

Jaana Matero ja Jaana Säkkinen

”Rankka reissu, tosi hyvä loppu”

Kokemuksia sairaalan ulkopuolisista synnytyksistä

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyönkoulutusohjelma
Kevät 2011



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Matero Jaana ja Säkkinen Jaana	
Työn nimi ”Rankka reissu, tosi hyvä loppu” Kokemuksia sairaalan ulkopuolisista synnytyksistä	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Terveydenhoito	Ohjaaja(t) Poranen Tiina ja Hietala Heli
	Toimeksiantaja Taivalkosken neuvola
Aika Kevät 2011	Sivumäärä ja liitteet 34+4
<p>Suomessa oli vuonna 2009 kaikkiaan 60 794 synnytystä, joista 75 synnytystä tapahtui suunnittelemattomasti kotona tai matkalla sairaalaan. Synnytysairaaloita on lakkautettu 2000 – luvulla kaikkiaan seitsemän, kun synnytyksiä on keskitetty suuriin sairaaloihin. Kyseinen aihe on puhuttanut paljon myös Koillismaalla Kuusamon synnytysosaston suljettua ovensa vuonna 2008. Pitkät välimatkat aiheuttavat paljon huolta ja vaivaa perheille, koska synnytyksissä on aina omat riskinsä. Taivalkoskella on ollut viime vuosina kaikkiaan kuusi suunnittelematonta sairaalan ulkopuolista synnytystä, jonka vuoksi neuvolan terveydenhoitajat ovat kokeneet tarvetta tutkitulle tiedolle kyseisestä aiheesta.</p> <p>Tarkoituksena oli kuvata taivalkoskelaisien naisten kokemuksia suunnittelemattomasta synnytyksestä sairaalan ulkopuolella. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhoitaja voi yhä paremmin tukea synnytykseen valmistautuvia naisia. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jonka aineiston olemme keränneet avoimena haastatteluina kuudelta taivalkoskelaiselta naiselta.</p> <p>Tutkimustehtävämme olivat:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Millaisia kokemuksia taivalkoskelaisilla naisilla on suunnittelemattomista synnytyksistä sairaalan ulkopuolella?2. Millaista tukea ja ohjausta naiset saivat neuvolan terveydenhoitajalta valmistautuessaan mahdolliseen sairaalan ulkopuolella synnyttämiseen?3. Millaista tukea ja ohjausta naiset olisivat kaivanneet neuvolan terveydenhoitajalta valmistautuessaan mahdolliseen sairaalan ulkopuolella synnyttämiseen?4. Millaista tukea ja ohjausta naiset saivat synnytyksen aikana ja sen jälkeen? <p>Haastattelujemme tulokset kertovat, että neuvolan terveydenhoitajan tuki ja ohjaus koettiin hyvänä, vaikka osa jäikin kaipaamaan enemmän teoriatietoa matkasynnytyksestä ja erityisesti synnytyksen käynnistymisestä. Koskaan ei painoteta liikaa, että synnytysairaalaan tulee lähteä ambulanssilla ja käydä sairaalassa ”turha” reissu, kuin viivytellä liian kauan ja synnyttää lapsi matkalle. Synnytyksessä avustaneen hoitohenkilökunnan tuki ja työ koettiin arvokkaana ja ammattitaitoisena. Monelle synnytys oli hyvä kokemus, mutta samanlaista synnytystä ei haluttaisi kokea uudelleen. Kenellekään ei ole jäänyt traumoja.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Raskaus, matkasynnytys, synnytyskokemus, ohjaus
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto



School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Matero Jaana and Säkkinen Jaana	
Title "Tough Trip, But a Great Ending" Experiences of Out of Hospital Births	
Optional Professional Studies Public Health Nursing	Instructor(s) Poranen Tiina and Hietala Heli
	Commissioned by Maternity Clinic of Taivalkoski region
Date Spring 2011	Total Number of Pages and Appendices 34+4
<p>In 2009 there were 60 794 labors in Finland and 75 out of hospital births. In the 21st century seven maternity wards have been closed down when labors have been centralized into major hospitals. This theme has provoked discussion in the region of Koillismaa when the labour ward in Kuusamo was closed in 2008. Families are concerned with the long distance to the nearest labor hospital because giving birth always carries a certain risk. In Taivalkoski alone there have been six out of hospital births in the few past years, which is the reason why public health nurses in Taivalkoski maternity clinic required evidence-based information about out of hospital births.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe the experiences of women who had had out of hospital births. The aim of this thesis was to bring new information to public health nurses so that they could support pregnant women and give information better. This thesis is qualitative research, and the material was collected through open interviews with six women who had had out of hospital birth.</p> <p>Our research questions were:</p> <ol style="list-style-type: none">1. What kind of experiences women from Taivalkoski had out of hospital births?2. What kind of support and counseling women had had from public health nurse before labor?3. What kind of support and counseling women would have liked to have from maternity clinic?4. What kind of support and counseling women had got during the labor and after it? <p>The results, based on the interviews, tell that the support and counseling from the maternity clinic was good even though some women were longing for more information about out of hospital births and about signs of labor. In the maternity clinic the public health nurses had told that women should (always) travel with ambulance to hospital and that it would be better to go to hospital and check if the labor has started than to wait too long at home and give birth out of hospital. Generally thinking support and work of the nursing staff during the labor were considered valuable and professional. Most of the women thought that out of hospital birth was a good experience but they would not want to experience another out of hospital birth again. No one had any trauma about out of hospital birth.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Labour, birth experience, out of hospital birth
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 ÄITTYSHUOLTO	2
2.1 Synnytyskulttuuri muuttuu ja äitiyshuolto kehittyy	2
2.2 Raskauden ja synnytyksen vaiheet	4
2.3 Synnytyskokemus	6
2.4 Raskauden aikainen ohjaus Taivalkosken neuvolassa	7
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	9
4 TUTKIMUSMENETELMÄ	10
4.1 Laadullinen tutkimus	10
4.2 Aineiston kerääminen	11
4.3 Sisällönanalyysi	12
5 TULOKSET	14
5.1 Naisten kokemuksia matkasynnytyksestä	14
5.2 Neuvolan terveydenhoitajalta saatu tuki ja ohjaus	16
5.3 Tuki ja ohjaus, jota naiset olisivat kaivanneet neuvolasta	17
5.4 Naisten saama tuki ja ohjaus synnytyksen aikana ja sen jälkeen	19
6 POHDINTA	22
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua	22
6.2 Tutkimuksen eettisyys	24
6.3 Tutkimuksen luotettavuus	25
6.4 Toimenpide-ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	27
6.5 Ammatillinen kasvu	28
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	30
LÄHTEET	32
LIITTEET	

LIITE2 - Analyysikaavio 2

LIITE3 - Analyysikaavio 3

LIITE4 - Analyysikaavio 4

1 JOHDANTO

Viimeaikoina monia pieniä synnytysosastoja on lakkautettu, ja sulkemissuunnitelmia on vireillä (Valtavaara 2009). Kyseinen aihe on ollut viime vuosina paljon esillä Koillismaalla Kuusamon synnytysosaston suljettua ovensa elokuussa 2008. Välimatka Taivalkoskelta lähimpään synnytysairaalaan on pitkä, noin 150 kilometriä ja sairaalan ulkopuolella tapahtuneita synnytyksiä on ollut viime vuosina useita.

Opinnäytetyömme aiheena on tuoda esille taivalkoskelaisten naisten kokemuksia suunnittelelmatomista sairaalan ulkopuolisista synnytyksistä. Selvitämme millaista tukea ja ohjausta he olivat saaneet matkasynnytystä varten sekä millaista tukea ja ohjausta he olisivat kaivanneet.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata taivalkoskelaisten naisten kokemuksia suunnittelelmatomasta synnytyksestä sairaalan ulkopuolella. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhoitaja voi yhä paremmin tukea synnytykseen valmistautuvia naisia.

Käytämme opinnäytetyössämme tulosten yhteydessä termiä ”matkasynnytys”, jolla tarkoitetaan synnytystä, joka tapahtuu paikassa, johon ei olla etukäteen varauduttu, esimerkiksi kotona, matkalla sairaalaan, yleisellä paikalla tai kulkuvälineessä. (Paananen, Pietiläinen, Raussi – Lehto, Värynen & Äimälä 2009, 467.)

Työmme aihe on työelämälähtöinen ja tilaajana on Taivalkosken neuvola. Kyseiselle aiheelle on koettu olevan tarvetta, koska sairaalan ulkopuolella synnyttäneistä halutaan tutkittua tietoa. Taivalkosken neuvolan terveydenhoitajat odottavat tietoa synnytyskokemuksista, kun synnytys on tapahtunut sairaalan ulkopuolella.

Neuvolan terveydenhoitajat haluavat tietoa naisten synnytyskokemuksista niin, että naisia on haastatellut joku ulkopuolinen henkilö. Lisäksi synnytyksistä on kulunut nyt aikaa yhdestä neljään vuotta, joten kokemukset ovat varmasti muuttuneet siitä ajasta, kun terveydenhoitaja on haastatellut heitä synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä. Opinnäytetyömme tuomaa tietoa terveydenhoitajat voivat myöhemmin käyttää hyödykseen esimerkiksi perhevalmennuksessa.

Kirsi Viisaisen väitöskirjasta ilmenee, että 1990-luvulla sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli koko maassa 0,1 % (yksi tuhannesta), mutta pohjoissuomalaisten synnyttäjien riski oli 2,5-

kertainen verrattuna eteläsuomalaisten riskiin. Viisainen on tutkinut matkasynnytysten määrää Suomessa suhteessa synnytyssairaaloiden lakkautuksiin. (Viisainen 2000, 11 – 12.)

Terveydenhoitajilla on merkittävä rooli tukiessaan naisia ja perheitä tulevaan synnytykseen. Tulevina terveydenhoitajina meillä tulee olla tarvittavaa tietoa, jotta osaamme ohjata raskaana olevia tulevassa työssämme. Äitiyshuollon päämääränä on, että käyttäjän kannalta palvelut muodostaisivat saumattoman kokonaisuuden. Siksi äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan yhteistyön tulisi olla suunnitelmallista ja jatkuvaa. (Ryttyläinen 2005, 27.) Opinnäytetyömme vahvistaa terveyden edistämisen osaamista ja yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaamista (Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit 05/2006). Työmme myötä pystymme edistämään lasta odottavan perheen terveyttä, heidän voimavaroja ja omatoimisuutta tunnistaen ja puuttuen heidän tulevaa synnytystä uhkaaviin tekijöihin. Lisäksi olemme saaneet enemmän tietoa ja taitoa ohjata raskaana olevia naisia, jos heidän on lähdettävä synnyttämään pitkän matkan päähän kotoa. Lisäksi meillä on paremmat mahdollisuudet toimia avustajina, jos kohtaamme joskus naisen, jonka synnytys käynnistyy nopeasti sairaalan ulkopuolella.

Vuonna 2008 Taivalkoskella syntyi 46 lasta, vuonna 2009 syntyneitä oli 49 ja vuonna 2010 syntyi 50 lasta. Vuosina 2006 – 2009 Taivalkoskella syntyi kaikkiaan kuusi lasta suunnittelemattomasti sairaalan ulkopuolella. Lapsia syntyi kotiin, omaan autoon ja ambulanssiin. (H. Vääräniemi, henkilökohtainen tiedonanto 25.2.2010.) Vuosina 2006 – 2007 synnyttäneiden naisten synnytys käynnistyi viikonloppuna, jolloin Kuusamon synnytysosasto on ollut viikonloppuisin kiinni ja arkena auki.

2 Äitiyshuolto

”Nainen, joka synnyttää, tuntee tuskaa, kun hänen hetkensä on koittaa. Mutta kun lapsi on syntynyt, äiti ei enää muista hänen kipujaan vaan iloitsee siitä, että ihminen on syntynyt maailmaan.” (Joh. 16:21)

2.1 Synnytyskulttuuri muuttuu ja äitiyshuolto kehittyy

”Kansanomainen synnytysapu on monien vaiheiden kautta kehittynyt äitiyshuolloseksi, joka pyrkii torjumaan äitiä ja sikiötä uhkaavat vaarat, edistämään heidän terveyttään ja luomaan pohjan sen jatkuvuudelle.” (Eskola & Hytönen 2005, 13.)

Suomessa synnytyksien ohjautuminen sairaaloihin alkoi tapahtua 1900-luvulla. 1800-luvun lopulla synnytyksistä yli 90 % tapahtui kotona ja 1940-luvun puolivälissä noin 50 %. Kätilöt hoitivat kotisyntyisiä vielä 1950-luvulla. Helsingissä kotisyntyisiä ei enää juurikaan ollut, mutta Oulun läänissä vuonna 1957 kätilön työajasta 40 % kului kotisyntyisten hoitamiseen. Kotisyntyisten määrä alkoi selvästi laskea keskussairaalamuutoksen kehittyessä 1960-luvulla. Synnytysvalmennus sekä parantuneet liikenneyhteydet vaikuttivat siihen, että synnyttäjät siirtyivät laitoksiin. (Paananen ym. 2009, 22.) Vuonna 1963 sairaalan ulkopuolisten synnytyksien määrä oli vielä 1,3 tuhatta synnytystä kohden. Kymmenessä vuodessa luku oli laskenut 0,4:ään. (Viisainen, 2001, 372). 1960-luvun puolivälissä 3 % naisista synnytti kotona (Eskola & Hytönen 2005, 14).

