

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
2012

Marleena Huttunen & Tuula Mattila

SYNNYTTÄJÄN TYYTYVÄISYYS SYNNYTYKSEN AIKAISEEN HOITOOON



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

2012 | 91 sivua + 13 liitesivua

Anneli Nirkkonen-Mannila

Marleena Huttunen & Tuula Mattila

SYNNYTTÄJÄN TYYTYVÄISYYS SYNNYTYKSEN AIKAISEEN HOITOON

Opinnäytetyön aihe pohjautuu Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektiin (Hoi-Pro) 2009–2015, joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteinen projekti. Projektin osatehtävänä on hoitotyön toimintatavat, johon opinnäytetyö sisältyy. Projektin tarkoituksena on suunnitella sairaalan palvelut toimialuekohtaisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa synnyttäjien tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon Hanna-Leena Melenderin ja Marjo Kauppilan kehittämän Synnyttäjän tyytyväisyys synnytyksen aikaiseen hoitoon –kyselylomakkeen eli SynTy-mittarin avulla (2009). Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa synnytyksen aikaisen hoidon laadusta ja sen tuloksia voidaan hyödyntää synnytyksen aikaisen hoidon kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena survey-tutkimuksena heinä-elokuussa 2012 Turun Yliopistollisen keskussairaalan synnytys- ja lapsivuodeosastoilla (N=200). Synnyttäjät saivat kyselylomakkeen synnytyssalissa ja palauttivat lomakkeen lapsivuodeosastolla 0–8 päivää synnytyksen jälkeen. Vastajat olivat 19–44 -vuotiaita alateitse synnyttäneitä. Vastausprosentti oli 75,5 %. Aineisto analysoitiin SPSS 19.0 –ohjelmalla. Tutkimus sisälsi myös laadullisen osion, johon synnyttäjät saivat kirjoittaa tyytyväisyyteen ja tyytymättömyyteen liittyviä tekijöitä. Laadullinen osio analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan synnyttäjät olivat melko tyytyväisiä synnytyksen aikaiseen hoitoon kaikilla sen osa-alueilla. Tyytyväisimpiä synnyttäjät olivat eettiseen alueeseen ja vähiten tyytyväisiä sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen. Tulokset olivat samansuuntaisia Melenderin ja Kauppilan (2009) tutkimustulosten kanssa.

ASIASANAT: synnytys, synnyttäjän tyytyväisyys, synnytyksen aikainen hoitotyö, kätilötyö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Midwifery

2012 | 91 pages + 13 appendices

Anneli Nirkkonen-Mannila

Marleena Huttunen & Tuula Mattila

PARTURIENT SATISFACTION TO THE OBSTETRIC CARE

The subject of this thesis is based on the Future Hospital - Nursing Development Project (Hoi-Pro) 2009-2015 which is a joint project conducted by The Hospital District of Southwest Finland and The Turku University of Applied Sciences. The purpose of the project is to design hospital's services based on domains, and nursing practice is used as a subtask for the project where this thesis is included.

The objective of the thesis is to examine the satisfaction with parturient obstetric care that is given during delivery, and the results are based on the Parturient Satisfaction with the Obstetric Care SynTy questionnaire developed by Hanna-Leena Melender and Marjo Kauppila. Furthermore, the aim is to obtain information on the quality of obstetric care and the results of the thesis can be used for development purposes.

The thesis was carried out as a quantitative survey research in the July and August of 2012 in the delivery and postnatal wards of the Turku University Hospital (N=200). Parturient women were given the questionnaire in the delivery room and they returned the form in the postnatal ward 0–8 days after delivery. The respondents gave birth vaginally and were from 19 to 44 years of age. The response rate was 75,5 % and the data was analyzed by using SPSS 19.0 software. In addition a qualitative component was included in the study in order for the parturient women to express their satisfaction and dissatisfaction factors. The qualitative section was analyzed by content analysis.

According to the results the parturient were relatively satisfied with the obstetric care they were given in to. The parturient were most satisfied with the ethical area and least satisfied with the social and communal areas. The results were similar to Melender and Kauppila's research results (2009).

KEYWORDS: delivery, parturient satisfaction, obstetric care, midwifery

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TYYTYVÄISYYS	8
2.1 Palvelun laatu	8
2.2 Asiakastyytyväisyyden mittaaminen	9
2.3 Synnyttäjän tyytyväisyys	11
3 SYNNYTYKSEN AIKAINEN HOITO	14
3.1 Avautumisvaiheen hoito	15
3.1.1 Synnyttäjän tarkkailu	15
3.1.2 Synnytyksen edistymisen tarkkailu	16
3.1.3 Sikiön voinnin tarkkailu	17
3.2 Kivunhoito	18
3.3 Ponnistusvaiheen hoito	21
3.3.1 Ponnistusasennot	22
3.3.2 Välilihan tukeminen	22
3.4 Vastasyntyneen hoito	24
3.5 Jälkeisvaiheen hoito	24
3.6 Tarkkailuvaiheen hoito	26
3.7 Poikkeavat synnytystavat	26
3.7.1 Perätilasynnytys	26
3.7.2 Keisarileikkaus	27
3.7.3 Imukuppisynnytys	28
3.7.4 Pihtisynnytys	29
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT	30
5 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	31
5.1 Tutkimusmenetelmät ja Synty-mittari	31
5.2 Aineiston valinta ja kerääminen	32
5.3 Aineiston analysointi	33
6 TULOKSET	35
6.1 Vastaajien taustatiedot	35
6.2 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon biologis-fysiologiseen alueeseen	41
6.3 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon toiminnalliseen alueeseen	43

6.4 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon tiedolliseen alueeseen	44
6.5 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen	46
6.6 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon kokemukselliseen alueeseen	49
6.7 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon eettiseen alueeseen	50
6.8 Tyytyväisyys eri osa-alueisiin	51
6.9 Taustatekijöiden vaikutukset tyytyväisyyteen	52
6.9.1 Biologis-fysiologinen tyytyväisyys	53
6.9.2 Toiminnallinen tyytyväisyys	57
6.9.3 Tiedollinen tyytyväisyys	60
6.9.4 Sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys	64
6.9.5 Kokemuksellinen tyytyväisyys	68
6.9.6 Eettinen tyytyväisyys	72
6.10 Tyytyväisyyteen ja tyytymättömyyteen vaikuttaneet tekijät	76
7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	79
7.1 Tutkimuksen luotettavuus	79
7.2 Tutkimuksen eettisyys	80
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	82
LÄHTEET	89

LIITTEET

Liite 1. SynTy-mittari (versio 2)	
Liite 2. Saatekirje	
Liite 3. Tiedote henkilökunnalle	
Liite 4. Taulukko 1: Tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden kokemukset	
Liite 5. Taulukko 2: Pearsonin korrelaatiokertoimet	

KUVIOT

Kuvio 1: Ikäluokat	35
Kuvio 2: Monesko synnytys	36
Kuvio 3: Synnytyksen kesto	37
Kuvio 4: Sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys keskiarvot	48
Kuvio 5: Kokemuksellinen tyytyväisyys keskiarvot	50
Kuvio 6: Eettinen tyytyväisyys keskiarvot	51
Kuvio 7: Keskiarvot tyytyväisyyden eri osa-alueiden summamuuttujista	52
Kuvio 8: Biologis-fysiologinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	55
Kuvio 9: Biologis-fysiologinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	56
Kuvio 10: Toiminnallinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	59
Kuvio 11: Toiminnallinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	60

Kuvio 12: Tiedollinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	63
Kuvio 13: Tiedollinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	64
Kuvio 14: Sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	67
Kuvio 15: Sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	68
Kuvio 16: Kokemuksellinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	71
Kuvio 17: Kokemuksellinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	72
Kuvio 18: Eettinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	75
Kuvio 19: Eettinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin	75

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö kuuluu Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektiin (Hoi-Pro) 2009–2015, joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteinen projekti. Kehittämisprojektin tavoitteena on suunnitella sairaalan palvelut toimialuekohtaisesti (Kummel 2012). Opinnäytetyö sisältyy hoitotyön toimintatavat osaprojektiin.

Synnytyksen aikaiseen hoitoon kuuluvat avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaiheen hoito, kivunhoito sekä synnyttäjän ja vastasyntyneen tarkkailu synnytyksen jälkeen synnytyssalissa. (Raussi-Lehto 2009b, 210; Sariola & Tikkanen 2011, 315.)

Synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon on tutkittu Suomessa melko vähän, minkä vuoksi aihe on ajankohtainen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa 2007–2015 kerrotaan potilaslähtöisyyden olevan sairaanhoitopiirin vahvin arvo, ja yksi strategian tavoitteista on palvelun laatu, jonka mittarina käytetään potilastytyväisyyttä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006). Uuden Kaste-ohjelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012) tavoitteisiin kuuluu sosiaali- ja terveyshuollon asiakkaiden luottamuksen parantaminen palvelun laatuun, jonka mittarina käytetään asiakastytyväisyyttä. WHO:n Terveystä kaikille 2000-luvulle -ohjelman mukaan tulisi pyrkiä kehittämään mittareita mittaamaan terveydenhuollon laatua säännöllisesti (World Health Organisation 1998, 26). Terveys 2015 -ohjelman tavoitteissa tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen pyritään pitämään vähintäänkin nykyisellä tasolla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 18).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa synnyttäneiden tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon Hanna-Leena Melenderin ja Marjo Kauppilan kehittämän Synnyttäjän tyytyväisyys synnytyksen aikaiseen hoitoon –kyselylomakkeen eli SynTy-mittarin (2009) avulla (liite 1). Opinnäytetyön avulla saadaan tärkeää tietoa synnytyksen aikaisen hoidon laadusta, ja sen tuloksia voidaan hyödyntää

synnytyksen aikaisen hoidon kehittämisessä. Lupa mittarin käyttöön on saatu mittarin kehittäjiltä Hanna-Leena Melenderiltä ja Marjo Kauppilalta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena survey-tutkimuksena SynTy-mittarin avulla, jossa on myös laadullinen osio, johon synnyttäjät saivat kirjoittaa tyytyväisyyteen ja tyytymättömyyteen liittyviä tekijöitä.

2 TYYTYVÄISYYS

Asiakastyytyväisyys on Ylikosken (1999, 149) mukaan laatua laajempi käsite ja palvelun laatu on yksi asiakastyytyväisyyden tekijöistä. Asiakastyytyväisyys on aina suhteellinen ja yksilöllinen näkemys ja kokemus yrityksen kontaktipinnassa (Rope & Pöllänen 1994, 58–59). Opinnäytetyössä käytetään Johanssonin, Olénin ja Frilundin (2002) määritelmää potilastyytyväisyydestä, jonka mukaan potilastyytyväisyys on potilaan subjektiivinen arvio siitä, miten hänen toiveet ja odotukset hyvästä hoidosta sekä siitä, miten todellinen hoito toteutuu. Laadulla tarkoitetaan asiakkaan kokemaa laatua (Rope & Pöllänen 1994, 14).

Tyytyväisyydessä tulee Ropen & Pölläsen (1994, 29–35) mukaan ottaa huomioon henkilön odotuksissa ja kontaktipinnassa syntyvät kokemukset, jotka vaikuttavat tyytyväisyysasteeseen. Odotukset toimivat vertailuperustana ja lähtökohtana kokemuksille. Tyytyväisyyttä voidaan parantaa vaikuttamalla odotuksiin ja kokemuksiin. Odotukset jaetaan ihanne-, ennako- ja minimiodotuksiin. Ihanneodotukset sisältävät henkilön oman arvomaailman toiveet toiminnasta, ennako-odotukset tarkoittavat henkilön mielikuvaa yrityksestä ja minimiodotukset kuvaa henkilön vähimmäistasoa, jota hän edellyttää toiminnalta.

2.1 Palvelun laatu

Palvelut ovat aineettomia, toimintaa. Palvelua ei ole olemassa vaan se syntyy tuotantotapahtumassa, palveluja ei voi varastoida, ja niiden tuotanto ja kulutus tapahtuvat samaan aikaan. (Grönroos 1989, 36–37.) Lämsä & Uusitalo (2002, 17–19) lisäävät palvelujen ominaispiirteisiin vielä heterogeenisyyden ja ainutkertaisuuden. Jokainen palvelu on ainutkertainen kokemus ja palvelut ovat heterogeenisiä eli ne vaihtelevat, eivätkä toistu koskaan täysin samanlaisena.

Lämsän & Uusitalon (2002, 19) mukaan palvelun laatutasoa on hankala määrittää palvelujen ominaispiirteiden takia, sillä palvelun laatu voi vaihdella päivittäin ja eri asiakkailla voi olla erilaiset käsitykset hyvästä palvelun laadusta. Palvelun laatu muodostuu asiakkaan palveluodotusten ja kokemusten välisestä vertai-

lusta. Palvelukokemus jaetaan tekniseen ja toiminnalliseen laatuun. Se, mitä yritys tekee asiakkaalle, kuvaa teknistä laatua, ja se, miten yritys tuottaa palvelun, kuvaa toiminnallista laatua. Palvelukokemuksessa on lisäksi huomioitava yrityskuva eli profiili, sillä se voi toimia eräänlaisena suodattimena. Jos asiakas kokee teknisen tai toiminnallisen laadun huonona, profiili voi lieventää asiakkaan kokemia puutteita. (Grönroos 1989, 19–22; Rope & Pöllänen 1994, 27–28.) Yritys tavoittelee palvelun hyvää laatua. Hyvä laatu ei ole koskaan valmis, vaan sitä tulee jatkuvasti kehittää (Lämsä & Uusitalo 2002, 22).

Palvelun laatua tarkastellaan asiakasnäkökulman kautta. Asiakaskeskeinen laatu näkökulma korostaa asiakkaan tarpeita ja toiveita, ja laatu on asiakkaan tarpeisiin sidottu, muuttuva asiakkaan kokemus. Asiakkaan odotukset palvelusta vaikuttavat asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Palvelun laatu muodostuu asiakkaan palveluodotusten ja kokemusten välisestä vertailusta. Laadukas palvelu on palvelua, missä asiakkaan odotukset palvelusta täyttyvät ja jopa ylittyvät. Kun asiakkaalle tarjotaan palvelua, missä odotukset ylittyvät, varmistetaan asiakkaan tyytyväisyys. (Lämsä & Uusitalo 2002, 24–26, 51.) Asiakkaan odotuksiin palvelun laadusta vaikuttavat asiakkaan tarpeet, palvelun hinta, asiakkaan aiemmat kokemukset organisaatiosta ja kilpailevista organisaatiosta, mainonnan lupaukset, muiden ihmisten suositukset tai moitteet, asiakkaan oma panostus palveluun sekä tilannetekijät. (Ylikoski 1999, 123–125.)

2.2 Asiakastyytyväisyyden mittaaminen

Asiakkaiden odotukset lisääntyvät organisaation ollessa kiinnostuneita asiakkaiden mielipiteistä (Ylikoski 1999, 149). Asiakastyytyväisyyden tutkiminen kuuluu asiakastyytyväisyyden kuuntelujärjestelmään, jolla yritys kerää ja tallentaa asiakastyytyväisyyspalautetta. Siihen sisältyy asiakastyytyväisyystutkimukset sekä suoran palautteen järjestelmät. Asiakastyytyväisyyden tutkimisella tarkoitetaan tutkimusmenetelmin kerättyä asiakastyytyväisyyttä ja suoran palautteen järjestelmällä tarkoitetaan erilaisia palautteenantoväyliä, kuten esimerkiksi puhelinpalautea. (Rope & Pöllänen 1994, 56–57.)

Organisaatio saa tietoa asiakkaiden tyytymättömyystekijöistä asiakkaiden tekemistä valituksista. Organisaation on selvitettävä, mitkä tekijät ovat asiakkaille tärkeimpiä tekijöitä tyytyväisyyden muodostumisessa. Tyytyväisyyteen liittyviä tekijöitä voidaan tutkia laadullisella eli kvalitatiivisella tai määrällisillä eli kvantitatiivisilla menetelmillä. Määrällinen tutkimusasetelma sopii hyvin asiakkaan ja henkilöstön väliseen vuorovaikutustilanteiden kartoitukseen. (Ylikoski 1999, 155–159.)

Asiakastyytyväisyystutkimus mittaa asiakkaiden tyytyväisyyttä. Ropen ja Pöllänen (1994, 59) mukaan asiakastyytyväisyyttä tulisi mitata säännöllisin väliajoin tai jatkuvasti systemaattisesti ottaen huomioon tyytyväisyyden eri osatekijät. Asiakastyytyväisyyden mittaamisessa on kyse jatkuvan palautteen hankkimisesta asiakkaalta hänen kokemuksistaan kontaktitilanteissa. Tarkoituksena on saada yksityiskohtaista tietoa asioista, jotka aiheuttavat asiakkaiden tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä. (Rope & Pöllänen 1994, 59, 85.) Potilaan positiiviset ja negatiiviset kokemukset palvelusta eivät aina kuitenkaan tarkoita huonoa arviointia palvelusta. Tämän takia todellisen tyytyväisyyden mittaaminen voi olla hankalaa. (Williams, Coyle & Healy 1998, 1357.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa 2007–2015 kerrotaan potilaslähtöisyyden olevan kaikista vahvin arvo sairaanhoitopiirille. Yhtenä tavoitteena strategiassa mainitaan palvelun laatu ja sen mittarina käytettäväksi potilastyytyväisyyttä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006.) Uuden Kaste-ohjelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012) tavoitteisiin kuuluu sosiaali- ja terveystuolion asiakkaiden luottamuksen parantaminen palvelun laatuun, jonka mittarina käytetään asiakastyytyväisyyttä. World Health Organisationin eli WHO:n Terveysttä kaikille 2000-luvulle -ohjelman mukaan tulisi pyrkiä kehittämään mittareita mittaamaan terveydenhuollon laatua. Laadun mittaaminen pitäisi ottaa mukaan päivittäiseen toimintaan. (WHO 1998, 26.) Terveys 2015 -ohjelman tavoitteissa tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen pyritään pitämään vähintäänkin nykyisellä tasolla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 18).

2.3 Synnyttäjän tyytyväisyys

Suomessa synnytyksen hoitaa pääsääntöisesti kätilö, mikäli komplikaatioita ei ilmene. Ulkomailla synnytyksen hoidossa voi olla mukana muita henkilöitä kuin kätilö. (Melender, Hanhirona & Rautava 2006, 9.) Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään suomalaisia tutkimuksia synnyttäjän tyytyväisyydestä.

Synnytyksen aikaista hoitoa ei ole tutkittu Suomessa paljoakaan synnyttäjän tyytyväisyys -aspektista. Ahosen, Huplin ja Laurin tutkimuksessa (1995) on pyritty selvittämään kyselylomakkeiden avulla synnyttäjien (N=120, vastanneita 95,1 %) ja kätilöiden (N=115, vastanneita 83,5 %) käsityksiä synnyttäjän oikeudesta päättää synnytyksen aikaisesta hoidostaan sekä synnyttäjän ja kätilön yhteisestä päätöksenteosta. Lisäksi selvitettiin synnyttäjien tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon. Tuloksista käy ilmi, että vastaajat olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisiä saamaansa hoitoon. (Ahonen ym. 1995.)

Styrman ja Leino-Kilpi (1993) ovat tutkineet laadullisella tutkimuksella (N=30 ensisynnyttäjää, vastanneita 100 %) synnyttäjän hyvää hoitoa kolmen teema-alueen avulla: hyvä synnyttäjän hoito, hyvä kätilö sekä synnyttäjän halu osallistua ja vaikuttaa omaan synnytykseensä. Tutkimus on analysoitu sisällönanalyysillä. Tuloksista käy ilmi, että tiedon saanti on tärkeää. Kätilöltä edellytettiin sitä, että hän pystyy havaitsemaan synnytyksessä esiintyvät ongelmat ja tekemään tarvittavat päätökset hyvän hoidon takaamiseksi. Synnyttäjät kaipasivat erityisesti rohkaisua ja kannustusta synnytyksen aikana, myös kunnioittamista, tukemista ja hyväksymistä kaivattiin. Vauvan hyvinvointi ja terveys nähtiin hyvän hoidon pääasiallisena tavoitteena. Hyvän hoidon edellytyksenä pidettiin tietoperustaa, kokemuksia ja resursseja. Suurin osa synnyttäjistä (f=20) oli erittäin tyytyväisiä hoitoonsa. Puolet synnyttäjistä halusi ehdottomasti osallistua ja vaikuttaa omaan synnytykseensä.

Synnytyskokemusta on Suomessa tutkittu enemmän. Meskanen (1998) on tutkinut synnytyskokemusta kätilön ja asiakkaan arvioimana kirjallisen teemahaastattelun avulla (N=15, vastanneita 100 %). Tuloksista käy ilmi, että kätilöt ja asiakkaat ovat kokeneet synnytyksen hoidon positiivisena kokemuksena. Hoidon

aikainen vuorovaikutus oli yleensä laadultaan tuloksellista ja tehokasta. Kokemukset palvelusta ja niiden laadusta olivat enimmäkseen erittäin hyviä. Asiakkaat painottivat eniten tukemista, rohkaisua ja kannustamista.

Vallimies-Patomäki (1998) on tutkinut kyselylomakkeella toteutetulla kvantitatiivisella tutkimuksella synnytystä naisen ja miehen kokemana (N=466 synnyttäjien odotukset, N=308 miesten odotukset, N=595 synnyttäjien kokemukset, N=316 miesten kokemukset). Tutkimustuloksista käy ilmi, että naiset eivät halunneet ensisijaisesti kipulääkettä. Puolet synnyttäjistä kokeili kivunlievitykseen liikkumista tai hieromista, ja 25 % kokeili suihkua. Synnyttäjistä 43 % oli sängyssä avautumisvaiheessa ja harva ponnisti pystyasennossa. Vanhemmat pelkäsivät eniten lapsen puolesta, kivuliaisuutta ja sitä, miten he jaksavat ja suoriutuvat synnytyksessä. Tietoa vanhemmat saivat eniten kätilöltä ja sitten lastenhoitajalta. 60 % vanhemmista koki, että tarpeet otettiin huomioon, ja hieman yli puolet koki synnytyksen aikana toimineensa oma-aloitteisesti ja suurin osa sen jälkeen. Synnytyksistä 12 % oli luonnollisia synnytyksiä ja 18 % epäsäännöllisiä. Erittäin myönteistä synnytyskokemusta ennustivat lapsen terveys ja täysiaikaisuus, naisen vähäiset pelot ja kivut, kipulääkkeen välttäminen, sosiaalinen tuki ja synnytyksen helppona kokeminen. Kielteistä kokemusta ennustivat odotettua vaikeampi ja epäsäännöllinen synnytys, naisen pelot ja kivuliaisuus sekä puutteellinen sosiaalinen tuki ja varhaiskontakti.

Raussi-Lehto (1998) on tutkinut määrällisellä tutkimusotteella synnyttäjän kokemuksia palvelun laadusta. Tutkimus on toteutettu kyselylomakkeella (N=100, vastausprosentti ei tiedossa), jossa on neljä osiota: synnyttäjien vastaanotto, synnytysosasto, lapsivuodeosasto ja taustatiedot. Tuloksista käy ilmi, että palvelun saatavuus ja vastaanottotilanteen luonne synnyttäjien vastaanotolla koettiin hyväksi. Hoitoon, neuvontaan ja toimintojen yhteensovittamiseen oltiin pääosin tyytyväisiä. Erityisen tyytyväisiä olivat uudelleensynnyttäjät. Ensisynnyttäjistä 32 % ei kokenut saaneensa riittävästi aikaa keskustellakseen hoitoonsa liittyvistä asioista synnyttäjän vastaanotolla. Palvelun saatavuutta mitattiin odottamisella. Odottamaan kokivat joutuneensa keisarileikatut potilaat. Hoito, neuvonta ja toimintojen yhteensovitus toteutui suurimmaksi osaksi asiakkaiden toi-

vomalla tavalla. Kivun hoitoa arvioi 56,7 % saaneen riittävästi. Vaihtoehtoisista synnytysasennoista sai 29 % tietoa. Tukihenkilön ohjausta pidettiin riittävänä.

Ahonen (2001) on tutkinut määrällisellä tutkimusotteella matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaisia odotuksia ja synnytyskokemuksia. Tutkimus on toteutettu kaksiosaisena kyselylomakkeen avulla (N=300, vastanneita 251). Tuloksista käy ilmi, että synnytyksessä synnyttäjät kaipasivat eniten lisätietoa kipulääkkeistä ja niiden käyttömahdollisuuksista. Synnytyskokemuksessa ryhmät erosivat synnytyskipuihin sopeutumisessa, hallinnan tunteen ja päätöksentekoon osallistumisessa sekä psyykkisten ja emotionaalisten tuntemusten suhteen.

Tarkka (1996) on kyselylomaketutkimuksessaan (N=329, vastanneita 82,4 %) selvittänyt tekijöitä, jotka vaikuttavat ensisynnyttäjän selviytymiseen äitiyden varhaisvaiheessa. Tutkimus on toteutettu kahdessa eri vaiheessa siten, että ensimmäisen vaiheen kyselyyn vastattiin pian synnytyksen jälkeen ja toisen vaiheen kyselyyn lapsen ollessa 3-kuukautinen. Synnytyskokemusta selvitettäessä siinä kävi ilmi muun muassa se, että äidin synnytyskokemusta parantavat kättilön antama konkreettinen ja emotionaalinen tuki.

Tyytyväisyyttä synnytyksen aikana saatuun kivunlievitykseen kyselylomakkeen avulla (N=63, vastanneita 74,6 %) ovat tutkineet Holopainen ja Vatanen (2003). 75 % vastaajista oli joko erittäin tai melko tyytyväisiä saamaansa kivunlievitykseen. Melender (2002) on tutkimuksessaan syventynyt raskauteen ja synnytykseen liittyviin pelkoihin ja turvallisuuden tunteeseen, ja se on toteutettu kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin 20 raskaana ollutta ja 20 2–3 vuorokautta sitten synnyttäneitä naista. Toisessa vaiheessa aineistonkeruu tapahtui kyselylomakkeella (N=481, vastanneita 69 %). Ensisynnyttäjät, jotka eivät olleet osallistuneet synnytysvalmennukseen, olivat pelokkaampia synnytystä kohtaan kuin ensisynnyttäjät, jotka olivat osallistuneet synnytysvalmennukseen.

