kulusta, sekä neuvottuja selviytymistekniikoita. Kättilö voi tukea tarjoamalla synnyttäjän toiveiden mukaisia, hyvää oloa edistäviä keinoja. Hyötyjä tehokkaasta tuesta on esimerkiksi, että äidit ovat tyytyväisempiä synnytyskokemukseensa, toipuvat synnytyksestä nopeammin ja ovat vähemmän aikaa sairaalassa. Äidit kokivat aiemmin ja enemmän kiintymystä lapseensa ja kärsivät vähemmän synnytyksen jälkeisestä ahdistuksesta ja masennuksesta. Myös synnytyksen kesto havaittiin lyhemmäksi, farmakologisen kivunlievityksen tarve vähäisemmäksi ja puuttuminen synnytykseen sen nopeuttamiseksi vähemmäksi synnyttäjän saadessa tehokasta tukea. Tehokas tuki synnytyksen aikana edesauttaa myös

imetystä ja pidentää imetysaikaa. Teoriat, joilla nämä hyödyt voidaan selittää, ovat 1) jatkuva synnytyksen aikainen tuki voi auttaa sikiötä syntymään alateitse ja 2) jatkuva tuki vähentää synnytyksen aikaansaamaa stressireaktiota. (Baker 2010: 665–666.)

3.2.5 Operatiivinen synnytys

Jatkuvaa tukea tarjottaessa synnytyksessä on epätodennäköisempää sekä instrumenttien käyttö, että sektio (Hodnett ym. 2013: 13; Ross-Davie - Cheyne 2014: 52). On todettu, että operatiivisen synnytyksen läpikäyneet naiset useammin kokivat tulleen jätetyksi yksin synnytyksen alkuvaiheessa, kuin naiset, jotka synnyttivät normaalisti alateitse (Ross-Davie ym. 2014: 19).

Kirjallisuudessa operatiivista synnytystä ja instrumenttien käyttöä kuvataan näin: sikiön normaalissa päätarjonnassa synnytystä voidaan nopeuttaa käyttämällä pihtejä tai imukuppia. Imukuppi kiinnitetään sikiön päähän alipainetta käyttäen ja sen avulla vetäen saadaan sikiö syntymään. Synnytyspihtejä ei pääasiassa enää käytetä, Suomessa imukuppia käytetään noin 9 % synnytyksistä. Imukuppeja on kahden mallisia, kova ja pehmeä. Kovaa imukuppia käyttäessä alipainetta kehitellään useampi minuutti ennen ensimmäistä vetoa. Pehmeällä imukupilla veto voidaan aloittaa jo seuraavan supistuksen tullessa äidin samalla ponnistaessa. Lantion riittävyys arvioidaan ennen imukuppivetoa ja tarvittaessa tehdään episiotomia. Imukuppia voidaan käyttää jos ponnistusvaiheessa synnytys pysähtyy, äidin tilan vuoksi halutaan välttää kovaa ponnistamista tai sikiö on äkillisessä hätätilassa. Kohdunsuun täytyy olla täysin auennut ja sikiön pää on laskeutunut tarpeeksi matalalle, jotta imukuppia voidaan käyttää. Imukuppi irrotetaan sikiön pään synnyttyä. (Tiitinen 2014.) Imukupin tai synnytyspihtien käytöllä synnytyksessä on havaittu olevan kohtalainen yhteys peräaukon sulkijalihaksen repeämään (Ryttylä-Korhonen 2011: 6, 20).

3.3 Suunnitelmavaiheen prosessikuvaus

Suunnitelmavaihe aloitettiin syyskuussa 2014 osallistumalla opinnäytetyötä tekeville suunnattuun suunnitelmapajaan. Vaikka aihe-seminaaria ei ollut vielä pidetty, aloitettiin seuraava vaihe jo lukemalla läpi kaikki tiivistelmän perusteella valitut artikkelit. Koko tekstin perusteella valittiin ne tutkimukset (liite 1), joita työssä voitiin hyödyntää opinnäytetyön teoriapohjana. Lisäksi valittiin muutama kirjallisuuskatsaus ja kirjallisuuslähde.

Suunnitelmavaiheessa tavoitteena oli kirjallisuuskatsauksen avulla kerätä tietoperusta artikkelia varten ja avata keskeiset käsitteet. Suunnitelmavaihe oli enimmäkseen itsenäistä tiedonkeruuta, jota tehtiin erikseen ja parina, tekstiä kirjoitettiin kuitenkin yhdessä. Itsenäisen työskentelyn päätteeksi pidettiin suunnitelmavaiheen -seminaari, jossa esiteltiin tietoperusta ja keskeiset käsitteet. Marraskuussa 2014 toteutuneessa seminaarissa saatiin opponenteilta rakentavaa palautetta opinnäytetyön etenemisestä, rakenteesta ja sisällöstä. Tilaisuudessa saatiin myös ryhmäohjausta. Tarkempaa ohjausta haettiin tapaamalla ohjaava opettaja henkilökohtaisesti. Opponenttien ja opettajan palautteiden perusteella työhön tehtiin muutamia muokkauksia ennen suunnitelmavaiheen työn palauttamista. Hyväksytyyn suunnitelmavaiheeseen kuului myös itse toimia opponenttina toiselle opinnäytetyö -ryhmälle.

4 Artikkelin toteutusvaihe

4.1 Artikkelin kirjoitusprosessi

Opinnäytetyön toteutusvaihe aloitettiin tammikuussa 2015 henkilökohtaisella ohjauksella. Midwifery -lehden kirjallisiin ohjeisiin perehdyttiin ennen aloittamista huolella (4.1.1 Artikkelin kirjoitusohjeet), jonka jälkeen artikkelin kirjoittaminen aloitettiin tiivistelmän kirjoittamisella. Johdantoa kirjoittaessa hyödynnettiin tässä opinnäytetöissä tehtyä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Valitut tutkimukset luettiin huolellisesti ja niistä tehtiin sisällönanalyysi (liite 3). Sen perusteella pystyttiin laskemaan mistä jatkuvan tuen hyödyistä on vahvin näyttö. Menetelmät osiota kirjoitettaessa perehdyttiin siihen, millä menetelmillä kyselyiden tuloksia oli analysoitu aiemmissa opinnäytetöissä. Kyseisistä analysointimenetelmistä hankittiin lisätietoa tulosten ymmärtämiseksi.

Tulokset -osan kirjoittaminen oli aikaa vievin vaihe, sillä tuloksia ei voinut suoraan siirtää aiemmista opinnäytetöistä (Heikkilä – Vuorikoski 2014; Leskinen – Kahelin 2014). Jo suunnitelmavaiheessa aiempien töiden esitellyistä tuloksista etsittiin eniten Auttoi todella paljon ja Auttoi melko paljon -vastauksia saaneita synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen muotoja, toteutusvaiheessa valittujen tuen muotojen määräksi muodostui 12 (taulukot 1-12). Löydetyt 12 äitien mielestä eniten auttavinta jatkuvan tuen muotoa esitettiin artikkelissa kirjallisesti. Koska tulokset haluttiin esittää tiivistetysti, kaikista tuloksista tehtiin ar-

tikkeliä varten kaksi taulukkoa. Taulukoissa interventiosairaaloiden tulokset laskettiin yhteen Excel -taulukon avulla ja samoin kuin verrokkisairaaloiden tulokset, lisäksi laskettiin Auttoi todella paljon ja Auttoi melko paljon -vastaukset. Toisen taulukon tuloksissa esitellään interventio- ja verrokkisairaaloiden alku- ja loppumittausten yhteenlasketut vastaukset kahdentoista auttavimman tuen muodon osalta. Toisessa taulukossa vertaillaan intervention vaikutusta. Sairaaloista päätettiin kirjoittaa yleisesti (numeroituina), sillä kansainväliselle artikkelin lukijalle paikallisten sairaaloiden nimet eivät kerro juuri mitään. Sairaaloista kuitenkin mainittiin, olivatko ne yliopistollisia vai aluesairaaloita.

Pohdintaa kirjoittaessa koottiin yhteenvetoa tuloksista ja niiden yhtenäisyyksistä kansainvälisiin tutkimuksiin. Pohdintaan yhdistettiin myös johtopäätökset. Artikkelin eettisyyden pohdinta otsikoitiin erikseen, siihen sisällytettiin Midwifery -lehdessä vaadittuja pohdintoja esimerkiksi rahoituksesta ja lähteiden luotettavuudesta. Artikkelia kirjoitettiin sekä yhdessä, että erikseen. Artikkelin puhtaaksikirjoituksen teki vain toinen, jotta artikkelista saatiin tyyliltään yhtenäinen.