Äitiyshuollon kehittymiseen ovat vaikuttaneet monet yhteiskunnassa esiintyneet virtaukset. 1920-luvulla kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto käynnisti neuvolatoiminnan, jonka yhteiskunta otti hoitaakseen vuonna 1944, jolloin neuvolatoiminnan järjestäminen tuli lakisääteisesti kuntien tehtäväksi. Äitiyshuollon tuloksiin vaikuttavat oleellisesti palvelujen tarjonta ja niiden käyttö. Äitiyshuollon palvelujen tarjontaa lisäsi koko maan kattava neuvolaverkosto 1940-luvulla sekä 1960-luvun lopussa valmistunut keskussairaala verkosto. (Eskola & Hytönen 2005, 14–15.)

Lähestulkoon kaikki, 99 % synnyttäjistä, käyttävät hyväkseen lakisääteisiä äitiyshuollon palveluita. Suomessa 99 % synnytyksistä hoidetaan laitoksissa, joten synnyttäjät saavat synnytys-hetkellä koulutettua apua. Synnytykset on pyritty keskittämään isoihin ja hyvin varusteltuihin yksiköihin. Vuonna 2003 yliopistosairaaloissa hoidettiin 76 % synnytyksistä. Tähän kuuluvat myös sairaalat, joissa hoidetaan yli 1500 synnytystä vuodessa. Synnytyksistä 8 % tapahtui yksiköissä, joissa hoidetaan alle 750 synnytystä vuodessa. Keskittämällä synnytykset suuriin sairaaloihin, saavutetaan taloudellista etua. Sekä turvallisuutta ja hoitoa voidaan tehostaa. (Eskola & Hytönen 2008, 16–17.)

Perusterveydenhuollossa kunnalliset ja yksityiset neuvolat vastaavat äitiyshuollon palveluista ja erikoissairaanhoidosta vastaavat äitiyspoliklinikat ja synnytysosastot. Käyttäjän kannalta olisi ihanteellista, että äitiyshuollon palvelut muodostaisivat saumattoman kokonaisuuden. Siksi äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan yhteistyö ja työnjako tulisi olla suunnitelmallista ja jatkuvaa. Äitiyshuolto muodostuu raskaana olevien säännöllisesti tapahtuvista neuvolan terveydenhoitajan ja lääkärin seurannasta, sekä tarvittaessa erikoislääkärin tutkimuksista ja hoidosta äitiyspoliklinikalla tai osastolla. (Stakes 1999.)

Vuonna 2009 syntyneitä lapsia oli 60 794 ja synnytyksiä 59 921. Eniten synnytyksiä hedelmällisessä iässä (15 – 49-vuotiaat) olevia naisia kohti oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja vähiten Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. 2000-luvulla yhdeksästä sairaalasta on loppunut synnytystoiminta. Vuonna 2009 synnytyssairaloita oli 32. (THL 2010.)

Sairaaloiden ulkopuolella syntyi myös jonkin verran lapsia. Vuonna 2008 synnytyksrekisteriin tulleiden tietojen mukaan oli 8 suunniteltua ja 73 suunnittelematonta kotisyntynyttä. Sairaalan matkalla ollessa syntyi 54 lasta. (THL 2008.)

Aiheesta on tehty aikaisemmin muutamia tutkimuksia. Viisainen (2001) on tutkinut väitöskirjassaan sairaalan ulkopuolisten synnytyksien yleistymistä synnytyssairaaloiden lakkauttamisen myötä. Keskussairaalaverkoston rakentamisen myötä sairaalanulkopuoliset synnytykset vähenivät 1960- ja 1970 luvuilla. Synnytysten keskittämisen ja sairaaloiden lakkauttamisen myötä myös sairaalan ulkopuoliset synnytykset kääntyivät nousuun, ja 1990-luvulla yksi tuhannesta synnytti sairaalan ulkopuolella.

Vuonna 2008 valmistuneesta opinnäytetyöstä ”Susirajalta synnyttämään” kävi ilmi, että naiset kaipaavat enemmän tietoa synnytykseen valmistautumisessa ja vastasyntyneen mahdollisista

terveysongelmista syntymän jälkeen. Opinnäytetyössä oli selvitetty, miltä naisista tuntuu lähteä synnyttämään pitkän matkan päähän kotoa.

Katri Ryttyläinen on tutkinut väitöskirjassaan (2005) naisten hallintaa raskauden ja synnytyksen aikana. Tutkimuksen mukaan naiset kokivat, että äitiyshuollon organisaatioiden välillä tiedonkulkua tulisi lujittaa. Myös vaihtoehtoisille synnytystavoille tulisi luoda lisää tilaa. Yhtenä kehittämistarpeena esille nousi naisen psyykinen tukeminen. Dialogisia, naisen hallintaa vahvistavia menetelmiä tulisi käyttää enemmän, jotta naiset pystyvät ottamaan enemmän vastuuta hoidostaan ja hoitopäätöksistä.

Marjukka Vallimies – Patomäki on tutkinut väitöskirjassaan (1998) naisten ja miesten synnytyskokemuksia ja odotuksia sekä mitkä tekijät ennustavat synnytystapaa ja kokemusta. Kyse lynä toteutetun tutkimuksen tuloksia olivat, että naiset pelkäsivät eniten lapsen puolesta, kipua, omaa jaksamista ja suoriutumista. Miehiä pelottivat edellisten lisäksi myös mahdolliset synnytysvauriot. Yli puolet naisista koki, että heidän tarpeensa otettiin hyvin huomioon. Säännöllistä synnytystä ennustivat naisen ja sikiön hyvä vointi, kliinisesti normaali lantio, helppo ponnistusvaihe ja normaali synnytyksen kesto sekä kivunlievityksen välttäminen ja synnyttäjän sosiaalinen tuki. Epäsäännöllistä synnytystä ennustivat naisen ja sikiöön vointiin liittyvät ongelmat, synnytyksen pysähtymien, ahdas lantio sekä puutteellinen tuki ja pelot.

2.2 Raskauden ja synnytyksen vaiheet

Raskaus on normaali tila naisen elimistölle. Lajikehityksen tärkeimpänä tavoitteena on turvata lisääntyminen sekä jälkeläisistä huolehtiminen. (Armanto & Koistinen 2007, 39.) Raskaus kestää noin neljäkymmentä viikkoa ja päättyy synnytykseen. Raskaus jaetaan kolmeen vaiheeseen sikiön kasvun perusteella. Ensimmäinen raskauskolmannes kestää viimeisten kuukautisten alkamisesta 13. raskausviikon loppuun. Sinä aikana tapahtuu hedelmöitys ja hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen kohdun seinämään. Sikiön kudokset ja elimet muotoutuvat ja kasvavat nopeasti. Tällöin kehittyvä alkio on erittäin altis ulkoisille vaaratekijöille ja suuri osa alkaneista raskauksista päättyy tässä vaiheessa keskenmenoon. Ensimmäisen raskauskolmanneksen (trimesterin) loppuun mennessä sikiön sisäelimet ovat kehittyneet valmiiksi. Naiselle raskauden alkuvaiheessa on tyypillistä epätasapaino ja tunteiden myllerrys. (Eskola & Hytönen 2008, 95.)

II trimesteri eli toinen raskauskolmannes kestää raskausviikot 14 – 28, jolloin sikiön elinjärjestelmät kasvavat ja kehittyvät. Sikiön liikkeet alkavat tuntua noin 18. – 20. raskausviikosta eteenpäin, jolloin myös sikiön sydänäänet voidaan kuulla sikiöstetoskoopilla. Tämän vaiheen lopussa sikiö on jo niin kehittynyt, että näinkin ennenaikaisesti syntynyt saattaa selvitä elossa. Toisen raskauskolmanneksen aika on rauhoittumisen aikaa, jolloin nainen pyrkii tasapainoon alkuraskauden tuomista ongelmista, kuten somaattisista oireista (väsymys ja pahoinvointi) ja psyykkisistä oireista (tunteiden ailahtelu, ahdistuneisuus ja masennus). Tässä vaiheessa tulee lisää fyysisiä muutoksia, mutta ne eivät ole yleensä niin suuria, että niiden oireisiin tarvitsisi puuttua. (Eskola & Hytönen 2008, 96.)

Viimeinen raskauskolmannes eli III trimesteri alkaa raskausviikosta 29 ja kestää lapsen syntymään saakka. Tämän aikana naisen elimistö ja sikiö alkavat valmistautua tulevaan synnytykseen. Sikiö kasvaa nopeasti ja näkyvästi, sen liikkeet tuntuvat ja paino lisääntyy. Kohdun kasvaessa sikiö usein mielletään äidistä erillisenä ja tuolloin lapseen kiintyminen on helpompaa. Viimeisen raskauskolmanneksen aikana naisen olo helpottuu, kun sikiö laskeutuu kohdussa alemmaksi ja kohdun muoto muuttuu ulkonevammaksi. Kohtu alkaa hieman jo supistella ja esiintyy erilaisia oireita kuin aiemmin, kuten tihentynyttä virtsaamisen tunnetta, ummetusta, unettomuutta, selkäkipuja, suonien vetoa jaloissa ja turvotuksia. (Eskola & Hytönen 2008, 96.)

Synnytyksellä (partus) tarkoitetaan kohdunsuun avautumista ja sikiön, istukan ja kalvojen poistumista kohtuontelosta ulkopuoliseen ympäristöön (Eskola & Hytönen 2008, 211). WHO:n mukaan säännöllinen synnytys alkaa spontaanisti, eikä siihen liity ennalta tiedettyjä riskejä ja se etenee matalan riskin synnytyksenä. Sikiö syntyy raivotilassa 37. – 42. raskausviikolla ja sekä äiti että lapsi ovat hyväkuntoisia lapsen syntymän jälkeen. (Paananen ym. 2009, 209.)

Synnytys jaetaan neljään vaiheeseen, joista ensimmäinen on avautumisvaihe (I vaihe), joka alkaa säännöllisillä supistuksilla ja päättyy siihen, kun kohdunsuu on täysin auki. Tämä vaihe voidaan jakaa kahteen vaiheeseen. Latenssvaiheessa supistukset ovat epäsäännöllisiä ja tulevat harvakseltaan, kohdunkaula lyhenee ja häviää. Aktiivisen avautumisvaiheen aikana supistukset voimistuvat ja tihenevät. Tätä seuraa toinen vaihe eli ponnistusvaihe (II vaihe), jolloin kohdunsuu on kokonaan avautunut ja lapsi syntyy. Lapsen syntymän jälkeen tulee kolmas vaihe eli jälkeisvaihe (III vaihe), joka tarkoittaa lapsen ja jälkeisten syntymän välistä

aikaa. Kun jälkeiset ovat syntyneet, alkaa noin kahden tunnin tehostettu tarkkailuvaihe, joka on synnytyksen neljäs vaihe (IV vaihe). (Paananen ym. 2009, 210.)

2.3 Synnytyskokemus

Synnytyskokemus tarkoittaa sitä kokonaisvaltaista elämystä, jonka lapsen syntyminen vanhemmissa herättää. Se on hyvin subjektiivinen kokemus, jonka tulkitaan heijastavan myös tapaa, jolla äiti kokee äitiytensä ja lapsensa. Yleensä se on naisen minuutta rikastuttava kokemus, mutta jos synnytykseen liittyy voimakasta pelkoa ja ahdistusta, se voi muodostua myös minuutta hajottavaksi tekijäksi. Usein naiset palaavat synnytyksen jälkeen yhä uudelleen kokemukseensa ja käyvät läpi siihen liittyviä tuntemuksiaan ja elämyksiään. Synnytyskokemus muodostuu monien eri tekijöiden yhteisvaikutuksesta, joten hoitotyön kehittämisen kannalta on tärkeää tietää, millaiset asiat siihen vaikuttavat. (Eskola & Hytönen 2008, 261.)

Synnytyskokemusta on tutkittu monista eri näkökulmista. Melender (2006) tutkimuksessaan on selvittänyt hyvään synnytyskokemukseen vaikuttavia asioita. Hyvän synnytyskokemukseen liittyy kiireettömyys, tukihenkilön mukanaolo, synnytyksen eteneminen ilman ongelmia, sekä sen kohtuullinen eteneminen ja synnyttäjän aktiivinen ote synnytykseen. Turvallisuuden tunnetta lisää hoitohenkilökunnan empaattisuus, rauhallisuus, läsnäolo sekä riittävä huomiointi.

Mäki – Kojola (2009) on tutkinut synnytyskokemusta vaihtoehtoisten synnytyshoitomuotojen näkökulmasta. Hänen mukaan naiset olivat tyytyväisiä synnytyskokemukseensa. Luonnon mukainen synnytys toi synnyttäjille itseluottamusta lisää, sekä arvokkuuden tunnetta. Naiset myös kokivat hallinneensa synnytystä. Toipuminen synnytyksestä koettiin nopeammaksi lääkkeettömyyden ja luonnonmukaisuuden vuoksi. Koettu kipu lääkkeettömyyden takia koettiin toisaalta ristiriitaiseksi, vaikka itse synnytyskokemus oli positiivinen ja eheyttävä.

Vallimies – Patomäen (1998) tutkimuksessa myönteistä synnytyskokemusta ennustavat lapsen terveys ja täysiaikaisuus, vähäiset pelot ja kivut, kipulääkityksen välttäminen sekä sosiaalinen tuki synnytyksen aikana ja synnytyksen kokeminen helppona. Kielteistä synnytyskokemusta ennustavat epäsäännöllinen ja odotettua vaikeampi synnytys, naisen pelot ja kivuliaisuus sekä sosiaalisen tuen puute.