3 SYNNYTYKSEN AIKAINEN HOITO

Kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa ainakin 500 grammaa, on kyseessä synnytys. Täysiaikainen synnytys on, kun raskaus on kestänyt vähintään 37 viikkoa, ja yliaikaisesta synnytyksestä on kyse, kun raskaus on kestänyt 42 viikkoa. (Sariola & Tikkanen 2011, 315.) WHO määrittelee synnytyksen säännölliseksi silloin, kun se alkaa spontaanisti 37.–42. raskausviikolla ja etenee matalan riskin synnytyksenä, ja äiti ja lapsi ovat hyvässä kunnossa synnytyksen jälkeen (WHO 1996, 4; Raussi-Lehto 2009b, 209).

Synnytyksen ensimmäinen vaihe eli avautumisvaihe alkaa, kun synnytys käynnistyy, ja päättyy, kun kohdunkaula on täysin auki, mistä alkaa synnytyksen toinen vaihe eli ponnistusvaihe. Ponnistusvaihe päättyy lapsen syntymään. Kolmas vaihe eli jälkeisvaihe päättyy jälkeisten eli istukan ja sikiökalvojen syntymiseen. (Raussi-Lehto 2009b, 210; Sariola & Tikkanen 2011, 315.)

Synnytys käynnistyy synnytyssupistuksilla, lapsivedenmenolla tai verisellä vuodolla. Synnytyssupistukset tulevat säännöllisesti synnytyksen alussa vähintään 10 minuutin välein ja myöhemmin muutaman minuutin välein. Ne kestävät 45–60 sekuntia. Kohtu tuntuu kovalta supistuksen aikana. Lapsiveden mennessä synnytys käynnistyy yleensä 24 tunnin sisällä. Mikäli supistukset eivät käynnisty normaalisti lapsivedenmenon jälkeen ja kyseessä on täysiaikainen raskaus, synnytys on syytä käynnistää. Verinen vuoto synnytyksen käynnistyessä on seurausta kohdunkaulan kypsymisestä. Kohdunkaulan rauhaset erittävät limaa, joka synnytyksen alkaessa muuttuu verensekaiseksi. (Sariola & Tikkanen 2011, 316–317.)

Synnytys voidaan myös tarvittaessa käynnistää. Se tulee aiheelliseksi silloin, kun raskauden jatkaminen aiheuttaa suuremman riskin sikiölle ja synnyttäjälle kuin sen päättäminen. Synnytyksen käynnistämiseksi ja jouduttamiseksi voidaan antaa synnyttäjälle oksitosiinia suonensisäisesti tai puhkaista sikiökalvot. Mikäli kohdunkaula on vielä epäkypsä, aloitetaan synnytyksen käynnistäminen sen kypsyttämällä. Säännöllisen synnytyksen kestoa lyhentää myös synnyttä-

jän liikkuminen ja pystyasento avautumisvaiheessa. (Nuutila 2006, 1097–1099; Raussi-Lehto 2009a, 235.)

3.1 Avautumisvaiheen hoito

Avautumisvaihe alkaa, kun kohdunkaula alkaa avautua ja synnytyssupistuksia esiintyy. Se jaetaan latenttivaiheeseen ja aktiiviseen vaiheeseen. Latenttivaiheessa kohdunkaula pehmenee, häviää ja kääntyy takaa johtoviivaan. Latenttivaihe kestää keskimäärin 6–8 tuntia ensisynnyttäjällä ja sen aikana kohdunsuu avautuu 0 cm:stä 3–4 cm:iin ja kohdunkaulakanava lyhenee 3 cm:stä 0,5 cm:iin. Aktiivinen vaihe alkaa yleensä kohdunsuun avauduttua 3–4 cm ja päättyy, kun kohdunsuu on 10 cm auki. Aktiivisessa vaiheessa supistuksia esiintyy tiheämmin, ne kestävät kauemmin ja voimistuvat, minkä seurauksena synnytyskiput lisääntyvät. (McCormick 2003, 437; Sariola & Tikkanen 2011, 317.) Avautumisvaiheen kesto on hyvin yksilöllistä. Ensisynnyttäjällä se kestää noin 10 tuntia, ja uudelleensynnyttäjällä noin 6 tuntia. (Sariola & Tikkanen 2011, 317.)

3.1.1 Synnyttäjän tarkkailu

Synnyttäjälle tehdään hänen saapuessaan sairaalaan yleis-, ulko- ja sisätutkimukset. Yleistutkimuksen avulla saadaan aikaan kokonaiskuva synnyttäjistä ja hänen terveydentilastaan. Kätilö tekee arvion tuen tarpeesta synnyttäjän emotionaalisen ja fyysisen tilan perusteella, ja mittaa synnyttäjän lämmön, pulssin ja verenpaineen sekä tutkii virtsasta proteiinit, ketoaineet ja glukoosin sekä tarkistaa käsistä ja jaloista mahdollisten turvotusten merkkejä. Ulkotutkimuksella selvitetään sikiön topografinen ja tarjoutuvan osan asema, arvioidaan sikiön koko ja lapsiveden määrä sekä tarkkaillaan sikiön vointia sikiön sykkeen rekisteröinnillä. Synnyttäjistä seurataan jatkuvasti ulkotutkimusta suoritettaessa hänen subjektiivista vointiaan. Sisätutkimuksen avulla saadaan selville synnytyskanavan pehmeän osan vastus ja luisen synnytyskanavan tilavuus, tehdään arvio tarjoutuvasta osasta ja suuntapisteen asemasta sekä mitataan kohdunsuun edistymistä. Sisätutkimuksen toteuttajan tulee osata olla tilanteen intiimiyden vuoksi asiallinen ja sensitiivinen. Sisätutkimusten määrä tulee pitää mahdolli-

simman pienenä. (McCormick 2003, 445; Raussi-Lehto 2009b, 225–229; Raussi-Lehto 2009c, 236.)

Verenpainetta ja pulssia mitataan synnyttäjältä synnytyksen edetessä vähintään neljän tunnin välein, tarvittaessa tiheämminkin, erityisesti epiduraali- ja spinaali-puudutusten yhteydessä. Lämmönseuranta toteutetaan myös vähintään neljän tunnin välein, mutta mikäli lapsivesi on mennyt, on syytä mitata lämpöä useammin mahdollisen infektion varhaisen toteamisen vuoksi. Synnyttäjän riittävästä ravinnon ja nesteiden saannista tulee huolehtia. Syömistä ei kuitenkaan suositella annettavaksi alkuvaiheen jälkeen hätäkeisarileikkauksen riskin vuoksi. Virtsarakon tyhjentämisen tulee olla säännöllistä 1-2 tunnin välein, sillä täysi virtsarakko voi olla synnytyksestä. (McCormick 2003, 461–462; Raussi-Lehto 2009c, 236; Sariola & Tikkanen 2011, 317.)

Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell & Stylsin tutkimuksessa (2009) todettiin synnytyksen olevan keskimäärin tunnin lyhyempi, jos nainen on synnytyksen avautumisvaiheessa seisomisasennossa ja kävelee muihin asentoihin verrattuna. Seisonta-asennossa tarvittiin myös vähemmän epiduraalista kivunlievitystä.

3.1.2 Synnytyksen edistymisen tarkkailu

Synnytyksen edistymistä tarkkaillaan 2–4 tunnin välein seuraamalla sikiön pään asemaa luiseen lantioon nähden ja kohdunsuun avautumista ulko- ja sisätutkimuksen avulla. Avautumisvaiheen lopussa pää laskeutuu alaspäin lantion loukkoon ja synnytyskanava pakottaa pään käännökseen, jolloin sikiön pään lakisauma asettautuu kuvitteellisen johtoviivaan nähden suoraan mittaan. Sikiön päästä tunnustellaan sisätutkimuksella missä kohtaa pään aukileet ja lakisauma sijaitsevat suhteessa kuvitteelliseen johtoviivaan. Lisäksi määritellään tarjoutuvan osan korkeus istuinkärkeen verrattuna. Ensisynnyttäjällä kohdunsuun tulee avautua yhden senttimetrin tunnissa. (Raussi-Lehto 2009c, 222–223, 227–228, 231, 239; Sariola & Tikkanen 2011, 318.) Sisätutkimusten määrän tulisi kuitenkin rajoittaa vain välttämättömiin, koska se on infektoriski (Raussi-Lehto 2009b, 229).

Avautumisvaiheessa synnytyksen edistyminen riippuu etenkin supistusten voimasta, kestosta ja tiheydestä. Mikäli supistukset ovat liian heikkoja tai esiintyvät harvoin, niitä voidaan parantaa oksitosiini-infuusion tai sikiökalvojen puhkaisemisen avulla. Ennen sikiökalvojen puhkaisua tulee kuitenkin varmistua sikiön pään kiinnittymisestä synnytyskanavaan ja kohdunsuun avautumisesta. (Raussi-Lehto 2009c, 239; Sariola & Tikkanen 2011, 319.)

3.1.3 Sikiön voinnin tarkkailu

Sikiön vointia tarkkaillaan synnytyksen aikana, jotta varmistutaan sikiön hyvinvoinnista ja voidaan alkaa asianmukaisiin toimenpiteisiin sikiön voinnin huonontuessa. Synnytyksen aikana tarkkaillaan ensisijaisesti lapsiveden laatua, sikiön liikkeitä ja sikiön sydämen sykettä sekä tarvittaessa sikiön veren pH-arvoa. (McCormick 2003, 463; Raussi-Lehto 2009c, 238.)

Lapsivedestä seurataan sen väriä ja hajua. Lapsivesi on normaalia silloin, kun se on väritöntä ja hajutonta. Jos lapsivesi on vihreää ja koostumukseltaan kokkaremaista tai puuromaista, sikiö on ulostanut lapsiveteen mekoniumia eli lapsenpihkaa, mikä voi olla merkki sikiön asfyksiasta eli sikiön tärkeimpiin elinryhmiin kohdistuvasta hapenpuutteesta. Sikiö voi ulostaa mekoniumia myös perätilassa vatsan puristuksen takia lapsiveteen. Verenvuoto ilmenee punaisena lapsivetenä, jota voidaan erehtyä luulemaan myös kohdunsuun avautumisesta johtuvasta verisestä vuodosta. Kullankeltainen lapsivesi voi olla merkki Rh-immunisaatiosta ja siitä seuranneesta hemolyysistä, jolloin lapsiveteen on päässyt punasolujen hajoamisesta muodostunutta bilirubiinia. (McCormick 2003, 465–466; Raussi-Lehto 2009c, 238.) Sikiön liikkumiseen vaikuttavat raskauden kesto, sikiön koko ja lapsiveden määrä. 32.–38. raskausviikoilla sikiö liikkuu eniten, minkä jälkeen liikkeet hieman vähenevät. (Raussi-Lehto 2009c, 238.)

Sikiön sykettä ja kohdun supistuksia rekisteröidään kardiotokografialla eli KTG:lla. Sillä voidaan vertailla sikiön sykkeen ja supistusten suhdetta toisiinsa, ja seurata sikiön vointia. KTG-seurantaa voidaan toteuttaa joko sisäisellä elektrodilla, joka asetetaan sikiön päähän, tai ulkoisesti äidin vatsalle asetettavilla

elektrodeilla. Sisäinen KTG-käyrän rekisteröinti on ulkoista rekisteröintiä luotettavampi ja tarkempi vaihtoehto. Synnytyksen avautumisvaiheessa suositellaan, että KTG:a monitoroidaan minuutin ajan 15 minuutin välein aina supistuksen jälkeen. Synnytyksen ponnistusvaiheessa suositellaan, että KTG:a monitoroidaan jokaisen ponnistuksen jälkeen minuutin ajan. Tiheämmän monitoroinnin on todettu aiheuttavan turhaa synnytykseen puuttumista. (Munro & Spiby 2000, 10; Timonen & Erkkola 2004, 2417; Raussi-Lehto 2009c, 241.) Sikiöstetoskoopilla voidaan myös kuunnella sikiön sydämen sykettä. Sillä tarkkaillaan syketiheyttä, säännöllisyyttä, voimakkuutta, sivuääniä ja sointia. Normaali sikiön syke on 120–160 lyöntiä minuutissa. (Raussi-Lehto 2009c, 240–241.)

STAN®-järjestelmällä saadaan tietoa sikiön kyvystä reagoida synnytysrasitukseen analysoimalla muutoksia sikiön elektrokardiogrammikäyrässä eli EKG-käyrässä. Sikiön tarjonnasta riippuen pään tai perän iholle asetetaan elektrodi, joka rekisteröi sikiön EKG-käyrää. ST-aallon analyysi yhdistettynä KTG-käyrän antamaan tietoon kuvaa luotettavasti sikiön hapettumista. Kun KTG-käyrässä tapahtuu muutoksia, ST-analyysi antaa tietoa rasituksen vakavuudesta. (Sundström, Rosén & Rosén 2000, 10; Timonen & Erkkola 2004, 2418; Timonen 2007, 2289.)

Mikroverinäytteellä analysoidaan lapsen veren pH-arvoa eli happamuutta ja emäksisyyttä, ja sillä saadaan arvioitua lapsen vointia synnytyksen aikana. Mikäli pH on alle 7,2, tulee lapsen syntyä pian. Mikroverinäytteen otto edellyttää sikiökalvojen puhkaisua ja kohdunsuun vähintään 2 cm avoimuutta. Lapsen päänahkaan tehdään pieni viilto ja kapillaariputki täytetään verellä. Sikiön veren happamuuden mittaamista pidetään luotettavana mittarina ja sitä suositellaan käytettäväksi, kun sikiön tilassa epäillään jotakin häiriötä ja KTG:n tulkinta on vaikeaa. (Sundström ym. 2000, 29; McCormick 2003, 465.)

3.2 Kivunhoito

Kipuun vaikuttavat biologiset, sosiaaliset, fysiologiset, henkiset, kulttuurilliset sekä koulutukselliset tekijät. Jokainen synnyttävä kokee kivun yksilöllisesti. Hoitohenkilökunta usein aliarvioi synnyttäjän kokeman kivun voimakkuuden. Kivun-

lievitystä tulee tarjota aina. Lievitysmenetelmän valintaan vaikuttavat synnyttäjän toiveet ja kivun aste. (Hamilton 2003, 472; Sariola & Tikkanen 2011, 322.)

Empaattinen tukeminen ja tiedon antaminen voivat vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta ja parantaa synnytyskokemusta. Kivunlievityksessä on tärkeää antaa naisen kokeilla erilaisia asentoja ja liikkeitä, jotka tuntuvat hänestä hyvältä. (WHO 1996, 14.)

Ei-lääkkeellisistä menetelmistä on apua etenkin synnytyksen alkuvaiheessa. Asentohoito ja liikkuminen, kuten kävely tai keinutuolissa istuminen, sopivat tilanteisiin, joissa supistukset eivät vielä ole kovin kivuliaita. Papulat eli akvarakulat ruiskutetaan ristiselkään ihon alle muutaman senttimetrin välein. Ne sisältävät steriiliä vettä, joka venyttää ihoa ja siirtää kipua ristiselän alueelle. (Sariola & Tikkanen 2011, 322.) Akupunktiolla voidaan helpottaa kipua etenkin avautumisvaiheen alussa, vaikka sen kipua lievittävä teho vaatii lisätutkimuksia (Sarvela 2009, 302).

Hieronta poistaa lihasjännitystä ja vaikuttaa lihasten rentoutumiseen. Hierontaa voi toteuttaa kosketuksella, sivelyllä, pusertelulla ja hankauksella, jolloin verenkierto ja synnytyksen edistymisen edellytykset parantuvat. Rauhallinen normaali hengitys auttaa rentoutumiseen ja voi vähentää synnytyskipua. Hengityksen pidättämistä ja huohotusta ei suositella, sillä se voi aiheuttaa sikiölle hapenpuutetta. (Raussi-Lehto 2009c, 247.)

Lämmin vesi rentouttaa lihasjännitystä ja edistää kohdunsuun avautumista. Synnyttäjää voi kokeilla suihkua tai ammeen käyttöä synnytyksen aikana kivunlievitykseen. (Raussi-Lehto 2009c, 247.) Fysioterapiapallon käyttö auttaa löytämään rentouttavia asentoja (Eskola & Hytönen 2005, 228; Sarvela 2009, 302). Musiikin kuuntelu synnytyksen aikana voi rentouttaa, ja vaikuttaa kipua lievittävästi (Liukkonen, Heiskanen, Lahti & Saarikoski 1998, 40). Äänenkäyttö synnytyksen aikana rentouttaa kehoa ja syventää hengitystä (Vuori & Laitinen 2005, 50).

Lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ovat ilokaasu, erilaiset lääkkeet ja puudutukset. Lihakseen tai suoneen annettuna lääkeaine vaikuttaa koko elimistöön ja

kulkeutuu sikiön verenkiertoon. Ilokaasu eli typpioksiduuli ei vaikuta synnytyksen edistymiseen. Sitä hengitetään maskin kautta heti supistuksen alkaessa ja hengittely lopetetaan, kun supistus heikkenee. Kipua lievittävä vaikutus alkaa 20 sekunnin kuluttua kaasun hengittämisestä, ja täysi analgeettinen vaikutus saavutetaan 30–60 sekunnissa. (Sariola & Tikkanen 2011, 322–323.) Ilokaasun kipua lievittävä vaikutus on melko vähäinen ja kaasu saa aikaan lievää seka- vuutta ja huimausta (Sarvela & Nuutila 2009, 1884). Opiaateista petidiini on Suomessa eniten käytetty. Se lamaa vastasyntyneen hengitystä, mikäli lapsi syntyy lääkkeen vaikutuksen alaisena, eikä sitä siksi tulisi käyttää lähellä ponnistusvaihetta. Petidiiniä suositeltavampia vaihtoehtoja ovat Sarvelan & Nuutilan (2009, 1884) mukaan oksikodoni ja morfiini. (Sarvela & Nuutila 2009, 1884; Sariola & Tikkanen 2011, 322–323.)

Epiduraalipuudutusta suositellaan avautumisvaiheen alussa, silloin kun potilas sitä toivoo ja synnytys on varmasti käynnissä. Epiduraalipuudutuksella saadaan tehokas kivunlievitys myös ponnistusvaiheeseen ja samaa katetria voidaan tarvittaessa käyttää myös mahdollisessa keisarileikkauksessa. Puudutus voidaan toteuttaa kerta-annoksella, jatkuvalla infuusiolla tai PCEA-laitteella, jossa potilas itse säätelee puudutelisäannokset. Epiduraalipuudutuksissa on todettu sikiön sykevaihTELUN parantumista. (Sarvela 2009, 304; Sarvela & Nuutila 2009, 1884–1885, 1887.)

Spinaalipuudutuksessa puudute laitetaan selkäytimen spinaalitilaan. Sen etuna on nopeampi kivunlievityksen alku, mutta lyhyempi puudutuksen kesto kuin epiduraalipuudutuksessa. Spinaalipuudutus sopii nopeasti eteneviin synnytyksiin ja uudelleensynnyttäjille. Yhtenä mahdollisuutena on myös käyttää yhdistettyä epiduraali-spinaalipuudutusta tilanteissa, joissa välitön synnyttäminen ei ole ilmeinen. Siinä yhdistyvät spinaalipuudutuksen nopea kivunlievitys ja epiduraalipuudutuksen jatkuvuus. Epiduraali- ja spinaalipuudutusten haittavaikutuksena on verenpaineen lasku ja spinaalipuudutuksessa voi tapahtua duurapunktio, joka aiheuttaa päänsärkyä. (Sarvela 2009, 305; Sarvela & Nuutila 2009, 1886.)

Paraservikaali- eli kohdunsuun puudutusta voidaan käyttää avautumisvaiheessa, jos tiedetään, että sikiön vointi on varmasti hyvä, sillä kohdunsuun puudutus

voi aiheuttaa sikiön bradykardiaa. Kohdunsuun puudutuksessa lääkäri puuduttaa paraservikaaliset hermopunokset kohdunkaulan molemmilta puolilta. Puudutus alkaa nopeasti, mutta kestää vähemmän aikaa kuin epiduraalipuudutus. Puudutus sopii parhaiten uudelleensynnyttäjille, joiden raskaus on täysiaikainen ja etenee nopeasti. (Sarvela 2009, 306; Sarvela & Nuutila 2009, 1886.)

3.3 Ponnistusvaiheen hoito

Ponnistusvaihe katsotaan alkaneeksi, kun kohdunsuu on täysin auki, eikä kohdunsuun reunoja ole enää tunnettavissa sisätutkimuksessa. Ponnistusvaihe jaetaan laskeutumis- eli siirtymävaiheeseen ja ponnistusvaiheeseen. Ponnistusvaihe päättyy lapsen syntymään. (McCormick 2003, 437; Raussi-Lehto 2009c, 253; Sariola & Tikkanen 2011, 319; Suomen kättilöliitto 2011, 8.)

Laskeutumisvaiheessa kohdunsuu on täysin auki, mutta sikiön tarjoutuva osa on korkealla tai lakisauma ei ole vielä suorassa mitassa. Laskeutumisvaiheessa odotetaan, että tarjoutuva osa laskeutuu tasolle +2–+3, joka tarkoittaa tarjoutuvan osan alimman kohdan korkeutta istuinkärkien tasoon verrattuna, eli 2–3 cm alle istuinkärkien tasoa. Tällöin synnyttäjälle tulee voimakas tarve ponnistaa sikiön pään painaessa peräsuolta etenkin supistusten aikana. Tällöin on kuitenkin vielä liian aikaista ponnistaa, koska sikiön pään lakisauma ei ole suorassa mitassa. Laskeutumisvaiheessa sikiön pää tekee sisärotaation ja pään lakisauma kääntyy suoraan mitaan. Mikäli ponnistaminen aloitetaan liian varhaisessa vaiheessa, synnyttäjä voi väsyä tai kohdunsuun reuna voi turvota. Synnyttäjää on tärkeää ohjata jo ennen ponnistusvaihetta välttämään liian varhaista ponnistamista. (Downe 2003, 490; Raussi-Lehto 2009c, 253; Sariola & Tikkanen 2011, 319; Suomen Kättilöliitto 2011, 8.) Naisen tulisi antaa itse tutkiskella tuntemuksiaan ja ponnistaa, kun tulee suuri ponnistamisen tarve (Munro & Spiby 2000, 15).

Ponnistaminen voi alkaa, kun kohdunsuu on täysin auki, sikiön pää on matalalla lantion loukossa painamassa välilihaa ja sikiön pään lakisauma on suorassa mitassa. Lyhimmillään ponnistusvaihe kestää muutaman minuutin ja pisimmil-

lään pari tuntia. Ponnistusvaiheen jatkuessa yli 30–60 minuuttia synnytyslääkäri arvioi tilanteen. (Raussi-Lehto 2009c, 253; Sariola & Tikkanen 2011, 320.)

3.3.1 Ponnistusasennot

Kättilön tulee aktivoida ja demonstroida synnyttäjälle vaihtoehtoisia ponnistusasentoja. Synnytyssalissa tulisi olla erilaisia huonekaluja ja välineitä, joiden avulla voi kokeilla erilaisia ponnistusasentoja. (Munro & Spiby 2000, 13.) Tarjoutuvan osan laskeutuessa hyviä asentoja synnyttäjälle ovat istuma-asento, kyykkyasento, konttausasento, kylkiasento tai seisoma-asento (Raussi-Lehto 2009c, 254).

Pään painaessa välilihaa voidaan aloittaa aktiivinen ponnistaminen, jolloin hyviä ponnistusasentoja ovat istuma-asento, seisoma-asento, konttausasento, kyykkyasento, kylki- tai puoli-istuva-asento sängyllä. Tukihenkilö voi tukea synnyttäjää hartiasta tai pään alta tarvittaessa. Naisen tulisi antaa ponnistaa spontaanisti ja vaistonvaraisesti niin pitkään kuin hänestä tuntuu hyvältä. Spontaanisti synnyttäjä ponnistaa 3–5 lyhyttä työntöä jokaisella supistuksella. (Raussi-Lehto 2009c, 254.) Munron & Spibyn (2000, 15) mukaan naista tulisi kannustaa ponnistamaan spontaanisti seisovassa asennossa, sillä istuvan ponnistusasennon on todettu pidentävän synnytyksen kestoa.

3.3.2 Välilihan tukeminen

Ponnistusvaiheessa pään ei tule syntyä liian nopeasti vaan siten, että kudokset venyvät vähitellen ja välilihan repeämävaara vähenee. Välilihan tukeminen tapahtuu synnytyksen aikana siten, että kätilö ylläpitää toisella kädellä sikiön pään fleksiota pitämällä päästä kiinni ja estää näin pään syntymisen liian nopeasti. Toisen käden peukalolla ja etusormella hän kuroo välilihaa keskelle siten, että välilihan kiristyminen keskeltä vähenee. Välilihan tukeminen tulee käydä synnyttäjän kanssa ennen synnytystä läpi. Ponnistusvaiheen aikana sikiön vointia seurataan tarkkailemalla sikiön sydämen sykettä aina supistusten välillä. (Raussi-Lehto 2009c, 254, 256–257; Sariola & Tikkanen 2011, 319.)

Sikiön pään fleksiota ylläpidetään siihen asti, että niskakuoppa on synnyttäjän häpyliitoksen alla. Synnyttäjä voi lopettaa ponnistamisen, kun kätilöllä on ote lapsen leuasta välilihan päältä. Hengittäminen läähättäen estää aktiivisen ponnistamisen. Kun sikiön eturaivo ja otsa ovat syntyneet, väliliha vedetään kasvojen yli. Viimeistään tässä vaiheessa tulee tarkistaa, ettei napanuora ole kiertynyt kaulan ympärille. Jos lapsivesi on ollut vihreää, hengitystiet imetään välittömästi pään synnyttyä mekoniumaspiraation välttämiseksi. (Raussi-Lehto 2009c, 257, 261.)

Pään synnyttyä autetaan hartiat ulos tai niiden annetaan syntyä spontaanisti synnyttäjän ponnistaessa. Aktiivisessa auttamisessa kätilö auttaa varovasti päästä tukevalla otteella vetäen ensin ylemmän ja sitten alemman hartian ulos. Hartioiden synnyttyä kädet asetetaan vastasyntyneen selkäpuolelle siten, että peukalot tukevat niskaa ja etusormet ovat vastasyntyneen kainaloissa. Synnyttäjän ponnistaessa vastasyntynyt autetaan ulos synnytyskanavan suunnan mukaisesti. (Raussi-Lehto 2009c, 257–258; Sariola & Tikkanen 2011, 320.)