Opinnäytetyön pohdinta ja suomen- ja englanninkielinen tiivistelmä kirjoitettiin prosessin loppuksi. ”Englanninkielisen tiivistelmän kirjoittaminen” -pajasta saatiin apua englanninkielisen tiivistelmän muotoiluun ja kirjoitusasuun. Lopullinen työ ajettiin ennen toteutusseminaarina Turnitin plagiointi-ohjelman läpi varmistuaksemme siitä, että teksti on varmasti omin sanoin kirjoitettu ja tulokseksi saatiin 10%. Aikaa toteutusvaiheelle oli huhtikuun 2015 puoleen väliin, jolloin viimeistelyä vaille valmis työ arvioitiin opponijien toimesta toteutusseminaarissa. Seminaarin jälkeen työtä muokattiin joidenkin opponijien ja ohjaavan opettajan ehdotusten perusteella. Opinnäytetyön arviointiin sisältyi jälleen myös oma opponointi toisesta toteutusvaiheen opinnäytetyöstä.

4.1.1 Artikkelin kirjoitusohjeet

Opinnäytetyön tuloksena on tieteellinen artikkeli, jossa esitellään Hyvä syntymä-hankkeen tekemän tutkimuksen tuloksia sekä teoriaa opinnäytetyötä varten etsityn tietoperustan pohjalta. Tieteellinen artikkeli yleensä rakentuu IMRD -mallin mukaisesti (Introduction, Materials and methods, Results, Discussion). Tieteellisen artikkelin alussa on abstrakti, joka on tiivistelmä artikkelista ja yleensä kirjoitetaan viimeisenä. Johdanto (Introduction) sisältää artikkelin tavoitteen kannalta oleellisen aiemman tiedon ja määritelmät tutkimuksen pääkäsitteistä. Aineisto ja materiaali (Materials and methods) osiossa

tarkastellaan tutkimuksen asetelmaa, otantaa ja suorituspaiikkaa sekä vastausaktiivisuutta. Osiossa on myös tilastolliset analyysit, jotka esitellään yksinkertaisesti vastaamaan artikkelin tutkimuskysymyksiin. Tulokset (Results) osiossa raportoidaan tutkimuksen tuloksia. Tuloksissa raportoidaan vain tilastollisesti merkittävimmät, jos dataa on saatu tutkimuksessa paljon. Pohdinta (Discussion) on tulosten luotettavuuteen liittyvää, kuten yleistettävyyttä tai mittareiden luotettavuutta. Pohdinnassa vertaillaan tuloksia aiempaan tietoon ja syitä saatuihin tuloksiin. Tieteellinen artikkeli sisältää myös johtopäätökset (Conclusion) ja kiitokset (Acknowledgements) artikkelin tuottamiseen välillisesti osallistuneille tahoille. Johtopäätöksessä pohditaan, onko tutkimuksen tulosten perusteella havaittavissa uutta kyseisestä aiheesta, sekä onko tuloksilla merkitystä kliiniseen käytäntöön tai tieteenalan kehittämiseen. (Metsälä 2014: 11–15.)

Opinnäytetyön artikkelin kirjoittamisessa noudatetaan Midwifery -lehden tieteellisen artikkelin ohjeita. Artikkelin pituus ohjeiden mukaan on enintään 5000 sanaa, tämä ei sisällä kuvioita, taulukoita tai lähteitä. Teksti kirjoitetaan Word-ohjelmalla yhden kolumnin muotoon. Artikkelin alussa on tiivistelmä (abstract) ja johdanto (introduction), joissa selkeästi esitellään artikkelin aihe ja tarkoitus. Tutkimusaineisto ja menetelmät (methods), sekä tulokset (findings) esitellään kattavasti. Tieteellisen artikkelin viimeisenä osana on pohdinta (discussion), johtopäätökset (conclusion), eturistiriidat (conflict of interest) jos sellaisia on, sekä arvio eettisyydestä (ethical approval). Lähteet (references) merkitään kuten kaikkiin muihinkin asiateksteihin. (Guide for author 2014.)

Julkaisuun liittyviä eettisiä puolia Midwifery -lehden käyttämien ohjeiden mukaan kirjoittajan osalta ovat: raportoinnin normit (Reporting standards), tietojen saatavuus ja säilyminen, alkuperäisyys ja plagiointi, moninkertainen, ylimääräinen tai samanaikainen julkaiseminen (Multiple, Redundant or Concurrent Publication) ja lähteiden tunnustaminen. Myös artikkelin tekijänoikeudet (Authorship of the Paper), julkistaminen ja eturistiriidat (Disclosure and Conflicts of Interest) sekä perustavaa laatua olevat virheet julkaistussa työssä pitää tarkistaa ennen julkaisua. (Publishing ethics 2015.)

4.2 Tulokset

4.2.1 Tutkimuksista esiin nousevat jatkuvan tuen hyödyt

Artikkelin kirjallisuuskatsauksessa käytetyissä tutkimuksissa esiinnousseet jatkuvan tuen hyödyt analysoitiin ja analyysin tulokset esitettiin taulukossa (liite 3). Hyötyjä löydettiin useita. Vahvin näyttö synnytyksen aikaisesta tuesta oli seuraavien hyötyjen osalta: 1) synnytyksen aikainen jatkuva tuki vähentää sektioiden lukumäärää (Ross-Davie ym. 2014: 21; Aune ym. 2014: 92; Hodnett ym. 2013: 13; Kashanian ym. 2010: 199–200), 2) äidille jää positiivisempi synnytyskokemus (Ross-Davie ym. 2014: 22; Aune ym. 2014: 92–93; Hodnett ym. 2013: 12), 3) kätilö pystyy paremmin arvioimaan synnytyksen etenemistä Aune ym. 2014: 91–92; Ross-Davie ym. 2014: 21), 4) kätilöllä on parempi mahdollisuus luoda luottamuksellinen suhde synnyttäjään (Aune ym. 2014: 91; Ross-Davie ym. 2014: 21–22) ja 5) synnytyksen kesto on lyhempi (Hodnett ym. 2013: 13; Kashanian ym. 2010: 199–200). Aune ym. (2014) tuovat tutkimuksessaan myös esille sen tärkeän seikan, että mitä tietoisempi kätilö on jatkuvan tuen hyödyistä, sitä sitoutuneempi hän on tekemään synnyttäjän olon turvalliseksi ja luottavaksi. Tällainen kätilö pyrkii edistämään synnytystä läsnäolollaan, sen sijaan, että automaattisesti puuttuisi synnytyksen fysiologiseen, luonnolliseen etenemiseen. (Aune ym. 2014: 91.) Tuloksia pohditaan lisää artikkelissa.

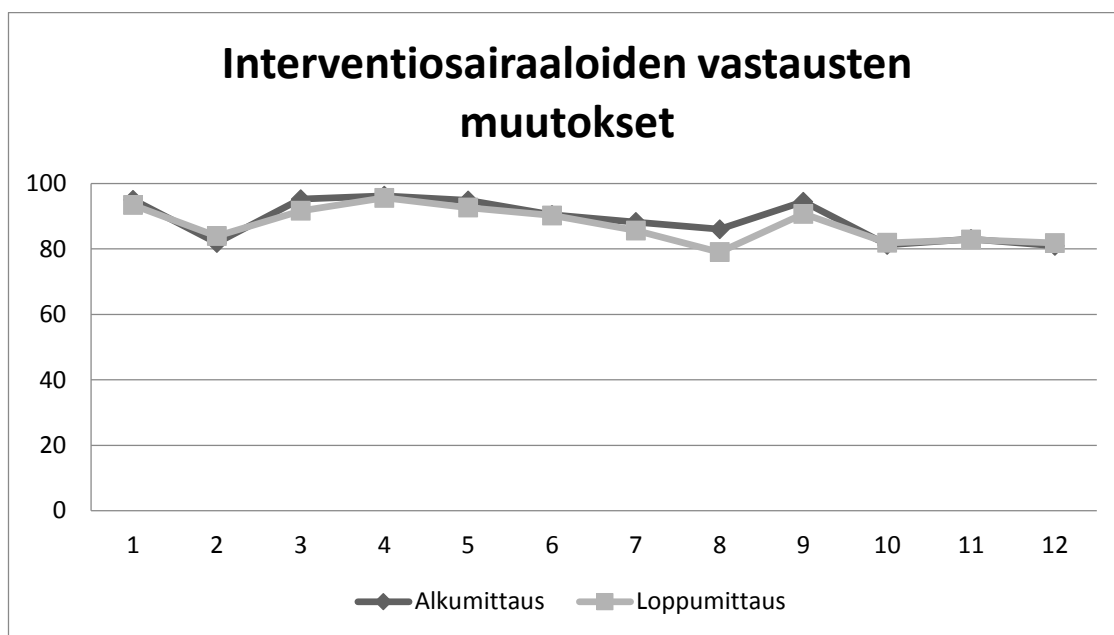
Ross-Davie ja Cheyne (2014) kirjallisuuskatsauksen mukaan synnytyksen aikainen tuki vaikuttaa parantavasti synnytyskokemukseen ja edistää normaalia synnytystä ja vähentämään lääketieteellistä puuttumista synnytyksen kulkuun. Synnytyksen aikainen jatkuva tuki edistää positiivista sopeutumista äitiyteen, sekä vähentää riskiä traumaperäiseen stressireaktioon ja muihin lapsivuodeajan mielenterveyshäiriöihin. Negatiivinen synnytyskokemus voi puolestaan lisätä lapsivuodeajan mielenterveyshäiriöiden ilmenemistä. (Ross-Davie – Cheyne 2014: 52, 56.)