Viisaisen (2000) tutkimuksessa sairaalan ulkopuolella synnyttäneistä enemmistö oli yli 35-vuotiaita tai alle 19-vuotiaita verrattuna sairaalassa synnyttäneisiin. Sairaalan ulkopuolella synnyttäneistä enemmistö oli monisyntyttäjä, naimattomia ja tupakoivat raskauden aikana. Heillä oli myös vähemmän raskauden aikaisia neuvolakäyntejä kuin sairaalassa synnyttäneillä. Sairaalan ulkopuolella syntyneillä lapsilla oli yleensä matala syntymäpaino, gestaatioikä oli alle 37 viikkoa ja korkeampi perinataalikuolleisuus. Sairaalanulkopuolella syntyneillä on kuusin-kertainen perinataalikuolleisuuden riski kuin sairaalassa syntyneillä. Riskiä lisäävät ennenaikaisuus ja hypotermia.

2.4 Raskauden aikainen ohjaus Taivalkosken neuvolassa

Hoitotyössä ohjaaminen on osa ammatillista toimintaa. Ohjaustilanteessa keskustellaan tavoitteellisesti ohjattavan tilanteeseen liittyvistä asioista. Ohjauksessa on usein tavoitteena tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen muutoksen edistäminen. Ohjaus voi olla myös kokemusten läpikäymistä ja arviointia. Koko ohjausprosessi voi edetä muodollisesti ja systemaattisesti tai tavoitteesta ja sisällöstä riippuen myös epämuodollisesti ja rutiininomaisesti. Usein ohjauksessa pidättäytyään suorien neuvojen antamisesta. Keskeistä ohjauksessa on ohjaajan ja ohjattavan kaksisuuntainen vuorovaikutus. Parhaimmillaan ohjaus mahdollistaa sekä ohjattavan että ohjaajan oppimisen ja voimaantumisen ja edistää ohjattavan terveyttä. (Armanto & Koistinen 2007, 431.)

Perhevalmennus on yksi ohjaamisen muoto ja tärkeä osa ehkäisevää terveydenhuoltoa. Sen tavoitteena ovat parhaat mahdolliset edellytykset raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeajalla sekä koko perheen fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Perhevalmennusta toteutetaan äitiysneuvolassa, suunnitelmallisesti kokoontuvissa ryhmissä sekä yksilöneuvontana terveystarkastuksien yhteydessä. Perhevalmennuksen voi käytännössä jakaa kahteen alueeseen: raskauden alussa vanhemmuuteen valmentamiseen ja raskauden lopussa synnytysvalmennukseen. (Eskola & Hytönen 2005, 124.)

Tutkimusten mukaan perheet kokevat vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvät asiat tärkeiksi. Perheiden odotukset perhe- ja synnytysvalmennuksen toteuttamiseksi liittyvät sekä valmennuksen sisältöön että tilaisuuksien toteuttamiseen. Äitien toiveina on saada ajankoh- taista ja totuudenmukaista tietoa synnytyksestä, sen normaalista ja epänormaalista kulusta sekä lapsen kehityksestä ja hoidosta. (Eskola & Hytönen 2005, 124.)

Taivalkosken neuvolassa perhevalmennusta järjestetään jokaiselle ensisynnyttäjälle ja hänen puolisolleen. Myös sellaiset pariskunnat voivat osallistua, joista vain toinen on ensikertalainen. Perhevalmennusta järjestetään Taivalkoskella noin 2-4 kertaa vuodessa ja osallistujamäärä vaihtelee noin 2-12 henkilöön. Perhevalmennukseen osallistutaan yleensä, kun raskaus on edennyt 20. raskausviikolle. (Hietala, henkilökohtainen tiedonanto 25.3.2010.)

Valmennuskertoja on seitsemän ja yksi kerta kestää noin 1,5 tuntia. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja pitää kolme ensimmäistä kertaa, joissa tutustutaan, saadaan tietoa raskaudesta ja vanhemmuudesta, synnytyksestä ja sen vaiheista sekä synnytyskivun lievityksestä ja vauvan syntymisen jälkeen tapahtuvista asioista. Neljännen kerran pitää fysioterapeutti, joka kertoo raskausajan liikunnasta ja rentoutumisesta ym. Viidennen kerran pitää perhetyöntekijä, jolloin keskustellaan vanhemmuudesta. Kuudennen kerran pitää taas äitiysneuvolan terveydenhoitaja, jolloin käsitellään imetystä ja lapsivuodeaikaa. Viimeisen eli seitsemännen kerran pitää lastenneuvolan terveydenhoitaja, jolloin aiheena on lastenhoito. (Hietala, henkilökohtainen tiedonanto 25.3.2010.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata taivalkoskelaisten naisten kokemuksia suunnittelemattomasta synnytyksestä sairaalan ulkopuolella. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhoitaja voi yhä paremmin tukea synnytykseen valmistautuvia naisia.

Tutkimustehtävämme ovat:

1. Millaisia kokemuksia taivalkoskelaisilla naisilla on suunnittelemattomista synnytyksistä sairaalan ulkopuolella?
2. Millaista tukea ja ohjausta naiset saivat neuvolan terveydenhoitajalta valmistautuessaan mahdolliseen sairaalan ulkopuolella synnyttämiseen?
3. Millaista tukea ja ohjausta naiset olisivat kaivanneet neuvolan terveydenhoitajalta valmistautuessaan mahdolliseen sairaalan ulkopuolella synnyttämiseen?
4. Millaista tukea ja ohjausta naiset saivat synnytyksen aikana ja sen jälkeen?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole etsiä yleistettävää tietoa ja säännönmukaisuuksia, vaan tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2007, 176). 1980-luvulta lähtien laadullinen tutkimustapa on vakiintunut hoitotieteeseen. Laadullinen tutkimus kattaa laajan kirjon eri tutkimustapoja. Laadulliselle tutkimukselle sopivia käyttöalueita ovat erilaiset kulttuuriset ilmiöt, joista tutkittua tietoa on vähän tai ei ollenkaan. Tai jos tutkittuun tutkimusalueeseen halutaan tuoda uusia näkökulmia. Kvalitatiivisten tutkimustapojen yhtäläisyytenä on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 49 – 50.)

Laadullinen tutkimus ei voi olla teoriatonta, jos sillä on tutkimuksellinen status. Teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa on olennaista. Laadullisen tutkimuksen perusta on sen viitekehys ja tässä tapauksessa teoreettinen osuus. Viitekehyksessä kuvataan tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita, sekä kuvaa mitä tutkittavasta ilmiöstä tiedetään. Lähteiden tulee olla aiheen kannalta keskeisiä ja lähdeviitteet relevantteja (Tuomi & Sarajärvi 2002, 17 – 19, 21). Pyrimme käyttämään työssämme mahdollisimman tuoreita lähteitä ja uusinta tietoa. Jouduimme käyttämään muutamia yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, koska tuoreempaa tietoa ei ollut saatavilla, ja tieto oli työn kannalta olennainen. (Hirsjärvi ym. 2007, 109 – 110.)

Laadullinen aineisto voi pelkistetyimmillään olla ilmiasultaan tekstiä, joka on syntynyt tutkijasta riippuen tai riippumatta. Esimerkiksi haastattelut ja havainnoinnit ovat tutkijasta riippuvaisia, kun taas tutkijasta riippumattomia ovat henkilökohtaiset päiväkirjat, kirjeet ja omaelämäkerrat, sekä muuta tarkoitusta varten tuotettu kirjallinen ja kuvallinen aineisto tai äänimateriaali. (Eskola & Suoranta 2001, 15). Työssämme aineisto on syntynyt haastattelujen pohjalta, joten se on tutkijasta riippuvaista. Aineiston laatuun vaikuttaa se, kuinka hyvin tutkija osaa muotoilla kysymyksensä ja miten hyvin haastateltava onnistuu vastaamaan tutkijan esittämiin kysymyksiin. Tutkijan on siis osattava kerätä aineisto oikealla tavalla, jotta aineisto olisi mahdollisimman kattava ja laadukas.

Emme hae tutkimuksellamme yleistettävää tietoa, toistettavuutta tai säännönmukaisia vastauksia. Haluamme tuoda esille tietyn ryhmän eli Taivalkoskelaisten naisten kokemuksia sairaalan ulkopuolella synnyttämisestä. Laadullisen tutkimuksen tulokset ovat usein ”pehmeitä, rikkaita, syvällisiä ja ilmiötä aidosti kuvaavia” tuloksia (Janhonen ym. 2001, 8). Koimme, että laadullinen tutkimustapa on työmme tarkoitukseen sopivin.

4.2 Aineiston kerääminen

Valitsimme tutkimusmenetelmäksemme avoimen haastattelun. Kun halutaan tietää toisen ihmisen mielipide tai kuulla kokemuksista, on yksinkertaisinta kysyä sitä häneltä itseltään. (Aaltola & Valli 2007, 25). Haastattelu yksinkertaisimmillaan on vuorovaikutustilanne, jossa haastattelija esittää kysymyksiä haastateltavalle eli tiedonantajalle. Perinteisestä haastattelumallista on siirrytty keskustelunomaisempiin haastattelutyyppeihin. (Eskola & Suoranta 1998, 86.) Työssämme emme pyri yleistettävään tietoon, vaan haluamme tuoda esille taivalkoskelaisten naisten kokemuksia. Aineiston keräsimme kuudelta taivalkoskelaiselta naiselta, jotka olivat synnyttäneet suunnittelemattomasti sairaalan ulkopuolella vuosina 2006 - 2009.

Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi, kun kyseessä on vähän kartoitettu, tuntematon alue (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35). Haastattelun etuna on sen joustavuus. Tutkijalla on mahdollista toistaa kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä, selventää saatua tietoa ja käydä dialogia haastateltavan eli tiedonantajan kanssa. Tällaisia mahdollisuuksia ei ole, jos tutkimus toteutetaan esimerkiksi kyselynä. Haastattelun joustavuutta lisää, että kysymyksiä ei tarvitse esittää tietyssä järjestyksessä, ja tutkija voi vapaasti valita niiden järjestyksen haastattelun edetessä. Mielestämme tutkimustehtäviin vastaaminen onnistui paremmin haastattelun kuin esimerkiksi kyselyn avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75 – 76).

Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Avoin haastattelu muistuttaa lähinnä keskustelua tietystä, valitusta aiheesta. Avoimessa haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä. Vain ilmiö, josta keskustellaan, on ennalta määritelty. Tällöin tutkijalla ei tarvitse olla haastattelurunkoa. Avoimessa haastattelussa keskustelu liittyy tutkimuksen tarkoituksiin ja tutkimustehtäviin. Tutkijan tehtävä on pitää haastattelu aiheessa, mutta antaa haastateltavan puhua vapaasti. Muita haastattelun etuja on, että haastattelija voi samalla havainnoida tiedonantajaa esimerkiksi kirjoittaa muistiin hänen ilmeitä tai eleitä, jotka liittyvät tutkittavaan aiheeseen. Olisi hyvän tavan mukaista, jos haastateltava saisi kysymykset

tai haastattelun teemat etukäteen tietoonsa jotta hän voi etukäteen tutustua niihin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75 – 76). Tutkimukseemme haastateltavat tiesivät etukäteen haastattelun teeman, ja miksi heitä haastatellaan, koska heiltä oli kysytty halukkuutta osallistua tutkimukseen.

Naiset suostuivat vapaaehtoisesti haastateltaviksi ja saimme naisilta luvan myös haastattelun äänittämiseen. Tarkoituksenamme oli saada naiset kertomaan synnytyksestään omin sanoin ilman, että olisimme etukäteen miettineet tarkkoja kysymyksiä. Haastattelun tuli olla heidän itsensä kertoma, emmekä saaneet millään tavalla johdatella heitä. Esitimme haastateltaville tutkimuskysymystemme mukaisia kysymyksiä, joiden pohjalta naiset kertoivat kokemuksistaan. Haastattelun aikana teimme tarkentavia kysymyksiä, jotta kokemukset ja ajatukset tulisivat mahdollisimman hyvin ja tarkasti esille.

Haastattelupaikaksi olimme ajatelleet tutkimukseen osallistuvien omat kodit. Koti haastattelupaikkana on haastateltavan kannalta tuttu ja turvallinen. Toisaalta kotoa löytyy paljon häiriötekijöitä, mitä haastattelijä ei voi ennaltaehkäistä, kuten puhelin ja muut perheenjäsenet. (Aaltola & Valli 2007, 29.) Lopulta puolet haastatteluista toteutettiin haastateltavien kotona ja puolet Taivalkosken neuvolan tiloissa. Meidän kannaltamme haastattelut toteutuivat paremmin neuvolassa, koska siellä taustahäiriöitä ei juuri ollut. Tämän huomasimme litteroidessamme haastatteluja, että kotoa tullut taustamelu vaikutti auki purkuun, emmekä saaneet kaikkea puheesta täysin selvää.

4.3 Sisällönanalyysi

Sisällön analyysiä lähdimme työstämään litteroimalla ensin kaikki kuusi haastattelua. Haastattelut olivat pituudeltaan noin puolesta tunnista tuntiin. Litteroimme haastattelut sanasta saanaan ja saimme puhtaaksi kirjoitettua tekstiä yli 40 sivua. Litteroinnin tehtyämme tulostimme haastattelut ja aloitimme aineistoon tutustumisen lukemalla ne läpi useamman kerran. Tutustuttuamme aineistoon, aloitimme aineiston pelkistämisen kysymällä tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä. Aineistosta saadut vastaukset kirjassimme pelkistettyinä ilmaisuina ja siirsimme ne pelkistettyinä ilmaisuina toiselle paperille. Seuraavaksi ryhmittelimme pelkistetyt ilmaisut, yhdistimme samaa tarkoittavat ilmaisut ja annoimme näille sisältöä kuvaavan nimen. (Janhonen & Nikkonen 2001. 26, 28.)