Tarvittaessa tehdään episiotomia eli välilihan leikkaus. Episiotomiassa leikataan emättimen ulkoaukkoa, välilihaa suuremmaksi saksilla. Syitä episiotomian tarpeelle ovat uhkaava peräaukon sulkijalihakseen ulottuva repeämä, väliliha on synnytyksestä, sikiö on vaarassa tai äiti on uupunut. Episiotomia tehdään, kun tarjoutuva osa painaa välilihaa. Välilihaa puudutetaan supistuksen aikana, ja aikaisintaan seuraavan supistuksen kohdalla leikataan yhdellä kerralla riittävä osa välilihaa viistosuuntaan synnyttäjän oikealle puolelle. (Raussi-Lehto 2009c, 258–259; Sariola & Tikkanen 2011, 319; Suomen kätilöliitto 2011, 10.)

Suomen Kätilöliitto suosittelee episiotomian harkittua käyttöä, sillä se rikkoo limakalvoa, ihoa ja lihasta, eikä sen ole todettu vähentävän vaikeita synnytysrepeämiä. Virallisia indikaatioita episiotomialle ei ole, mutta käytännössä ainut indikaatio episiotomialle on sikiön asfyksia. Kätilö ompelee episiotomian jälkeisten syntymisen jälkeen. (Suomen Kätilöliitto 2011, 10–12.)

3.4 Vastasyntyneen hoito

Vastasyntyneen hoidossa on tärkeää lempeä käsittely. Toimenpiteiden määrä tulee pitää vain välttämättömmimmässä. Vastasyntynyt pyritään nostamaan synnyttäneen paljaalle rinnalle mahdollisimman pian syntymästä. Toimenpiteiden tärkeyden arviointi on tärkeää, sillä synnyttäneelle se hetki, jolloin hän saa ensimmäistä kertaa vastasyntyneen syliinsä, on ainutlaatuinen, eikä sitä tulisi pitkittää toimenpiteillä, jotka voidaan suorittaa myöhemminkin. (Raussi-Lehto 2009c, 261–262.)

Vastasyntynyt altistuu helposti lämmönhukalle, mistä syystä hänen kuivaamisestaan ja lämpimänä pysymisestä tulee huolehtia. Napanuora suljetaan kahden kocherin avulla, ja katkaistaan, kun siinä ei tunnu enää sykettä. Mikäli isä tai tukihenkilö haluaa, hän voi katkaista napanuoran. Napanuorasta otetaan napaverinäyte, josta määritetään pH-arvo ja emäsvaje, jotka kertovat vastasyntyneen mahdollisen hapenpuutteen asteesta. Napanuorasta tarkistetaan, että siinä on yksi isompi laskimo ja kaksi pienempää valtimoa. (Timonen & Erkkola 2004, 2419–2420; Raussi-Lehto 2009c, 261.)

Vastasyntyneelle määritetään Apgarin pisteet yhden, viiden ja tarvittaessa kymmenen minuutin ikäisenä. Apgarin pisteiden avulla arvioidaan vastasyntyneen yleiskunto sydämensykkeen, hengityksen, lihastonuksen, ärtyvyyden ja ihon värin perusteella. Vastasyntyneeltä tarkastetaan päästä synnytyspahka ja sen muovautuminen. Suusta huomioidaan mahdolliset halkiot ja hampaat. Selkä ja peräsuoli tarkistetaan epämuodostumien varalta. Myös raajat tarkistetaan ja sormet ja varpaat lasketaan. Vastasyntyneeltä mitataan pituus, paino, pään ympäryys, lämpö, pulssi ja hengitysfrekvenssi. Hänelle annetaan K-vitamiinipistos lihakseen veren hyytymistä edistämään. (Raussi-Lehto 2009c, 261–262.)

3.5 Jälkeisvaiheen hoito

Jälkeisvaihe alkaa lapsen synnyttyä ja kestää kunnes jälkeiset ovat syntyneet. Se kestää keskimäärin 5–15 minuuttia, mutta tuntikin hyväksytään normaaliksi

ajaksi (McDonald 2003, 508). Kohtu supistuu nopeasti lapsen syntymän jälkeen, ja tämä edesauttaa istukan irtoamista ja ehkäisee verenvuodon jatkumista. Kohdusta vuotaa verta normaalisti noin 500 millilitraa jälkeisvaiheessa. Synnyttäjälle voidaan antaa myös tarvittaessa oksitosiinia lihakseen tai suoneen kohdun tehokkaan supistumisen varmistamiseksi, jolloin jälkeisvaihe lyhenee ja runsaat vuodot vähenevät. Istukka autetaan ulos häpyliitoksen tai kohdun pohjan päältä painamalla ja kevyesti napanuorasta ohjaamalla äidin ponnistaessa. (Raussi-Lehto 2009c, 262–263; Uotila 2009a, 500–501; Sariola & Tikkanen 2011, 320.)

Turhaa hätiköintiä tulee välttää jälkeisten synnyssä, sillä jos napanuorasta vedetään turhan kovin ennen kuin istukka on kunnolla irronnut, napanuora saattaa katketa tai kalvot voivat revetä, jolloin osa kalvoista jää kohtuun. Istukan irtoamisen voi havaita kohdun koon ja muodon muutoksista, napanuoran veltostumisesta ja emättimen lorahdusmaisesta verenvuodosta. Jälkeiset tulee tarkistaa niiden synnyttyä. Kohtu tyhjennetään verenvuodosta jälkeisten synnyttyä painamalla kohdun pohjasta. Jälkeisvaiheen katsotaan loppuneeksi, kun istukka ja kalvot ovat syntyneet. (Raussi-Lehto 2009c, 263–264.)

Begleyn, Gyten, Devanen, McGuiren & Weeksin tutkimuksessa (2011) todettiin että jälkeisvaiheen aktiivisessa puuttumisessa nainen menetti enemmän verta kuin passiivisessa jälkeisvaiheessa. Myös diastolinen verenpaine oli korkeampi, pahoinvointia, kipua, kipulääkityksen tarvetta enemmän sekä sairaalaan palaa-vien naisten määrä sairaalasta poistumisen jälkeen verenvuodon takia korkeampi. Aktiivinen puuttuminen vähensi kuitenkin verenvuodon määrää alle 1000 ml naisilla, joilla on suurempi verenvuotoriski synnytyksessä.

Jälkeisten synnyttyä mahdolliset episiotomia ja repeämät ommellaan. Synnyttäjälle ompelun odottaminen on epämieluisia. Myös tietämättömyys ommeltavan alueen laajuudesta ja erossa olo lapsesta ompelun aikana tekevät siitä epämielittävän kokemuksen. Riittävä kipulääkitys ja puudutus ovat tärkeitä. Repeämä tulee huolella ommella niin, että normaali anatomia palautuu. Ompelutulos tulee tarkistaa mahdollisten vuotokohtien poissulkemiseksi. (Raussi-Lehto 2009c, 264–266.)

3.6 Tarkkailuvaiheen hoito

Tarkkailuvaihe käsittää syntymän jälkeiset kaksi tuntia. Tarkkailuvaiheen aikana seurataan synnyttäjän elimistön palautumista synnytyksestä. Kohdun supistumista ja vuotoa seurataan. Synnyttäjän yleisvointia arvioidaan, ja hänen verenpaineensa, sykkeensä ja lämpönsä kontrolloidaan. Virtsaaminen tulee huomioida, sillä synnytyksen jälkeen virtsarakolla on enemmän tilaa täyttyä, mikä vähentää virtsaamisen tarvetta. Täysi rakko haittaa kohdun supistumista synnytyksen jälkeen. (Raussi-Lehto 2009c, 266–267.)

Perheelle annetaan aikaa tutustua rauhassa uuteen perheenjäseneen. Varhais-
ta vuorovaikutusta perheessä tarkkaillaan. Ensi-imetys ohjataan synnyttäneelle heti, kun hän jaksaa. Synnytystapahtuman läpikäynti alkaa tarkkailuvaiheessa. (Raussi-Lehto 2009c, 267.)

3.7 Poikkeavat synnytystavat

3.7.1 Perätilasynnytys

Suuri osa perätiloista synnytetään keisarileikkauksella. Perätarjonnassa napanuoran esiinluiskahdus tai kiristyminen ovat yleisempiä kuin normaalitarjonnassa. Perätilasynnytystä alateitse suunniteltaessa tulee varmistua siitä, että edellytykset alatiesynnytykselle ovat erinomaiset. Lantion riittävästä tilavuudesta ja säännöllisyydestä varmistutaan. Sikiön painoarvion tulee olla alle 4000 grammaa, ja sikiön pään tulee olla fleksiossa. On tärkeää varmistua myös siitä, että synnyttäjä on halukas alatiesynnytykseen ja häntä ohjataan hyvin ennen synnytystä. (Uotila 2006, 1859; Äimälä 2009, 451; Uotila & Tuimala 2011, 468.)

Synnytyksen spontaani käynnistyminen on suotavaa. KTG-käyrän rekisteröinti on jatkuvaa sikiön voinnin seuraamiseksi. Synnytyksen edettyä viimeistään toiseen vaiheeseen aloitetaan oksitosiini-infuusio synnyttäjälle ponnistuksia voimistamaan. Perän painaessa välilihaa tehdään riittävä episiotomia samalla varoen koskettamasta sikiötä, jotta sikiön kädet eivät nouse ylös ja aiheuta synny-

tysestettä. (Kuismanen, Uotila & Kirkinen 2004, 155; Uotila 2006, 1860; Äimälä 2009, 452; Uotila & Tuimala 2011, 469.)

Synnytys etenee siten, että synnyttävä ponnistaa aktiivisesti siihen asti, kunnes sikiön napavarsi on näkyvissä. Tämän jälkeen avustaja auttaa hartiat ulos käyttäen joko Lövsetin otteita tai klassisia otteita. Lövsetin otteilla autettaessa otetaan sikiön luisesta lantiosta sisäelinten liiallista puristamista varoen kiinni kahdella kädellä siten, että peukalot ovat selän puolella molemmin puolin selkäranka. Tämän jälkeen sikiön vartaloa käännetään vaakatasosta 90 astetta selkä ylöspäin, ja jatketaan kääntöä vielä toiset 90 astetta vetäen samalla vartaloa kiertosuunnan mukaisesti alaspäin. Kierto toistetaan myös vastakkaiseen suuntaan toistaen aina siihen asti, että olkavarsi tulee näkyviin. Klassisilla otteilla ulosautto tapahtuu nostamalla sikiön nilkoista vartaloa ylöspäin ja vapauttamalla toisella kädellä alimmainen hartia, minkä jälkeen vartaloa lasketaan alaspäin saaden ylempi hartia vapautettua. (Uotila 2006, 1860; Äimälä 2009, 455–456; Uotila & Tuimala 2011, 469.)

Hartioiden ulosauton jälkeen pää autetaan syntymään Mauriceau-Smellie-Veil-otteella. Lapsen vartalo nostetaan vaakatasoon toisen käden varaan, ja etusormella leuasta painamalla varmistetaan, että sikiön pää säilyy fleksiossa. Toisella kädellä tartutaan etu- ja keskisormilla pihtiotteella lapsen hartioista, ja painetaan alaspäin avustajan samalla painaessa synnyttäjän häpyliitoksen yläpuolelta. Pään lähdettyä syntymään vetosuunta muuttuu ylöspäin. Vastasyntynyt nostetaan äidin rinnalle. (Äimälä 2009, 454–455; Uotila & Tuimala 2011, 469.)

3.7.2 Keisarileikkaus

Synnytyksistä noin 16 % tapahtuu keisarileikkauksella eli sektiolla. Niistä puolet ovat elektiivisiä ja loput päivystyksellisiä sektioita. Toimenpiteenä keisarileikkaus on varsin turvallinen. Toipuminen on kuitenkin alatiesynnytystä hitaampaa, ja kohtutulehdukset ja vakavat laskimotukokset ovat yleisempiä. Leikkausarpi lisää raskauskomplikaatioiden vaaraa tulevissa raskauksissa. Usein keisarileikkaus päätös on monen syyn summa. Absoluuttisia syitä keisarileikkaukselle ovat muun muassa sikiön poikkitila ja selvä sikiön ja lantion välinen epäsuhta. Rela-

tiivisia syitä voi olla esimerkiksi äidin synnytyspelko. (Kuismanen ym. 2004, 157; Uotila 2009b, 490, 494.)

Ennen keisarileikkausta synnyttäjälle annetaan mahan sisältöä neutralisoivaa lääkettä ja asetetaan virtsakatetri. Sikiön vointia seurataan leikkauksen alkamiseen asti, ja huolehditaan, että synnyttäjä saa riittävästi tietoa keisarileikkauksen etenemisestä, siihen johtaneista syistä ja sikiön voinnista. Keisarileikkaus toteutetaan yleensä spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa, mutta hätäsektiossa se toteutetaan yleisanestesiassa. Iho avataan alavatsalta poikittain, minkä jälkeen avataan faskia, erotetaan suorat vatsalihakset ja avataan vatsakalvo tehden tarpeeksi tilaa vastasyntyneen ulosautolle. Kohtu avataan välttämättä samalla sikiön vaurioittamista. Vastasyntynyt ulosautetaan, ja napanuora katkaistaan. Istukka poistetaan joko kohdun ulkopuolelta puristamalla tai käsin irrottamalla. Kohdun haavan sulkemisen ajaksi se nostetaan vatsanpeitteiden päälle. Kohdun supistuvuutta edesautetaan kohdun taputtelulla, hieronnalla tai antamalla kohtua supistavaa lääkettä suonensisäisesti. Kun kohtu riittävästi supistunut, asetetaan se takaisin vatsaonteloon, ja suljetaan haavat. Lopuksi puristetaan kohtua vatsanpeitteiden läpi verihyytymien poistulon varmistamiseksi. (Uotila 2009b, 492–493.)

3.7.3 Imukuppisyntyminen

Imukuppiavusteisessa synnytyksessä saadaan mekaanisesti aikaan lisävoima, joka tarvitaan synnytyskanavan aiheuttaman vastuksen voittamiseksi. Siihen päädytään, kun synnytyksen ponnistusvaihe on hidastunut tai pysähtynyt, sikiö on asfyksinen tai äidin terveydentila, kuten vaikea epilepsia tai silmän verkkokalvon sairaus, ei salli ponnistamista. Edellytykset alatiesynnytykselle tulee olla olemassa. (Uotila 2009b, 494–495; Uotila & Tuimala 2011, 471.)

Ennen toimenpidettä varmistetaan, että virtsarakko on tyhjä. Imukuppi kiinnittyy alipaineella sikiön päähän kiinni. Se kiinnitetään lähelle pikkuaukilettä sikiön takaraivolle pitäen näin sikiön pään fleksiossa. Kupin ollessa kiinnitettynä tehdään aluksi koeveto supistuksen aikana. Vetosuunta on lantion johtoviivan mukainen. Vedot tapahtuvat supistuksen aikana, ja jokaisella vedolla tulee varmis-

taa, että pää seuraa vetoa. (Uotila 2009b 496–497; Uotila & Tuimala 2011, 471.)

3.7.4 Pihtisynnytys

Suomessa imukupin käyttö on syrjäyttänyt pihtiavusteisen synnytyksen lähes kokonaan. Indikaatiot ja ehdot pihtisynnytykselle ovat samat kuin imukuppisynnytykselle. Siinä käytetään apuvälineenä kahta toisiinsa lukittuvaa pihtilusikkaa. Ne asetetaan sikiön poskiluiden ympärille siten, että ne lukkiutuvat. Vedot tapahtuvat synnytyskanavan johtoviivan mukaisesti samanaikaisesti supistusten kanssa. (Uotila 2009b, 499.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää synnyttäneiden tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon käyttäen Melenderin ja Kauppilan sitä varten kehittämää SynTy-mittaria (liite 1), jolla mitataan synnyttäjien tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon. Työn tavoitteena on saada tietoa synnytyksen hoidon laadusta.

Tutkimusongelmana opinnäytetyössä on:

Miten tyytyväisiä synnyttäneet naiset ovat synnytyksen aikaiseen hoitoon?

5 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmät ja Synty-mittari

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena survey-tutkimuksena, jossa käytettiin aiemmin kehitettyä strukturoitua kyselylomaketta, SynTy-mittaria. Survey-tutkimuksen aineiston keräämiselle on ominaista, että tutkimukseen osallistujat vastaavat yleensä monivalintakysymyksiin. Edellytyksenä on, että kysymykset ovat ymmärrettäviä ja vakiomuotoisia. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 118, 120–121.)

Kvantitatiivisen tutkimusotteella mitataan muuttujien välisiä yhteyksiä tilastollisten menetelmien avulla. Muuttujat voivat olla riippumattomia, riippuvia tai väliin tulevia. Esimerkiksi vastaajien taustatiedot ovat riippumattomia, ja vastaajien tyytyväisyys hoitoon on riippuva muuttuja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 41.)

Melender ja Kauppila (2009) toteuttivat Synnyttäjän tyytyväisyys –tutkimuksen vuonna 2008 Turun yliopistollisen keskussairaalan eli TYKS:n synnytysosastolla (N=400, vastanneita 88,5 %). Tutkimusta varten Melender ja Kauppila kehittivät SynTy-mittarin, jossa synnyttäjän tyytyväisyyttä hoitoon on tarkasteltu kuudella eri alueella, joita ovat biologis-fysiologinen (7 kysymystä), toiminnallinen (2 kysymystä), tiedollinen (6 kysymystä), sosiaalis-yhteisöllinen (9 kysymyksen lisäksi 2 lisäkysymystä, kun synnytyslääkäri oli hoitanut synnytyksen), kokemuksellinen (5 kysymystä) ja eettinen alue (3 kysymystä) (Liite 1). Lisäksi kyselylomakkeen lopussa on avoin kysymys liittyen tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen vaikuttaneisiin tekijöihin. Kaiken kaikkiaan synnyttäjien tyytyväisyys synnytyksen aikaiseen hoitoon oli korkea jokaisella alueella, mutta erilaisten ryhmien vertailussa ilmeni vuonna 2008 eroja. (Melender & Kauppila 2009.)

Melenderin ja Kauppilan tutkimuksessa todettiin, että tyytyväisempiä olivat ne naiset, joiden synnytyksessä käytettiin vähemmän teknologiaa. Tyytyväisempiä olivat naimisissa olevat ja uudelleensynnyttäjät sekä vanhemmat synnyttäjät.

Kuitenkin näihin kolmeen ryhmään kuuluvista henkilöistä useita kuului useampaan kuin yhteen, joten tulosten yksiselitteinen tulkinta vaikeutuu. Synnytyksen keston ei todettu laskevan tyytyväisyyttä, mutta synnytyslääkärin osallistuminen hoitoon ja imukuppisynnytys koettiin tyytyväisyyttä alentavana tekijänä. Synnytyslääkärin saapuessa paikalle tilanne on kuitenkin negatiivissävytteinen, mikä voi aiheuttaa synnytyksen muuttumisen negatiiviseksi synnyttäjälle. Imukuppisynnytys voi myös laskea synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon liittyessään huolestuttavaan tilanteeseen. Pidempi aika synnytyksestä kyselyn vastaamiseen laskee myös tyytyväisyyttä. (Melender & Kauppila 2009.)

5.2 Aineiston valinta ja kerääminen

Opinnäytetyön aineistoon otettiin mukaan kaikki aineiston keruun aikana TYKS:n synnytysosastolla alateitse synnyttäneet suomenkieliset naiset, joiden lapsi on syntynyt elävänä. Osastolle vietiin 200 kyselylomaketta, jotka jaettiin synnytyssalissa ja palautettiin lapsivuodeosastolla. Kyselylomakkeita palautettiin 152, joista yksi hylättiin puutteellisten vastausten vuoksi. Vastausprosentiksi muodostui 75,5 %. Lupa SynTy-mittarin käyttöön on saatu mittarin kehittäjiltä Hanna-Leena Melenderiltä ja Marjo Kauppilalta.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin heinä-elokuun 2012 aikana TYKSissä. Kätilöt jakoivat synnytysosastolla synnyttävälle naisille kyselylomakkeen, jonka naiset täyttivät myöhemmin lapsivuodeosastolla 0–8 päivän kuluttua synnytyksestä, ja palauttivat ne täytettyinä suljetussa kuoressa siellä olevaan palautuslaatikkoon tai hoitohenkilökunnalle ennen kotiinlähtöä. Opinnäytetyön tekijät noutivat kyselylomakkeet lapsivuodeosastoilta.

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuvia informoitiin tutkimuksesta kyselylomakkeen ohessa tulleella saatekirjeellä (liite 2). Henkilökuntaa informoitiin synnytysosastolla ja lapsivuodeosastoilla ennen tutkimuksen toteuttamista pidetyssä infotilaisuudessa. Myös kirjalliset ohjeet laadittiin henkilökuntaa varten (liite 3).

5.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiiviset muuttujat ilmaistaan numeerisessa muodossa, koska ne mittaavat yleensä tutkittavan ilmiön suuruutta, määrää tai järjestystä. Tällaisten muuttujien tilastollinen analysointi on tarkoituksenmukaista SPSS-ohjelman avulla. (Nummenmaa 2004, 33-34.) Opinnäytetyössä muuttujana toimii synnyttäjän tyytyväisyys eri asioihin synnyttäjän hoidon aikana. Tyytyväisyyttä vastaajat arvioivat asteikolla 1–5, yhden vastatessa sanallisesti ”en ole yhtään tyytyväinen” ja viiden vastatessa ”olen erittäin tyytyväinen”. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmalla lokakuun 2012 aikana.

Aineisto syötettiin käsin SPSS-ohjelmaan. Muuttujien asteikot määriteltiin ohjelmaan. Asteikkojen avulla muuttujat jaettiin eri kategorioihin, joita ovat laatuero- eli nominaali-, järjestys- eli ordinaali-, välimatka- eli intervalli- ja suhdeasteikko. Nominaaliasteikossa muuttujia voidaan erotella toisistaan laadullisesti eli sanallisesti. Järjestysasteikossa havainnot voidaan laittaa tiettyyn järjestykseen, mutta niille ei voida määrittää välimatkaa, kun taas välimatka-asteikossa luokilla on järjestyksen lisäksi osoitettavissa numeerinen etäisyys toisistaan. Suhdeasteikossa muuttujilla on edellä mainittujen ominaisuuksien lisäksi nollapiste. (Eräutuuli, Leino & Yli-Luoma 1994, 39–40; Alkula ym. 2002, 85–87; Metsämuuronen 2002, 37, 39, 41.) Syötetyn aineiston virheettömyys tarkistettiin tekemällä kaikista muuttujista lukumäärä- eli frekvenssitaulukot, joista selvisi virheelliset merkinnät. Virheelliset merkinnät korjattiin, ja virheettömyys tarkistettiin uudelleen muodostamalla aineistosta frekvenssitaulukot. Näitä taulukoita hyödynnettiin aineiston kuvailussa. Etenkin laatueroasteikollisten muuttujien kuvailussa frekvenssien laskeminen on tärkeää tulosten raportoimiseksi (Nummenmaa 2004, 54).

Tyytyväisyydestä jokaiseen synnytyksen hoidon eri osa-alueeseen muodostettiin summamuuttujat, ja näistä edelleen muodostettiin summamuuttujat tyytyväisyyteen synnytyksen aikaiseen hoitoon yleensäkin. Summamuuttujassa haluttujen muuttujien arvoja lasketaan yhteen (Alkula ym. 2002, 100). Vähintään välimatka-asteikollisten muuttujien riippuvuutta toisistaan tarkasteltiin Pearsonin tulomomenttikertoimen eli $r:n$ avulla. Näistä muodostettiin korrelaatiomatriisi

(liite 5; taulukko 2). Korrelaatiokertoimen ollessa välillä 0,8–1,0 korrelaatio kahden muuttujan välillä on ”erittäin korkea”, 0,6–0,8 ”korkea” ja 0,4–0,6 ”melko korkea” tai ”kohtuullinen” (Metsämuuronen 2002, 43). Korrelaatiokertoimen arvon tulkinnassa ei kuitenkaan ole olemassa yksikäsitteistä ohjetta. Korrelaatiokertoimen ollessa negatiivinen toisen muuttujan arvojen kasvaessa toisen muuttujan arvot vähenevät, ja korrelaatiokertoimen ollessa positiivinen muuttujien arvot kasvavat yhdessä lineaarisesti. (Nummenmaa 2004, 267–268, 278.) Analysoinnissa tilastollisen merkitsevyyden eli p-arvon oltua alle 0,05 kahden eri muuttujan välinen yhteys oli tilastollisesti merkittävä. P-arvo kertoo tuloksen tilastollisen merkitsevyyden siten, että se ilmaisee numeerisesti, millä todennäköisyydellä saatu riippuvuus johtuu sattumasta. (Nummenmaa 2004, 137–138.)

Laatuero- ja järjestysasteikollisten muuttujien välisiä eroja pyrittiin tarkastelemaan ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnissa havaittuja frekvenssejä tulisi olla enemmän kuin viisi, koska muuten tulos on epäluotettava (Nummenmaa 2004, 290). Tämä ehto ei toteutunut opinnäytetyön aineistossa vastausten jakautuessa enemmän tyytyväisyyden kuin tyytymättömyyden puolelle. Taustatekijöiden, jotka olivat järjestys- tai laatueroasteikollisia, vaikutusta tyytyväisyyden eri osa-alueisiin tarkasteltiin frekvenssien ja prosenttien avulla muodostamalla aluksi luokkia taustatekijöistä tulkinnan helpottamiseksi. Esimerkiksi iästä muodostettiin ikäluokat. Analysoinnissa huomioitiin vastaamatta jääneet kohdat, ja ne kohdat, joissa synnyttäjällä ei ollut ollut kyseessä olevaa tarvetta synnytyksensä aikana, ottamatta näitä huomioon eri prosenttiluvuissa.