4.2.2 Hyvä syntymä -hankkeen tulokset

Hyvä syntymä -hankkeeseen tehdyistä opinnäytetöistä (Leskinen – Kahelin 2014; Heikkilä – Vuorikoski 2014.) kerättiin keskeiset tulokset. Auttoi todella paljon ja Auttoi melko paljon -vastauksista määriteltiin yhteenlasketun prosenttimäärän perusteella parhaiksi arvioidut synnytyksen aikaisen tuen muodot. Saaduista tuloksista 12 eniten synnyttäjän hyödylliseksi kokemaa tuen muotoa olivat 1) kätilön luottamusta herättävä ja varma toiminta synnyttäjää hoitaessa, 2) synnyttäjän kipulääkityksestä huolehtiminen, 3) kunnioitettava hoito, 4) yksilöllinen kohtaaminen, 5) kätilö kehui synnyttäjää, 6) kätilö sai tuntemaan synnyttäjän olon turvalliseksi 7) synnytyksen aikaisista tapahtumista kertominen, 8) Sairaalan rutiinien ja toimenpiteiden selittäminen, 9) kätilön totuudenmukaisuuden ja

ymmärrettävyyden, 10) kättilö otti synnyttäjän mukaan päätöksentekoon 11) kättilön hyväksyvä asenne ja tilanteen normalisointi, 12) kättilö yritti toteuttaa synnyttäjän toiveita. Tuloksia pohditaan lisää artikkelissa. Hyvä syntymä -hankkeeseen liittyvän intervention vaikutukset on kuvattu taulukossa 13. Intervention vaikutukset kahteentoista synnyttäjien hyödyllisimmiksi kokemaan tuen muotoon.

Taulukko 13. Intervention vaikutukset kahteentoista synnyttäjien hyödyllisimmiksi kokemaan tuen muotoon. (Heikkilä – Vuorikoski 2014: 17–18, 22–23, 28–29, 32; Leskinen – Kahelin 2014: 18, 23, 27–28, 31.)



4.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen

Opinnäytetyötä on tarkoitus hyödyntää tutkitun tiedon jakamiseen. Valmis artikkeliehdotelma (liite 4) lähetetään Hyvä syntymä -hankkeelle arvioitavaksi ja heidän vaatimien tarkennusten ja muokkauksen jälkeen toivottavasti eteenpäin Midwifery -lehdelle. Tämä prosessi on kuitenkin niin pitkä, että varmistaaksemme opinnäytetyössä saadun tiedon hyödyntämisen, sen keskeisistä tiedoista tehdään posterit, jotka esitetään Metropolian ala-aulassa muille kättilöopiskelijoille ja kättilötyön opettajille kevään 2015 aikana.

5 Pohdinta

Synnytyksen aikainen jatkuva tuki on tärkeää ja aiheesta on tehty runsaasti tutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia. Uuden tutkimustiedon saaminen ja soveltaminen työelämään on oleellinen osa hoitotyötä. Kuitenkin tiedon siirtäminen hektiseen sairaalaympäristöön on haastavaa, sillä uusimpia artikkeleita ei aina ole aikaa lukea. Tietoisuutta jatkuvan tuen hyödyistä käsitellään Aune ym. tutkimuksessa ja siinä korostetaan kättilön omaa ideologiaa työstään ”hyvänä kättilönä”. (Aune ym. 2014: 91.) Haluamme ajatella, että kaikki kättilöt haluavat olla hyviä kättilöitä ja haluamme tukea tätä yhteyttä opinnäytetyöme ja työelämän kanssa artikkelin kautta. Tämän opinnäytetyön aiheeksi valittiin äitien näkökulma, sillä mielestämme synnyttäjän kokemus syntymästä on kättilölle tärkeä ymmärtää ja huomioida.

Opinnäytetyön tekemisen myötä synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen tärkeys on selkeytynyt. Opinnäytetyön henkilökohtaisena tavoitteenamme oli, että voimme itse kehittyä opinnäytetyön avulla voimaannuttaviksi kättilöiksi ja tehdä synnytyksestä äideille hyvän kokemuksen. Olemme löytäneet paljon tutkittua tietoa siitä, että kättilön antama jatkuva tuki synnytyksen aikana on synnyttäjälle tärkeää ja tuen toteutumiseen pitäisi pyrkiä, esimerkiksi kun äiti saa jatkuvaa tukea ja on sen seurauksena on vähemmän uupunut, kättilö joutuu puuttumaan synnytyksen kulkuun vähemmän ja todennäköisyys äidin positiiviseen synnytyskokemukseen kasvaa. Kuitenkin samaan aikaan koemme, että synnytysten keskittäminen on ajankohtainen aihe Suomessa. Keskittäminen saattaa suurentaa synnytysosastojen volyymia ja todennäköisesti tulee lisäämään kättilöiden työtaakkaa. Jos samanaikaisesti hoidettavien synnyttäjien lukumäärä kasvaa, ei yhden synnyttäjän saama tuki millään voi olla jatkuvaa. Jos synnytyksmatkat tulevat pitenemään keskittämisen seurauksena, voi se myös johtaa siihen, että äidit joutuvat synnyttämään ilman kättilön tukea tai jopa kokonaan ilman hoitoalan ammattilaisen läsnäoloa.

Artikkelin kirjoitusprosessia helpotti toimiva yhteistyö, jossa selkeä työnjako oli tehty henkilökohtaisten vahvuuksien ja mielenkiinnon mukaan. Artikkelin työstäminen sujui melko helposti, koska olimme tehneet laajan ja kattavan pohjatyon. Artikkelia varten kerättyyn materiaaliin tutustuttiin huolella; luettiin useaan kertaan ja tehtiin merkintöjä ja huomautuksia. Emme kokeneet englannin kielisten artikkeleiden lukemista työtä hidastavana tekijänä. Artikkelin rakenteeseen oli selkeät ohjeet ja niitä oli helppo noudattaa kun niihin oli kunnolla perehtynyt. Valmis artikkeliehdotelma palautetaan Hyvä Syntymä- hankkeelle ja mahdollisesti muokkaamisen jälkeen sitä tarjotaan julkaistavaksi kansainvälisessä hoitotieteellisessä Midwifery -lehdessä.

Eettisesti on mietittävä, olemmeko kenties jättäneet jonkin tärkeän tutkimuksen ulkopuolelle ja olemmeko siirtäneet lähteidemme kirjoittajien ajatukset oikein tähän opinnäytetyöhön. Lähteitä valitessamme noudatimme tarkasti asettamaamme kriteeriä tutkimusten julkaisuvuodesta, 2009–2014. Tämä kuitenkin rajaa artikkelissa hyödynnettäviä tutkimusten määrän suppeaksi. Vaikka tutkimuksia ei ole määrällisesti montaa, arvioimme ne kuitenkin laadukkaiksi ja luotettaviksi.

Opinnäytetyön aihe nousi alun perin työelämän tarpeesta kehittää synnytyksen aikaista tukea, joka on yksi synnytysosastolla työskentelevien kättilöiden perustehtävistä. Toivottavaa on, että tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt artikkeli auttaa lukijoita ymmärtämään jatkuvan tuen merkityksen ja vinkkejä siihen, kuinka sitä voi parhaiten tarjota. Parhaimmillaan artikkeli auttaa yhtenäistämään hoitokäytänteitä tutkittuun tietoon perustuen. Jokainen synnyttäjä on kuitenkin yksilö, jota ei voi tukea minkään yleisohjeen mukaisesti. Kättilöiden tulisi tiedostaa nämä tuen muodot, viettää aikaa synnyttäjän kanssa ja soveltaa sitten tuen eri muotoja työssään parhaaksi katsomallaan tavalla. Vaikka synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen hyötyjä tullaankin kartoittamaan todennäköisesti tulevaisuudessakin, ei tuen hyödyllisyyttä mielestämme tarvitse kyseenalaistaa tulevaisuuden tutkimuksissa. Jatkotutkimusehdotelmamme onkin selvittää, kenen tarjoamasta tuesta äidit hyötyvät synnytyksen aikana eniten ja minkälaisesta jatkokoulutuksesta salikättilöt hyötyisivät eniten jatkuvan tuen integroimiseksi nykyisiin hoitokäytänteisiin.

Lähteet

Aune, Ingvild – Hvaal Amundsen, Hanne – Skaget Aas, Lene Christina 2014. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery* 30. 89–95.

Baker Karen 2010. The importance of effective support during childbirth. *British Journal of Midwifery* 18 (10). 665-668.

Borrelli, Sara 2014. What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery* 30. 3-10.

Guide for Authors. 2014. Elsevier. Verkkodokumentti. <<http://www.elsevier.com/journals/midwifery/0266-6138/guide-for-authors#68000>>. Luettu 30.09.2014.

Haataja, Minna 2011. Hyvä syntymä - kirja odottavalle äidille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heikkilä, Marketta – Vuorikoski, Tiia 2014. Äitien näkemyksiä syntymänaikaisen jatkuvan tuen toteutumisesta. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Hodnett, Ellen D. – Gates, Simon – Hofmeyer, G. Justus – Sakala, Carol 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. CD003766.