Alla, kuviossa 1, on esimerkkejä pelkistämisestä.

AlkuperäisilmausPelkistettyilmaus

”...mulla oli niinku ainut semmonen huoli siinä, että onko se tosissaan kymmenen senttiä auki ja se, että onko lapsi täysin oikein päin”

Huoli lapsen asennosta kohdussa

Huoli kohdunsuun tilanteesta

”mutta sitte jälestä vasta tuli, että entä jos...”

Huoli tuli jälkikäteen

”uudelleensynnyttäjiltä oletetaan, että asiat tietään jo”

Asioiden kertausta

”mä näin, että mejjän ei kahestaan tarvi synnyttää siinä, niin tuli sellanen aivan mieletön turvallisuuden tunne...”

Turvallinen tunne, kun hoitohenkilökuntaa paikalla

KUVIO 1. Esimerkkejä pelkistämisestä.

Vertasimme keskenään saamiamme pelkistettyjä ilmauksia ja huomasimme, että olimme saaneet samankaltaisia vastauksia. Viimeinen vaihe, aineiston abstrahointi, tarkoittaa aineiston käsitteellistämistä muodostaen yläkategorioita (Janhonen & Nikkonen 2001. 29). Lähdimme yhdessä ryhmittelemään ja abstrahoimaan ilmauksia. Koimme ryhmittelyn ja abstrahoinnin haasteelliseksi. Miten muodostaa yläkategoria, joka kuvaa aineiston sisältöä? Päädyimme kuitenkin yksimielisesti saamiimme yläkategorioihin, jotka kuvaavat hyvin aineiston sisältöä. Alla, kuviossa 2, on esimerkki yläkategorian muodostamisesta.

AlakategoriaYläkategoria

-epävarmuus

-pelot

-huolet

-pelko jälkikäteen

-matka sairaalaan

Kielteiset psyykkiset

kokemukset

KUVIO 2. Esimerkki yläkategorian muodostamisesta.

5 TULOKSET

5.1 Naisten kokemuksia matkasynnytyksestä

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, millaisia kokemuksia taivalkoskelaisilla naisilla on suunnittelemattomista synnytyksistä sairaalan ulkopuolella, saimme yhdistävään kategoriaan kaksi vastausta: kielteiset ja myönteiset kokemukset. Niiden yläkategorioita ovat kielteiset psyykkiset kokemukset, kielteiset fyysiset kokemukset, myönteiset psyykkiset kokemukset ja myönteiset fyysiset kokemukset. Liitteenä (LIITE1) on analyysitaulukko. Tulosten yhteydessä olemme käyttäneet suoria haastattelun lainauksia, jotka olemme kirjoittaneet sitaatteihin käyttäen *kursivoitua* fonttia. Suorat lainaukset tuovat tutkimustuloksiin lisää luotettavuutta ja elävöittävät tekstiä. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 160.)

Kielteisten psyykkisten kokemusten alakategoriaan kuuluu epävarmuus, pelko, huolet, pelko jälkikäteen ja matka sairaalaan. Epävarmuutta naisille aiheutti synnytyksen käynnistyminen ja milloin tulisi lähteä synnytyssairaalaan. Jollekin uudelleensynnyttäjälle synnytyksen käynnistyminen oli tapahtunut salakavalasti, eivätkä he oikein osanneet tulkita kehon viestejä. Joku nainen oli epävarma siitä, oliko synnytys tarpeeksi edennyt. Osa naisista koki pelkoa siitä, että ei ehtisi sairaalaan synnyttämään, ja joutuisi synnyttämään kotona tai autossa. Naiset kokivat huolta sikiön voinnista kohdussa tai missä asennossa vauva syntyy ja oliko napanuora kaulan ympärillä. Syntymän jälkeen huolta aiheutti vauvan vointi ja ajatukset siitä, jäikö vauvalle traumoja synnytyksestä. Kaikki naiset kokivat huolta ja pelkoa jälkikäteen ajatellessaan mitä riskejä sairaalan ulkopuolella synnyttämässä olisi saattanut olla, ja mitä olisi voinut tapahtua. Matka sairaalaan koettiin pitkänä, hirveänä ja mieleenpainuvana olipa kyseessä oma auto tai ambulanssi millä oli matkustettu. Osa naisista koki oman auton ja ambulanssin ahnaana ja epämukavana tapana matkustaa pienen tilan takia. Monet kokivat, etteivät päässeet hyvään asentoon autossa tai ambulanssissa, koska he eivät saaneet otettua käsillä tukea mistään.

”Mullahan oli lonkat kipeänä pitkään, kun sehän oli niin abas se paikka... se oli tosi hankalaa, että eihän siinä asentoja kerinny kahtelemaan.”

Kielteisten fyysisten kokemusten alakategorioita ovat kivut, fyysiset muutokset, raju ja hallitsematon. Voidaan sanoa, että melkeinpä kaikki naiset tunsivat kipua avautumisvaiheessa sekä supistuksien aikana ja osa koki kipua ponnistamisvaiheessa. Osa naisista koki fyysisiä muutoksia esimerkiksi kuumetta ja pahoinvointia. Synnytyksen jälkeen osalle naisista tuli pieniä repeämiä eli I asteen repeämiä, eli ulkosynnyttimen limakalvolla, välilihan ihossa ja/tai emättimen limakalvossa oleva repeämä, sekä runsaampaa verenvuotoa ja verenpaineen laskua (Paananen ym. 2009, 259). Osa naisista piti synnytystä rajuna, sen nopean etenemisen ja yllättävän ponnistustarpeen takia. Joillekin naisista synnytys oli hallitsematon. Naiset kertoivat, että synnytystä ei pystynyt pidättämään, supistuksiin oli lähdeävä mukaan ja ponnistettava. Itse ei voinut vaikuttaa synnytyksen etenemiseen.

”Ja tiättekö se on se, että kroppa teki siinä sen, että kun ei siinä itellä ollu kuulkaa paljo mitä tehdä... siinä tuli se ponnistus ja se tuli pois, ei siinä paljo tarvinnu itellä mittää. Se oli niin erilainen, niin raju, että ei siinä paljo auttanu ku olla mukana.”

Myönteisten psyykkisten kokemusten alakategorioihin kuuluu peloton, huoleton, traumatisoimaton, hyvä kokemus, helppo ja turvallinen. Osa naisista kertoi, että ei ehtinyt pelkäämään. Avautuminen ja ponnistamisen tarve tulivat usein yllättäen ja rajuna, että naiset eivät ”ehtineet” pelkäämään. Pelkoja ja huolia koettiin yleensä jälkikäteen. Kun naiset kuuluivat syntymän jälkeen vauvan parkaisun ja itkun, tuli heille helpottunut ja huoleton olo vauvan voinnista. Heille vauvan itku oli merkki siitä, että vauvalla oli kaikki hyvin, eikä heidän tarvinnut kantaa turhaa huolta lapsesta. Naisilta kysyttäessä, jäikö traumoja tai tuliko pelkoja jälkikäteen sairaalan ulkopuolella synnyttämisenstä. Naiset vastasivat, että traumoja ei jäänyt tai tullut. Osa oli haastatteluja tehdessä uudestaan raskaana tai oli synnyttänyt sen jälkeen uudestaan. Jollakin asia oli pyörinyt pitempään mielessä, ja kaikki olivat saaneet puhua asiasta, joten mitään pelkoja tai traumoja ei heille jäänyt.

”Hoitajan kans sitte keskustelin siitä vielä, se niinku aatteli, että mulle on siitä joku trauma jääny, mutta minä että ei mulle oo siitä mittää traumaa jääny, kaikki on ihan hyvin.”

Useat naiset kertoivat sairaalan ulkopuolella synnyttämisen olleen kuitenkin hyvä kokemus. Joku saattoi sanoa sen olleen parhain synnytyskokemus siihenastisista synnytyksistä. Hyvään synnytyskokemukseen liittyy, miten naiset kokivat synnytyksen. Yleisesti sanottuna naiset kokivat synnytyksen nopeana ja helppona. Naiset kuvailivat lapsen syntyneen sievästi tai hel-

posti. Lapsi syntyi melkein itsestään ilman suurta ponnistelua tai muutaman ponnistuksen jälkeen. Naisille turvallisuuden tunnetta toivat muiden ihmisten läsnäolo ja se, että heidän ei tarvinnut synnyttää yksin. Ambulanssin henkilökunta toi turvallisuuden tunnetta vaikka osa naisista kertoi epäilleensä sairaankuljettajien ammattitaitoa.

”Ennemmin minä tuommosen ambulanssisynnytyksen ottaisin, ku semmosia 20 tunnin pituisia jossaki sairaalassa värjötellä.”

Myönteisten fyysisen kokemuksen alakategorioita ovat kivuton, toipumien synnytyksestä, oma osallistuminen, selkeä synnytys, helppo synnytys ja nopea synnytys. Osalle naisista su-pistukset eivät olleet kipeitä ja ponnistaminen ei tehnyt kipeää. Naiset kokivat toipuneen synnytyksestä fyysisessä mielessä hyvin. He vertailivat toipumista aikaisemmista synnytyksistä, ja moni oli sitä mieltä että, sairaalan ulkopuolella synnyttämistä toipui nopeimmin, koska kipulääkitystä ei ehtinyt saamaan.

”...vaikka se oli luomu ja heleppo, että jos kaikki ois semmosia synnytyksiä, niin eihän se ois mit-tää. Mutta ku sitte on kumminki kaiken näkösiä riskejä. Että jos tulee ki jotaki.”

Naiset kuvailivat synnytystään nopeaksi. Heidän mielestään synnytys oli ollut nopea verrat-tuna aikaisempiin synnytyksiin. Synnytyksen eteneminen ja avautumisvaihe koettiin yleensä nopeaksi. Suurin osa naisista piti synnytystä selkeänä sen selvien merkkien takia. Joillakin saattoi olla selkeä ponnistamisen tarve ja he tunsivat selkeästi synnytyksen etenemisen ja lap-sen etenemisen synnytyskanavassa. Ylipäättään naiset pitivät ponnistusvaihetta nopeana ver-rattuna aikaisempiin synnytyksiin tai kuvailivat tilannetta nopeaksi.

5.2 Neuvolan terveydenhoitajalta saatu tuki ja ohjaus

Toinen tutkimuskysymyksemme (LIITE2), millaista tukea ja ohjausta naiset saivat neuvolan terveydenhoitajalta valmistautuessaan mahdolliseen sairaalan ulkopuolella synnyttämiseen, saimme yhdistäviksi kategorioiksi ohjaus hyvää ja ohjaus puutteellista. Hyvän ohjauksen ylä-kategorioita ovat teoreettista tietoa annettu ja annettu ohjausta. Teoreettisen tiedon alakate-goria on synnytyksen alkamisen merkit.

Neuvolassa osalle naisista oli annettu tietoa ja kerrattu synnytyksen alkamisesta ja sen merkeistä. Suurimmalle osalle naisista oli painotettu, että sairaalaan tulisi lähteä heti ja viipymättä, kun siltä tuntuu. Ei kannata jäädä kotiin odottamaan, jos on vähääkään epävarma synnytyksen alkamisesta. Annetun ohjauksen alakategorioita ovat ambulanssi matkustustapana ja konsultaatiomahdollisuus. Neuvolasta oli ohjattu lähtemään aina ambulanssilla synnytysairaalaan, koska sillä on turvallisinta matkustaa. Neuvolan terveydenhoitaja on myös kertonut muiden synnyttäjien valinnoista, miten jotkut ovat lähteneet synnytysairaalaan omalla autolla.

”Kyllähän sitä aina korostetaan, että näillä ettäisyyksillä pätee vähä eri säännöt. Sitä mun en kohalla on mukavasti korostettu, eri lähtemisen lait, mitä kaupungissa, matka on pitkä ja sitte ota se ambulanssi ihan surutta, jos niin ku tuntuu yhtään, että ei pysty istualtaan matkustamaan.”

”Minä tiesin, että se on se vaara olemassa, kun mulla on niin nopeet synnytykset... se (terveydenhoitaja) oli sitä mieltä, että se pitää vaan heti soittaa se ambulanssi.”

Konsultaatiomahdollisuus pitää sisällään terveydenhoitajan antaman ohjeen käydä synnytysairaalassa tarkistuttamassa kohdunsuun tilanne, onko synnytys käynnistynyt. Terveydenhoitaja on myös antanut synnytyssalin puhelinnumeron, johon voi aina soittaa ja kysyä ohjeita ja neuvoja. Viimeisen yläkategorian, eli tiedon puutteen alakategoria on, tietoa ei annettu. Osa naisista koki, että he eivät saaneet tietoa matkasynnytyksestä, tai miten toimia, jos vauva syntyy kotona.

5.3 Tuki ja ohjaus, jota naiset olisivat kaivanneet neuvolasta

Kolmas tutkimuskysymyksemme oli: millaista tukea ja ohjausta naiset olisivat kaivanneet neuvolan terveydenhoitajalta valmistautuessaan mahdolliseen sairaalan ulkopuolella synnyttämiseen? Aineistoa analysoidessa saimme yhdistäväksi kategoriaksi sen, että naiset olisivat kaivanneet enemmän teoretietoa ja ohjausta (LIITE3). Yläkategorioiksi saimme enemmän tietoa synnytyksestä, lisää tietoa vastasyntyneen hoidosta ja henkilökunnan lisäkoulutus.