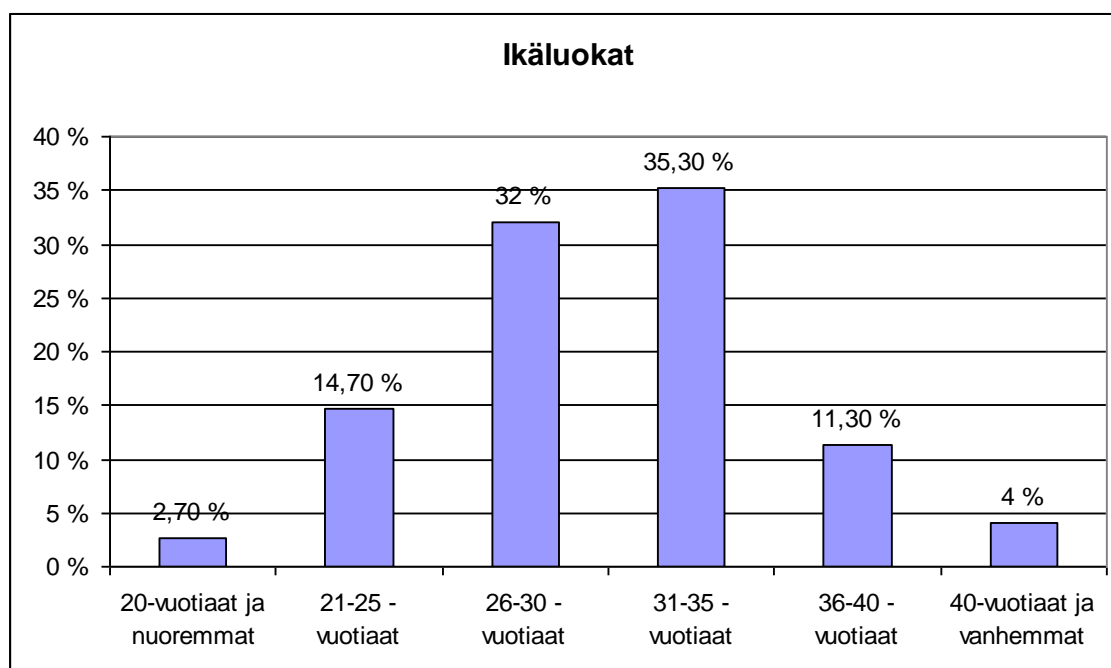
Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Aineisto jaettiin käsitteellisiksi osiksi, jotka koottiin johtopäätöksiksi. Aluksi vastauksista muodostettiin käsitekartta, ja niitä täsmennettiin. Vastaukset ryhmiteltiin sisällön mukaan, ja ne yhdistettiin alakategorioihin. Alakategoriat luokiteltiin vielä yläkategorioihin. (Metsämuuronen 2008, 48, 51–53.) Analyysiyksikkönä toimi lauseen osa tai sana. (liite 4; taulukko 1)

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

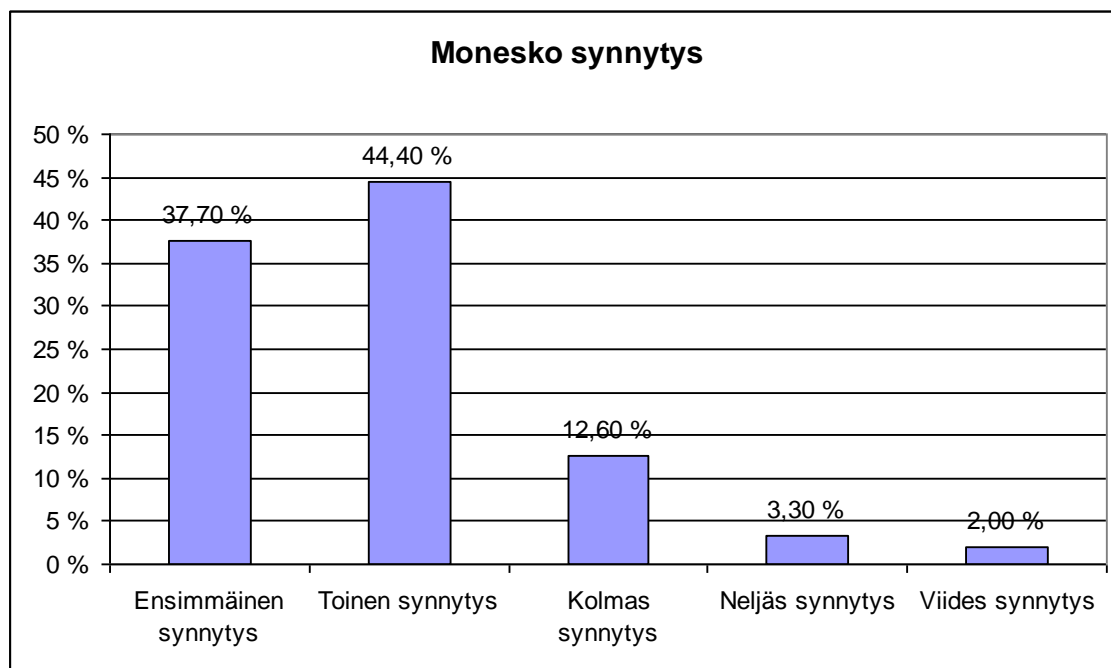
Opinnäytetyön perusjoukon muodostivat kesän 2012 aikana TYKS:ssa alateitse synnyttäneet suomenkieliset naiset. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 200 kappaletta, ja niitä palautettiin 152 kappaletta, joista yksi hylättiin puutteellisten vastausten vuoksi, joten 75,5 % synnyttäneistä naisista osallistui tutkimukseen.

Vastaajien keski-ikä oli 30,52 vuotta. Nuorin synnyttäjä oli 19-vuotias (n=1) ja vanhin 44-vuotias (n=2). Suurin osa synnyttäjistä 35,3 % kuului ikäluokkaan 31–35 -vuotiaat (kuvio 1).



Kuvio 1: Ikäluokat

Ensisynnyttäjiä vastanneista oli 37,7 % (n=57) (kuvio 2). 44,4 % (n=67) vastaajista synnytti toisen lapsensa, 12,6 % (n=19) kolmannen lapsensa ja 3,3 % (n=5) neljännen lapsensa. Viidennen lapsen synnyttäneitä vastaajista oli 2,0 % (n=3). Aiempia alatiesynnytyksiä vastaajilla oli keskimäärin 0,82. 1,3 % (n=2) vastaajista oli tehty aiemmin suunniteltu keisarileikkaus, ja 4,0 % (n=6) vastaajista suunnittelematon keisarileikkaus.



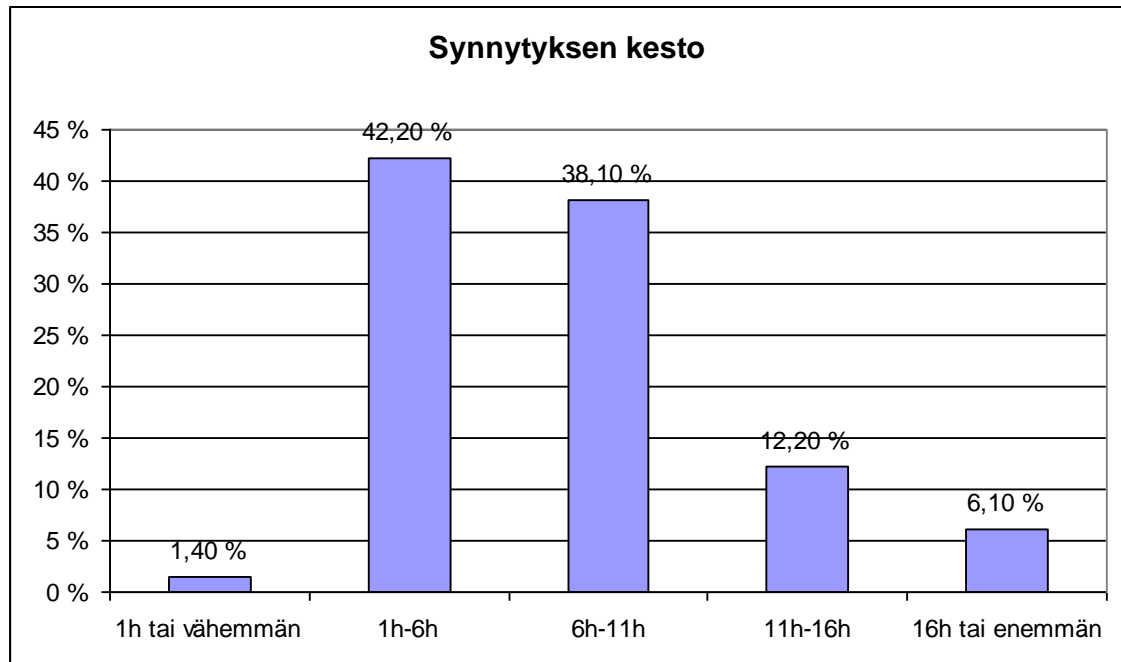
Kuvio 2: Monesko synnytys

Vastaajista 51,0 % (n=77) olivat naimisissa ja 45,0 % (n=69) asui avoliitossa. 1,3 % (n=2) vastaajista seurusteli, ja 1,3 % (n=2) ei seurustellut.

Korkeimmaksi ammatilliseksi tutkinnokseen 37,8 % (n=56) vastaajista ilmoitti toisen asteen koulutuksen. 28,4 % (n=42) oli suorittanut opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon, ja 28,5 % (n=43) akateemisen tutkinnon.

Vastaajista 2,1 % (n=3) olivat yrittäjiä, 13,2 % (n=19) ylempiä toimihenkilöitä ja 19,4 % (n=28) alempia toimihenkilöitä. Työntekijöitä olivat 57,6 % (n=83) vastaajista ja opiskelijoita 4,2 % (n=6) vastaajista. Työttömiä oli 0,7 % (n=1) vastaajista ja muita 2,8 % (n=4) vastaajista.

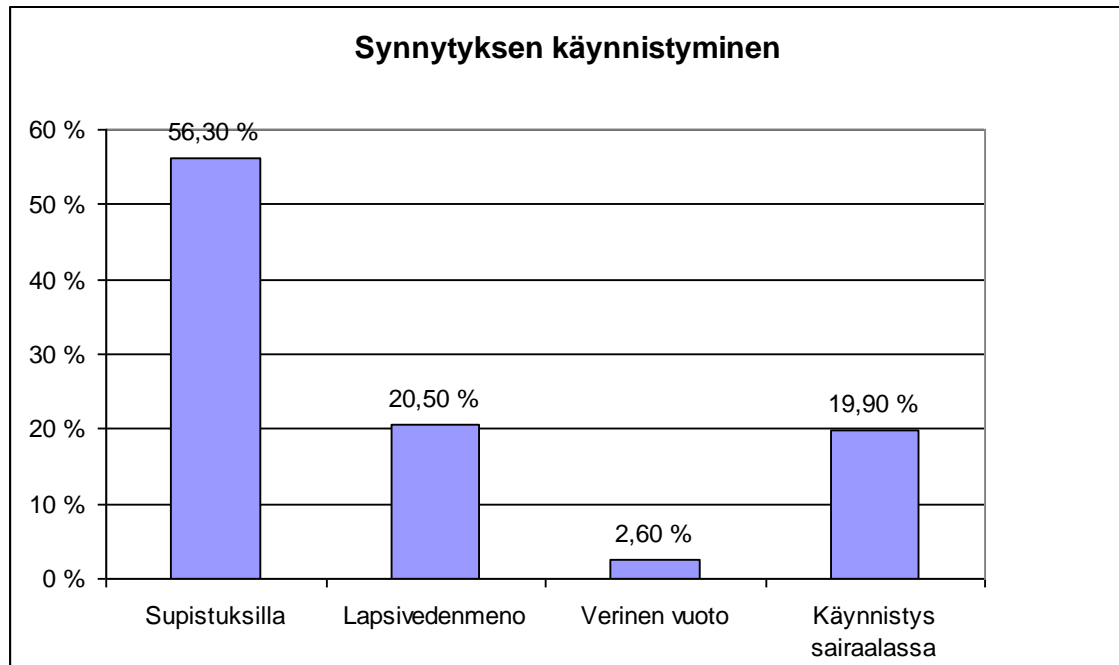
Synnytykset kestivät keskimäärin 7 h 30 min. Lyhimmillään synnytys oli kestänyt 20 min, ja pisimmillään 22 h 40 min (kuvio 3). Raskaus kesti ennen synnytystä keskimäärin 39 viikkoa ja 3 vuorokautta.



Kuvio 3: Synnytyksen kesto

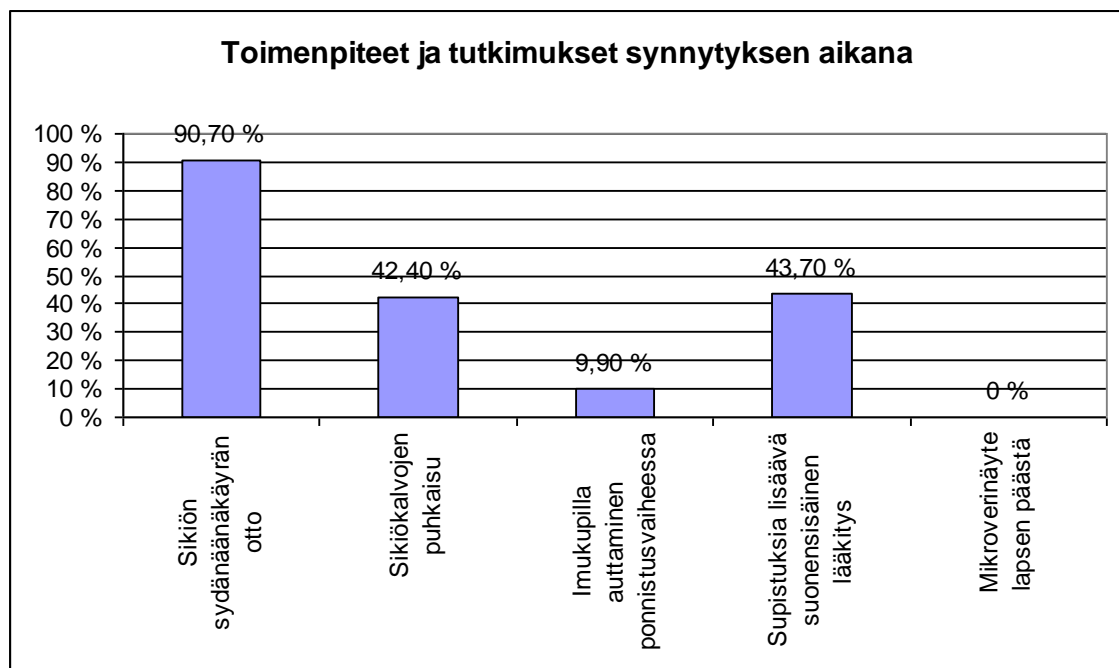
Synnytysvalmennukseen vastaajista oli osallistunut 31,1 % (n=47). Synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin oli tutustunut 51,0 % (n=77) vastaajista. Lapsettomuushoitoon ennen tämän raskauden alkamista osallistuneita oli 10,6 % (n=16) vastaajista. Tämän raskauden aikana erityisiä tutkimuksia tai äitiyspoli-klinikkakäyntejä vaatineita ongelmia oli 49,7 % (n=75) vastaajista.

56,7 % (n=85) synnytyksistä käynnistyi supistuksilla, 20,7 % (n=30) lapsivedenmenolla ja 2,7 % (n=4) verisellä vuodolla. 20,0 % (n=30) vastaajista synnytys käynnistettiin sairaalassa (kuvio 4).



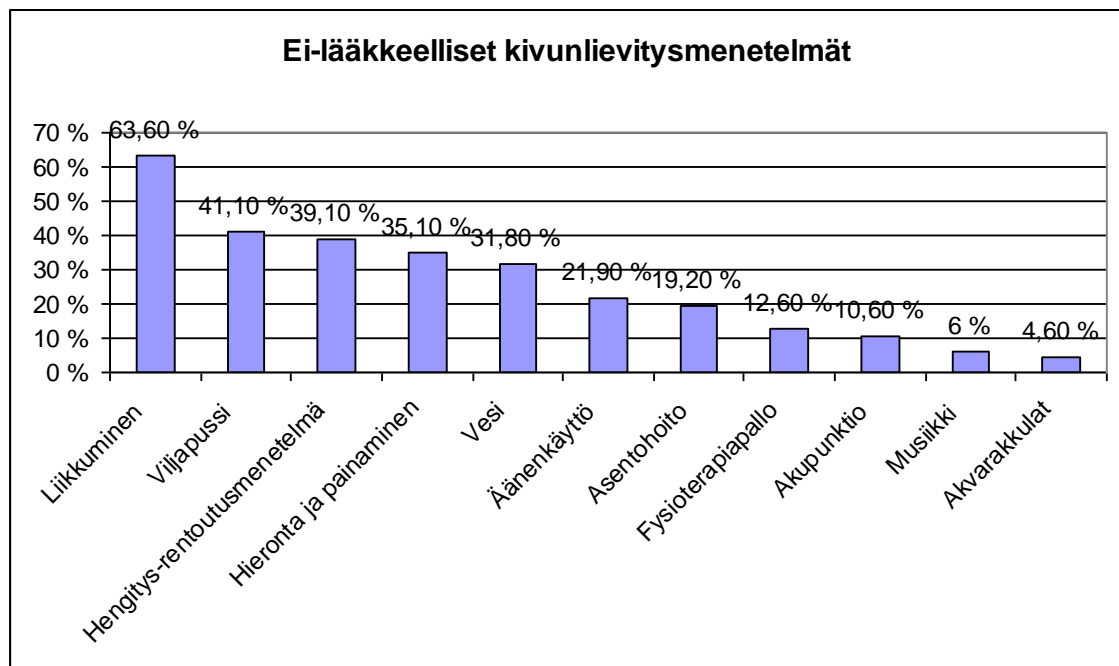
Kuvio 4: Synnytyksen käynnistyminen

Synnytyksen aikana sikiön sydänäänikäyrän otto oli tehty 91,3 % (n=137) vastaajista, sikiökalvojen puhkaisu 42,7 % (n=64) vastaajista ja imukupilla auttaminen ponnistusvaiheessa 10,0 % (n=15) vastaajista. Supistuksia lisäävä suonensisäinen lääkitys oli annettu 44,0 % (n=66) synnyttäjälle, ja lapsen päästä ei oltu otettu mikroverinäytettä yhdessäkään synnytyksessä (kuvio 5).



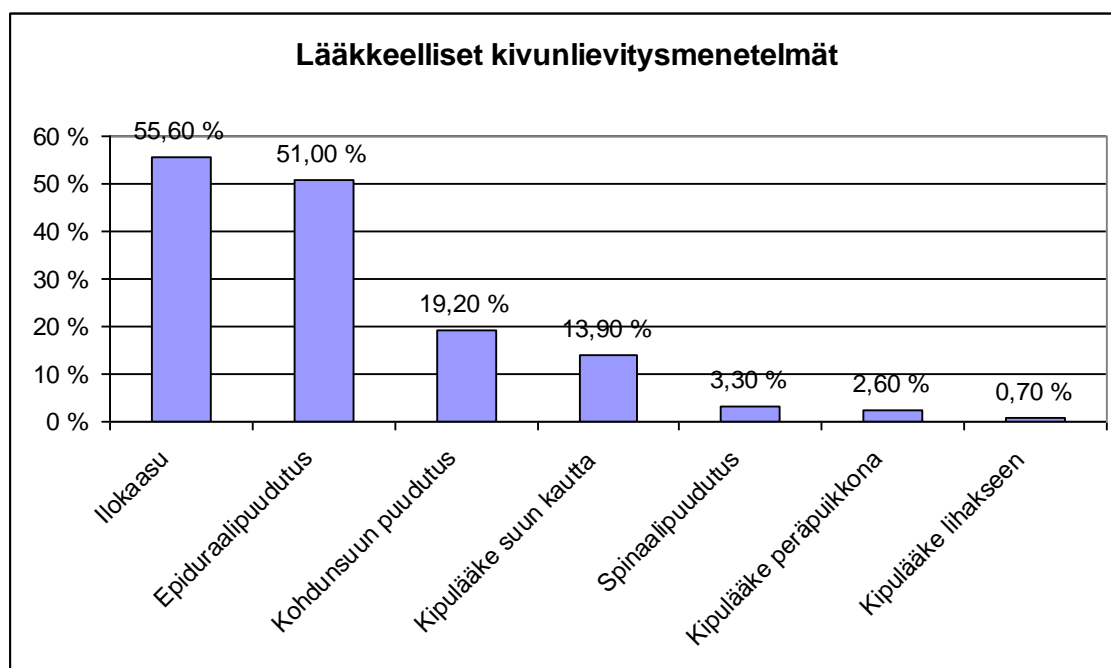
Kuvio 5: Toimenpiteet ja tutkimukset synnytyksen aikana

Ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä (kuvio 6) eniten oli käytetty liikunnista 64,0 % (n=96), viljapussia 41,3 % (n=62) ja hengitysrentoutusmenetelmää 39,3 % (n=59). Hierontaa ja painamista oli käytetty 35,3 % (n=53) synnytyksistä, vettä 32,0 % (n=48) ja äänenkäyttöä 22,0 % (n=33). 19,3 % (n=29) synnytyksistä oli käytössä asentohoito kivunlievitysmenetelmänä. Synnytyksistä käytettiin muista ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä 12,7 % (n=19) fysioterapiapalloa, 10,7 % (n=16) akupunktiota, 6,0 % (n=9) musiikkia ja 4,7 % (n=7) akvarakkuloita.



Kuvio 6: Ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät

Lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä suosituin oli ollut ilokaasu (kuvio 7). Sitä oli käytetty 56,0 % (n=84) synnytyksistä. Epiduraalipuudutus oli käytössä 51,3 % (n=77) synnytyksistä. Kipulääkettä olivat saaneet 14,0 % (n=21) vastaajista suun kautta, 2,7 % (n=4) vastaajista peräpuikkona ja yksi vastaajista (0,7 %) oli saanut kipulääkettä lihakseen. Kohdunsuu oli puudutettu 19,3 % (n=29) synnytyksistä, ja spinaalipuudutuksen olivat saaneet 3,3 % (n=5) vastaajista.



Kuvio 7: Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät

Vastanneilla oli keskimäärin 1,0 tukihenkilöä synnytyksessä mukana. 3,0 % (n=5) vastaajista ei ollut yhtään tukihenkilöä mukana synnytyksessä, ja 3,0 % (n=5) oli kaksi tukihenkilöä. Kyselylomakkeeseen vastattiin, kun keskimäärin 1,23 vuorokautta oli kulunut synnytyksestä.

6.2 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon biologis-fysiologiseen alueeseen

Kyselylomakkeessa yhteensä seitsemän kysymystä käsitteli synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytyksen hoidon biologis-fysiologiseen alueeseen (liite 1). Biologis-fysiologiseen alueeseen kuuluu mahdollisuus liikkua, asennot, fyysisestä mukavuudesta huolehtiminen, synnytyksen aikana tehtyjen toimenpiteiden ja sisätutkimusten määrä sekä kivunlievitysmenetelmät.

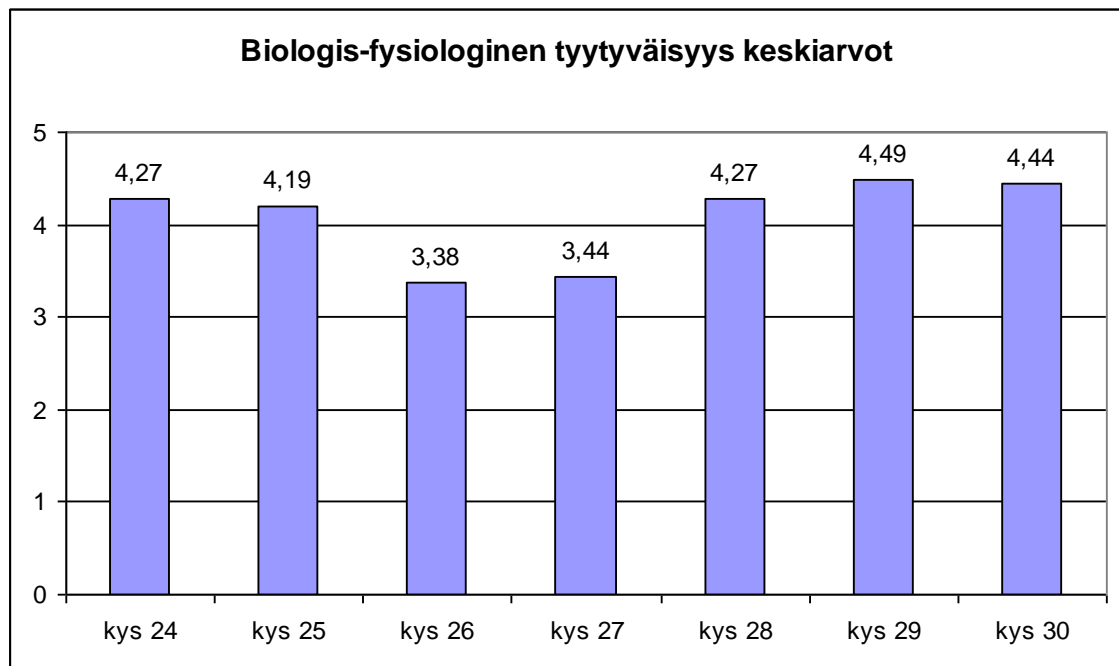
Vastaajat olivat keskimäärin tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa liikkua synnytyksen aikana (kysymys 24) (kuvio 8). Vastaajien vastausten keskiarvo oli 4,27. 52,7 % (n=79) vastaajista oli erittäin tyytyväisiä, ja jokseenkin tyytyväisiä oli 27,3 % (n=41) vastaajista. 4,7 % (n=7) vastasivat, etteivät olleet kovin tai yhtään tyytyväisiä mahdollisuuksiin liikkua synnytyksen aikana. Asentoihin, joissa vastaajat olivat eri vaiheissa synnytystä (kysymys 25), oltiin keskimäärin (vastausten keskiarvo 4,19) tyytyväisiä. 39,6 % (n=59) oli erittäin tyytyväisiä asentoihin, kun jokseenkin tyytyväisiä oli 44,3 % (n=66) vastaajista. 12,1 % (n=18) vastasi, ettei osaa sanoa, onko tyytyväinen vai ei, ja 4,0 % (n=6) vastasi, ettei ole kovinkaan tyytyväinen.