Hänninen, Sisko-Liisa 1965. Kätilötyön vaiheita. Helsinki: Otava.

ICM International Definition of the Midwife 2011. International Confederation of Midwives. Verkkodokumentti. <<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>>. Luettu 1.11.2014.

Imetyksen edistäminen Suomessa 2009. Toimintaohjelma 2009–2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportti. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavilla myös sähköisesti <<http://www.thl.fi/documents/10531/104907/Raportti%202009%2032.pdf>>.

Kashanian, Maryam – Javadi, Farahroos – Moshkbid Haghighi, Malektaj 2010. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Volume 109, Issue 3. 198–200.

Hyvä syntymä -hanke 2012. Tutkimussuunnitelman tiivistelmä. Julkaisematon lähde. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Koulutussuunnitelma 2012. Hyvä syntymä -hanke. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Kysely synnytyksenaikaisesta tuesta 2012. Kyselylomake. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Kättilön määritelmä. Suomen Kätilöliitto Ry. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkättilöliitto.fi/?do=open&page=25>>. Luettu 1.11.2014.

Laatua kätilötyöhön - kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet 2004. Suomen Kätilöliitto. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/?do=open&page=26>>. Luettu 4.11.2014.

Leppäaho, Tiina – Koski, Pirjo 2013. Jatkuva tuki synnytyksen aikana – päämääränä hyvä syntymä. Kätilölehti 1. 6–7.

Leskinen, Anu – Kahelin, Hanni 2014. Jatkuva tuki synnyttäjän hoidossa suomalaisessa hoitoympäristössä äitien arvioimana. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Metsälä, Eija 2014. Artikkelin kirjoittaminen. Julkaisematon lähde. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Milloin lähteä sairaalaan? 2014. Vauvamatkalla - opas odottajalle. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/milloin-sairalaan/Sivut/default.aspx>> Luettu 4.11.2014.

Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari 2009. Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Publishing ethics 2015. Elsevier. Verkkodokumentti. <<http://www.elsevier.com/about/publishing-guidelines/publishing-ethics>> Luettu 9.4.2015.

Ross-Davie, Mary - Cheyne, Helen 2014. Intrapartum support: what do women want? Evidence Based Midwifery 12 (2). 52–58.

Ross-Davie, Mary – McElligott, Mary – King, Karen – Little, Margaret 2014. Midwifery support in labour: how important is it to stay in the room? The Practising Midwife 17(6). 19–22.

Ryttylä-Korhonen, Katri 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa - Hoitotyön suositus välilihan repeämien ehkäisemiseksi. Suomen Kätilöliitto. Saatavilla myös sähköisesti <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Synnyttajan_hoito_ponnistusvaiheessa_suositus_2011_versio3.pdf>.

Sariola, Anna – Tikkanen, Minna 2011a. Ensimmäinen vaihe. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Verkkoartikkeli. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02903&p_haku=synnytys>. Luettu 2.11.2014.

Sariola, Anna – Tikkanen, Minna 2011b. Toinen vaihe. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Verkkoartikkeli. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02904&p_haku=synnytys>. Luettu 2.11.2014.

Sariola, Anna – Tikkanen, Minna 2011c. Kolmas vaihe. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Verkkoartikkeli. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02905&p_haku=synnytys>. Luettu 2.11.2014.

Sosa, Georgina – Crozier, Kenda – Robinson, Jill – Ed, Cert 2012. What is meant by one-to-one support in labour: analysing the concept. 2012. Midwifery 28. 451–457.

Supistukset 2014. Vauvamatkalla - opas odottajalle. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/milloin-sairalaan/supistukset/Sivut/default.aspx>> Luettu 4.11.2014.

Tiitinen, Aila 2014. Tietoa potilaalle: Imukuppisynnytys. Duodecim. Verkkoartikkeli. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo94185&p_haku=operatiivinen%20synnytys>. Luettu 9.11.2014.

Valtioneuvoston laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1200/2007 5 §. Annettu Helsingissä 7.12.2007.

Tiedonhaun toteutus

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella valitut artikkelit	Tiivistelmän perusteella valitut artikkelit	Koko tekstin perusteella valitut artikkelit
Medic	jatkuva tuki AND syntymä	2	1	1	1
EBSCO	continuous support AND childbirth	1	1	0	0
	labour AND continuous AND support	3	2	0	0
	labor support AND birth	2	0	0	0
	support AND during AND childbirth	9	1	1	1
	women´s experience* AND labour	26	2	2	1
	intrapartum support	2	1	1	1
	mothers experinces AND birth	5	1	1	0
PubMed	continuous support AND labour AND mother	47	1	0	0
	continuous support AND childbirth	10	3	3	3
	labor AND support	4	1	1	0
	labour AND support	20	5	3	2
JBI (Ovid)	continuous support AND labour AND mother	2	1	0	0
	continuous support AND childbirth	4	1	0	0
	support labour AND mother	40	8	0	0
Yhteensä:		173	29	13	9

Tutkimusten analyysi

Tekijä(t), vuosi, maa	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston ke- ruu ja analy- sointi	Päätulokset	Huomioita- vaa
Ross-Da- vie, Mary – McEl- ligott, Mary – King, Ka- ren – Little, Marga- ret. 2014, Skotlanti.	Selvittää kuinka tärkeää kättilön jatkuva läsnäolo syn- nytyshuo- neessa on ja mitä vaikutuk- sia poissa- ololla on syn- nytyksen kul- kuun ja loppu- tulokseen.	1) 4 kättilöä 2) 49 äitiä	1) 104 tuntia tarkkailua yh- teensä 49 syn- nytyksessä. Tarkkailun apuna käytet- tiin SMILI (Supportive midwifery in la- bour instru- ment). 2) SCIB (Support and control in birth questionnaire) -kysely äideille synnytyksen aikaisen tuen kokemisesta.	Määrällisessä tutkimuksessa kävi ilmi, että kä- tilön poissaolo 1) lisäsi äidin ah- distuneisuutta 2) vähensi kättilön mahdollisuuksia rakentaa hyvä suhde synnyttä- jään ja tarjota tu- kea 3) vähensi kättilön kykyä seurata tarkasti synnytyksen ete- nemistä. 4) Enemmän pois- saolevat kättilöt antoivat äitien mielestä myös vähemmän tu- kea läsnäolles- saan, kuin kättilöt jotka olivat pai- kalla enemmän.	Yhteenve- dossa tutkija kyseenalais- taa sen miksi ja millä mekanismilla tuki vaikut- taa positiivi- sesti, positiiv- sista vai- kutuksesta sen sijaan on kiistaton näyttö.
Aune, Ingvild – Hvaal Amund- sen, Hanne – Skaget, Lene Christina. 2012, Norja.	Selvittää 1) miten kättilöt kokevat jatku- van tuen anta- misen synny- tyshuoneessa ja 2) mitkä te- kijät vaikutta- vat jatkuvaan tuen onnistu- miseen.	Yhteensä 10 kättilöä kah- desta eri syn- nytyksyksi- köstä.	Syvähaastatte- lut kättilöille. Laadullinen data analysoi- tiin käyttäen systemaattista tekstin tiivistä- mistä.	1) Kättilöt tunnisi- tivat kaksi tär- keää tekijää tu- kevan suhteen onnistumiseksi; oman henkisen läsnäolon synny- tyksessä ja aktii- visesti luotta- mukselliseen suhteeseen pyr- kimisen. Kättilöt korostivat hyvän ensivaikutelman luomisen tär- keyttä ja jat- kossa jatkuvan läsnäolon tarjoa- mista osana ”hy- vän kättilöyden” käsitettä. 2) Käti- löiden suhteelli- nen pätevyys ja alhainen kättilö- identiteetti vai- kuttivat suurelta	Vaikka tutki- mus lähes- tyy synnytyk- sen aikaista jatkovaa tu- kea kättilöi- den koke- muksien kautta, lop- putuloksissa on saatu tu- kea, oh- jausta ja tie- toa saaneiden äitien kannalta merkittäviä tuloksia ku- ten 1) vä- hemmän synnytyksen aikaisia in- terventioita, instrumen- taalisia avustuksia ja