Kahteen ensimmäiseen yläkategoriaan saimme alakategorioiksi matkasynnytykseen valmistautuminen, asioiden kertaus, esite miehille ja vastasyntyneen hoito. Haastatteluista nousi

esille, että naiset olisivat kaivanneet enemmän tietoa synnytykseen ja sen etenemiseen liittyen, sekä ohjeita vastasyntyneen hoitoon. Hyvin yleinen vastaus tähän tutkimuskysymykseen oli se, että neuvolasta olisi kaivattu tietoa, mitä voisi pakata autoon valmiiksi, jos synnytys käynnistyy ja sairaalaa kohti lähdetään omalla autolla. Osa oli miettinyt myös sitä, voisiko kotia valmistella etukäteen, jos synnytys etenisikin nopeaa, ja lapsi syntyisi kotiin. Naiset olivat lähes yhtä mieltä siitä, että näitä ohjeita voisi käydä läpi lähinnä vain sellaisten kanssa, keillä ovat aikaisemmat synnytykset olleet nopeita. Ensisynnyttäjiä nämä asiat voisivat alkaa pelottaa ehkä turhaan, koska ensisynnyttäjällä ei ole niin suurta mahdollisuutta nopeasti etenevälle synnytykselle.

”Oon mä sillai aatellu, että voisihan se neuvolassa sillai sannoo, että onhan niitä matkallekin syntyny.”

Naisten toive oli, että neuvolassa käytäisiin enemmän läpi asioita synnytyksen käynnistymiseen liittyen. He olisivat halunneet enemmän tietoa ennakoivista supistuksista, milloin kannattaa lähteä kohti synnytyssairaalaa ja mitkä ovat merkit, kun täytyy toimia nopeasti. Moni nainen mainitsi myös sen, että vaikka edellisestä synnytyksestä ei olisikaan kulunut pitkä aika, niin synnyttäminen ja vastasyntyneen hoito on ehtinyt unohtua hyvinkin nopeasti. Useat naiset olivat kokeneet epävarmuutta siinä, milloin supistukset ovat kohdunsuuta avaavia supistuksia ja milloin pitää lähteä kotoa. Haastattelemamme naiset olivat myös yhtä mieltä siitä, että mieluummin lähdettäisiin epävarmassa tilanteessa synnytyssairaalaan ja käytäisiin turhareissu tarkastuttamassa kohdunsuun tilanne, kun jäätäisiin kotiin miettimään, onko tämä oikea hälytys vai ei. Näissä tilanteissa voi herkästi käydä niin, että mietitään liian pitkään ja ambulanssi tilataan liian myöhään.

”Ja ohjeistaa, että ei lähetä peräkyliltä omalla autolla korrjytlelemään välttämättä, että mieluummin ambulanssilla.”

Henkilökunnan lisäkoulutuksen alakategorioita ovat terveydenhoitajan kouluttaminen ja ambulanssihenkilökunnan kouluttaminen. Naiset sanoivat, että koskaan ei korosteta liikaa sitä, että synnytyssairaalaan lähdetään ambulanssilla. Ambulanssi tulee tilata mahdollisimman nopeasti synnytyksen käynnistyttyä, koska matka on pitkä ja se tuntuu entistä pidemmältä, kun on kipeä. Haastatteluista nousi esille myös ajatus siitä, että ambulanssin henkilökuntaa tulisi kouluttaa enemmän, koska sairaalan ulkopuoliset ovat viime vuosina lisääntyneet ja synnytyksen hoitaminen ensihoidossa on entistä todennäköisempää. Naiset olivat sitä mieltä, että am-

bulanssin henkilökunnalla tulisi käydä jo opiskelujen aikana seuraamassa ainakin yksi synnytys sairaalolosuhteissa. Näin pystyttäisiin lisäämään synnyttävän naisen ja vastasyntyneen turvallisuutta ja saataisiin varmuutta synnytyksen hoitamiseen. Lisäksi naiset olivat hieman epävarmoja sen suhteen, tiesikö ambulanssin henkilökunta, mitkä asiat vastasyntyneeltä tulisi tarkastaa ja miten vauvaa tulisi hoitaa.

Pitkä matka huolestuttaa lähes kaikkia taivalkoskelaisia odottajia. Taivalkoskella ei ole yhtään kättilöä, joten naiset miettivät, olisiko terveydenhoitajia mahdollista kouluttaa jatkossa myös kättilöiksi? Nykyään synnytyssairaaloita lakkautetaan ympäri Suomea ja uhka sairaalan ulkopuoliselle synnytykselle kasvaa. Naisten mielestä se toisi enemmän turvallisuutta, jos tiedettäisiin, että kunnasta löytyisi edes yksi terveydenhoitaja, joka olisi perehtynyt enemmän synnytyksiin ja tarvittaessa naiset voisivat käydä hänen vastaanotollaan tarkastuttamassa kohdunsuun tilanteen. Tämän jälkeen olisi helpompi arvioida tarvetta sille, tulisiko synnytyssairaalaan lähteä vai ei.

Haastattelujen aikana nousi esille idea myös siitä, että neuvolasta voitaisiin antaa pieni opaslehtinen miehille, jossa kerrottaisiin yleisiä asioita synnytyksestä, miten se etenee ja mitä mies voisi tehdä auttaakseen synnytyksessä. Lisäksi lehtisessä voisi olla ohjeita vastasyntyneen hoidosta ja tarkkailusta.

5.4 Naisten saama tuki ja ohjaus synnytyksen aikana ja sen jälkeen

Neljänteen tutkimuskysymykseen, millaista tukea ja ohjausta naiset saivat synnytyksen aikana ja sen jälkeen, saimme yhdistäviksi kategorioiksi myönteiset kokemukset ja kielteiset ohjauskokemukset. Myönteisten kokemusten yläkategorioita olivat myönteiset tunteet ja myönteiset kokemukset henkilökunnasta. Kielteisten ohjauskokemusten yläkategorioina olivat kielteiset tunteet, sekä vähäinen tuki ja ohjaus (LIITE4).

Myönteisten tunteiden alakategorioita ovat turvallinen ja helpottava. Haastattelemamme naiset kokivat, että heillä oli turvallinen olo, kun synnytyksen aikana ympärillä oli hoitohenkilökuntaa. Monille sairaalan ulkopuolinen synnytys aiheutti pelkoja vasta jälkikäteen, kun mielessä alkoivat pyöriä ajatukset siitä, mitä synnytyksen aikana olisi voinut mennä pieleen. Helpotusta naiset kokivat siitä, että he saivat keskustella jälkeenpäin synnytyksessä avustaneiden

kanssa, kuten ambulanssihenkilökunnan kanssa. He saivat myös käydä myöhemmin katso-
massa ambulanssin tiloja, ettei ambulanssia kohtaan jäisi mitään kammoa.

Myönteiset kokemukset henkilökunnasta muodostuivat sellaisista alakategorioista, kuin kes-
kustelut, kiireetön ja henkilökunnan ammattitaito. Osalla naisista oli myönteisiä kokemuksia
henkilökunnasta, kun he olivat saaneet keskustella pitkään synnytysairaalan kättilön kanssa ja
käydä läpi koko synnytyksen. Useimmat naisista kokivat, että sairaalan ulkopuolella synnyt-
täminen on puhuttanut paljon ja keskustelut auttoivat heitä käymään tapahtuneen läpi, eikä
siitä sen vuoksi ole jäänyt mitään traumoja tai pelkoja. Osa taas koki kättilön kanssa käydyt
keskustelut turhina, koska he eivät olleet mukana synnytyksessä ja näin ollen synnytyksestä
puhuminen tuntui yksipuoliselta.

*”Kyllä sitä käytiin varmaan läpi ja kyllä ne kyseli ne kättilöt, että miten se sillai meni... Ja sitten
amppari-ihmisten, näitten kanssa puhuttiin jälestä... semmonen olo tuli vaan, ihan rauhallisia,
kuin ne ois tehny sitä aina.”*

Sairaalassa tunnelma oli kiireetön, ja naiset saivat rauhassa toipua rankasta synnytyksestä.
Joillekin aiheutti hämmennystä se, että moni hoitaja ja lääkäri halusi tavata heidät ennen ko-
tiutumista. Aikaisemmin heidät oli kotiuttanut kättilö, mutta tällä kertaa kotiuttamisen suoritti
lääkäri. Yleinen mielipide henkilökunnan ammattitaidosta oli positiivinen ja luottavainen.
Haastateltavilla oli ollut sellainen olo, kuin hoitohenkilökunta olisi hoitanut sairaalan ulko-
puolisia synnytyksiä aina. He olivat myös iloisia siitä, kuinka hyvin synnytysairaalan henkilö-
kunta osasi kuunnella ja keskustella heidän kokemuksistaan, vaikka eivät itse synnytyksestä
tienneet juuri mitään.

Haastatteluista nousi esille myös kielteisiä tunteita liittyen synnytykseen. Kielteisten tunteiden
alakategoriaan kuuluu epävarmuus, kiire ja yksinäisyys. Epävarmuutta aiheutti se, etteivät he
aina saaneet tukea synnytysairaalasta, vaikka soittivat sinne monta kertaa ja kysyivät, joko
heidän olisi lähdeittävä kotoa kohti sairaalaa. Puhelimessa oli sanottu, että heidän kokemat
tunteukset, kuten selkäkipu, ei käynnistä synnytystä, joten sairaalaan ei ole vielä kiire. Tämä
oli aiheuttanut turhautumista ja osa oli ajatellut, että ollaan sitten kotona viimeiseen asti ja
soitetaan ambulanssi vasta kun supistukset ovat kunnollisia ja tulevat tiheään. Osalle oli tullut
myös sellainen olo, että synnytysairaalasta oli ihmetelty sitä, eivätkö naiset tiedä monen lap-

sen synnyttäneenä, milloin heidän synnytyksensä on käynnistymässä ja milloin pitää lähteä sairaalaan. Tämä aiheutti sen, ettei sairaalaan viitsitty soittaa enää uudestaan.

”Minähän sillä viikolla soitin kahtena päivänä sairaalaan, kun oli koko ajan pientä kipua. Jotenkoi sieltä sitten tuli sellasta viestiä, että ei kannata vielä tulla... aattelin, että no enpä soita enää.”

Vähäinen tuki ja ohjaus muodostui sellaisista alakategorioista, kuin ei keskustelutukea, ohjaus vähäistä ja ei hoitoapua. Kaikki naiset eivät olleet täysin tyytyväisiä synnytyssairaalaan saamaansa tukeen ja ohjaukseen. Osalla oli tunne siitä, että sairaalassa oli jatkuva kiire, eivätkä he saaneet tarvittaessa apua vauvan hoitamiseen, esimerkiksi oman syömisen ajaksi. Jotkut eivät päässeet kunnolla keskustelemaan kokemuksestaan, vaikka keskustelulle olisi ollut tarvetta. Lisäksi osalla oli tunne, että uudelleensynnyttäjänä heidän oletettiin osaavan jo valmiiksi kaikki vastasyntyneen hoitoon liittyvät asiat, eivätkä he saaneet ohjausta niin paljoa, kuin olisi ollut tarvetta. Tämä sai olo tuntumaan joskus yksinäiseltä.

”...oli jotenki vähä sellanen orpo olo, että kenen kans minä tästä puhun... ymmärtääkö ne miltä minusta tuntuu? ...jotenkoi semmonen nurkkaan heitetty olo. Minä nyt siellä olin vain.”

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Synnytysten keskittäminen isoihin sairaaloihin on myös ilmiö muualla Euroopassa. Suomessa synnytyssairaaloiden määrä on vähentynyt puoleen vuodesta 1975. Synnytysten keskittämistä isoihin sairaaloihin perustellaan potilasturvallisuudella, mutta myös taloudelliset kysymykset tulevat myös kyseeseen. Keskittämisten riskinä ovat lisääntyneet matkasynnytykset. Syntymärekisterin keräämien tietojen mukaan 1990-luvulla sairaalan ulkopuolella suunnittelemattomasti syntyi alle 50 lasta vuodessa. Vuonna 2009 määrä oli 75 syntynyttä. Alueittain suhteutettuna sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli eniten Pohjois-Suomessa, mutta suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset ovat kasvaneet suhteellisesti eniten Etelä-Suomessa. (Gissler, M. 2011, 22.)

Joskus synnytys voi käynnistyä niin nopeasti, että paikalle ei ehdi ketään asiantuntijaa, kuten ambulanssin henkilökunta. Tuolloin olisi hyvä, jos naisella olisi lähellä valmiina joku tukihenkilö, joka osaisi tukea naista synnytyksen käynnistyttyä ja tarpeen mukaan olla avustamassa synnytyksessä, jos synnytys käynnistyy niin rajusti, että sairaalan ei ehditä. Useimmiten matkasynnyttäjät ovat uudelleensynnyttäjiä, joten heillä on onneksi jo ennestään kokemusta synnytyksestä ja tunnistavat paremmin omassa kehossa tapahtuvat asiat ja tunnistavat näin myös paremmin synnytyksen eri vaiheet ja osaavat toimia niiden mukaan. Yleensä nopeat synnytykset sujuvatkin normaalisti. Yleisesti voidaankin sanoa, että jos nainen on perusterve, raskaus on sujunut ongelmitta ja raskausviikot ovat lähellä laskettua aikaa, on ainoana ongelmana synnytyksessä odotettavissa se, että synnytys tapahtuu poikkeavissa olosuhteissa. Tuolloin ei ole mihinkään erityistoimenpiteisiin mahdollisuutta, vaikka sellaiseen olisikin tarvetta. Kaikesta huolimatta nainen ja lapsi on vietävä sairaalaan mahdollisimman pian, koska komplikaatioita voi tulla, vaikka synnytys olisikin sujunut mallikkaasti. (Paananen ym. 2009, 467).