Fyysisestä mukavuudesta huolehtimiseen synnytyksen aikana (kysymys 26) (kuvio 8) erittäin tyytyväisiä oli 48,3 % (n=72) vastaajista. Jokseenkin tyytyväisiä oli 35,6 % (n=53) vastaajista, ja 10,7 % (n=16) ei osannut sanoa, onko tyytyväinen vai ei. 5,4 % (n=8) vastaajista ei ollut kovinkaan tyytyväisiä fyysisestä mukavuudesta huolehtimiseen synnytyksen aikana.

Ei-lääkkeellisiin (vastausten keskiarvo 3,94) kivunlievitysmenetelmiin (kysymys 27) (kuvio 8) oltiin keskimäärin vähemmän tyytyväisiä kuin muihin synnytyksen aikaisen hoidon biologis-fysiologisen alueen osiin. Erittäin tai jokseenkin tyytyväisiä ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin oli 74,1 % (n=94) vastaajista. 13,4 % (n=17) ei osannut sanoa, onko hän tyytyväinen vai ei, ja 12,6 % (n=16) olivat sitä mieltä, etteivät olleet kovin tai yhtään tyytyväisiä ei-lääkkeelliseen kivunlievitysmenetelmään. Lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin (kysymys 28) (kuvio 11) oltiin vastattu keskimäärin 4,24, ja erittäin tyytyväisiä siihen oli 48,8 % (n=59) vastaajista. Jokseenkin tyytyväisiä oli 35,5 % (n=43), ja ei kovinkaan tai ei yhtään tyytyväisiä lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin oli 7,5 % (n=9) vastaajista. 8,3 % (n=10) ei osannut sanoa, onko tyytyväinen lääkkeelliseen kivunlievitysmenetelmään.

Vastaajat olivat keskimäärin tyytyväisiä sisätutkimusten (kysymys 29) (kuvio 8) (vastausten keskiarvo 4,49) ja tehtyjen toimenpiteiden (vastausten keskiarvo 4,44) määrään synnytyksessä. 59,1 % (n=88) vastaajista oli erittäin tyytyväisiä tehtyjen sisätutkimusten määrää, ja 32,2 % (n=48) oli jokseenkin tyytyväisiä. 7,3

% (n=11) ei osannut sanoa, onko tyytyväinen vai ei, ja 1,3 % (n=2) vastaajista ei ollut kovin tyytyväinen sisätutkimusten määrään. Synnytyksen aikana tehtyjen toimenpiteiden määrään (kysymys 30) (kuvio 8) erittäin tyytyväisiä oli 55,0 % (n=82), jokseenkin tyytyväisiä 34,9 % (n=52) ja ei kovin tyytyväisiä 1,3 % (n=2). 8,7 % (n=13) ei osannut sanoa, onko tyytyväinen synnytyksen aikana tehtyjen toimenpiteiden määrään.



Kuvio 8: Biologis-fysiologinen tyytyväisyys keskiarvot

6.3 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon toiminnalliseen alueeseen

Synnytyksen hoidon toiminnallinen alue käsittää synnyttäjän mahdollisuudet vaikuttaa omalla toiminnallaan synnytyksen edistymiseen ja kivun hallintaan. Kyselylomakkeessa synnytyksen hoidon toiminnalliseen alueeseen sisältyi kaksi kysymystä (liite 1).

Vastaajat olivat keskimäärin tyytyväisiä omiin mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omalla toiminnallaan synnytyksen edistymiseen (kysymys 31) (kuvio 9) (vastausten keskiarvo 4,23). 45,6 % (n=68) oli erittäin tyytyväisiä, ja jokseenkin tyytyväisiä oli 36,9 % (n=55). 4,7 % (n=7) ei ollut kovinkaan tyytyväisiä, ja 12,8 %

(n=19) ei osannut sanoa, oliko tyytyväinen mahdollisuuksiinsa vaikuttaa synnytyksen edistymiseen.

Omiin mahdollisuuksiin vaikuttaa omalla toiminnallaan kivun hallintaan (kysymys 32) (kuvio 9) oltiin vähemmän tyytyväisiä (vastausten keskiarvo 4,07). 37,6 % (n=56) oli erittäin tyytyväisiä, ja jokseenkin tyytyväisiä oli 38,3 % (n=57). 18,15 (n=27) ei osannut sanoa, oliko tyytyväinen vai ei, ja 6,0 % (n=9) ei ollut kovin tyytyväinen.



Kuvio 9: Toiminnallinen tyytyväisyys keskiarvot

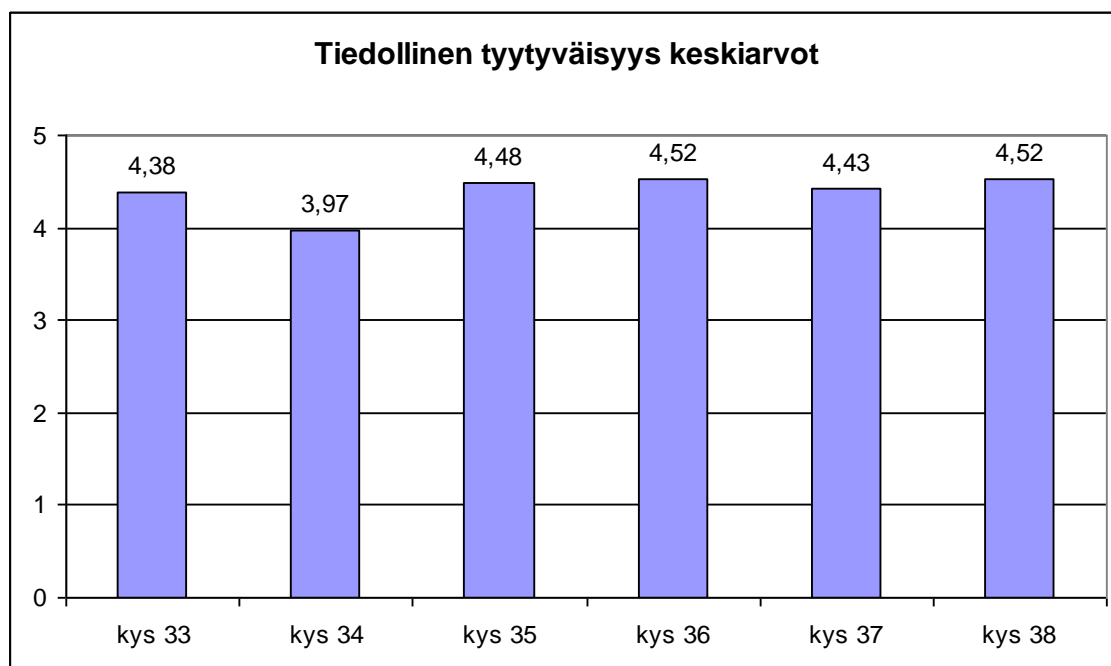
6.4 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon tiedolliseen alueeseen

Tiedollinen alue synnytyksen hoidossa kattaa synnyttäjän saadun tiedon synnytykseen liittyvistä eri asioista. Tyytyväisyyttä tähän alueeseen kyselylomakkeessa on kysytty kuudessa eri kysymyksessä (liite 1). Kysymykset kattavat tyytyväisyyden synnytyksen edistymistä koskevan tiedon, erilaisia kivunlievitysmenetelmiä koskevan tiedon ja ponnistusvaiheen aikana saatuun tiedon määrään sekä tiedon määrään ja ymmärrettävyyteen yleensäkin. Kahdesta jälkimmäisestä pyydettiin vastaajia antamaan yleisarvosana asteikolla 1–5.

Synnytyksen edistymistä koskevan tiedon määrään (kysymys 33) (kuvio 10) oltiin keskimäärin tyytyväisiä (vastausten keskiarvo 4,38). 56,4 % (n=84) vastaajista oli erittäin tyytyväisiä, kun jokseenkin tyytyväisiä oli 30,2 % (n=45). 8,7 % (n=13) ei osannut sanoa, onko tyytyväinen saamaansa tiedon määrään koskien synnytyksen edistymistä, ja 4,7 % (n=7) vastaajista ei ollut kovin tai yhtään tyytyväinen. Kivunlievitysmenetelmistä saadun tiedon määrään (kysymys 34) (kuvio 10) oltiin vähemmän tyytyväisiä (vastausten keskiarvo 3,97) kuin synnytyksen edistymisestä saadun tiedon määrään. Erittäin tyytyväisiä vastaajista oli 37,6 % (n=56), ja jokseenkin tyytyväisiä 34,2 % (n=51). 11,4 % (n=17) vastaajista ei ollut kovin tai yhtään tyytyväinen, ja 16,8 % (n=25) ei osannut sanoa, oliko tyytyväinen vai ei.

Tiedon määrään siitä, mitä synnytyksen aikana kulloinkin tehtiin (kysymys 35) (kuvio 10), oli erittäin tyytyväisiä 62,4 % (n=93) ja jokseenkin tyytyväisiä 28,9 % (n=43) vastaajista. Vastaajista 4,0 % (n=6) ei osannut sanoa, onko tyytyväinen, ja 4,7 % (n=7) ei ollut kovin tai yhtään tyytyväinen saamansa tiedon määrään siitä, mitä kulloinkin tehtiin. Ponnistusvaiheen aikana saamiensa ohjeiden määrään (kysymys 36) (kuvio 10) erittäin tyytyväisiä oli 67,8 % (n=101) ja jokseenkin tyytyväisiä 23,5 % (n=35) vastaajista. Ei kovin tyytyväisiä oli 4,0 % (n=6) ja ei yhtään tyytyväisiä 1,3 % (n=2) vastaajista. 3,4 % ei osannut sanoa, onko tyytyväinen ponnistusvaiheen aikana saamiensa ohjeiden määrään.

Yleisarvosana yleensäkin saadun tiedon määrään synnytyssalissa (kysymys 37) (kuvio 10) on keskimäärin 4,43. 55,0 % (n=82) vastaajista antoi korkeimman arvosanan saadun tiedon määrälle synnytyssalissa, ja yksikään synnyttäjistä ei antanut alinta arvosanaa. Yleisarvosana saadun tiedon ymmärrettävyyteen synnytyssalissa (kysymys 38) (kuvio 10) oli keskimäärin 4,52. 60,5 % (n=89) antoi korkeimman arvosanan saadun tiedon ymmärrettävyydelle synnytyssalissa.



Kuvio 10: Tiedollinen tyytyväisyys keskiarvot

6.5 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen

Kyselylomakkeen sosiaalis-yhteisöllinen alue kattaa yhdeksän kysymystä kätilön kuluttamasta ajasta synnyttäjän luona, synnyttäjän kuuntelemisesta, synnyttäjän hyväksymisestä, hengittämisen ja rentoutumisen avustamisesta, kannustamisesta, tukihenkilön huomioimisesta, kätilön rauhallisuudesta ja ajasta, jonka sai olla synnytyshuoneessa. Lisäksi on kaksi lisäkysymystä, kun synnytyslääkäri on hoitanut synnytyksen (liite 1).

Yleisarvosana sen ajan määrään, jonka kätilö oli synnyttäjän luona (kysymys 41) (kuvio 11) oli keskimäärin 4,48. Erittäin tyytyväisiä vastaajista oli 60,7 % (n=91), jokseenkin tyytyväisiä vastaajista oli 32,0 % (n=48), vastaajista ei osaa sanoa 3,3 % (n=5), ei kovin tyytyväisiä oli 2,5 % (n=4) ja 1,3 % (n=2) vastaajista eivät olleet yhtään tyytyväisiä.

Yleisarvosana siihen, miten kätilö kuunteli synnyttäjää ja hänen tuntemuksiaan (kysymys 42) (kuvio 11) oli keskimäärin 4,59. 66,4 % (n=99) antoi korkeimman arvosanan sille, miten kätilö kuunteli synnyttäjää ja hänen tuntemuksiaan ja jokseenkin tyytyväisiä oli 28,9 % (n=43). Vastauksista 2,7 % (n=4) oli ”en osaa sa-

noa”. Vastaajista ei kovin tyytyväisiä oli 1,3 % (n=2) ja yksi vastaaja (0,7 %) ei ollut yhtään tyytyväinen.

Synnytyslääkäri oli ollut 76 synnyttäjän luona synnytyksen aikana. Tyytyväisyys sen ajan määrään, jonka synnytyslääkäri oli synnyttäjän luona synnytyksen aikana (kysymys 43) (kuvio 11) keskiarvo oli 4,24. Erittäin tyytyväisiä vastaajista oli 50,0 % (n=38) ja jokseenkin tyytyväisiä 26,3 % (n=20). Vastaajista ei osannut sanoa 21,1 % (n=16) ja ei kovin tyytyväisiä oli 2,6 % (n=2). Yksikään vastaajista ei ollut yhtään tyytyväisiä.

Tyytyväisyys siihen että ei tavannut synnytyslääkärää synnytyksen aikana (kysymys 44) (kuvio 11) oltiin melko tyytyväisiä, keskiarvo 3,94. Erittäin tyytyväisiä oli 37,9 % (n=25) ja jokseenkin tyytyväisiä 22,7 % (n=15). Vastaajista ei osannut sanoa 36,4 % (n=24). Ei kovin tyytyväisiä ja ei yhtään tyytyväisiä molempia oli 1,5 % (n=1).

Tyytyväisyys siihen miten synnytyslääkäri kuunteli synnyttäjää (kysymys 45) (kuvio 11) oltiin melko tyytyväisiä, keskiarvo 3,88. Erittäin tyytyväisiä oli 36,8% (n=25) ja jokseenkin tyytyväisiä 20,6 % (n=14). Vastaajista ei osannut sanoa 36,8% (n=25) ja ei kovin tyytyväisiä oli 5,9 % (n=4).

Keskiarvo siihen, miten hoitohenkilökunta hyväksyi juuri sellaisena kuin sillä hetkellä halusi olla (kysymys 46) (kuvio 11) oli 4,61. Erittäin tyytyväisiä oli 68,5 % (n=102) ja jokseenkin tyytyväisiä 25,5 % (n=38). 4,7 % (n=7) ei osannut sanoa ja 1,3 % (n=2) oli vastannut olevansa ei kovin tyytyväinen.

Tyytyväisyys tapaan, jolla henkilökunta huomioi tukihenkilön (kysymys 47) (kuvio 11) oli vastannut 142 vastaajaa. Keskiarvo tukihenkilön huomointiin oli 4,49. Erittäin tyytyväisiä oli 60,6 % (n=86) ja jokseenkin tyytyväisiä 31,0 % (n=44) vastaajista. 5,6 % (n=8) ei osannut sanoa ja ei kovin tyytyväisiä oli 2,8 % (n=4) vastaajista.

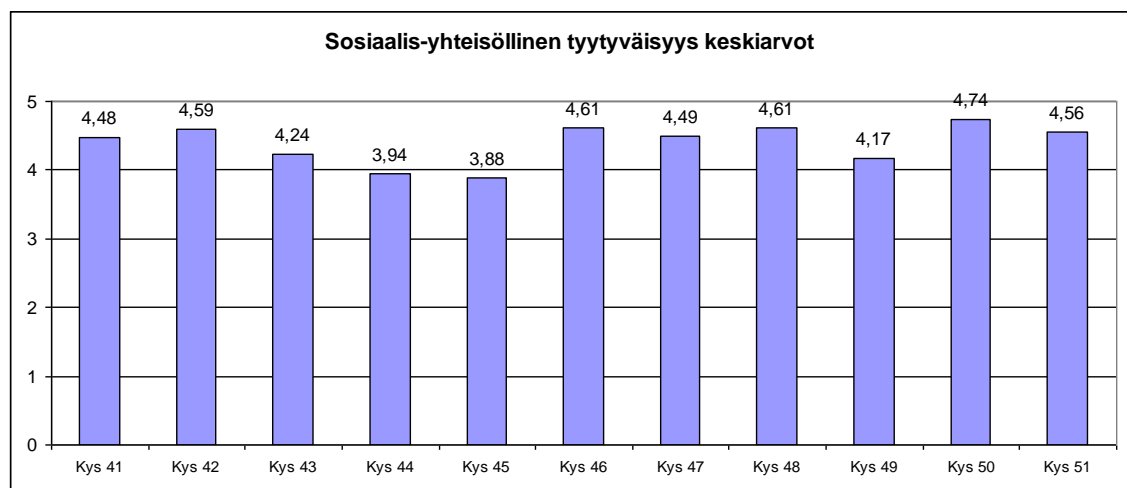
Tyytyväisyyteen kättilön antamaan kannustuksen määrään synnytyksen aikana (kysymys 48) (kuvio 11) oltiin tyytyväisiä, keskiarvo 4,61. Erittäin tyytyväisiä oli 70,7 % (n=106) ja jokseenkin tyytyväisiä 22,7 % (n=34) vastaajista. En osaa

sanoa ja en ole kovin tyytyväinen kohdan olivat valinneet molempiin 3,3 % (n=5) vastaajista.

Tyytyväisyys määrään, jolla kättilö avusti hengittämisessä ja rentoutumisessa (kysymys 49) (kuvio 11) keskiarvo oli 4,17. Erittäin tyytyväisiä oli 47,3 % (n=71) vastaajista ja jokseenkin tyytyväisiä 32,7 % (n=49) vastaajista. Vastaajista 11,3 % (n=49) ei osannut sanoa kuinka tyytyväinen oli kättilön avustamiseen hengittämisessä ja rentoutumisessa. Ei kovin tyytyväisiä oli 7,3 % (n=11) vastaajista ja ei yhtään tyytyväisiä oli 1,3 % (n=2) vastaajista.

Kättilön rauhallisuuteen synnytyksen aikana (kysymys 50) (kuvio 11) oltiin tyytyväisiä, keskiarvo 4,74. Erittäin tyytyväisiä kättilön rauhallisuuteen synnytyksen aikana oli 81,3 % (n=122) ja jokseenkin tyytyväisiä 14,7 % (n=22). Vastaajista 2 % (n=3) ei osannut sanoa, 0,7 % (n=1) ei ollut kovin tyytyväinen ja 1,3 % (n=2) eivät olleet yhtään tyytyväisiä.

Tyytyväisyyteen sen ajan määrään, jonka sai olla vauvan kanssa syntymän jälkeen rauhassa perheen kesken ennen lapsivuodeosastolle siirtymistä (kysymys 51) (kuvio 11) keskiarvo oli 4,56. Erittäin tyytyväisiä oli 71,1 % (n=106) vastaajista ja jokseenkin tyytyväisiä 18,8 % (n=28) vastaajista. Vastaajista 6,0 % (n=9) ei osannut sanoa, 2,7 % (n=4) eivät olleet kovin tyytyväisiä ja 1,3 % (n=2) eivät olleet yhtään tyytyväisiä.



Kuvio 11: Sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys keskiarvot

6.6 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon kokemukselliseen alueeseen

Kyselylomakkeen synnytyksen hoidon kokemuksellinen alue kattaa viisi kysymystä tukihenkilöiden määrästä, turvallisuudentunteen luomisesta, mielialan ja hallinnantunteen säilyttämisestä sekä aiempien synnytyskokemusten hyödyntämisestä (liite 1).

Tyytyväisyys sairaalan salliman tukihenkilöiden määrään synnytyksessä (kysymys 52) (kuvio 12) keskiarvo oli 4,79. Erittäin tyytyväisiä oli 84,6 % (n=126) vastaajista, jokseenkin tyytyväisiä oli 10,1 % (n=15) vastaajista ja 5,4 % (n=8) ei osannut sanoa.

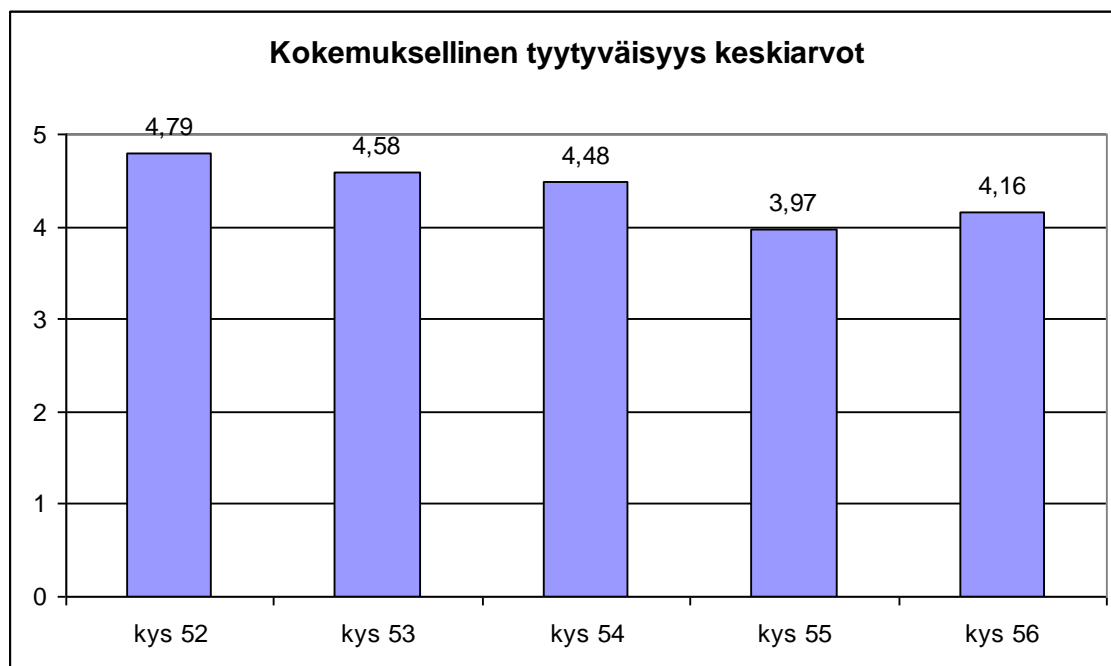
Tyytyväisyys siihen, miten henkilökunta sai tuntemaan olon turvalliseksi (kysymys 53) (kuvio 12) oltiin tyytyväisiä, keskiarvo oli 4,58. Erittäin tyytyväisiä oli 67,3 % (n=101) vastaajista ja jokseenkin tyytyväisiä oli 26,0 % (n=39) vastaajista. Vastaajista 4,7 % (n=7) ei osannut sanoa, 1,3 % (n=2) ei ollut kovin tyytyväisiä ja 0,7 % (n=1) ei ollut yhtään tyytyväinen.

Keskiarvo siihen tyytyväisyyteen, miten henkilökunta auttoi säilyttämään mielialan hyvänä (kysymys 54) (kuvio 12) oli 4,48. Vastaajista 61,7 % (n=92) olivat erittäin tyytyväisiä ja jokseenkin tyytyväisiä oli 28,2 % (n=42) vastaajaa. Vastaajista 6,7 % (n=10) ei osannut sanoa, 2,7 % (n=4) ei ollut kovin tyytyväinen ja 0,7 % (n=1) ei ollut yhtään tyytyväinen.

Tyytyväisyyteen oman hallinnan tunteen säilyttämiseen synnytyksessä (kysymys 55) (kuvio 12) oltiin melko tyytyväisiä, keskiarvo 3,97. Erittäin tyytyväisiä oli 38,5 % (n=57) vastaajista ja jokseenkin tyytyväisiä 34,5 % (n=51) vastaajista. Vastaajista 14,9 % (n=22) ei osannut sanoa, 10,1 % (n=15) ei ollut kovin tyytyväisiä ja 2,0 % (n=3) ei ollut yhtään tyytyväisiä.

Tyytyväisyys siihen, miten pystyi hyödyntämään aiempia synnytyskokemuksia tässä synnytyksessä (kysymys 56) (kuvio 12) oli vastannut 89 synnyttäjää. Keskiarvo tyytyväisyyteen oli 4,16 ja erittäin tyytyväisiä vastaajista oli 41,5 % (n=37). Jokseenkin tyytyväisiä oli 39,3 % (n=35) vastaajaa ja 14,6 % (n=13) ei

osannut sanoa. En ole kovin tyytyväinen ja en ole yhtään tyytyväinen kohdan oli valinnut 2,2 % (n=2) vastaajista.



Kuvio 12: Kokemuksellinen tyytyväisyys keskiarvot

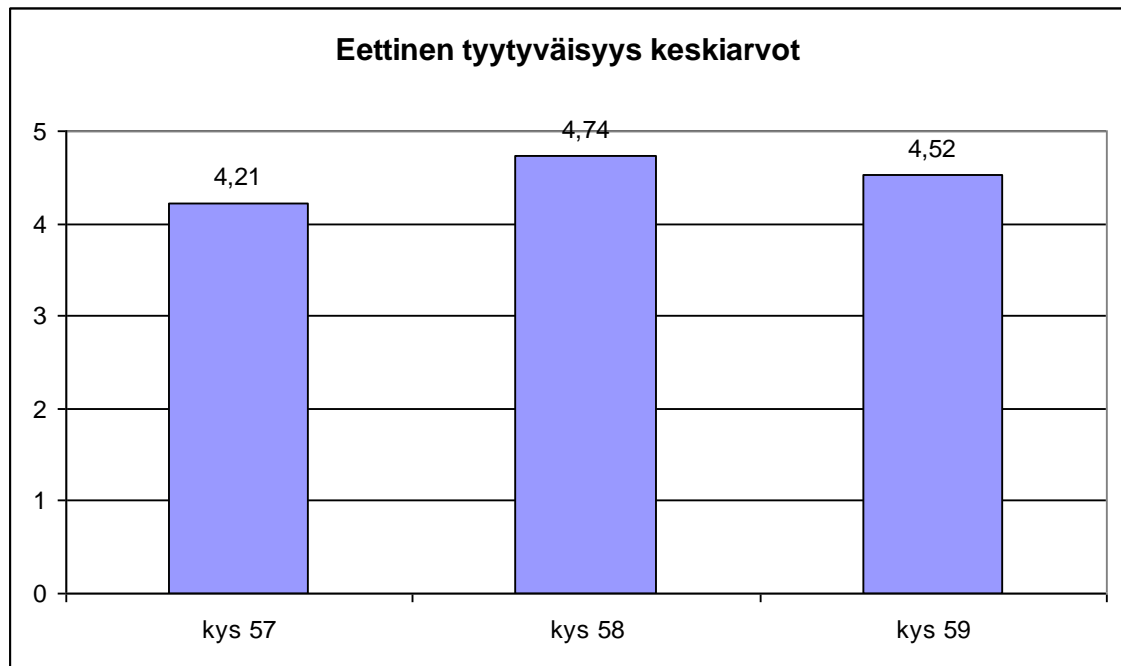
6.7 Tyytyväisyys synnytyksen hoidon eettiseen alueeseen

Eettinen tyytyväisyys alue kattaa yhteensä kolme kysymystä päätöksenteosta, yksityisyydestä ja suostumuksista tutkimuksiin ja toimenpiteisiin (liite 1).