				osin siihen kuinka paljon tukea tarjottiin, kuten myös runsas työtaakka ja ajan puute. Myös synnytysyksikön kulttuuri ja filosofia vaikuttivat annetun tuen määrään.	sektioita 2) enemmän luonnollisia, spontaaneja synnytyksiä 3) synnyttäjän vahvistunut hallinnantunne ja tunne pärjäämisestä 4) syntyneiden vauvojen paremmat Apgar arvot.
Hodnett, Ellen D. – Gates, Simon – Hofmeyer, Justus – Sakala, Carol. 2013.	1) Arvioida synnytyksen aikaisen jatkuvan "one-to-one" tuen vaikutuksia verrattuna tavalliseen hoitoon. 2) Määrittää vaikuttaako jatkuvan tuen tuloksiin (1) rutiini käytännöt ja toimintatavat, (2) tuentarjoajan suhde sairaalaan ja äitiin, (3) alkaako tuki aikaisessa vai myöhäisessä vaiheessa synnytystä	Raskaana olevat naiset synnytyksen aikana.	Analysoitu 23 tutkimusta 16 maasta, sisältäen yli 15,000 naisen synnytyskokemusta laajassa valikoimassa tilanteita ja olosuhteita.	Tutkimuksessa saatiin selville, että jatkuvalla tuella on lukusia lyhyt- ja pitkäaikaisia vaikutuksia. Päätuloksia jatkuvaa "one-to-one" tukea saaneilla olivat: todennäköisempää spontaani alatiesynnytys, epätodennäköisempää synnytysenaikainen lääkitys ja negatiivinen synnytyskokemus. Toissijaisia tuloksia olivat: todennäköisemmin lyhempi synnytysaika, epätodennäköisempää puudutukset, instrumenttien käyttö alatiesynnytyksessä tai sektio ja matala Apgar-arvo viiden minuutin iässä. Ei huomioitavaa merkitystä: synteettisen oksitosiinin käyttöön, tehohoidon tarpeeseen, imetykseen 1-2kk iässä.	Aineiston osalta oli suoritettu karsintaa erityyden perusteella ja tutkijat arvioivat, että valitut tutkimukset olivat hyvälaatuisia. Synnytyksen kolmannen vaiheen tuesta ja tuen vaikutuksista vauvan ja äidin terveyteen edelleen vain vähän tietoa.

<p>Kashanian, Maryam – Javadi, Farahroos – Moshkhibid Haghighi, Malektaj. 2010, Iran.</p>	<p>Arvioida kätilön antaman synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen vaikutuksia synnytyksen eri vaiheiden kestoon ja sektioiden määrään.</p>	<p>Sata kriteerit täyttävää synnyttäjää, jotka eivät olleet saaneet koulutusta synnytykseen.</p>	<p>Satunnaisesti valitut synnyttäjät valittiin seuraavien kriteerien: ikä 18–34-vuotta, raskauden kesto 38–42 täyttä viikkoa, yksi elävä sikiö, sikiö raivotarjonnassa, kohdunsuu avautunut 3-4 cm, sikiön painoarvio 2500–3400 grammaa, äidillä on säännöllisiä supistuksia ja reaktiivinen sikiön syke. Valitut jaettiin kahteen ryhmään. Interventio-ryhmässä (50) annettiin synnytyksen aikaista jatkuvaa tukea äidille, kontrolliryhmässä (50) äidit eivät saaneet jatkuvaa tukea synnytyksen aikana. Tutkimus toteutettiin analysoimalla raportoituja tietoja.</p>	<p>1) Tukea saaneilla avautumisvaihe ja ponnistusvaihe olivat lyhemmät ja 2) vähemmän sektioita (4/12) esiintyi verrattuna kontrolliryhmään.</p>	<p>Kirjoittajat vakuuttavat, ettei eettisiä ristiriitoja ole.</p>
---	---	--	--	--	---

Sisällönanalyysi

Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen hyöty	Ross-Davie et al: Midwifery support in labour: how important is it to stay in the room?	Aune et al: Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour.	Hodnett et al: Continuous support for women during childbirth.	Kashanian et al: Effect of continuous support during labor on duration labor and rate of cesarean delivery.
Kätilö pystyy paremmin arvioimaan synnytyksen etenemistä.	x	x		
Kätilöllä on parempi mahdollisuus luoda luottamuksellinen suhde synnyttäjään.	x	x		
Kätilö pystyy paremmin arvioimaan sikiön vointia.		x		
Kätilö pystyy paremmin arvioimaan normaalin synnytyksen toteutumismahdollisuuden.		x		
Kätilöllä on mahdollisuus tarjota yksilöllistä tukea.		x		
Jatkuva tuki mahdollistaa hyvän kätilöyden.		x		
Synnytyksissä käytetään vähemmän minimaalista lääkkeellistä kivunlievitystä.			x	
Synnytyksissä käytetään vähemmän paikallista kivunlievitystä.			x	

Jatkuva tuki vähentää sektioiden määrää.	x	x	x	x
Jatkuva tuki vähentää operatiivisten vaginaalisten synnytysten määrää.			x	
Parempi synnytystulos.	x			
Synnytyksen kesto on lyhempi.			x	x
Todennäköisempi spontaani alatiesynnytys.			x	
Vauvan korkeammat Apgar-pisteet 5 minuutin iässä.			x	
Äidit kokevat vähemmän ahdistuneisuutta synnytyksessä.	x			
Äidin positiivisempi synnytyskokemus.	x	x	x	
Synnyttäjä tuntee voimaantumista.		x		
Synnyttäjä tuntee luottamusta itseensä.		x		
Synnyttäjillä on vähemmän traumaattisia synnytyskokemuksia.		x		
Jatkuva tuki vähentää synnytyspelkoa.		x		
Vähentää synnytyspelkoja ja pyydettyjä sektioita seuraavissa raskauksissa.		x		

Artikkeli

Kättilön antama synnytyksen aikainen jatkuva tuki suomalaisissa synnytyssairaaloissa äitien kokemana.

Tiivistelmä

Tavoite: Tuottaa tietoa synnyttäjän näkökulmasta Hyvä syntymä -hankkeen ”Jatkuva tuki synnytyksen aikana” tutkimuksessa saatujen tuloksien perusteella.

Tarkoitus: Kuvaila Hyvä syntymä -hankkeessa äideille toteutetun kyselyn tuloksia, etenkin sitä minkälaisesta synnytyksen aikaisesta tuesta äidit kokevat tutkimuksen perusteella eniten hyötyvänsä ja auttaa lukijaa ymmärtämään kättilöiden antaman synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen merkitys synnyttäjän näkökulmasta.

Tutkimuskehys: Suomalaisen Hyvä Syntymä -hankkeen tutkimus, johon osallistui 6 synnytyssairaalaa. Kahdessa sairaalassa tehtiin henkilökunnan koulutusinterventio kyselylomakkeiden alku- ja loppumittauksen välissä, muut neljä toimivat verrokkisairaaloina.

Osallistujat: 2120 vastasyntyttäjää (n=3000) naista vastasi kyselylomakkeeseen. Kyselyynä käytettiin Bansil-Q-mittaria.

Interventio: Alkumittausten jälkeen kahdessa sairaalassa järjestettiin synnytyssalikättilöiden workshop -koulutus, jossa ideoitiin konkreettisia muutoksia voimassa oleviin synnytyksen aikaisen tukemisen toimintamalleihin. Koulutuksen jälkeen toteutettiin muutoksen arvioimiseksi loppumittaus kaikissa kuudessa sairaalassa samalla mittarilla kuin alkumittaus.

Tulokset: Hyvä syntymä -hankkeesta saaduista tuloksista 12 eniten synnyttäjän hyödylliseksi kokemaa tuen muotoa olivat 1) kättilön luottamusta herättävä ja varma toiminta synnyttäjää hoitaessa, 2) synnyttäjän kipulääkityksestä huolehtiminen, 3) kunnioittava hoito, 4) yksilöllinen kohtaaminen, 5) kättilö kehui synnyttäjää, 6) kättilö sai tuntemaan synnyttäjän olon turvalliseksi 7) synnytyksen aikaisista tapahtumista kertominen, 8) Sairaalan rutiinien ja toimenpiteiden selittäminen, 9) kättilön totuudenmukaisuuden ja ymmärrettävyyden, 10) kättilö otti synnyttäjän mukaan päätöksentekoon 11) kättilön hyväksyvä asenne ja tilanteen normalisointi, 12) kättilö yritti toteuttaa synnyttäjän toiveita.

Johtopäätökset: Synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta on näyttöön perustuvaa hyötyä, äidit kokevat kaikki tuen osa-alueet auttaviksi. Tuen muoto tulisi valita synnyttäjän

tarpeista ja toiveista lähtien. Kätilöitä tulisi jatkokouluttaa synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen osalta.

Jatkotutkimusaiheita: Kenen tarjoamasta tuesta äidit hyötyvät synnytyksen aikana eniten ja minkälaisesta jatko-koulutuksesta salikätilöt hyötyisivät eniten jatkuvan tuen integroimiseksi nykyisiin hoitokäytänteisiin.

Avainsanat

jatkuva tuki (continuous support), synnytys (child birth), äidin kokemus (mothers experience), kätilö (midwife)

Johdanto

Kautta aikojen naiset ovat tukeneet toisiaan synnytyksessä. Vuosien varrella synnytykset ovat siirtyneet sairaaloihin ja tuen määrä ja laatu on muuttunut tekniikan kehittyessä. Tänä päivänä kätilön aikaa kuluu yhä enemmän kirjaamiseen ja teknisten laitteiden seurantaan. Kätilö ei myöskään pysty tarjoamaan jatkuvan tuen tarkoittamaa yhtäjaksoista läsnäoloa, sillä usein hänellä on useampi kuin yksi äiti hoidettavana samanaikaisesti. Näistä on seurauksena, että yhä useammin synnyttäjän jatkuva tuki on enemmän poikkeus kuin itsestäänselvyys. (Hodnett ym. 2013.)