Saamamme tutkimustulokset tuovat lisätietoa Taivalkosken neuvolan terveydenhoitajille, jotta he voivat yhä paremmin tukea ja ohjata naisia valmistautumaan pitkälle matkalle kohti synnytyssairaalaan. Tuloksia voidaan myös hyödyntää muualla Pohjois-Suomessa, missä välimatkat synnytyssairaaloihin ovat pitkiä. Tuloksista on myös hyötyä Etelä-Suomessa, missä suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset ovat kasvussa. Myös hoito- ja kättilö-

työn opiskelijat voivat käyttää tutkimustuloksia hyödykseen esimerkiksi suunnitellessaan perhevalmennusta.

Synnytyskokemusta on tutkittu monista eri näkökulmista, mutta matkasynnytyksen kannalta tietoa kokemuksista on vähän. Merkittävin tutkimus on Viisaisen (2000) valmistunut väitöskirja kokemuksista matkasynnytyksestä synnytyssairaaloiden lakkauttamisten myötä. Tutkimuksemme tuo lisää tietoa Taivalkoskelaisten naisten kokemuksista matkasynnytyksestä, heidän saamastaan ohjauksesta raskauden aikana sekä millaista ohjausta olisivat kaivanneet mahdollisen matkasynnytyksen kannalta. Aikaisempaa tutkimustietoa matkasynnytykseen ohjeistamiseen emme ole löytäneet, joten tutkimuksemme tuo uutta tietoa.

Selvitimme haastatteluissa myös naisten taustatietoja ja niistä kävi ilmi muun muassa se, että kaikki naiset olivat uudelleensynnyttäjiä. Jokaisen raskaus oli edennyt normaalisti ja he synnyttivät täysiaikaisesti tai yliaikaisesti. Osa naisista oli tilannut ambulanssin, kun synnytys oli käynnistynyt ja osa lähti omalla autolla kohti sairaalaa. Suurin osa naisista ei ollut etukäteen uskonut, ettei ehtisi synnyttämään sairaalaan. Osa naisista oli ollut yhteydessä synnytyssairaalaan ennen synnytystä ja kysyneet sieltä neuvoa ja ohjeita siihen, milloin heidän tulisi lähteä kohti sairaalaa. Synnytyssairaalaista saatujen ohjeiden mukaan osa naisista oli jäänyt vielä kotiin odottamaan synnytyksen alkamista. Monien synnytys oli käynnistynyt eri tavalla, kuin aikaisemmat synnytykset ja avautumisvaihe oli edennyt ”salakavalasti”. Ponnistamisen tarve oli tullut jokaiselle yllättäen ja rajuna.

Yleensä nopea synnytys ei aiheuta pelkoa, mutta se on asia, jota ei haluta kokea uudestaan. Nykyaikana oletetaan, että synnytykset hoidettaisiin sairaalaolosuhteissa, mutta yhä edelleen joka vuosi tapahtuu suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä, koska aina ei ole mahdollista ehtiä sairaalaan pitkän matkan tai nopean synnytyksen vuoksi. Lapsi voi syntyä matkalle ja sen vuoksi ambulanssihenkilökunnan olisi huolehdittava siitä, että synnytys voidaan hoitaa tarvittaessa myös ambulanssissa tien päällä.

Olimme syksyllä 2009 työharjoittelussa Ugandassa, missä eräs lääkäri piti luennon luonnollisesta syntymästä. Lääkäri oli sitä mieltä, että lapsen tulisi syntyä lähestulkoon täysin itsenäisesti, koska luonto on hoitanut asian niin hyvin, että lapsi löytää kyllä oikean reitin ulos äidin kohdusta. Kätilö saisi auttaa siis lähinnä vain äitiä ponnistusvaiheessa koskematta sikiöön ja ottaa syntyneen lapsen vastaan. Pääsimme seuraamaan Ugandassa useita synnytyksiä ja osa lapsista todella syntyi ilman, että kätilö ehti olla avustamassa. Kuten haastateltavat naisetkin

sanoivat, synnytys käynnistyi todella nopeasti ja synnytys tapahtui täysin oman vaiston ja tuntemuksen mukaan.

Pitkä matka synnytyssairaalaan tuo ylimääräistä huolta ja vaivaa naisille ja koko heidän perheilleen. Matkasynnytykseen liittyy aina myös turvallisuusriski, kuten Viisaisen tutkimus osoittaa. Viisainen toteaa väitöskirjassaan sairaalan ulkopuolella syntyneiden perinataalikuolleisuuden (kuolleenä syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden lasten osuus kaikista syntyneistä) riskin olevan kuusinkertainen verrattuna sairaalasyntyytyksiin vuosina 1991 – 1995. (Viisainen 2000, 11 – 12.)

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehdessä tutkijan tulee ottaa huomioon monia eettisiä kysymyksiä koskien erityisesti tiedon hankintaa ja tutkimustulosten julkistamista. Tutkimuksen teossa on noudatettava hyvää eettistä käytäntöä, jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Näitä tutkittavien suojaamiseen ja hyvään eettiseen käytäntöön kuuluvia asioita ovat muun muassa osallistujien vapaaehtoinen suostumus, osallistujan tieto siitä, mistä tutkimuksessa on kyse ja heille on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet ja se, että kaikki heiltä saatu tieto on luottamuksellista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkittaville olisi hyvä kertoa miksi tutkimusta tehdään ja mihin saatua tietoa hyödynnetään. Tämä auttaa myös tutkittavia motivoitumaan haastattelua varten. Tutkittavia tulee myös informoida tutkimusaineiston käsittelystä ja kohtalosta. (Kuula 2006, 99, 205.)

Heti alkumetreillä Taivalkosken neuvolan terveydenhoitaja otti yhteyttä asiakkaisiinsa, joiden tiesi synnyttäneen viimevuosina sairaalan ulkopuolella ja kysyi heidän kiinnostustaan osallistua opinnäytetyömme haastatteluun. Saimme pian luvan koululta alkaa tehdä tutkimusta toisen paikkakunnan neuvolaan. Myös tutkimuslupa hoitui nopeasti Taivalkosken hoitotyönjohtajan kautta. Tämän luvan tarvitsimme siksi, koska haastateltavat naiset ovat kyseisen neuvolan asiakkaita, jonne opinnäytetyö on työstetty.

Tutkimusluvan saatuaamme sovimme haastatteluajat puhelimitse yhdelle viikonlopulle. Kerroimme naisille heti haastattelujen alussa, mistä haastattelussa on kyse ja että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Lisäksi kerroimme, miksi haastattelu tulee äänittää ja haastattelua ei tule koskaan kuulemaan kukaan muu, kuin me haastattelijat itse. Kaikki haastatte-

luun liittyvä kirjallinen materiaali hävitetään paperisilppurissa työn valmistuttua. Sähköisessä muodossa olevat haastattelut ja nauhoitukset poistamme tietokoneiltamme. Materiaaleja ei tule koskaan näkemään tai kuulemaan kukaan ulkopuolinen henkilö.

Miettiessämme tutkimusaihettamme, keskustelimme paljon tutkittaviin henkilöihin liittyvistä eettisistä kysymyksistä. Haastatellut naiset asuvat pienellä paikkakunnalla ja monet paikalliset asukkaat tietävät sairaalanulkopuolella synnyttäneitä henkilöitä. Ilmiötä ja tutkimuksen vastauksia kuvatessamme emme kerro, missä naiset ovat synnyttäneet tai mihin synnytyssairaalan ovat olleet matkalla. Kuvaamme tapahtumia yleisellä tasolla, että tiedonantajia ei voida tunnistaa.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen yksi luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Miten hän arvioi koko tutkimusprosessia ja kuinka tarkkaan tutkija on pystynyt selostamaan tutkimusvaiheet. (Eskola & Suoranta 1998, 211; Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Työssämme olemme pyrkineet kuvaamaan tutkimuksen eri vaiheet tarkasti, jotta lukija saa selvän kuvan millaisessa ympäristössä ja miten tutkimus on toteutettu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan myös mitata seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, todeksi vahvistettavuus, siirrettävyys ja kyllästeisyys.

Työssämme uskottavuus tarkoittaa sitä, että olemme kuvanneet tutkimuksen tulokset selkeästi ja lukija ymmärtää, mistä olemme muodostaneet kategoriat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Uskottavuutta vahvistaa, jos tutkittavaa ilmiötä pystytään tutkimaan eri menetelmillä ja näin saadaan kattavat tiedot tiedonantajalta (Janhonen & Nikkonen 2001, 72). Tutkimuksemme uskottavuutta heikentää rajoitettu aika, jonka puitteissa tutkimus on täytynyt toteuttaa. Meillä ei ole ollut resursseja kerätä tietoa eri menetelmillä. Toisaalta, jos olisimme keränneet tietoa eri menetelmillä, olisi se vaikuttanut opinnäytetyön laajuuteen. Olemme kuvanneet tutkimustulokset selkeästi ja mahdollisimman tarkasti.

Tulosten todeksi vahvistettavuus liittyy siihen miten tarkasti ja huolellisesti tutkija on käynyt aineistonsa läpi. Tiedonantajia voidaan pyytää kommentoimaan saatuja tutkimustuloksia. Näin tiedonantajat voivat sanoa mielipiteensä tuloksista eli ovatko samaa vai eri mieltä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 72.) Jos olisimme saaneet aineiston analyysin ja tutkimustulokset

valmiiksi jo aiemmin keväällä, olisimme voineet pyytää muutamia tiedonantajia kommentoimaan tuloksiamme.

Tulosten toistettavuus tarkoittaa sitä, että kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen saman aineiston perusteella (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186). Toistettavuutta työssämme vahvistaa se, että meitä on ollut kaksi tutkijaa ja olemme molemmat käyneet aineiston tarkasti läpi omilla tahoillamme. Lisäksi molemmat olemme päätyneet samoihin tutkimustuloksiin. Luotettavuutta lisää myös se, jos haastattelu toteutettaisiin useamman kerran. Silloin haastattelussa esille tulevat asiat alkaisivat toistua ja näin aineistoa voitaisiin pitää luotettavana. Meidän työssämme luotettavuutta heikentää rajoitettu aika, jolloin haastattelu voidaan toteuttaa vain kerran. (Kankkunen ym. 2009, 97 – 99.) Toistettavuus koskee myös tutkijan toimintaa, eli kuinka luotettava tutkijan analyysi aineistosta on, ja onko hän huomioinut kaiken käytettävissä olevan aineiston. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 189.) Olemme litteroineet haastattelut sanasta sanaan ja käyneet haastattelut tarkasti läpi. Huomasimme, että tutkimusaineisto antaa meille paljon enemmän tietoa naisten kokemuksista, kuin alun perin odotimme. Osa kokemuksista olisi jäänyt huomioimatta ja siksi teimme neljännen tutkimuskysymyksen luokitellessamme aineistoa. Tämä auttaa meitä hyödyntämään saamamme haastattelumateriaalin entistä paremmin.

Tutkimuksessamme pätevyyttä vahvistaa se, että valitsimme tutkimusmenetelmäksemme avoimen haastattelun. Miettiessämme, mikä tutkimustapa antaisi meille kaikista parhaiten tietoa sairaalan ulkopuolella synnyttäneiden naisten kokemuksista, päädyimme avoimeen haastatteluun. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Avoin haastattelu muistuttaa lähinnä keskustelua. Koimme avoimen haastattelun hyvänä, koska naiset saivat kertoa omaa kokemustaan itse omin sanoin.

Tutkijan tulee myös arvioida miten hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä toiseen samanlaiseen kontekstiin (Janhonen & Nikkonen 2001, 73). Miten hyvin tutkimuksemme tulokset olisivat siirrettävissä muuhun ympäristöön, missä sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä on ollut. Koemme, että tulokset olisivat siirrettävissä toiseen samanlaiseen kontekstiin Oulun ja Kainuun alueella, koska näillä alueilla välimatkat ovat suunnilleen yhtä pitkät. Etelä-Suomi ja Lappi eivät mielestämme kuulu samaan kontekstiin, koska välimatkat ovat joko puolet lyhyempiä tai päinvastoin tuplasti pidempiä, kuin Oulun ja Kainuun alueella. Aikaisempia tutkimuksia sairaalan ulkopuolella suunnittelemattomasti synnyttämisestä on vähän.

Aineiston kyllästeisyys kertoo siitä, että tutkija on onnistunut löytämään aineistostaan kaikin oleellisimman tiedon. Huomasimme useamman haastattelun jälkeen, että aineisto alkaa toistaa itseään. Naisilla oli samankaltaisia kokemuksia ja ajatuksia matkasynnytykseen liittyen, vaikka jokainen synnytys onkin ollut erilainen. Kun asiat alkavat toistua, voidaan tutkimuksen todeta olevan kylläinen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 73).