Tyytyväisyyteen mahdollisuuteen osallistua itse synnytystä koskevaan päätöksentekoon (kysymys 57) (kuvio 13) keskiarvo oli 4,21. Erittäin tyytyväisiä oli 44,2 % (n=65) vastaajista ja jokseenkin tyytyväisiä 37,4 % (n=55) vastaajista. Vastaajista 15,0 % (n=22) ei osannut sanoa, 2,0 % (n=3) eivät olleet kovin tyytyväisiä ja 1,4 % (n=2) eivät olleet yhtään tyytyväisiä.

Tyytyväisyyteen siihen, miten synnytyshuoneessa huolehdittiin yksityisyydestä (kysymys 58) (kuvio 13) keskiarvo oli 4,74. Erittäin tyytyväisiä oli 77,9 % (n=116) vastaajista ja jokseenkin tyytyväisiä 20,1 % (n=30) vastaajista. En osaa sanoa, en ole kovin tyytyväinen ja en ole yhtään tyytyväinen kohdan oli valinnut jokaiseen 0,7 % (n=1) vastaajaa.

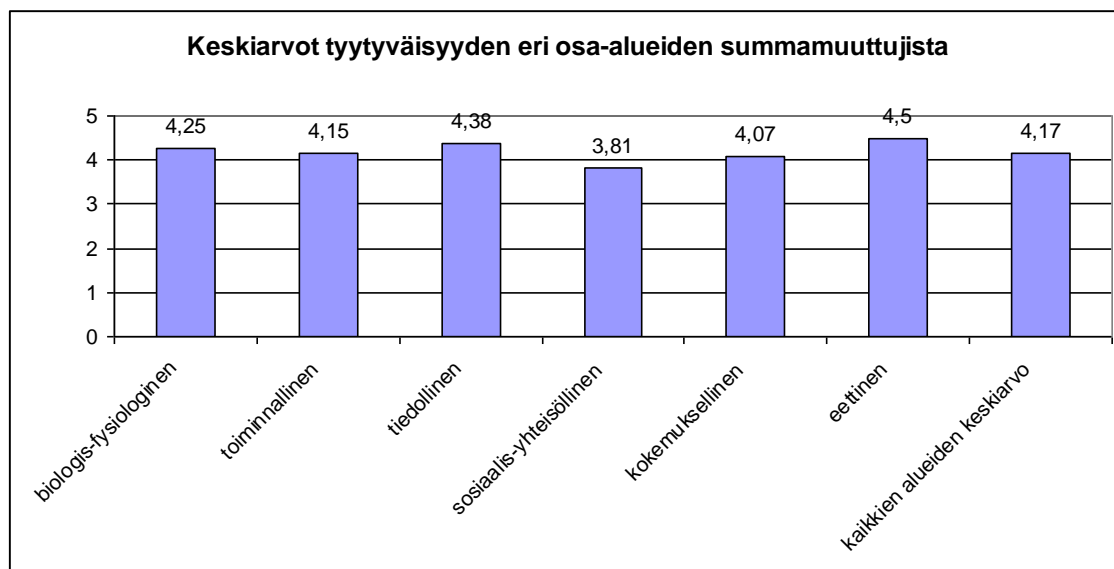
Tyytyväisyys siihen, missä määrin kysyttiin suostumus tutkimuksiin tai toimenpiteisiin (kysymys 59) (kuvio 13) keskiarvo oli 4,52. Erittäin tyytyväisiä oli vastaajista 63,1 % (n=94) ja jokseenkin tyytyväisiä oli 27,5% (n=41) vastaajista. Vastaajista 7,4 % (n=11) ei osannut sanoa, olivatko tyytyväisiä vai ei, ja ei kovin tyytyväisiä oli 2,0 % (n=3) vastaajista.



Kuvio 13: Eettinen tyytyväisyys keskiarvot

6.8 Tyytyväisyys eri osa-alueisiin

Yleisesti ottaen vastaajat ovat olleet tyytyväisiä kaikkiin alueisiin (kuvio 14). Kaikkein tyytyväisimpiä vastaajat ovat olleet eettiseen alueeseen, keskiarvo 4,5 ja vähiten tyytyväisiä vastaajat ovat olleet sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen, keskiarvo 3,81.



Kuvio 14: Keskiarvot tyytyväisyyden eri osa-alueiden summamuuttujista

6.9 Taustatekijöiden vaikutukset tyytyväisyyteen

Tyytyväisyys synnytyksen hoidon kokemukselliseen alueeseen oli sitä korkeampi, mitä vähemmän aikaa synnytys kesti ($r=-0,443$, $p < 0,01$) (liite 5; taulukko 2). Alle tunnin synnyttäneiden vastausten keskiarvo oli 4,00 ($n=2$), tunnista kuuteen tuntiin synnyttäneiden 4,42 ($n=60$), kuudesta tunnista yhteentoista tuntiin synnyttäneiden 3,93 ($n=54$) ja 11–16 tuntia synnyttäneiden 3,49 ($n=17$). Yli 16 tuntia synnyttäneet olivat keskimäärin vastanneet 3,69 ($n=7$). Synnytyksen kestolla ei ollut vaikutusta muihin tyytyväisyyden osa-alueisiin tai sen kokonaiskeskiarvoon.

Tyytyväisyys synnytyksen hoidon kokemukselliseen alueeseen oli riippuvainen aiempien alatiesynnytysten määrästä ($r=0,559$, $p < 0,01$) ja siitä, kuinka mones synnytys tämänkertainen synnytys oli ($r=0,540$, $p < 0,01$) (liite 5; taulukko 2). Mitä enemmän aiempia synnytyksiä vastaajalla oli, sitä tyytyväisempi hän oli synnytyksen hoidon kokemukselliseen alueeseen. Muuten se, kuinka mones synnytys tai raskaus tämänkertainen oli, ei vaikuttanut tyytyväisyyteen. Siihen ei vaikuttanut myöskään raskauden kesto tai aiempien suunniteltujen ja suunnittemattomien keisarileikkausten määrä. Mikroverinäytteen otolla tai muulla toimenpiteellä ei ollut merkitsevää eroa tyytyväisyyteen.

6.9.1 Biologis-fysiologinen tyytyväisyys

20-vuotiaat ja nuoremmat eivät olleet vastanneet biologis-fysiologiseen alueeseen. 21–25 vuotiaiden vastausten keskiarvo biologis-fysiologiseen alueeseen oli 4,2 (n=18), 26–30-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,35 (n=32), 31–35-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,15 (n=36) ja 36–40-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,3 (n=14). 40-vuotiaiden ja vanhemmat olivat kaikkein tyytyväisimpiä biologis-fysiologiseen alueeseen, vastausten keskiarvo oli 4,57 (n=4).

Naimisissa olevien vastausten keskiarvo biologis-fysiologiseen alueeseen oli 4,27 (n=55). Avoliitossa olevien vastausten keskiarvo oli 4,23 (n=43), seurustelevien vastausten keskiarvo oli 4,07 (n=2), ei-seurustelevien vastausten keskiarvo oli 4,14 (n=2) ja muiden siviilisäätyjen vastausten keskiarvo oli 4,64 (n=2).

Toisen asteen koulutuksen omaavien vastaajien tyytyväisyyden keskiarvo biologis-fysiologiseen alueeseen oli 4,27 (n=36), opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,25 (n=27), akateemisen tutkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,22 (n=35) ja muun tutkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,37 (n=5).

Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettuihin internet-sivuihin tutustuneiden tyytyväisyyden keskiarvo biologis-fysiologiseen tyytyväisyyteen oli 4,22 (n=23). Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustumattomien keskiarvo oli 4,40 (n=17). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettujen nettisivuihin tutustuneiden keskiarvo oli 4,25 (n=34). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin nettisivuihin tutustumattomien keskiarvo oli 4,20 (n=30).

Lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyyden keskiarvo biologis-fysiologiseen tyytyväisyyteen oli 4,39 (n=11). Ei lapsettomuushoidoissa olleiden keskiarvo oli 4,24 (n=93).

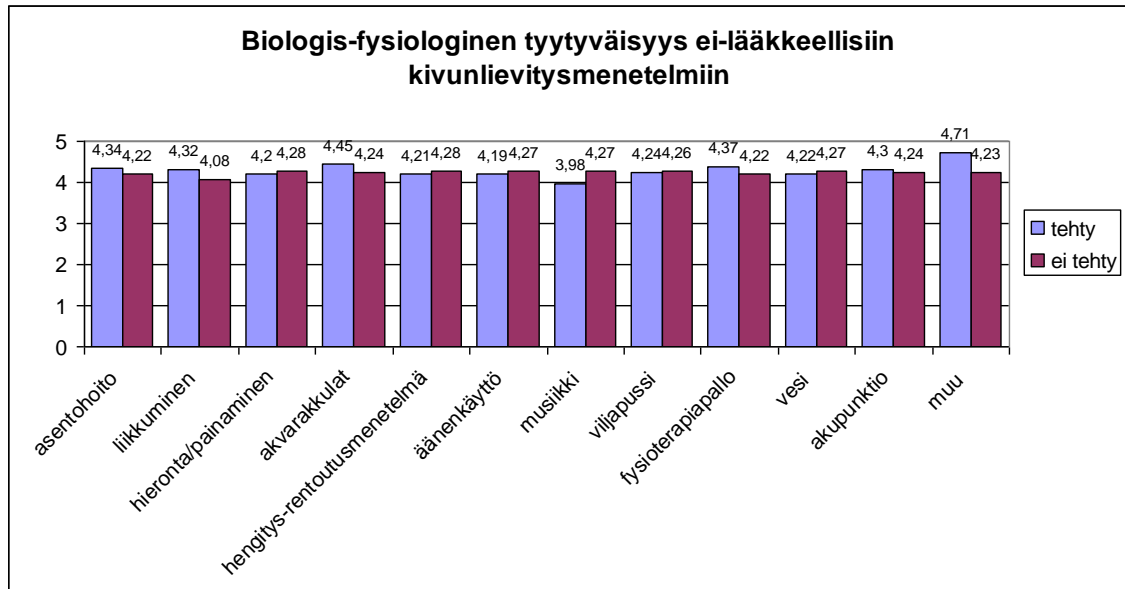
Synnyttäjät, joilla oli synnytyksessä mukana kaksi tukihenkilöä, olivat vähemmän tyytyväisiä biologis-fysiologiseen alueeseen 3,42 (n=19), kuin synnyttäjät, kenellä oli yksi tukihenkilö 4,26 (n=101) tai ei yhtään tukihenkilöä 4,5 (n=2).

Synnytyksissä, joissa raskauden aikana oli ilmennyt raskausongelmia tai oli vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, tyytyväisyyden keskiarvo biologis-fysiologiseen tyytyväisyyteen oli 4,25 (n=51). Jos raskauden aikana ei ollut ilmennyt raskausongelmia tai vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, vastanneiden keskiarvo oli 4,26 (n=53).

Kun synnytys käynnistyi supistuksilla, vastaajat olivat vastanneet biologis-fysiologiseen tyytyväisyyteen keskimäärin 4,19 (n=52). Lapsivedenmenolla käynnistyneessä synnytyksessä synnyttäjien vastausten keskiarvo oli 4,39 (n=23), verisellä vuodolla käynnistyneessä 4,29 (n=4) ja kun synnytys käynnistettiin sairaalassa, se oli 4,23 (n=24).

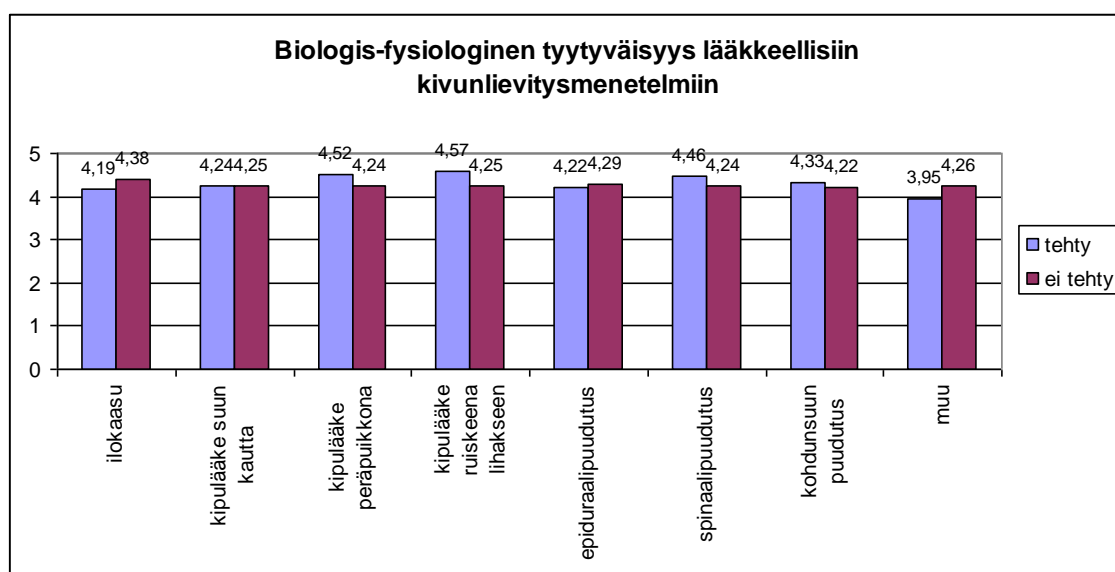
Synnyttäjien, joilla otettiin sikiön sydänäänikäyrä, biologis-fysiologisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,29 (n=97), ja joilla ei kuunneltu sikiön sydänäänikäyrää, tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,29 (n=6). Synnyttäjien, joilla puhkaistiin sikiökalvot, biologis-fysiologinen tyytyväisyys oli 4,21 (n=43), ja joilla ei puhkaistu sikiökalvoja, tyytyväisyys oli 4,28 (n=60). Synnyttäjien, joilla käytettiin supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä biologis-fysiologinen tyytyväisyys oli 4,23 (n=57), ja joilla ei käytetty supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä, tyytyväisyys oli 4,28 (n=46). Synnyttäjien, joiden ponnistusvaihetta avustettiin imukupilla biologis-fysiologisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,12 (n=14), ja joilla ei avustettu ponnistusvaihetta imukupilla, tyytyväisyyden keskiarvo oli hieman korkeampi, 4,27 (n=89).

Biologis-fysiologinen tyytyväisyys (kuvio 15) oli hieman korkeampi niillä, jotka olivat käyttäneet kivunlievitysmenetelmänä liikkumista 4,32 (n=72), kuin niillä kenellä sitä ei oltu käytetty 4,08 (n=31). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet akvarakkuloita kivunlievitysmenetelmänä 4,45 (n=6), olivat hieman tyytyväisempiä kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet akvarakkuloita 4,24 (n=97). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet ei-lääkkeellisenä kivunlievitysmenetelmänä musiikkia olivat vähemmän tyytyväisiä 3,98 (n=7) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet musiikkia 4,27 (n=96). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet jotakin muuta ei-lääkkeellistä kivunlievitystä olivat hieman tyytyväisempiä 4,71 (n=4) kuin ne, jotka eivät olleet käyttäneet jotakin muuta ei-lääkkeellistä kivunlievitysmenetelmää 4,23 (n=99).



Kuvio 15: Biologis-fysiologinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet ilokaasua kivunlievitysmenetelmänä (kuvio 16), olivat hieman tyytyväisempiä biologis-fysiologiseen alueeseen 4,38 (n=32), kuin synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet ilokaasua 4,19 (n=71). Synnyttäjät, jotka olivat saaneet kipulääkettä ruiskeena lihakseen olivat hieman tyytyväisempiä 4,57 (n=1), kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet saaneet kipulääkettä ruiskeena lihakseen 4,25 (n=102). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet jotakin muuta lääkkeellistä kivunlievitysmenetelmää, olivat hieman vähemmän tyytyväisempiä 3,95 (n=3) kuin he, jotka eivät olleet käyttäneet muita lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä 4,26 (n=100).



Kuvio 16: Biologis-fysiologinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Kun kyselylomakkeeseen vastaamiseen ei kulunut yhtään päivää synnytyksestä, synnyttäjät olivat vastanneet keskimäärin 4,37 (n=30) tyytyväisyyteen synnytyksen hoidon biologis-fysiologiseen alueeseen. Yhden päivän päästä synnytyksestä vastanneet olivat vastanneet keskimäärin 4,24 (n=34), kahden päivän päästä 4,17 (n=32) ja kolmen päivän päästä 4,03 (n=5). Kun synnytyksestä oli kulunut neljä päivää, keskimäärin oli vastattu 4,62 (n=3).

6.9.2 Toiminnallinen tyytyväisyys

Toiminnalliseen alueeseen 20-vuotiaat ja nuoremmat olivat keskimäärin tyytyväisiä, keskiarvo 4,75 (n=2). 21–25-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,18 (n=22). 26–30-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,24 (n=48). 31–35-vuotiaat olivat vähiten tyytyväisiä toiminnalliseen osa-alueeseen, vastausten keskiarvo oli 3,98 (n=53). 36–40-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,38 (n=17) ja 40-vuotiaiden ja vanhempien vastausten keskiarvo oli 4,17 (n=6).

Naimisissa olevien tyytyväisyys toiminnalliseen alueeseen keskiarvo oli 4,11 (n=75), avoliitossa olevien keskiarvo oli 4,18 (n=68) ja seurustelevien vastausten keskiarvo oli 4,58 (n=2). Ei-seurustelevien vastausten keskiarvo oli alhaisin muihin siviilisäätyihin verrattuna 4,0 (n=2) ja muiden siviilisäätyjen vastausten keskiarvo oli korkein muihin siviilisäätyihin verrattuna 5,0 (n=2).

Toisen asteen koulutuksen omaavien vastausten keskiarvo toiminnalliseen alueeseen oli 4,30 (n=55), opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,24 (n=42). Akateemisen tutkinnon ja muun tutkinnon omaavat olivat vähemmän tyytyväisiä toiminnalliseen alueeseen kuin muut vastaanneet, akateemisen tutkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 3,94 (n=43) ja muun koulutuksen omaavien vastausten keskiarvo oli 3,93 (n=7).

Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustuneiden tyytyväisyyden keskiarvo toiminnalliseen tyytyväisyyteen oli 4,11 (n=28). Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettujen internetsivujen tutustumattomien keskiarvo oli 4,39 (n=18). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettujen internetsivuihin tutustuneiden keskiarvo oli 4,04 (n=49). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustumattomien keskiarvo oli 4,2 (n=54).

Lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyys toiminnalliseen tyytyväisyyteen oli alhaisempi kuin ei-lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyys. Lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyyden keskiarvo toiminnalliseen tyytyväisyyteen oli 3,78 (n=16). Ei lapsettomuushoidoissa olleiden keskiarvo oli 4,20 (n=133).

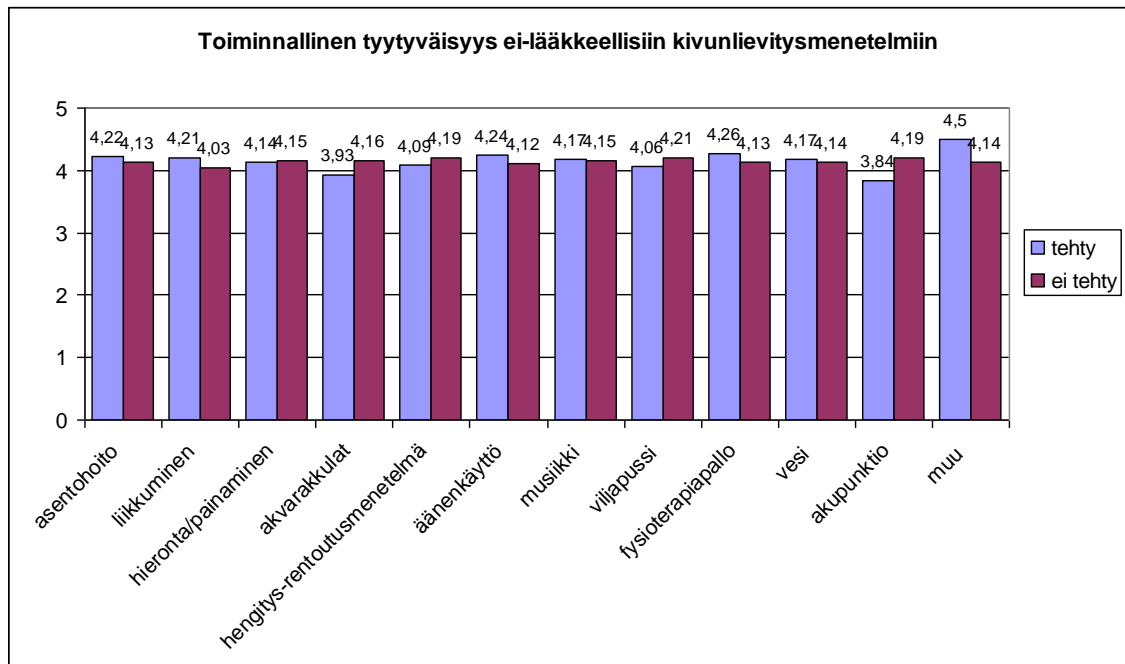
Synnyttäjät, joilla ei ollut yhtään tukihenkilöä synnytyksessä mukana, olivat tyytyväisempiä toiminnalliseen alueeseen 4,50 (n=5) kuin synnyttäjät, kenellä oli yksi tukihenkilö 4,14 (n=141) tai kaksi tukihenkilöä 4,17 (n=3).

Synnytyksissä, joissa raskauden aikana oli ilmennyt raskausongelmia tai oli vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, tyytyväisyyden keskiarvo toiminnalliseen tyytyväisyyteen oli 4,12 (n=74). Jos raskauden aikana ei ollut ilmennyt raskausongelmia tai vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, vastanneiden keskiarvo oli 4,19 (n=75).

Toiminnallisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,11 (n=84), kun synnytys oli käynnistynyt supistuksilla, 4,33 (n=31), kun synnytys oli käynnistynyt lapsivedenmenolla ja 4,38 (n=4), kun synnytys oli käynnistynyt verisellä vuodolla. Kun synnytys oli käynnistetty sairaalassa, synnyttäjien vastausten keskiarvo oli 4,02 (n=29).

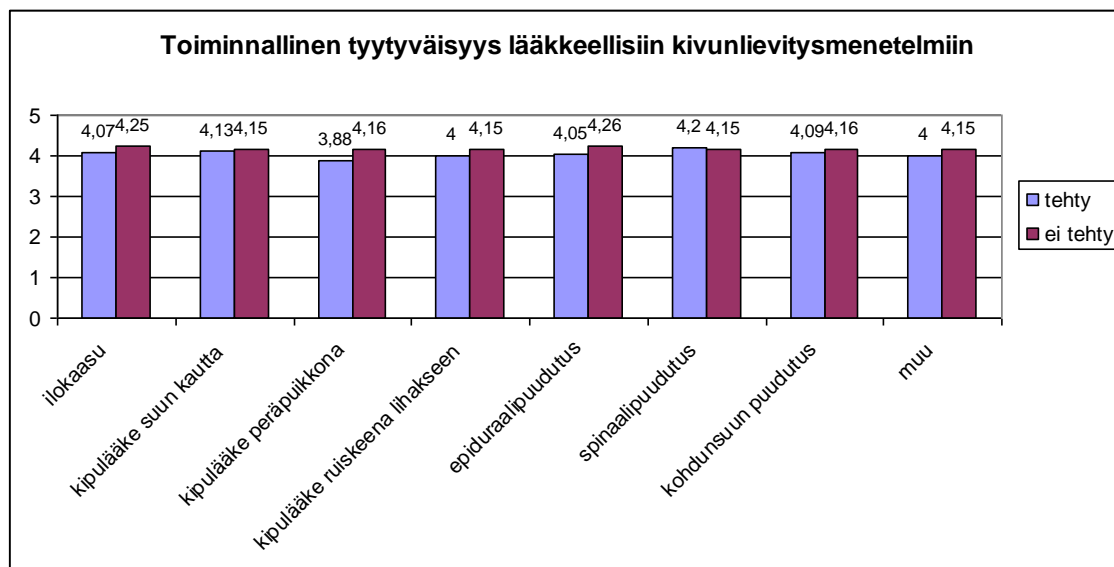
Synnyttäjien, joilla otettiin sikiön sydänäänikäyrä, toiminnallisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,14 (n=136), ja joilla ei kuunneltu sikiön sydänäänikäyrää, tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,29 (n=12). Synnyttäjien, joilla puhkaistiin sikiökalvot, toiminnallinen tyytyväisyys oli 3,99 (n=64), ja joilla ei puhkaistu sikiökalvoja, tyytyväisyys oli korkeampi 4,27 (n=84). Synnyttäjien, joilla käytettiin supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä toiminnallinen tyytyväisyys oli 4,15 (n=66), ja joilla ei käytetty supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä, tyytyväisyys oli 4,15 (n=82). Synnyttäjien, joiden ponnistusvaihetta avustettiin imukupilla toiminnallisen tyytyväisyyden keskiarvo oli alhaisempi 3,77 (n=15) kuin niillä, joiden ponnistusvaihetta ei avustettu imukupilla 4,19 (n=133).

Synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet akvarakkuloita (kuvio 17) olivat hieman tyytyväisempiä toiminnalliseen alueeseen 4,16 (n=141) kuin synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet akvarakkuloita 3,93 (n=7). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet akupunktiota kivunlievitykseen, olivat vähemmän tyytyväisiä 3,84 (n=16) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet akupunktiota 4,19 (n=132). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet jotakin muuta ei-lääkkeellistä kivunlievitysmenetelmää olivat tyytyväisempiä 4,5 (n=6) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet jotakin muuta kivunlievitysmenetelmää 4,14 (n=142).