Synnytyksenaikainen jatkuva tuki voidaan jakaa neljään osa-alueeseen. Fyysisellä tuella kuvataan perushoidosta huolehtimista, kivunlievitysmenetelmien tarjoamista ja esimerkiksi lohduttavaa kosketusta. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan läsnäoloa, rohkaisemista ja kannustamista. Tiedollinen tuki sisältää informaation tarjoamisen sairaalan käytänteistä ja tietoa synnytykseen liittyvistä asioista, kuten synnytyksen etenemisestä. Neljäs osa-alue on naisen puolesta puhuminen, joka käsittää esimerkiksi naisen toiveiden sanoittamisen. (Hodnett ym. 2013.)

Jatkuvan tuen hyödyistä on tehty useita tutkimuksia ja näyttöön perustuvia hyötyjä on löydetty runsaasti. Synnytyksen aikainen tuki selvästi vähentää tutkimusten mukaan sektioita (Ross-Davie ym. 2014; Aune ym. 2014; Hodnett ym. 2013; Kashanian ym. 2010) ja äitien synnytyskokemus on usein positiivisempi (Ross-Davie ym. 2014; Aune ym.

2014; Hodnett ym. 2013). Hodnett ym. (2013) tutkimuksen mukaan jatkuva tuki lisää spontaanin alatiesynnytyksen todennäköisyyttä ja vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta, sekä operatiivisten synnytysten määrää. Jatkuvan tuen merkityksellisyyttä tukee myös se, että naiset, jotka ovat kokeneet operatiivisen synnytyksen, useammin raportoivat jääneensä yksin heitä huolestuttavalla hetkellä (Ross-Davie ym. 2014). Jatkuva tuki tarjoaa kättilölle mahdollisuuden synnytyksen etenemisen seurantaan ja luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseen (Aune ym. 2014; Ross-Davie ym. 2014). Jatkuvalla tuella on myös synnytyksen kestoa lyhentävä vaikutus (Hodnett ym. 2013; Kashanian ym. 2010) ja synnytyksen lopputuloksen kannalta positiivinen vaikutus (Ross-Davie ym. 2014).

Tutkimusten tarjoama tieto ja synnytyskulttuurin nykyinen kehittyminen ovat ristiriidassa keskenään. Vaikka tietoa jatkuvan tuen positiivisista vaikutuksista on tarjolla runsaasti, ei jatkuvaa tukea voida tarjota synnytysyksiköiden kasvaessa, sen sijaan rutiininomaisesta teknologian käytöstä voi olla jopa haittaa synnytyksen luonnolliselle etenemiselle (Hodnett ym. 2013). Aune ym. (2014) mukaan kättilöt tiedostavat tarpeen jatkuvalle tuelle, mutta kertovat ettei tukea ole aina mahdollista antaa. Tällöin he turhautuvat ja tuntevat riittämättömyyden tunnetta työssään (Aune ym. 2014).

Hyvä syntymä -hanke on vuodesta 2010 tutkinut suomalaista synnytyksen aikaista tukea ja sen toteutumista kättilöiden, äitien ja isien näkökulmasta. Suomessa kättilön keskeinen rooli on tukea synnyttäjää, mutta tukea ei ole määritelty yhtenevästi, annettua tukea ei useinkaan kirjata ja yhä enemmän esiintyy puuttumista myös matalan riskin synnytyksiin. (Hyvä syntymä -hanke 2012.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma korostaa, että syntymän aikaisen jatkuvan tuen tulisi toteutua kaikkien synnyttäjien osalla. Kokonaisvaltaisen syntymän aikaisen tuen tulisi olla synnyttäjän omia voimavaroja tukevaa. Tavoitteena on vähentää tarpeetonta puuttumista synnytyksen kulkuun ja edistää varhaista vuovaikutusta. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa 2014–2020.) Hyvä Syntymä -hankkeen päämääränä on yhtenäistää ja kehittää suomalaisen jatkuvan tuen hoitokäytäntöä. Hankkeessa tutkittiin onko synnytyksen aikaisella jatkuvalla tuella merkitystä synnytyksen kulkuun, vastasyntyneen terveyteen, synnytyskokemukseen ja ensikontaktiin. Lisäksi vertailtiin onko jatkuvan tuen antamisessa eroa interventio- ja verrokkisairaaloitten välillä, ennen ja jälkeen intervention. (Hyvä syntymä -hanke 2012.) Tässä artikkelissa kuvataan synnyttäneille suomalaisille äideille (n=2120) toteutetun kyselyn tuloksia.

Menetelmät

Äideille (n=2120) suunnattu kysely toteutettiin kuudessa suomalaisessa synnytysairaassa vuosina 2012–2013. Sairaaloista kolme oli aluesairaaloita ja kolme yliopistollisia sairaaloita. Sairaaloista yliopistollisia oli interventiosairaala 1 ja verrokkisairaalat 1 ja 2. (Hyvä syntymä -hanke 2012.) Näissä yliopistosairaaloissa syntyi vuonna 2013 yhteensä 11910 lasta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Interventiosairaala 2 ja verrokkisairaalat 3 ja 4 olivat aluesairaaloita. (Hyvä syntymä -hanke 2012.) Näissä aluesairaaloissa syntyi vuonna 2013 yhteensä 4181 lasta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Tutkimuksessa tehtiin alku- ja loppumittaukset, joiden välissä kahdessa sairaaloista toteutettiin henkilökunnan puolitoistatuntinen workshop -koulutus, jossa ideoitiin konkreettisia muutoksia sairaaloiden voimassa oleviin synnyttäjän tukemisen toimintamalleihin. (Koulutussuunnitelma 2012.)

Tutkimuksen kyselylomakkeita annettiin kättilöiden toimesta synnyttäneille naisille lapsivuodeosastolla (n=3000) ja kokonaisvastausprosentti oli 70,6 % (Leskinen ja Kahelin 2014; Heikkilä ja Vuorikoski 2014). Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin ainoastaan äidit, joille oli tehty elektiivinen sektio tai heidän kielitaitonsa ei riittänyt kyselyyn vastaamiseen. Alku- ja loppumittauksissa käytettiin samaa kyselylomaketta kaikissa kuudessa sairaalassa, mikä mahdollistaa tulosten vertailun sekä sairaaloiden välillä, että ennen ja jälkeen intervention. (Hyvä syntymä -hanke 2012.) Kyselylomakkeen 9 ensimmäistä kysymystä käsitteli asiakkaan taustatietoja, joista saatiin tietoja synnyttäjän ikään, pariteettiin, koulutukseen ja työllisyystilanteeseen liittyen. Myös siviilisäätö ja muun tukihenkilön käyttö synnytyksen aikana tilastoitiin. Varsinaisen tutkimusmittarin (Bansil-Q-mittari) 25 kysymyksessä pyydettiin arvioimaan Likertin asteikolla synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen hyötyä, kysymykset 26 ja 27 olivat avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen kolmannessa osassa pyydettiin avoimin ja suljetuin kysymyksiin arvioimaan toteutunutta vastasyntyneen ja äidin varhaiskontaktia ja vuorovaikutusta. (Bryanton ym. 1997.)

Kättilön tarjoamaa synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen hyödyn määrää arvioitiin Bansil-Q-mittarilla, Likertin asteikolla 0-5: vastausvaihtoehdot olivat (1) ei auttanut yhtään ja (5) auttoi todella paljon, jolloin 0 tarkoitti, ettei vastaaja ollut kokenut saaneensa kuvattua tukea. Vastaajalla oli myös mahdollisuus tuoda esiin muita kuin kyselyssä mainittuja toi-

mintoja, jotka oli kokenut hyödyllisiksi synnytystilanteessa. Kysymyksenasettelulla pyrittiin arvioimaan kaikkia jatkuvan tuen neljää osa-aluetta 1) fyysistä 2) emotionaalista 3) tiedollista ja 4) synnyttäjän puolesta puhumista. (Bryanton ym. 1997.)

Tutkimusmittauksissa kerätty tilastollinen aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 21 -ohjelmalla. Mann-Whitney U-testillä selvitettiin tuen eri muotojen maksimi, mediaani ja minimi, ja havainnoitiin onko ennen ja jälkeen mittauksilla tilastollista eroa. Merkitsevyys rajana käytettiin $p < 0,05$. Chronbachin alfa-kertomien avulla tarkasteltiin syntymänaikaisen jatkuvan tuen eri luokkien reliabiliteettia alku- ja loppumittauksissa ja Pearsonin korrelaatiokertoimella (Khiin neliötesti) tarkasteltiin tulosten tilastollista merkityksellisyyttä sekä arviointiin onko synnytysyksiköiden välillä eroja synnytyksen aikaisen tuen toteutumisessa. (Leskinen ja Kahelin 2014; Heikkilä ja Vuorikoski 2014.)