Sairaalan ulkopuolisista synnytyksistä löytyi yllättävän vähän aikaisempaa tietoa. Yksi merkittävimmistä väitöskirjoista on ollut Stakesin tutkijalääkäri Kirsi Viisaisen väitöskirja, jossa hän on tutkinut sairaalan ulkopuolisten synnytysten esiintyvyyttä Suomessa suhteessa sairaalaverkoston muutoksiin. Väitöskirjasta käy ilmi, että matkasynnytysten määrä on lisääntynyt huomattavasti, kun pieniä synnytyssairaloita on lakkautettu ja synnytykset ovat siirtyneet suuriin sairaaloihin. (Viisainen 2000, 11 – 12.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa haastateltavien määrä ja se milloin synnytykset ovat tapahtuneet. Valitsimme aikaväliksi vuodet 2006 – 2009, jolloin suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli Taivalkoskella kaikkiaan kuusi. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, kuinka hyvin naiset muistavat monen vuoden takaisia synnytyksiään tai jos he ovat synnyttäneet myöhemmin sairaalassa. Jos olisimme valinneet lyhyemmän aikavälin, olisi taas haastateltavien ja näin ollen aineiston määrä ollut pieni. Toisaalta laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tuottaa yleistettävää tietoa, niin luotettavan aineiston koko ei määräydy kyseisin perustein (Hirsjärvi ym. 2007, 176.)

6.4 Toimenpide-ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyötä ja haastatteluja tehdessä mieleemme nousi ajatus siitä, että olisi mielenkiintoista haastatella myös sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä mukana olleita miehiä. Miehillä on täysin eri näkökulma synnytyksestä ja olisi mielenkiintoista tietää, miltä heistä on tuntunut seurata tilannetta vierestä, kun synnytys onkin tapahtunut esimerkiksi omassa autossa, eikä sairaalaympäristössä.

Haastatteluissa tuli esille idea siitä, että voisiko miehiä opastaa siihen, miten heidän tulisi toimia, jos synnytys tapahtuisikin sairaalan ulkopuolella, eikä hoitohenkilökuntaa olisi lähettyvillä. Yksi jatkotutkimusaihe voisikin olla esimerkiksi opaslehtinen miehille, joka jaettaisiin neuvolasta synnytyksen lähestyessä.

Raskaana olevien päätöstä sairaalan lähdöstä helpottaisi se, jos terveydenhoitaja voisi tehdä sisätutkimuksen. Tuolloin nainen voisi epävarmassa tilanteessa käydä esimerkiksi neuvolassa tarkastuttamassa kohdunsuun tilanteen ja varmistua, onko synnytys jo käynnistynyt. Tällainen käytäntö kuitenkin vaatisi terveydenhoitajilta lisäkoulutusta ja enemmän kokemusta, jotta heidän tekemä sisätutkimus olisi luotettava.

Kaikki naiset eivät kokeneet saaneensa riittävästi keskusteluapua synnytyksen jälkeen. Neuvolan puolesta voitaisiin järjestää jokin vertaistukea antava ryhmä, johon halukkaat voisivat osallistua ja keskustella samanlaisen kokemuksen läpikäyneiden henkilöiden kanssa. Ryhmään voisivat osallistua niin naiset, kuin miehetkin.

6.5 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aihetta valittaessa mietimme, että haluaisimme mieluiten aiheen, joka käsittelee jollain tavalla raskautta tai synnytystä. Koulumme opinnäytetöiden aihepankista ei löytynyt meille sopivaa aihetta, joten päädyimme kysymään, olisiko kotipaikkakuntamme neuvoloilla tarvetta opinnäytetyölle. Taivalkosken neuvolasta vastattiinkin nopeasti ja näin saimme mielenkiintoisen aiheen, jota aloimme työstää suurella innolla.

Opinnäytetyön tekoa on kuitenkin pitkittänyt työharjoittelu ulkomailla ja kesätyöt sekä työharjoittelut kaukana toisistamme. Etätyöskentelyä emme ole kokeneet mielekkääksi, emmekä ole onnistuneet siinä kovinkaan hyvin. Olemme kuitenkin oppineet työn aikana parityöskentelytaitoja ja jakamaan tehtäviä, sekä tehneet melko paljon itsenäistä työtä. Olemme oppineet hakemaan tietoa monenlaisista lähteistä ja olemaan kriittisiä esimerkiksi nettilähteiden suhteen. Olemme huomanneet, että parityöskentelyssä toisen opit täydentävät tietoa, ja tietoa tulee osata jakaa. Terveydenhoitotyö ei ole yksintyöskentelyä, vaan työelämässä meidän tulee osata toimia moniammatillisissa työryhmissä.

Miettiessämme, mitä olisimme voineet tehdä eri tavalla, liittyy lähinnä työmme aikatauluttamiseen ja kirjallisen työn tekemiseen. Olisimme voineet hakea tietoa aktiivisemmin ja kirjoittaneet kirjallista työtä tasaisesti talven ja kevään aikana. Meillä on ollut pitkiäkin taukoja, että emme ole tehneet mitään opinnäytetyön eteen. Se näkyy sitten kiireenä lopussa ja huolimattomana kirjoittamisena. Itse haastattelujen tekeminen ja niihin valmistautuminen olivat koko

opinnäytetyöprosessin mukavinta aikaa. Haastattelut sujuivat heti alusta lähtien hyvin, ja naisten synnytystarinan tarinan kuuntelemiseen uppoutui täysin. He kertoivat kokemuksistaan niin kattavasti, että meidän ei tarvinnut tehdä kuin muutama tarkentava kysymys.

”Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa opiskelijan valmiuksia soveltaa tietojaan ja taitojaan ammattiopintoihin liittyvässä käytännön asiantuntijatehtävässä”(Opetusministeriö NQF –työryhmä 2006, 22). Työmme aikana olemme etsineet paljon tietoa aiheeseemme liittyen, ja tätä tietoa olemme hyödyntäneet omassa työssämme. Tutkittavasta ilmiöstä tulee olla tietoa ennestään, jotta ilmiötä voitaisiin alkaa tutkia syvemmin ja löytää siitä uusia ulottuvuuksia. Lisäksi on tärkeää ottaa selvää, mitä aiheeseen liittyviä tutkimuksia on jo olemassa, että emme ”keksisi pyörää uudestaan”, paitsi siinä tilanteessa, jos aihe vaatii päivittämistä. Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut ammattitaitoamme terveydenedistämisen ja ympäristöterveydenedistämisen näkökulmasta.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut suuri ja opettavainen prosessi. Välillä olemme olleet melko turhautuneita työhömmä ja aikaansaamattomuuteemme, mutta sitten taas jostakin on syntynyt uusi kipinä ja työmme onkin loppusuoralla. Suuri etu on ollut siinä, että olemme tehneet työtä yhdessä, koska aina toinen on saanut potkittua toista eteenpäin, jos on alkanut tulla turhautunut olo. Lisäksi olemme käyneet pitkiä keskusteluja aiheesta, joka on myös tuonut molemmille uusia näkökulmia tarkastellessa työmme aihetta ja sen tuloksia. Ei siis epäilystäkään, eikä työ olisi kasvattanut meitä ammatillisesti ja ollut erittäin hyödyllinen myös tulevaa ammattiamme ajatellen. Olemme tehneet aikatauluja ja tavoitteita useaan otteeseen työn aikana, mutta jostakin syystä nämä eivät ole aina toteutuneet ihan toivotulla tavalla. Olemme molemmat persoonia, jotka ei murehdi turhista asioista ja koetamme löytää aina positiiviset puolet asiasta kuin asiasta. Sen vuoksi yhteistyömme onkin ollut sujuvaa ja ristiriitatilanteita on ollut todella vähän. Olemme kulkeneet koko koulutuksen ajan lähestulkoon käsi kädessä ja yhä edelleen löydämme toisistamme uusia puolia niin koulutovereina kuin ystävinä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella neuvolan on hankala arvioida, millainen synnytys kenelläkin tulee olemaan, joten olisi hyvä muistaa etenkin uudelleensynnyttäjien kohdalla se mahdollisuus, että lähes 200 kilometrin matka sairaalaan voi olla liian pitkä. Matkasynnytyksellä ei kuitenkaan saisi pelotella ketään, mutta siihenkin olisi hyvä osata valmistautua etukäteen. Taivalkoskelaisilla naisilla on ollut mahdollisuus lasketun ajan lähestyttyä majoittua lähelle synnytysairaalaan Oulussa, mutta tähän ei ole ollut halukkuutta. Tähän on olemassa inhimilliset syyt, koska monilla voi olla kotona useampi lapsi ja mies töissä, joten silloin ei ole mahdollisuutta lähteä odottamaan synnytyksen käynnistymistä kauas kotoa. Monet ottavat mieluummin tietoisien riskien ja lähtevät sairaalaan vasta synnytyksen käynnistyttyä. Etenkin tuollaisissa tilanteissa neuvola voisi olla enemmän naisen tukena ja miettiä, onko synnytyksessä odotettavissa jotain riskejä, ja miten niiltä voitaisiin mahdollisesti välttyä.

Osa haastattelemistamme naisista oli kuitenkin yhden matkasynnytyksen jälkeen sitä mieltä, että jos heillä olisi tulevaisuudessa edessä vielä synnytyksiä, he odottaisivat synnytyksen käynnistymistä mieluummin lähellä sairaalaa tai menisivät liian aikaisin sairaalaan ja synnyttäisivät siellä, kuin että synnyttäisivät taas kotiin tai matkalla sairaalaan. Naiset kertoivat saaneensa hyvää ohjausta ja neuvontaa neuvolasta. Osa heistä sanoi, että matkasynnytykseen ei neuvola voi valmentaa ja siksi siitä saatiin vähän tietoa. Terveystieteiden ohjeilla ja neuvoilla olisi se tarkoitus, että matkasynnytyksiltä välttyttäisiin.

Ambulanssi on aina ensimmäinen vaihtoehto, jolla synnyttävää naista lähdetään kuljettamaan sairaalaan, koska siellä nainen saadaan hyvään asentoon kuljetusta varten ja mukana on ammattitaitoinen henkilökunta, joka huolehtii synnyttäjistä. Jos ambulanssia, eikä ammattitaitoista henkilökuntaa ole mahdollista saada paikalle, olisi hyvä, että mahdollinen muu synnytyksessä avustava henkilö olisi esimerkiksi puhelinyhteydessä hätäkeskuksen kanssa. (Paananen ym. 2009, 467.)

Viime vuosina matkasynnytykset ovat olleet yhä enemmän keskustelun aiheena koko maassamme. Taivalkoskella aiheesta on saanut lukea paikallisista lehdistä ja Taivalkosken sairaankuljetukselle on tehty vuonna 2007 opinnäytetyönä ohjeistus ja koulutuspaketti matkasynnytyksen avustamiseen. Uskoisimme, että nykyään synnytysairaaloiden lakkauttamisen myötä ambulanssin henkilökuntaa koulutetaan enemmän synnytyksessä avustamiseen, vaikka todel-

lisuudessa ensihoitaja joutuu työssään kätilöksi todella harvoin. Toivottavaa olisi, että synnyttäjän mukaan voisi lähteä myös kätilö, mutta esimerkiksi Taivalkoskella ei ole tähän mahdollisuutta, joten vastuu synnytyksestä on väistämättä ensihoitajilla. Haastattelemamme naiset nostivat esille myös ajatuksen siitä, voitaisiinko neuvolan terveydenhoitajia kouluttaa kätilön työhön. Asiaa on pohdittukin useampaan otteeseen, mutta lopulta ollaan tultu siihen tulokseen, että terveydenhoitajilla pitäisi saada enemmän kokemusta kätilön työstä, jotta se sujuisi rutiinilla. (Valtavaara 2009.)

Tutkimustuloksemme synnytyskokemuksesta emme osanneet odottaa, että sairaalan ulkopuolella tapahtunut synnytys koettaisiin helpoksi tai nopeaksi. Synnytyskokemuksena sairaalan ulkopuolella synnyttäminen koettiin hyvänä, johon on varmasti vaikuttanut läheisen tuki ja läsnäolo, sekä mahdollisesti synnytyksessä mukana ollut hoitohenkilökunta.

Tuloksiamme mukaan neuvolassa tulisi kiinnittää enemmän huomiota synnyttäjien ohjaamiseen, miten valmistautua pitkälle matkalle kohti synnytysairaala. Heitä voisi ohjeistaa ottamaan mukaan matkalle esimerkiksi vilttejä tai huopia.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulokset synnytyskokemuksesta ovat verrattavissa aikaisempiin tutkimuksiin synnytyskokemuksesta. Vallimies - Patomäen (1998) väitöskirjassa naiset pelkäsivät lapsen voinnin puolesta. Niin myös meidän haastattelemat naiset kokivat huolta ja pelkäsivät lapsen voinnin puolesta. Tutkimuksessamme naiset kokivat sairaalan ulkopuolella synnyttämisen positiivisena. Tähän saattoi myös vaikuttaa se, että naiset olivat itse aktiivisesti mukana synnytyksessä. Ryttyläisen (2005) mukaan myönteistä synnytyskokemusta vahvistaa naisen oma hallinta synnytyksen aikana. Tuloksissamme kuvaamme, että naiset kokivat palautuneensa sairaalan ulkopuolella tapahtuneesta synnytyksestä paljon paremmin, kuin sellaisesta synnytyksestä, missä he olivat saaneet puudutteita. Synnytykset olivat tapahtuneet ”luomuna”, jolloin lääkkeellistä kivunlievitystä kukaan ei ehtinyt saamaan. Mäki - Kojolan (2009) tutkimuksen tulokset viittaavat samaan, missä luonnonmukaisesta synnytyksestä toipui paremmin.

Lähteet

Aaltola & Valli. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä. PS-kustannus.