Kuvio 17: Toiminnallinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet lääkkeellisenä kivunlievitysmenetelmänä peräpuikkoa (kuvio 18), olivat vähemmän tyytyväisiä 3,88 (n=4), kuin synnyttäjät jotka eivät olleet käyttäneet peräpuikkoa 4,16 (n=144).



Kuvio 18: Toiminnallinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Kun synnytyksestä ei ollut kulunut yhtään päivää kyselylomakkeeseen vastaamiseen, vastaajat olivat vastanneet tyytyväisyyteen synnytyksen hoidon toiminnalliseen alueeseen keskimäärin 4,24 (n=47). Yhden päivän kuluttua synnytyksestä vastausten keskiarvo oli 4,09 (n=47), kahden päivän kuluttua 4,13 (n=42), kolmen päivän kuluttua 4,25 (n=8) ja neljän päivän kuluttua 3,75 (n=4). Kahdeksan päivän kuluttua oli vastattu keskimäärin 5,00 (n=1).

6.9.3 Tiedollinen tyytyväisyys

Tiedolliseen alueeseen alle 20 vuotiaiden ja nuorempien vastausten keskiarvo oli 4,00 (n=1). 21–25-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,35 (n=20). 26–30-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,40 (n=48). 31–35-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,28 (n=53). Yli 36-vuotiaat olivat tyytyväisempiä tiedolliseen alueeseen kuin sitä nuoremmat. 36–40-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,65 (n=17). 40-vuotiaiden ja vanhempien vastausten keskiarvo oli 4,50 (n=6).

Naimisissa olevien vastausten keskiarvo tiedolliseen alueeseen oli 4,44 (n=74) ja avoliitossa olevien vastausten keskiarvo oli 4,31 (n=66). Seurustelevien vastausten keskiarvo oli 4,58 (n=2). Ei-seurustelevat olivat vähiten tyytyväisiä tiedolliseen alueeseen, vastausten keskiarvo oli 4,08 (n=2) ja muut siviilisäädyt olivat kaikkein tyytyväisimpiä tiedolliseen alueeseen, vastausten keskiarvo oli 4,92 (n=2).

Toisen asteen koulutuksen omaavat olivat kaikkein tyytyväisimpiä tiedolliseen alueeseen verrattuna muihin vastaajiin, keskiarvo oli 4,49 (n=52). Opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon omaavat olivat vähiten tyytyväisiä tiedolliseen alueeseen, vastausten keskiarvo oli 4,04 (n=42). Akateemisen tutkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,25 (n=43) ja muun tutkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,45 (n=7).

Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustuneiden tyytyväisyyden keskiarvo tiedolliseen tyytyväisyyteen oli 4,22 (n=28). Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettujen internetsivujen tutustumattomien keskiarvo oli 4,57 (n=17). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustuneiden keskiarvo oli 4,31 (n=48). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustumattomien keskiarvo oli 4,48 (n=53).

Lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyyden keskiarvo tiedolliseen tyytyväisyyteen oli 4,34 (n=16). Ei lapsettomuushoidoissa olleiden keskiarvo oli 4,39 (n=130).

Synnyttäjät, joilla ei ollut tukihenkilöä synnytyksessä mukana, olivat tyytyväisempiä tiedolliseen alueeseen 4,96 (n=4), kuin synnyttäjät, kenellä oli yksi 4,37 (n=139) tai kaksi 4,11 (n=3) tukihenkilöä.

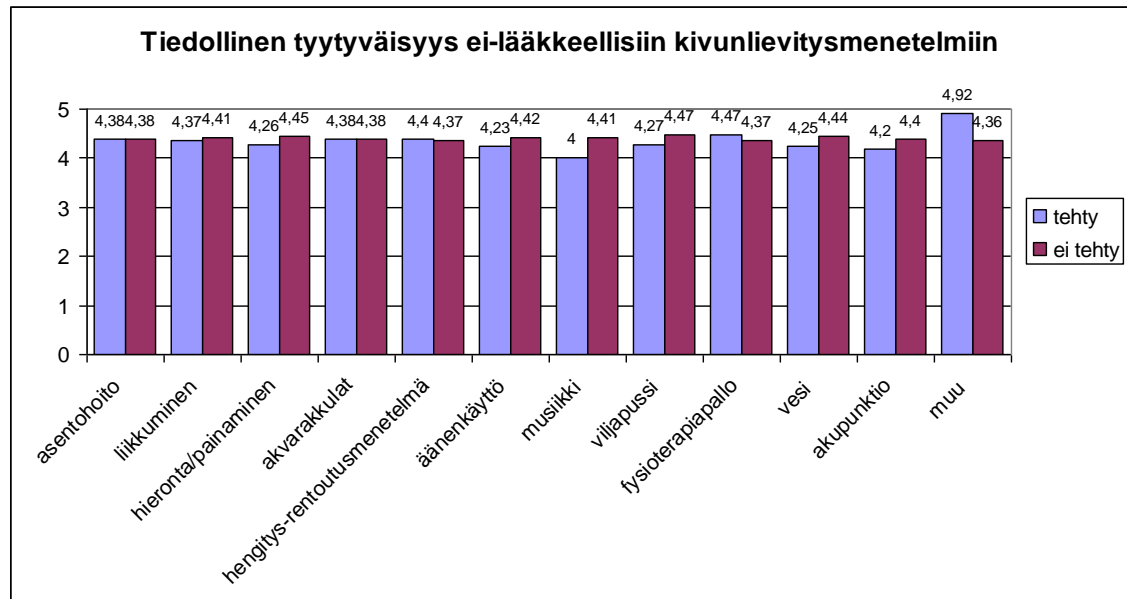
Synnytyksissä, joissa raskauden aikana oli ilmennyt raskausongelmia tai oli vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, tyytyväisyyden keskiarvo tiedolliseen tyytyväisyyteen oli 4,34 (n=72). Jos raskauden aikana ei ollut ilmennyt raskauson-

gelmia tai vaadittu äitiyspoliikkikäyntejä, vastanneiden keskiarvo oli 4,43 (n=74).

Synnytyksen käynnistyessä supistuksilla synnyttäjien vastausten keskiarvo tiedolliselle tyytyväisyydelle oli 4,30 (n=81). Lapsivedenmenolla käynnistyessä se oli 4,54 (n=31) ja verisellä vuodolla käynnistyessä 4,42 (n=4). Käynnistettäessä synnytys sairaalassa vastausten keskiarvo oli 4,43 (n=29).

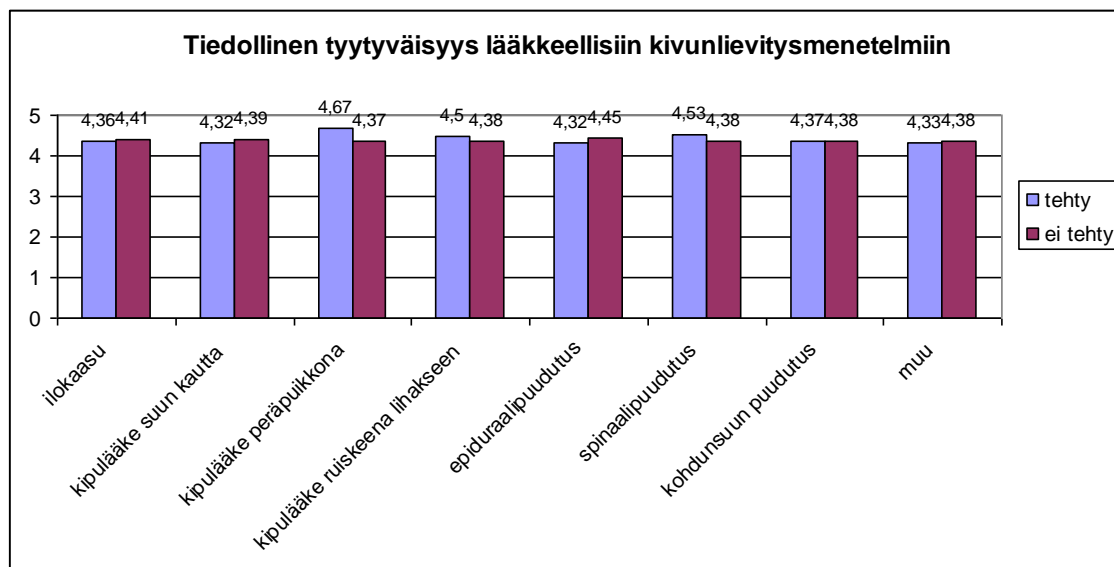
Synnyttäjien, joilla otettiin sikiön sydänäänikäyrä, tiedollisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,37 (n=133), ja joilla ei kuunneltu sikiön sydänäänikäyrää, tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,54 (n=12). Synnyttäjien, joilla puhkaistiin sikiökalvot, tiedollinen tyytyväisyys oli 4,37 (n=63), ja joilla ei puhkaistu sikiökalvoja, tyytyväisyys oli 4,39 (n=82). Synnyttäjien, joilla käytettiin supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä tiedollinen tyytyväisyys oli 4,41 (n=66), ja joilla ei käytetty supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä, tyytyväisyys oli 4,36 (n=79). Synnyttäjien, joiden ponnistusvaihetta avustettiin imukupilla tiedollisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,37 (n=15), ja joilla ei avustettu ponnistusvaihetta imukupilla, tyytyväisyyden keskiarvo 4,38 (n=130).

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet musiikkia kivunlievitysmenetelmänä (kuvio 19), olivat vähemmän tyytyväisiä tiedolliseen alueeseen 4,00 (n=9) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet musiikkia 4,41 (n=136). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet jotakin muuta kivunlievitysmenetelmää, olivat tyytyväisempiä 4,92 (n=6) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet jotakin muuta kivunlievitysmenetelmää 4,36 (n=139).



Kuvio 19: Tiedollinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet peräpuikkoa lääkkeellisenä kivunlievitysmenetelmänä (kuvio 20), olivat tyytyväisempiä tiedolliseen alueeseen 4,67 (n=4), kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet peräpuikkoa 4,37 (n=142).



Kuvio 20: Tiedollinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Synnytyksen hoidon tiedollisen alueeseen synnyttäjien, jotka olivat vastanneet kyselylomakkeeseen yhden päivän sisällä synnytyksestä, vastausten keskiarvo oli 4,40 (n=45). Kun synnytyksestä oli kulunut yksi päivä vastaajien keskiarvo oli 4,31 (n=47), kaksi päivää 4,44 (n=41), kolme päivää 4,35 (n=8) ja neljä päivää 4,50 (n=4). Kun kahdeksan päivää oli kulunut synnytyksestä, vastausten keskiarvo oli 4,83 (n=1).

6.9.4 Sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys

Alle 20-vuotiaiden ja nuorempien tyytyväisyys sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen keskiarvo oli 3,64 (n=3). 21–25-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 3,76 (n=20). 26–30-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 3,73 (n=39). 31–35-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 3,8 (n=39). Yli 36-vuotiaat olivat tyytyväisempiä sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen kuin sitä nuoremmat. 36–40-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,14 (n=14). 40-vuotiaiden ja vanhempien vastausten keskiarvo oli 3,96 (n=5).

Naimisissa olevat, avoliitossa olevat ja muut siviilisäädetyt olivat vähemmän tyytyväisiä sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen kuin seurustelevat ja ei-seurustelevat. Naimisissa olevien tyytyväisyyden keskiarvo sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen oli 3,88 (n=59) ja avoliitossa olevien vastausten keskiarvo oli 3,71 (n=57). Seurustelevien vastausten keskiarvo oli 4,23 (n=2), ei-seurustelevien vastausten keskiarvo oli 4,45 (n=1) ja muiden siviilisäättyjen vastausten keskiarvo oli 3,77 (n=2).

Toisen asteen koulutuksen omaavien vastausten keskiarvo sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen oli 3,81 (n=45), opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 3,83 (n=34). Akateemisen tutkinnon omaavat olivat vähiten tyytyväisiä sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen, keskiarvo oli 3,79 (n=33). Muun tutkinnon omaavat olivat kaikkein tyytyväisimpiä sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen, vastausten keskiarvo oli 3,99 (n=7).

Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettuihin internet-sivuihin tutustuneiden tyytyväisyyden keskiarvo sosiaalis-yhteisölliseen tyytyväisyyteen oli 3,75 (n=23). Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettujen internetsivujen tutustumattomien keskiarvo oli 4,02 (n=16). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustuneiden keskiarvo oli 3,87 (n=40). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustumattomien keskiarvo oli 3,72 (n=42).

Lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyyden keskiarvo sosiaalis-yhteisölliseen tyytyväisyyteen oli 3,93 (n=13). Ei lapsettomuushoidoissa olleiden keskiarvo oli 3,80 (n=108).

Synnyttäjät, joilla ei ollut yhtään tukihenkilöä synnytyksessä mukana, olivat vähemmän tyytyväisiä sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen 3,51 (n=5) kuin synnyttäjät, joilla oli yksi 3,82 (n=115) tai kaksi 3,67 (n=3) tukihenkilöä.

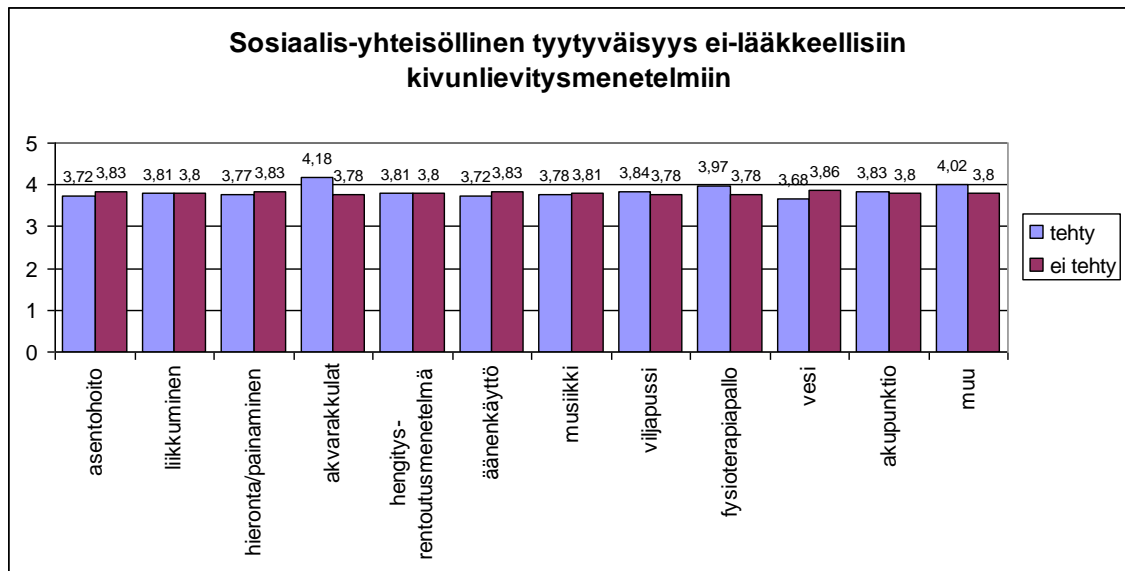
Synnytyksissä, joissa raskauden aikana oli ilmennyt raskausongelmia tai oli vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, tyytyväisyyden keskiarvo sosiaalis-yhteisölliseen tyytyväisyyteen oli 3,76 (n=57). Jos raskauden aikana ei ollut il-

mennyt raskausongelmia tai vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, vastanneiden keskiarvo oli 3,86 (n=64).

Sosiaalis-yhteisölliseen tyytyväisyyteen oli vastattu keskimäärin 3,72 (n=69), kun synnytys käynnistyi supistuksilla. Kun synnytys käynnistyi lapsivedenmenolla, keskiarvo oli 4,03 (n=25) ja verisellä vuodolla keskiarvo oli 3,94 (n=3). Kun synnytys käynnistettiin sairaalassa, vastausten keskiarvo oli 3,85 (n=23).

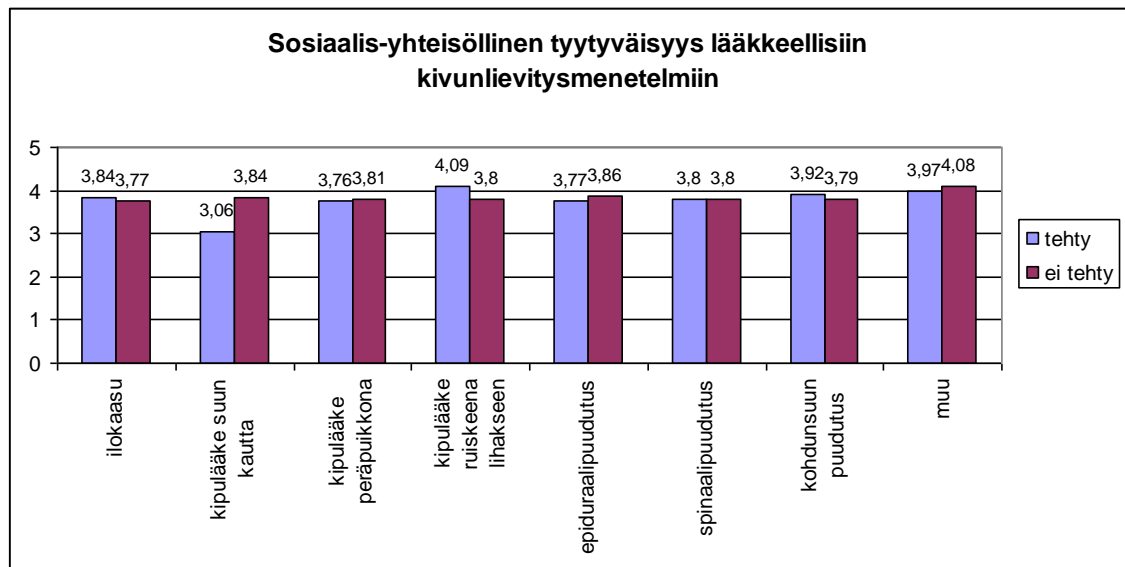
Synnyttäjien, joilla otettiin sikiön sydänäänikäyrä, sosiaalis-yhteisöllisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 3,79 (n=107) ja joilla ei kuunneltu sikiön sydänäänikäyrää, tyytyväisyyden keskiarvo oli 3,92 (n=13). Synnyttäjien, joilla puhkaistiin sikiökalvot, sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys oli 3,80 (n=52) ja joilla ei puhkaistu sikiökalvoja, tyytyväisyys oli 3,81 (n=68). Synnyttäjien, joilla käytettiin supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys oli 3,96 (n=56) ja joilla ei käytetty supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä, tyytyväisyys oli 3,68 (n=64). Synnyttäjien, joiden ponnistusvaihetta avustettiin imukupilla, sosiaalis-yhteisöllisen tyytyväisyyden keskiarvo oli korkeampi 4,17 (n=11), kuin niillä, joiden ponnistusvaihetta ei avustettu imukupilla 3,77 (n=109).

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet akvarakkuloita kivunlievitysmenetelmänä (kuvio 21), olivat tyytyväisempiä sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen 4,18 (n=7), kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet akvarakkuloita 3,78 (n=113).



Kuvio 21: Sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet kipulääkettä suun kautta (kuvio 22), olivat vähemmän tyytyväisiä sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen 3,06 (n=17), kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet kipulääkettä suun kautta 3,84 (n=103).



Kuvio 22: Sosiaalis-yhteisöllinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Synnytyksen hoidon sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen yhden päivän sisällä kyselylomakkeeseen vastanneiden vastausten keskiarvo oli 3,80 (n=40). Yhden päivän kuluttua kyselylomakkeeseen vastanneiden vastausten keskiarvo oli 3,80 (n=36), kahden päivän kuluttua 3,79 (n=37), kolmen päivän kuluttua 4,12 (n=5) ja neljän päivän kuluttua 3,86 (n=2). Kun kyselylomakkeeseen vastaamiseen oli kulunut kahdeksan päivää synnytyksestä, vastausten keskiarvo oli 3,72 (n=1).

6.9.5 Kokemuksellinen tyytyväisyys

Alle 20-vuotiaiden ja nuorempien tyytyväisyys kokemukselliseen alueeseen keskiarvo oli 3,87 (n=3). 21–25-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 3,68 (n=22). Yli 26-vuotiaat olivat tyytyväisempiä kokemukselliseen alueeseen kuin sitä nuoremmat. 26–30-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,21 (n=46), 31–35-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,10 (n=50), 36–40-vuotiaiden vastausten

keskiarvo oli 4,18 (n=16) ja 40-vuotiaiden ja vanhempien keskiarvo oli 4,10 (n=6).

Naimisissa olevien vastausten keskiarvo oli 4,15 (n=72) kokemukselliseen alueeseen ja avoliitossa olevien vastausten keskiarvo oli 4,00 (n=66). Seurustelevien vastausten keskiarvo oli 4,00 (n=2). Ei-seurustelevat olivat vähiten tyytyväisiä kokemukselliseen alueeseen, vastausten keskiarvo oli 3,80 (n=2). Muiden siviilisäätyjen vastausten keskiarvo oli 4,10 (n=2).

Toisen asteen koulutuksen omaavien vastausten keskiarvo kokemukselliseen alueeseen oli 4,10 (n=54) ja opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,12 (n=42). Akateemisen tutkinnon omaavat olivat vähemmän tyytyväisiä kokemukselliseen alueeseen, verrattuna muihin vastajiin, keskiarvo 3,97 (n=41). Muun tutkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,00 (n=6).

Tyytymättömämpiä kokemukselliseen tyytyväisyyteen olivat synnytysvalmennukseen osallistuneet. Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustuneiden tyytyväisyyden keskiarvo kokemukselliseen tyytyväisyyteen oli 3,53 (n=28). Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettujen internetsivujen tutustumattomien keskiarvo oli 3,61 (n=18). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustuneiden keskiarvo oli 4,16 (n=48). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin nettisivuihin tutustumattomien keskiarvo oli 4,45 (n=50).

Lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyys kokemukselliseen alueeseen oli alhaisempi kuin ei-lapsettomuushoidoissa olleiden. Lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyyden keskiarvo kokemukselliseen tyytyväisyyteen oli 3,61 (n=16). Ei-lapsettomuushoidoissa olleiden keskiarvo oli 4,13 (n=128).

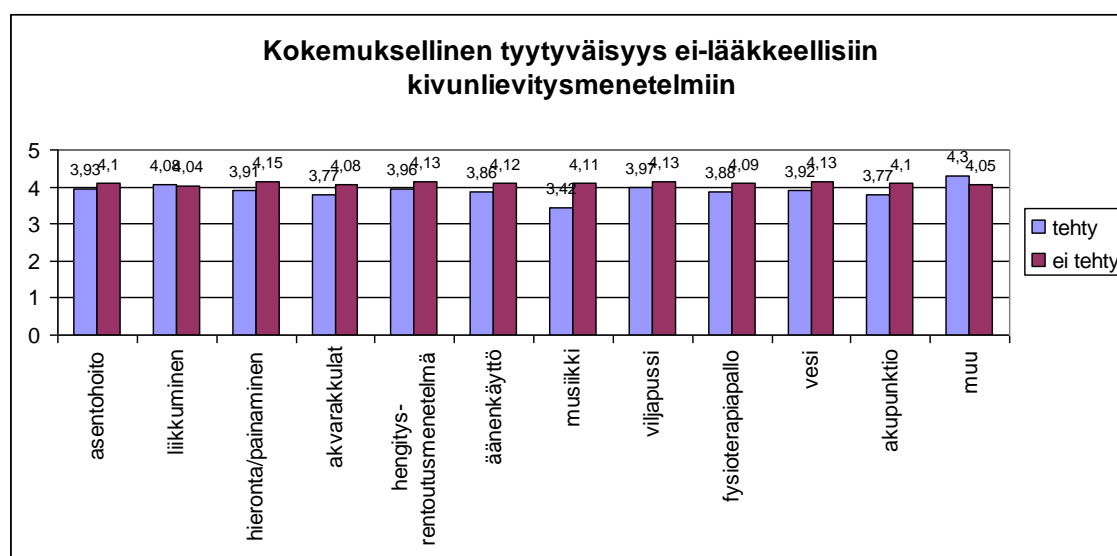
Synnyttäjät, joilla oli kaksi tukihenkilöä synnytyksessä mukana, olivat vähemmän tyytyväisiä kokemukselliseen alueeseen 3,67 (n=3) kuin synnyttäjät, joilla ei ollut yhtään tukihenkilöä 4,24 (n=5) tai joilla oli yksi tukihenkilö 4,07 (n=136).

Synnytyksissä, joissa raskauden aikana oli ilmennyt raskausongelmia tai oli vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, tyytyväisyyden keskiarvo kokemukselliseen tyytyväisyyteen oli 4,01 (n=74). Jos raskauden aikana ei ollut ilmennyt raskausongelmia tai vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, vastanneiden keskiarvo oli 4,14 (n=70).

Kun synnytys käynnistyi supistuksilla, vastaajat olivat vastanneet kokemukselliseen tyytyväisyyteen keskimäärin 4,01 (n=81). Lapsivedenmenolla käynnistyneessä synnytyksessä synnyttäjien vastausten keskiarvo oli 4,12 (n=30), verisellä vuodolla käynnistyneessä 3,55 (n=4), ja kun synnytys käynnistettiin sairaalassa, se oli 4,25 (n=28).