Tulokset

Tutkimukseen vastasi 2120 (n=3000) synnyttänyttä naista lapsivuodeaikana. Vastaaajien iän vaihteluväli oli 17–45, yli puolet vastaajista oli 21–30 -vuotiaita. Vastanneista yli 90 %:lla oli synnytyksessä tukihenkilönä lapsen isä. Kaikki 12 auttavinta tuen muotoa auttoivat yli 79 % vastaajista (taulukko 1.). Auttavimpina synnytyksen aikaisen fyysisen tuen muotoina kaikissa sairaaloissa pidettiin kätilön luotettavuutta ja varmuutta; (1) *kätilö oli luottamusta herättävä ja varma*, sekä kipulääkityksestä huolehtimista; (2) *kätilö huolehti kipulääkityksestäni*. Emotionaalisista jatkuvan tuen muodoista auttavimmiksi vastanneet olivat kokeneet kunnioittavan hoidon; (3) *kätilö hoiti minua kunnioittavasti*, ja yksilöllisen kohtaamisen; (4) *kätilö sai minut tuntemaan, että minusta välitetään yksilönä*. Vastajaat kokivat myös hyötynensä saadessaan kätilöltä kehuja; (5) *kätilö kehui minua*, ja kätilön saadessa synnyttäjän tuntemaan olonsa turvalliseksi; (6) *Kätilö sai minut tuntemaan oloni turvalliseksi*. Tiedollisen tuen muodoista vastaajat kokivat auttavimmiksi synnytyksen aikaisista tapahtumista kertomisen; (7) *kätilö kertoi minulle mitä synnytyksen aikana tapahtuu*, sairaalan rutiinien ja toimenpiteiden selittäminen; (8) *kätilö selitti sairaalan rutiinit ja toimenpiteet*, sekä kätilön totuudenmukaisuuden ja ymmärrettävyyden; (9) *kätilö vastasi totuudenmukaisesti ja ymmärrettävästi* ja otti synnyttäjän mukaan päätöksentekoon; (10) *sain osallistua päätöksentekoon synnytyksen aikana*. Neljännän osa-alueen, eli synnyttäjän puolella olemisen auttavimmaksi muodoksi vastaajat kokivat kätilön hyväksyvän asenteen; (11) *kätilö hyväksyi mitä sanoin eikä tuominnut minua*,

sekä sen, että kätilö yritti toteuttaa synnyttäjän toiveita; (12) *kätilö yritti toteuttaa niin monta toivettani kuin mahdollista.* (Leskinen ja Kahelin 2014; Heikkilä ja Vuorikoski 2014.)

Taulukko 1. Auttoi todella paljon ja Auttoi melko paljon -vastausten kaikkien sairaaloiden yhteenlasketun prosenttimäärän perusteella parhaiksi arvioidut synnytyksen aikaisen tuen muodot.

Tuen luokat	12 auttavimmaksi koettua tuen muotoa	Interventio sairaalat alkumittaus n (%)	Interventio sairaalat loppumittaus n (%)	Verrokki-sairaalat alkumittaus n (%)	Verrokki-sairaalat loppumittaus n (%)
Fyysinen tuki (1-2)	Kätilön luotettavuus ja varmuus (1)	478 (95,02)	345 (93,49)	639 (94,94)	504 (95,40)
	Kipulääkityksestä huolehtiminen (2)	409 (81,8)	308 (83,92)	555 (83,08)	457 (81,31)
Emotionaalinen tuki (3-6)	Kunnioittava hoito (3)	482 (95,25)	339 (91,62)	644 (95,54)	520 (91,54)
	Yksilöllinen kohtaaminen (4)	487 (96,24)	354 (95,67)	636 (94,64)	537 (94,37)
	Kätilö kehui synnyttäjää (5)	476 (94,82)	342 (92,68)	629 (93,46)	539 (95,06)
	Kätilö sai synnyttäjän tuntemaan olonsa turvalliseksi (6)	457 (90,49)	334 (90,27)	600 (89,02)	483 (84,88)
Tiedollinen tuki (7-10)	Synnytyksen aikaisista tapahtumista kertominen (7)	443 (88,24)	316 (85,63)	603 (89,86)	489 (86,24)
	Sairaalan rutiinien ja toimenpiteiden selittäminen (8)	433 (86,06)	291 (79,07)	578 (85,75)	471 (82,92)
	Kätilön totuudenmukaisuus ja ymmärrettävyys (9)	475 (94,43)	335 (90,78)	619 (92,25)	518 (91,51)
	Kätilö otti synnyttäjän mukaan päätöksentekoon (10)	406 (81,2)	302 (81,84)	554 (82,68)	476 (83,95)
Synnyttäjän puolella oleminen (11-12)	Kätilön hyväksyvä asenne, tilanteen normalisointi (11)	415 (83)	304 (82,83)	564 (83,80)	460 (81,27)
	Kätilö yritti toteuttaa synnyttäjän toiveita (12)	408 (80,95)	303 (81,89)	565 (84,07)	463 (81,51)

(Leskinen ja Kahelin 2014; Heikkilä ja Vuorikoski 2014.)

Koulutusinterventio toteutettiin kahdessa interventiosairaalassa, joista 1 oli yliopistollinen ja 2 alueellinen interventiosairaala. Kummallakin sairaalalla oli 2 verrokkisairaala, joissa koulutusta ei toteutettu. Yliopistollisessa interventiosairaalassa tehdyllä koulutusinterventiolla ei ollut tulosten mukaan positiivista vaikutusta äitien kokemuksiin synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen eri luokkien auttavuudesta. Joidenkin kysymysten kohdalla oli havaittavissa laskua tuen auttavuudessa intervention jälkeen. Alueellisessa interventiosairaalassa ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkittävää muutosta alku- ja loppumittaus-ten välillä missään tuen luokissa. Intervention vaikutukset verrokkisairaaloihin verrattuna on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Koulutusintervention vaikutukset vastaajien näkemyksiin siitä, kuinka hyödylliseksi fyysinen, emotionaalinen ja tiedollinen tuki sekä synnyttäjän puolella oleminen koettiin, vastausten mediaanit ja p-arvot.

	Interventio- sairaala 1	Verrokki- sairaalat 1 ja 2	Interventio- sairaala 2	Verrokki- sairaalat 3 ja 4
Fyysinen tuki	P=0,099	P=0,774	P= 0,132	P=0,461
Mediaani alkumittauksessa	4,33	4,17	4,12	4,50
Mediaani loppumittauksessa	4,33	4,17	4,33	4,33
Emotionaalinen tuki	P=0,072	P=0,031	P=0,506	P=0,918
Mediaani alkumittauksessa	4,57	4,43	4,43	4,43
Mediaani loppumittauksessa	4,36	4,43	4,57	4,33
Tiedollinen tuki	P=0,001	P= 0,248	P= 0,391	P=0,661
Mediaani alkumittauksessa	4,50	4,33	4,50	4,50
Mediaani loppumittauksessa	4,33	4,33	4,33	4,50
Synnyttäjän puolella oleminen	P=0,010	P= 0,625	P=0,506	P=0,531
Mediaani alkumittauksessa	4,67	4,67	4,43	4,33
Mediaani loppumittauksessa	4,33	4,67	4,57	4,33

(Leskinen ja Kahelin 2014; Heikkilä ja Vuorikoski 2014.)

Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimukseen osallistuneet äidit arvioivat synnytyksen aikaisen tuen enimmäkseen hyödylliseksi ja auttavaksi. Tuloksiin valittiin 12 tuen muotoa, jotka oli selkeästi arvioitu hyödyllisimmiksi. Kuitenkin jokainen synnyttäjä on yksilö, jolla on omat toiveet ja tarpeet. Yksikään tuen muoto ei ollut täydellisen auttava kaikkien vastaajien mielestä. Tämä kuvaa hyvin sitä kuinka monta muuttujaa, kuten esimerkiksi kätilöiden erilaiset työtavat, erilaiset ympäristön tarjoamat mahdollisuudet ja synnyttäjien erilaiset luonteenpiirteet vaikuttaa synnytyskokemukseen. Jotta kätilö pystyy tunnistamaan ja tarjoamaan juuri kyseiselle äidille auttavimpia tuen muotoja, tulisi hänellä olla aikaa tutustua synnyttäjään ja luoda häneen luottamuksellinen hoitosuhde.

Vaikka tutkimuksesta saatu lista auttavimmista tuen muodoista auttaa kätilöitä ymmärtämään synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen monimuotoisuutta, ei se kuitenkaan tarjoa ratkaisua toiseen ongelmaan; salikätilöiden lisääntyneeseen työtaakkaan, samanaikaisesti usean synnyttäjän hoitamiseen ja siitä aiheutuvaan jatkuvan tuen puutteeseen. Aune ym. (2014) kirjoittaa tutkimuksessaan, että kätilöt kokevat tärkeäksi paitsi käytetyn ajan määrän, myös ajankäytön laadun ja erityisesti synnyttäjään tutustumisen ensimmäisellä tapaamisella. Kätilön tulisi olla tapaamisessa aidosti läsnä ja aktiivisesti pyrkiä luottamuksen syntymiseen ensitapaamisella ja jatkossa hyvää suhdetta tulee ylläpitää riittäväällä läsnäololla. Läsnäololla varmistetaan paitsi sikiön ja äidin hyvinvointi, myös vältetään turhia puuttumisia ja saavutetaan vähemmän traumaattisia synnytyskokemuksia ja myöhemmin esiintyvää synnytyspelkoja. (Aune ym. 2014.)