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna. Tammi.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. Wsoy.

Gissler, M. 2011. Synnytysten keskittämisestä ja synnytyssairaaloiden välisistä eroista. Kätilölehti Nro 2-3, 21-22.

Gissler, M & Vuori, E 2010. Syntyneet ja vastasyntyneet 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 2010. Viitattu 20.5.2010. Saatavilla: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/tr22_09.pdf

Gissler, M & Vuori, E 2008. Synnytystoimenpiteitä sairaaloittain Suomessa vuosina 2006-2007. Stakes. Tilastotiedote 32/2008. Viitattu 12.4.2010. Saatavilla: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt32_08.pdf

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (toim.) 2009. Tutkimus hoitotyössä. WSOY.

Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit 05/2006. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Viitattu: 27.1.2010 Saatavilla:

<http://www.pkamk.fi/ects/materiaali/Suun%20terveydenhuollon%20koulutusohjelman%20kompetenssit%20042006.pdf>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Osuuskunta Vastapaino.

Kyngäs, H & Vanhanen, L. (1999), Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, (1):3-12.

Melender H-L. 2006. What Constitutes a Good Child Birth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5)

Mäki-Kojola, T. 2009. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käytöstä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Opetusministeriö NQF-työryhmä, luonnos. 2006. Viitattu 3.4.2011. Saatavilla: http://www.vsy.fi/doc/NQF_tyoryhmamuistion_luonnos_26_5_2009.pdf.

Paananen & Pietiläinen & Raussi-Lehto & Väyrynen & Äimälä. 2009. Kätilötyö. Helsinki. Edita Prima.

Pyhä Raamattu. 1993. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama suomennos. 3. painos. Sisälähetysseuran kirjapaino Raamattutalo. Pieksämäki.

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

Stakes 2008

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt32_08.pdf

Stakes. 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Oppaita 34. Helsinki: Stakes.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

THL 2010. Viitattu 2.5.2011. Saatavilla:

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf

THL 2009. Viitattu 20.5.2010. Saatavilla:

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/tr22_09.pdf

THL vastasyntyneet 2008. Viitattu 18.4.2010. Saatavilla:

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr06_10.pdf

Vallimies - Patomäki, M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Valtavaara, M. 2009. Pitkä matka Ouluun hirvittää Kuusamossa. Helsingin Sanomat 10.5.2009. Verkkodokumentti. Viitattu 16.2.2010.

<https://www.hs.fi/yrietykset/sanoma-arkisto/artikkeli.do?id=HS20090510SI1YO01q8h&hakusanat=kuusamo+synnytyssali&pvm=&alkaen=&loppuen=&lehti=HS&sivu=1&tulokset=2&lyhenne=HS&artikkeli=1&haku=HESA>

pitkämatka hirvittää

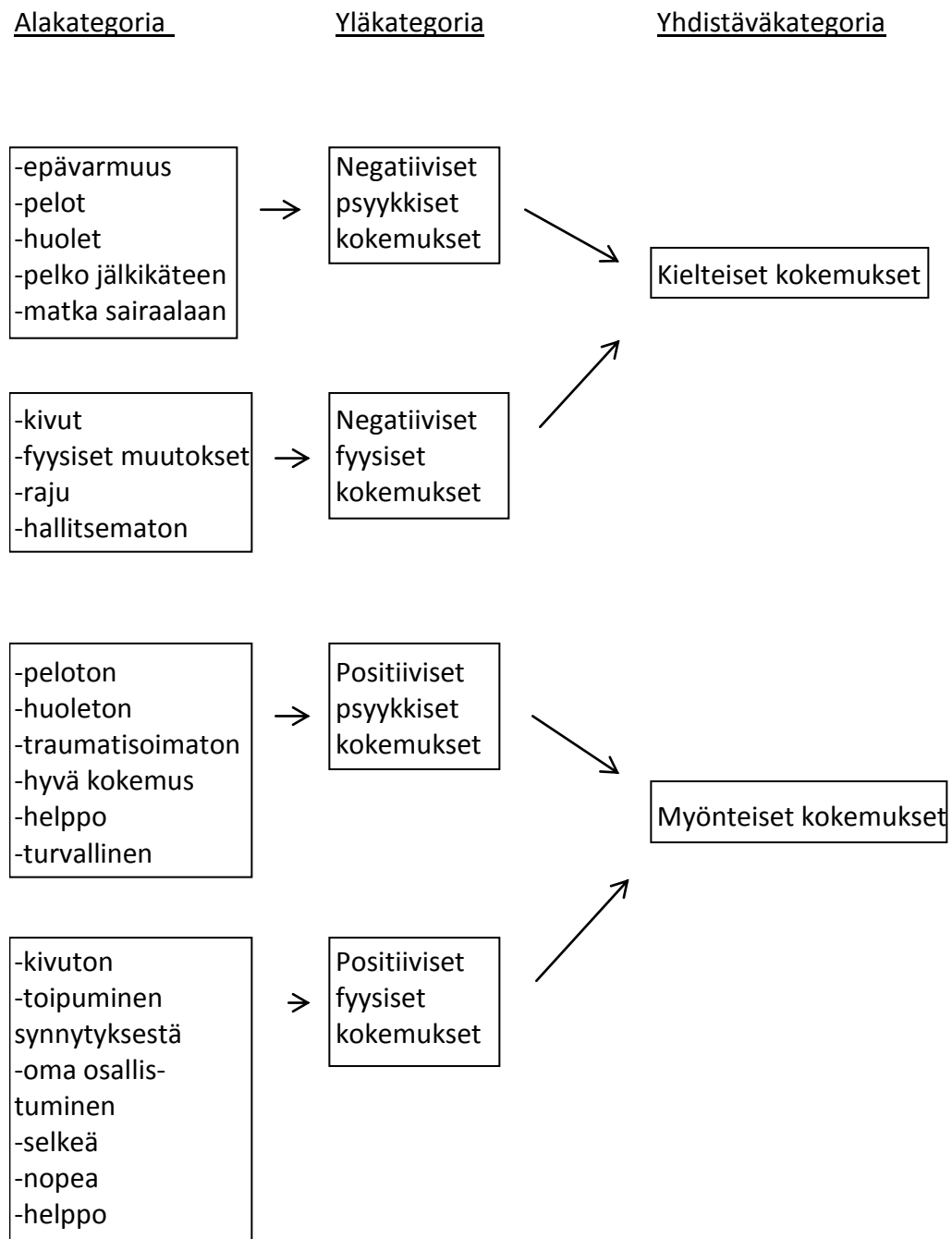
Valtavaara, M. 2009. Tammisaaren synnytysosastoa uhkaa taas lopettaminen. Helsingin Sanomat 10.5.2009. Verkkodokumentti. Viitattu 16.2.2010.

<https://www.hs.fi/yrietykset/sanoma-arkisto/artikkeli.do?id=HS20090510SI1YO01q8k&hakusanat=kuusamo+synnytyssali&pvm>

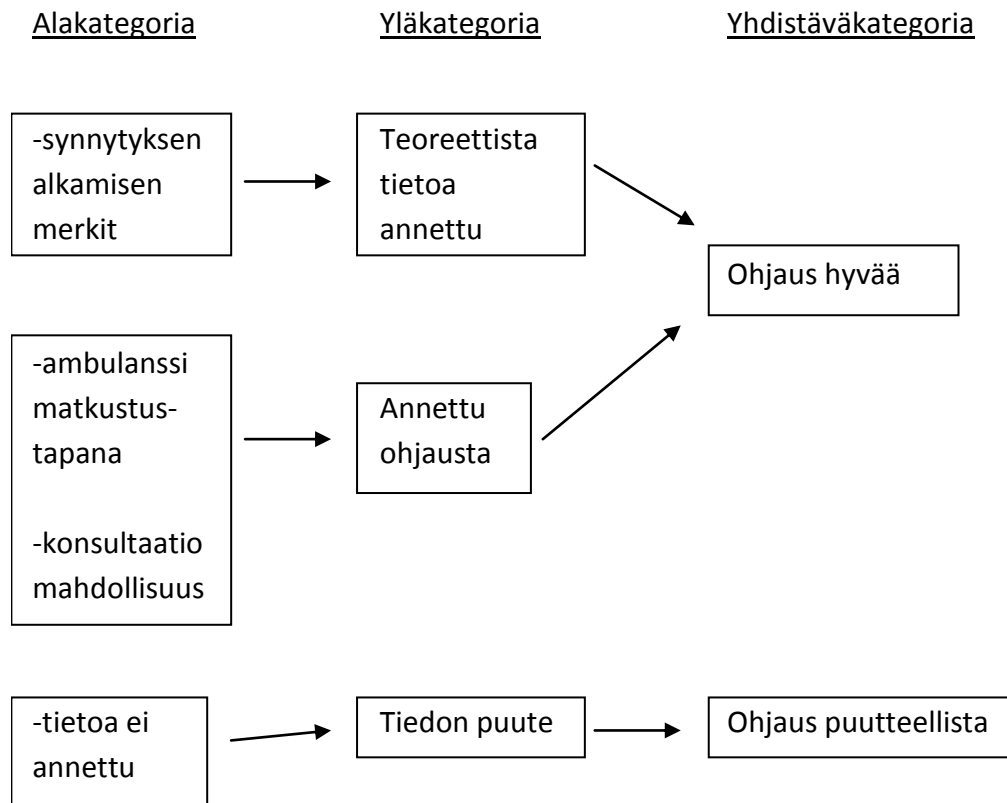
Viisainen, K. 2000. Choices in Birth Care – The Place of Birth (Synnytyshoidon valintoja – missä voi synnyttää?) University of Helsinki. STAKES, Research Report 115. Original articles I (Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963 – 1995) Helsinki. Gummerus, Saarijärvi.

Vääräniemi, H. 2010. Henkilökohtainen tiedonanto 25.2.2010.

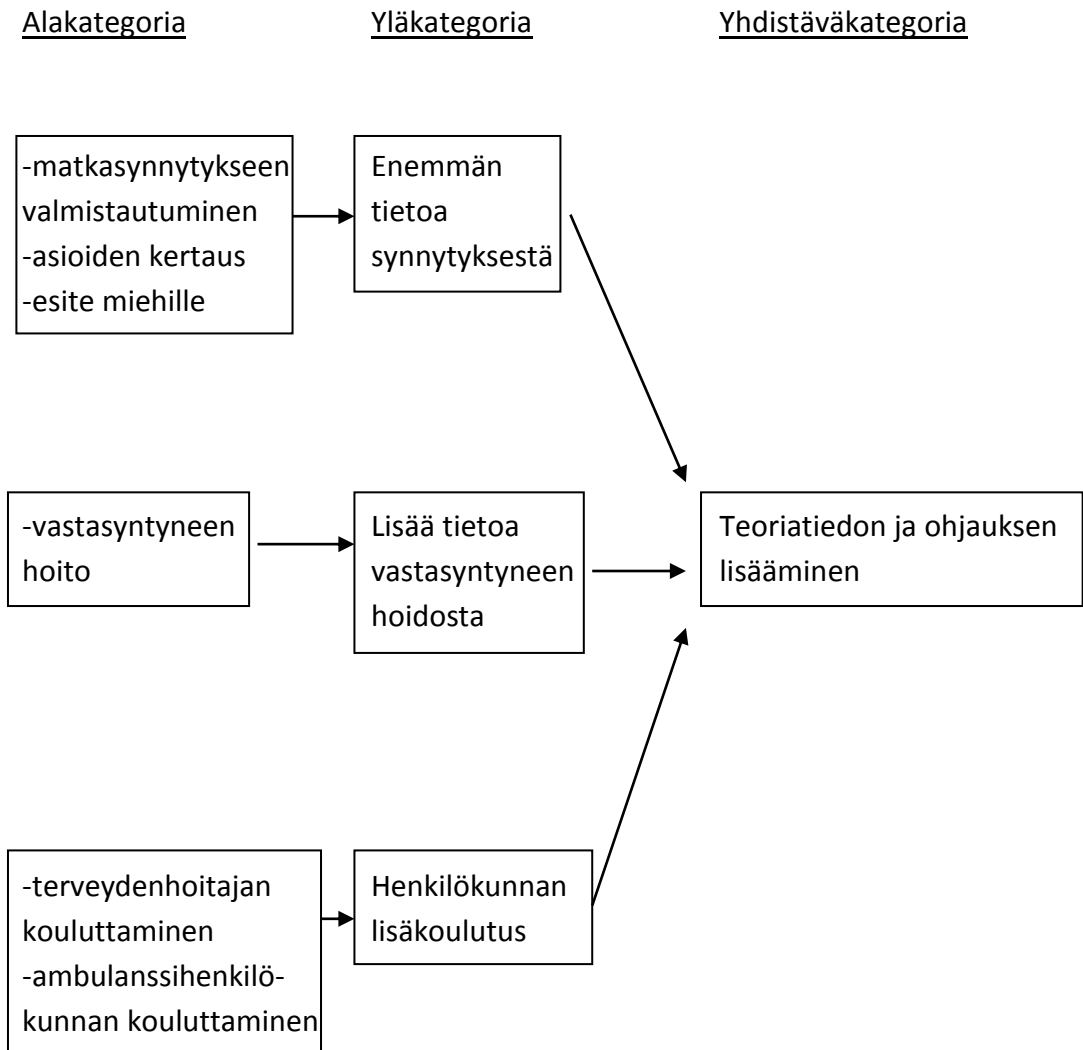
Analyysikaavio 1



Analyysikaavio 2



Analyysikaavio 3



Analyysikaavio 4