Tutkimukseen sisältyi kysymyksiä kaikilta synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen neljältä osa-alueelta. 12 auttavimman tuen listalle kipusi vähintään 2 jokaiselta osa-alueelta. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että fyysinen, emotionaalinen ja tiedollinen tuki, yhdessä synnyttäjän puolesta puhumisen kanssa ovat kaikki tärkeitä ja synnyttäjälle tarjottavan tuen tulisivatkin lähteä synnyttäjän itsensä tarpeista. Auttavimmiksi osa-alueista nousi emotionaalinen tuki (4/12) ja tiedollinen tuki (4/12). Hodnett ym. (2013) kuvaa emotionaalista tukea jatkuvaksi läsnäoloksi, kannustamiseksi ja kehumiseksi. Aune ym. (2014)

korostaa hyvän kättilön emotionaalisia taitoja; läsnä- ja saatavilla olon lisäksi työhön kuuluu vahvasti lempeyden ja myötätunnon esiintuominen. Emotionaalista tukea pohditaan myös Ross-Davie ym. (2014) tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan, kättilön poissaolo synnytyshuoneesta aiheutti synnyttäjissä ahdistusta, erityisesti jos kättilö ei selittänyt minne meni, miksi ja kauan aikoo olla poissa (Ross-Davie ym. 2014). Synnytyksenaikainen ahdistus lisää stressihormonin määrää, joka vuorostaan voi johtaa sikiön sydänään-teen poikkeavuuksiin, vähentää kohdun supistusvoimaa, pitkittää synnytystä ja aiheuttaa näin matalampia Apgar-arvoja vastasyntyneille (Hodnett ym. 2013). Kirjallisuuskatsaukseen sisältyvien tutkimusten emotionaalinen tuki voidaan ymmärtää synnytyksen aikaisen tuen yhdeksi kulmakiveksi, joka vaikuttaa kaikella tavalla myös muiden jatkuvan tuen osa-alueiden kuten esimerkiksi tiedollisen tuen tarjoamiseen. Siinä missä emotionaalisen tuen muodot tuntuisivat olevan synnyttäjän turvallisuudentunnetta lisääviä, tiedollinen tuki taas näyttää perustuvan synnyttäjän oman hallinnantunteen lisäämiseen. Positiivinen ketjureaktio tapahtuu, kun esimerkiksi tiedon antaminen mahdollistaa synnyttäjän osallistumisen oman hoitonsa päätöksentekoon, jolloin synnyttäjän tilanteen hallinnantunne vuorostaan lisää positiivisen synnytykokemuksen todennäköisyyttä.

Aune ym. (2014) pohtii tutkimuksessa kättilön tietämystä suhteessa hänen toimintatapoihin. Tulokset paljastavat, että mitä tietoisempi kättilö on jatkuvan tuen hyödyistä, sitä sitoutuneempi hän on tekemään synnyttäjän olon turvalliseksi ja luottavaiseksi. Tällainen kättilö pyrkii edistämään synnytystä läsnäolollaan, sen sijaan, että automaattisesti puuttuisi synnytyksen fysiologiseen, luonnolliseen etenemiseen (Aune ym. 2014). Kuten tutkimustuloksista voi päätellä, tähän tutkimukseen liittyvä interventio oli riittämätön lisäämään kättilöiden osaamista synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen osalta. Syytä intervention negatiivisista vaikutuksista yhden osallistuneen sairaalan osalta on vaikea arvioida, sillä saatavilla ei ole dokumentointia synnytysosaston mahdollisista tutkimusta häiritsevistä tekijöistä kuten henkilöstön vaihdoksista, kiireellisyydestä kyseisenä ajankohtana tai kättilöiden ja synnyttäjien välisistä henkilökohtaisista haasteista. Koska tutkimuksen interventio ei saanut aikaan merkittäviä positiivisia muutoksia kummankaan osallistuneen sairaalan mittauksissa, voidaan myös kyseenalaistaa tämän workshop -tyylisen intervention sisällön ja keston sopivuutta syntymän aikaisen jatkuvan tuen merkityksen ymmärtämiseen. Tuoreimman tutkimustiedon sisäistämiseksi ja oman työyksikön työskentelytapoihin sisällyttämiseksi jatkuva kouluttautuminen on salikätilöille kuitenkin tärkeää. Toivottavaa on, että suomalaisessa tutkimuksessa saavutettu tieto kuitenkin auttaa kättilöitä ympäri maailman soveltamaan jatkuvan tuen eri hyväksi havaittuja muotoja omassa

osaamisessaan ja työyhteisöjä muuttamaan toimintatapojansa jatkuvaa tukea puoltavaan suuntaan.

Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen tarjoaminen pitäisi olla jokaisessa synnytysyksikössä ylpeyden aihe ja tuen kaikkien muotojen tarjoamiseen tulisi pyrkiä, paitsi sen moinen hyötyjen vuoksi, mutta myös teknologian kehittyessä kätilöiden työssäjaksamisen ja herkän ammattitaidon vaalimiseksi. Nykyisen synnytysten keskittämisen, synnytysyksikköjen jatkuvat kasvun ja teknologian kehityksen jatkuessa on mietittävä onko kätilön työnkuva muuttumassa entistä enemmän epäsäännöllisten synnytysten hoitajaksi. Hodnett ym. (2013) on pohtinut tutkimuksessaan doulan käytön hyötyjä synnytyksessä. Onko aiheellista tutkia, voivatko synnytykseen osallistuvat tukihenkilöt, kuten esimerkiksi doulat, tarjota kätilön poissa ollessa riittävää emotionaalista tukea positiivisen synnytyskokemuksen ja turvallisen lopputuloksen turvaamiseksi säännöllisissä synnytyksissä. Intervention lopputuloksia tarkasteltaessa on harkittava jatkotutkimusta myös siitä, minkälaisesta jatkokoulutuksesta salikätilöt hyötyisivät eniten jatkuvan tuen integroimiseksi nykyisiin hoitokäytänteisiin.

Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseen haettiin lupa eettiseltä toimikunnalta. Tutkimusluvut haettiin myös kaikilta tutkimuksessa osallisina olleilta sairaaloilta. Kyselylomakkeen alussa oli saatekirje, jossa annettiin tietoa tutkimuksesta, osallistujan anonymiteetistä, satunnaistamisesta ja aineiston luottamuksellisuudesta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuneet antoivat tietoisesti suostumuksensa osallistumisestaan. (Hyvä syntymä -hanke 2012.)

Artikkelissa kuvatut tulokset on koottu niitä muuttamatta, ilman asenteiden tai odotusten vaikutusta lopputulokseen. Kirjallisuuskatsauksesta on saattanut jäädä jokin tärkeä tutkimus pois, sillä katsaukseen valittujen tutkimusten kriteereinä oli esimerkiksi, että artikkeli on englannin- tai suomenkielinen, käsittelee synnytyksen aikaista jatkuvaa tukea ja on ilmestynyt viimeisen viiden vuoden aikana. Aikaväli asetettiin, jotta kirjallisuuskatsaukseen saataisiin tuoreinta tutkittua tietoa. Näin lyhyen aikavälin tutkimusten rajallisuus on kuitenkin saattanut vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen.

Kyselyn toteuttamista tukivat Suomen Kätilöliitto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja kyselyyn osallistuneet sairaalat. Kyselyn toteutti ja rahoitti Metropolian Ammattikorkeakoulun kätilökoulutusohjelma. (Hyvä syntymä-hanke 2012.)

Lähteet

Aune, I., Hvaal Amundsen, H., Skaget Aas, L. C., 2014. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery* 30, 89–95.

Bryanton, J., Fraser-Davey, H., Sullivan, P., 1997 Bryanton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire (BANSILQ).

Heikkilä, M., Vuorikoski, T., 2014. Äitien näkökulma synnytyksenaikaisen jatkuvan tuen toteutumisesta. *Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu*. pp. 9–13, 17–18, 22–24, 27–29, 31–32, 57, 92.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyer, G. J., Sakala, C., 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7, 1, 3–4, 12–13. CD003766.

Hyvä syntymä -hanke 2012. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Kashanian, M., Javadi, F., Moshkbid H. M., 2010. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Volume 109, Issue 3, 199–200.

Koulutussuunnitelma 2012. Hyvä syntymä -hanke. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Leskinen, A., Kahelin, H., 2014. Jatkuva tuki synnyttäjän hoidossa suomalaisessa hoitoympäristössä äitien arvioimana. *Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu*. pp. 8–10, 12, 14, 18–19, 23–24, 27–28, 31, 42, 44, 47–48.

Ross-Davie, M., McElligott, M., King, K., Little, M., 2014. Midwifery support in labour: how important is it to stay in the room? *The Practising Midwife* 17(6), 19–22.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2014-2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Opas* 33/2014, 109.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Verkkodokumentti (http://www.julkari.fi/bitstream/handle/.../116818/Tr23_14.pdf...). Luettu 21.4.2015.