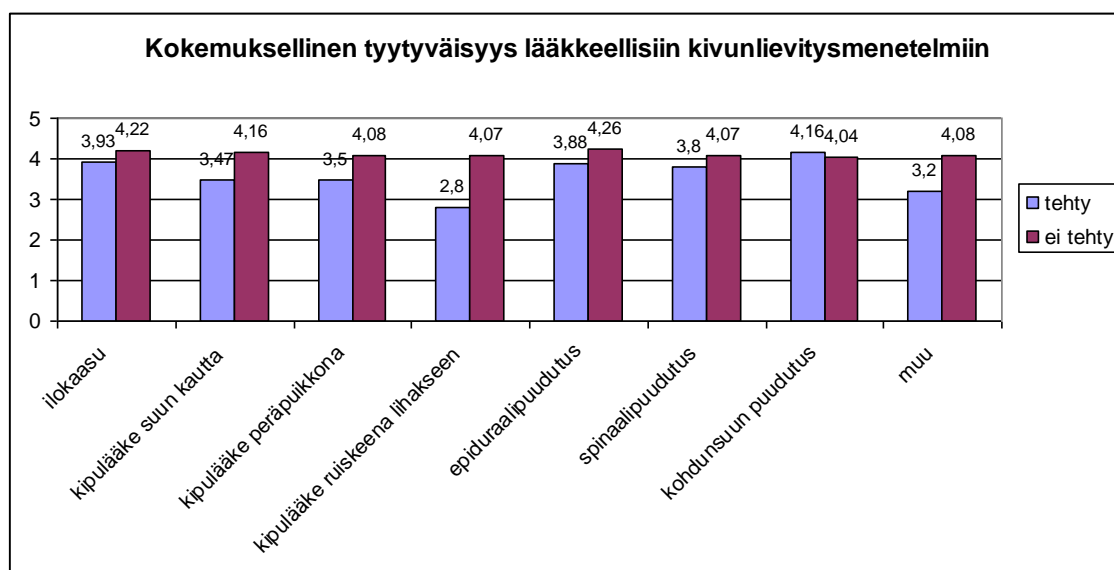
Synnyttäjien, joilla otettiin sikiön sydänäänikäyrä, kokemuksellisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,06 (n=131), ja joilla ei kuunneltu sikiön sydänäänikäyrää, tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,10 (n=12). Synnyttäjien, joilla puhkaistiin sikiökalvot, kokemuksellinen tyytyväisyys oli 4,05 (n=60), ja joilla ei puhkaistu sikiökalvoja, tyytyväisyys oli 4,08 (n=83). Synnyttäjien, joilla käytettiin supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä kokemuksellinen tyytyväisyys oli 3,92 (n=64), ja joilla ei käytetty supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä, tyytyväisyys oli hieman korkeampi 4,18 (n=79). Synnyttäjien, joiden ponnistusvaihetta avustettiin imukupilla kokemuksellisen tyytyväisyyden keskiarvo oli alhaisempi 3,49 (n=14) kuin niillä, joiden ponnistusvaihetta ei avustettu imukupilla 4,13 (n=129).

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet akvarakkuloita kivunlievitykseen (kuvio 23), olivat vähemmän tyytyväisiä kokemukselliseen alueeseen 3,77 (n=7) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet akvarakkuloita 4,08 (n=136). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet musiikkia kivunlievitykseen olivat vähemmän tyytyväisiä 3,42 (n=9) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet musiikkia 4,11 (n=134). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet akupunktiota, olivat vähemmän tyytyväisiä 3,77 (n=15) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet akupunktiota 4,10 (n=128).



Kuvio 23: Kokemuksellinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet kipulääkettä suun kautta (kuvio 24) 3,47 (n=20), peräpuikkona 3,50 (n=4) tai ruiskeena lihakseen 2,80 (n=1) olivat vähemmän tyytyväisempiä kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet kipulääkettä suun kautta 4,16 (n=123), peräpuikkona 4,08 (n=139) tai ruiskeena lihakseen 4,07 (n=142). Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet kivunlievitykseen epiduraalipuudutusta 3,88 (n=74) tai muuta kivunlievitysmenetelmää 3,20 (n=3) olivat vähemmän tyytyväisiä kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet epiduraalipuudutusta 4,07 (n=69) tai muuta kivunlievitysmenetelmää 4,08 (n=140).



Kuvio 24: Kokemuksellinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Kun yhtään päivää ei ollut kulunut synnytyksestä kyselylomakkeeseen vastaamiseen, vastaajat olivat keskimäärin vastanneet 4,20 (n=45). Yhden päivän kuluttua synnytyksestä vastanneiden vastausten keskiarvo oli 4,05 (n=43), kahden päivän kuluttua vastanneiden 4,01 (n=43), kolmen päivän kuluttua vastanneiden 4,00 (n=8) ja neljän päivän kuluttua vastanneiden 3,55 (n=4). Kahdeksan päivän kuluttua vastanneiden vastausten keskiarvo oli 4,40 (n=1).

6.9.6 Eettinen tyytyväisyys

Alle 20-vuotiaat ja nuoremmat sekä 21–25-vuotiaat olivat vähemmän tyytyväisiä eettiseen alueeseen kuin muut ikäluokat. Alle 20-vuotiaiden ja nuorempien keskiarvo oli 4,42 (n=4). 21–25-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,25 (n=21).

26–30-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,57 (n=47). 31–35-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,47 (n=50). 36–40-vuotiaiden vastausten keskiarvo oli 4,63 (n=17). 40-vuotiaiden ja vanhempien vastausten keskiarvo oli 4,61 (n=6).

Naimisissa olevien synnyttäjien vastausten keskiarvo eettiseen alueeseen oli 4,58 (n=74) ja avoliitossa olevien synnyttäjien vastausten keskiarvo oli 4,37 (n=66). Seurustelevien synnyttäjien vastausten keskiarvo oli 4,33 (n=2). Ei-seurustelevat ja muut siviilisäädyt olivat tyytyväisempiä eettiseen alueeseen kuin muut vastanneet, ei-seurustelevien vastausten keskiarvo oli 5,0 (n=2) ja muiden siviilisäätäjien vastausten keskiarvo oli 5,0 (n=2).

Toisen asteen koulutuksen omaavien tyytyväisyyden keskiarvo eettiseen alueeseen oli 4,49 (n=54). Opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon omaavat olivat kaikkein tyytyväisimpiä eettiseen alueeseen, vastausten keskiarvo oli 4,61 (n=41). Akateemisen tutkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,41 (n=41) ja muun tutkinnon omaavien vastausten keskiarvo oli 4,43 (n=7).

Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettuihin internet-sivuihin tutustuneiden tyytyväisyyden keskiarvo eettiseen tyytyväisyyteen oli 4,36 (n=28). Synnytysvalmennukseen osallistuneiden ja synnyttäjille tarkoitettujen internetsivujen tutustumattomien vastausten keskiarvo oli 4,55 (n=17). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin internet-sivuihin tutustuneiden vastausten keskiarvo oli 4,46 (n=49). Synnytysvalmennukseen osallistumattomien ja synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin tutustumattomien vastausten keskiarvo oli 4,58 (n=52).

Lapsettomuushoidoissa olleiden tyytyväisyyden keskiarvo eettiseen tyytyväisyyteen oli 4,27 (n=16). Ei lapsettomuushoidoissa olleiden keskiarvo oli 4,52 (n=130).

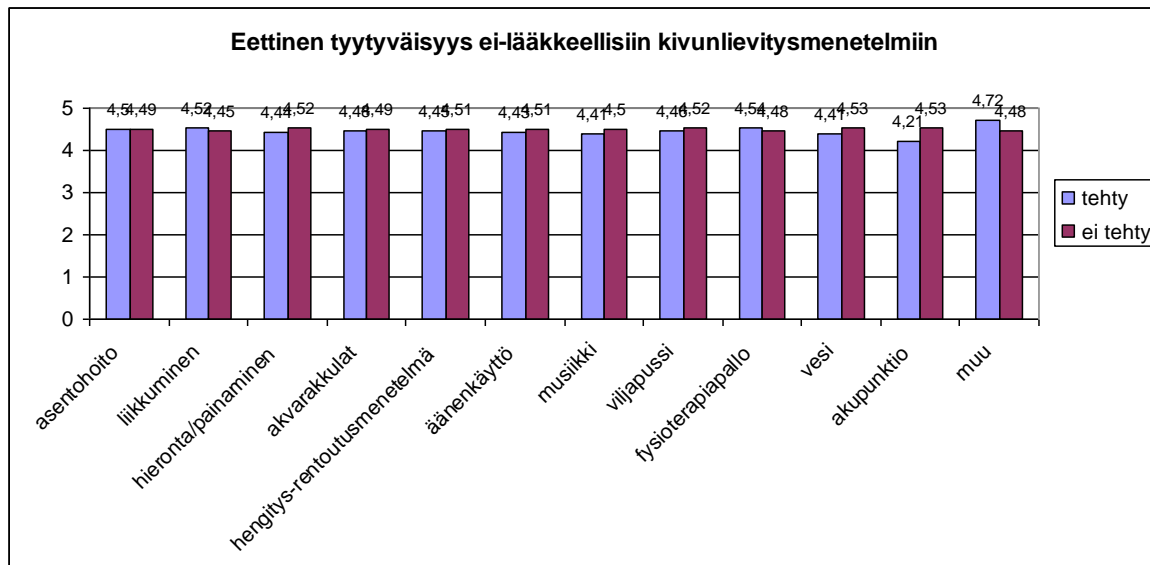
Synnyttäjät, joilla oli kaksi tukihenkilöä synnytyksessä mukana, olivat vähemmän tyytyväisiä eettiseen alueeseen 4,13 (n=5), kuin synnyttäjät, kenellä ei ollut yhtään tukihenkilöä 4,67 (n=5) tai kenellä oli yksi tukihenkilö 4,5 (n=136).

Synnytyksissä, joissa raskauden aikana oli ilmennyt raskausongelmia tai oli vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, tyytyväisyyden keskiarvo eettiseen tyytyväisyyteen oli 4,46 (n=74). Jos raskauden aikana ei ollut ilmennyt raskausongelmia tai vaadittu äitiyspoliklinikkakäyntejä, vastanneiden keskiarvo oli 4,54 (n=72).

Synnytyksen käynnistyessä supistuksilla synnyttäjien vastausten keskiarvo eettiselle tyytyväisyydelle oli 4,45 (n=83). Lapsivedenmenolla käynnistyessä se oli 4,69 (n=29) ja verisellä vuodolla käynnistyessä 4,67 (n=4). Käynnistettäessä synnytys sairaalassa vastausten keskiarvo oli 4,40 (n=29).

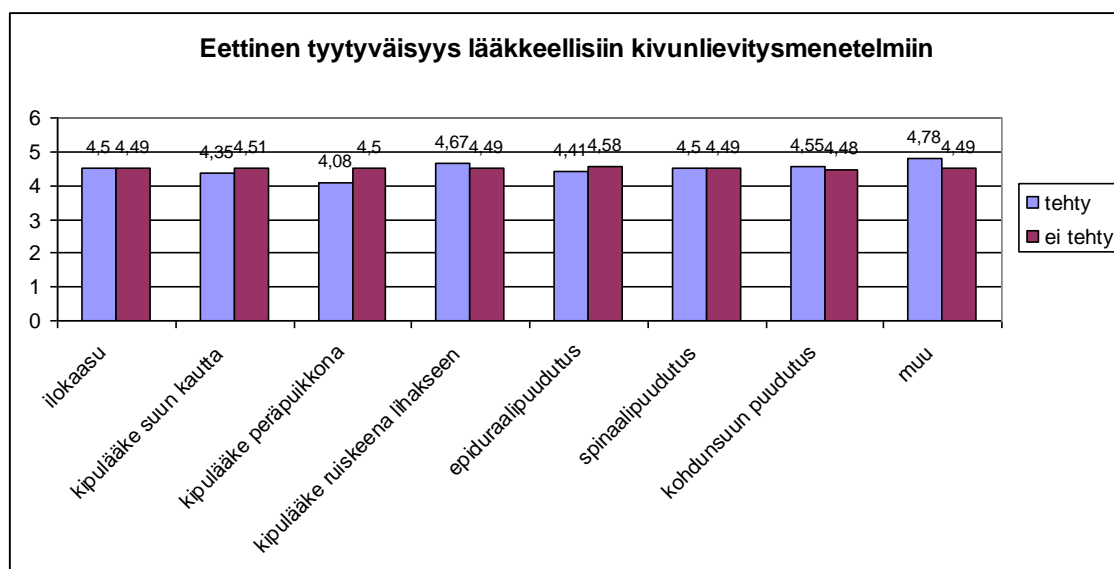
Synnyttäjien, joilla otettiin sikiön sydänäänikäyrä, eettisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,50 (n=132), ja joilla ei kuunneltu sikiön sydänäänikäyrää, tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,44 (n=13). Synnyttäjien, joilla puhkaistiin sikiökalvot, eettinen tyytyväisyys oli 4,42 (n=63), ja joilla ei puhkaistu sikiökalvoja, tyytyväisyys oli 4,55 (n=82). Synnyttäjien, joilla käytettiin supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä eettinen tyytyväisyys oli 4,44 (n=63), ja joilla ei käytetty supistuksia lisäävää suonensisäistä lääkitystä, tyytyväisyys oli 4,53 (n=82). Synnyttäjien, joiden ponnistusvaihetta avustettiin imukupilla eettisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 4,29 (n=15), ja joilla ei avustettu ponnistusvaihetta imukupilla, tyytyväisyyden keskiarvo oli hieman korkeampi, 4,52 (n=130).

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet akupunktiota kivunlievitykseen (kuvio 25), olivat vähemmän tyytyväisiä eettiseen alueeseen 4,21 (n=16) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet akupunktiota 4,53 (n=129).



Kuvio 25: Eettinen tyytyväisyys ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet kipulääkettä peräpuikkona (kuvio 26) olivat vähemmän tyytyväisiä eettiseen alueeseen 4,08 (n=4) kuin synnyttäjät, jotka eivät olleet käyttäneet peräpuikkoa 4,5 (n=141).



Kuvio 26: Eettinen tyytyväisyys lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin

Tyytyväisyyteen synnytyksen hoidon eettiseen alueeseen vastaajien, joiden synnytyksestä ei ollut kulunut yhtään päivää vastaamiseen, vastausten keskiarvo oli 4,48 (n=43). Kun synnytyksestä oli kulunut yksi päivä, vastausten keskiarvo oli 4,47 (n=46), kaksi päivää 4,58 (n=43), kolme päivää 4,42 (n=8) ja neljä päivää 3,93 (n=5). Kahdeksan päivän kuluttua vastanneet olivat keskimäärin vastanneet 5,00 (n=1).

6.10 Tyytyväisyyteen ja tyytymättömyyteen vaikuttaneet tekijät

Kyselylomakkeen kysymys 60 (liite 1) on avoin kysymys, johon vastaajat saivat halutessaan kirjoittaa tekijöistä, jotka vaikuttivat tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen. Siihen oli vastannut 46,0 % (n=70) vastaajista. Tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden tekijöinä synnytykskokemuksessa pidettiin henkilökuntaa, henkilökunnan toimintaa, tiloja, kokemusta ja kivunhoitoa (liite 4; taulukko 1).

Henkilökunnan ominaisuuksissa tyytyväisyystekijöinä pidettiin kättilön ammattitaitoa, mukavaa henkilökuntaa, kättilön rauhallisuutta ja, henkilökunnan positiivisuutta, hyvyttä, kärsivällisyyttä ja kielitaitoa. Kättilön hyvä asenne, panostus työhönsä ja kielitaito olivat tyytyväisyystekijöitä. Henkilökunnan nähtiin välittävän työstään ja ammattitaito vähensi pelkoja. 13 vastaajaa lähetti kiitokset henkilökunnalle. "Vaikka oli kiire, sain tosi paljon apua ja henkilökunta oli iloinen ja positiivinen." "Kättilöt tietävät mitä tekevät ja he osaavat hommansa ja se poistaa pelkoa."

Henkilökunnan ominaisuuksissa tyytymättömyystekijöinä pidettiin henkilökunnan jäämistä mieleen negatiivisesti, kättilön vaihtumista synnytyksen, kättilön epävarmuutta, näsäviisasta henkilökuntaa sekä luottamuksellisen suhteen vaikeaa luomista. "Tämä toinen synnytys tuli kovalla vauhdilla. Siksi emme oikein kunnolla ehtinyt tutustumaan kättilöön."

Henkilökunnan toiminnassa tyytyväisyystekijöinä pidettiin tukemista, tiedon antamista, henkilökunnan kannustamista, turvallisen olon luomista, hyvää hoitoa, kättilön toimintaa akuutissa tilanteessa ja huomiointia. Henkilökunnan toiminnassa luottaminen, ymmärtäminen, huolehtiminen, rohkaisu, läsnäolo sekä oh-

jaus ja avun saaminen olivat tyytyväisyystekijöitä. Tyytyväisyyttä lisäsi myös työvuoronvaihdosta kertominen itse, oveen koputtaminen ja henkilökunnan esittäytyminen. "Plussaa oli että kätilöt ja lääkärit itse kertoivat omien työvuorojensa päättymisestä, jokainen uusi esitteli itsensä ja aina koputettiin oveen."

Henkilökunnan toiminnassa tyytymättömyystekijöinä pidettiin henkilökunnan kiirettä, kätilöön tutustumista, yksin jäämistä, tukihenkilön ohjauksen puutetta, kannustuksen puutetta, asentojen ehdottamista ponnistusvaiheessa, vain pyydetessä käymistä, holhoavaa tyyliä ohjata, kiroilun estämistä, liikkumisen rajoittamista, kivuliaiden sisätutkimusten tekemistä, kätilön tulematta jättämistä vaikka luvannut, koskemista ilman lupaa, hengitystavan läpikäymistä, kätilön poistumista huoneesta ja asioiden selittämistä kesken supistusten. "Kätilö oli niin kiireinen että selitti asioita kesken kovimmat supistukset ei osannut ollenkaan lukea minua." "Päivä oli henkilökunnalle kiireinen ja koin meidän jääneen yksin."

Tyytyväisyystekijöinä tiloihin pidettiin tilojen esittelyä, välineitä kuten fysioterapiapalloa, huoneen rauhallisuutta ja kiireetöntä tunnelmaa. "Tilat esiteltiin hyvin ja paikalta löytyi erilaisia välineitä, jumppapallo, säkkituoli ym..."

Tyytymättömyystekijöinä tiloihin pidettiin puutteellisia tiloja, yksityisyyden kärsimistä, yleistä wc:tä synnytyksen aikana, perhehuoneen puuttumista ja EKG-laitteen liikutettavuutta. "Oma hallinta katosi kun vauva kiinnitettiin EKG-laitteeseen. Sen jälkeen ei voinut enää liikkua niin paljon kuin toivoin voivani olla liikkeessä. Kivut lisääntyivät makuulla. Eikö laite voisi olla liikuteltavissa?"

Tyytyväisyystekijöinä synnytyskokemukseen pidettiin positiivista kokemusta, hyvän mielen jäämistä, asioiden sujumista omalla painollaan, yleistä tyytyväisyyttä ja vanhojen traumojen kumoutumista sekä synnytyssalissa synnytyksen jälkeen koettiin saada olla sopivan ajan. "Synn.huoneessa oli sopivan rauhallista ja kiireetön tunnelma, varsinkin oli mukavaa, että itse synnytyksen jälkeen sai huoneessa olla rauhassa sopivan pitkään (ei hoputettu ulos)..."

Tyytymättömyystekijöinä synnytyskokemukseen pidettiin lapsen sydänäänten häviämistä, omaa epävarmuutta, tukihenkilön välipalan puuttumista ja oman

hallinnan tunteen katoamista. "Pitkän urakan jälkeen myös tukihenkilölle välipala!"

Tyytyväisyystekijöinä kivunhoitoon pidettiin kipujen arviointia, epiduraalipuudutuksen aloituksen nopeutta, kivunhoidon onnistumista, lääkkeetöntä synnytystä, akupunktiota ja asennon vaihtamisia. Myös kivulias kokemus saatiin miellyttäväksi. "Kättilömme sai elämäni kivuliaimman kokemuksen tuntumaan jopa miellyttävältä."

Tyytymättömyystekijöinä kivunhoidossa pidettiin omaa kykyä hallita synnytyksen aikaista kipua, kivunlievityksen riittämättömyyttä, lääkkeettömän kivunlievityksen sopimattomuutta, kättilön asennetta lääkkeelliseen kivunlievitykseen, lääkärin odottamista kivunlievityksessä ja kipulääkevaihtoehtojen tiedon saamista. "Monen kättilön (myös edelliseen synnytykseen osallistuneiden) tuntuu olevan vaikea ymmärtää äitiä, joka ei koe hyötyvänsä lääkkeettömästä kivunlievityksestä."

7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat validiteetti ja reliabiliteetti. Kokonaisluotettavuus on hyvä, kun satunnaisvirheitä on vähän ja otos edustaa perusjoukkoa. (Alkula ym. 2002, 89; Vilkka 2007, 152.) Tutkimustulosten luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida se, miten hyvin tulokset vastaavat todellisuutta ja se, saadaanko käytetyllä tutkimusmenetelmällä vastaus tutkimusongelmaan (Erätuuli ym. 1994, 98).

Reliabiliteetillä tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Se arvioi tulosten pysyvyyttä. Tutkimus on luotettava, jos uudelleenmittauksessa tulokset pysyvät samoina tutkijasta riippumatta. Reliabiliteettiä tulee arvioida tutkimuksen aikana sekä tutkimuksen jälkeen. (Metsämuuronen 2002, 11; Vilkka 2007, 149.) Opinnäytetyön reliabiliteettia arvioitiin tilastollisten menetelmien avulla laskemalla Cronbachin alfa-kerroin. Alfa-kertoimelle ei ole yksiselitteisiä laatuarvoja, mutta sen tulisi olla suurempi kuin 0,7 (Alkula ym. 2002, 98–99). SynTy-mittarin Cronbachin alfa-arvo on 0,869, jota voidaan pitää luotettavana.

Tutkimuksen validiteetti kertoo, mitataanko sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validiteettiä tulee arvioida tutkimuksen aikana, mittaria suunniteltaessa sekä käsitteiden operationalisoinnissa. (Alkula ym. 2002, 89; Metsämuuronen 2002, 11; Vilkka 2007, 150–151.) Validiteetti jaetaan sisäiseen, mittausten tarkkuuteen liittyvään ja ulkoiseen, tutkimustulosten yleistettävyyteen liittyvään validiteettiin (Erätuuli ym. 1994, 98–99; Alkula ym. 2002, 44). Tutkimuksen ulkoinen validiteetti paranee silloin, kun aineisto on suuri (Alkula ym. 2002, 44). Opinnäytetyössä tutkimustulosten yleistettävyyttä pyrittiin parantamaan otoskoolla (N=200). Vastaajia oli lopulta 151.

Mittavälineen tulee käsitellä mittaamisen kohteena olevan käsitteen kattavasti, ja kaikki käsitteen osa-alueet on oltava mittauksen kohteena (Erätuuli ym. 1994, 106). Vuonna 2008 mittarin on todettu olevan luotettava siten, että vastaajat

ovat ymmärtäneet kysymykset yhdenmukaisesti. Tuolloin kyselylomaketta on myös esitettävä kaksi kertaa. (Melender & Kauppila 2009, 19.) Kyselylomake vastaa opinnäytetyön tutkimusongelmaa, ja se on jaettu kysymysalueisiin kattavan tyytyväisyyden eri osa-alueet synnytyksen aikaiseen hoitoon.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys alkaa jo tutkimuksen aihetta valittaessa. Tutkimuksen aiheen tulee olla tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkimuksen aihe, tutkimusongelma, tutkimuksen tavoitteet tai aineiston kerääminen eivät saa loukata ketään. (Vilka 2007, 90; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365)

Tietolähteiden valinnalla on merkitystä tutkimuksen luotettavuuden kannalta ja siihen tulee kiinnittää huomiota. Tietolähteet tulisi valita niin, että ne aiheuttavat mahdollisimman vähän haittaa tutkittavalle, ja luotettavuuden kannalta tulisi pohtia miten ja keitä on tutkimukseen otettu mukaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 366.)

Aineistonkeruussa tulee huomioida hyvä ihmisten kohtelu ja heidän oikeutensa. Tutkittavia tulee kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti, ja heiltä tulee pyytää suostumus osallisuudestaan tutkimukseen. Tutkittavia on informoitava tutkimuksesta hyvin ja, heidän oikeudet ja velvollisuudet tulee kuvata rehellisesti. Tutkimuksesta saa myös kieltäytyä eikä tutkittavien henkilötietoja tule tuoda esille. (Kuula 2006, 86–88; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367.)

Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista, ja siitä sai kieltäytyä missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Opinnäytetyöhön osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuttanut hoidon laatuun. Opinnäytetyöhön osallistuvien tietoinen suostumus kysyttiin suullisesti, ja heidän fyysinen ja psyykinen koskemattomuus turvattiin. Tutkimukseen osallistujat saivat luettavakseen saatekirjeen (liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksesta. Osallistujat saivat tarvittaessa kysyä lisätietoja tutkimuksen tekijöiltä. Myös osastojen henkilökuntaa informoitiin kyselystä ja sen täyttämisestä. Tutkimusaineisto on säilytetty lukitussa paikassa ja tietokoneella salasanan takana. Tulokset on raportoitu niin, etteivät henkilöt ole

tunnistettavissa niistä. Tutkimusprosessin ulkopuolella oleville henkilöille ei ole luovutettu aineistotietoa. Tutkimusaineisto tullaan hävittämään analysoinnin ja raportoinnin jälkeen.

Tutkijan tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, noudattaa rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta työssä. Tutkimustyössä tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä ja ottaa muiden tutkijoiden työt asianmukaisella tavalla huomioon. Tutkimuksessa ei saa loukata hyvää tieteellistä käytäntöä vilpillä tai piittaamattomuudella. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteellisesti ja yksityiskohtaisesti vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen analyysi tulee tehdä luotettavalla tavalla ja koko aineisto tulee hyödyntää siinä. Ihmisarvoa ja ihmistä tulee kunnioittaa ja asiakkaan ja potilaan edun mukaan tulee toimia. Vuorovaikutuksen tulee olla toista arvostavaa ja inhimillistä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002; Kuula 2006, 34–35; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364–365, 369; ETENE 2011.)

Opinnäytetyön jokainen vaihe on toteutettu eettisten ohjeiden mukaan, noudattaen valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE 2011) eettisiä ohjeita ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2002) ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Muiden tutkijoiden ansiot ja työt on raportoitu asianmukaisesti. Koko aineisto on analysoitu, eikä yhtään kohtaa ole jätetty analysoimatta. Yksi vastaus jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten takia. Tutkimuksen tulokset on raportoitu yksityiskohtaisesti ja rehellisesti.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Synnyttäjät olivat **yleisesti melko tyytyväisiä synnytyksen hoitoon**. He eivät vastanneet yhdessäkään kysymyksessä olevansa tyytymättömiä. Tyytyväisimpiä synnyttäjät olivat synnytyksen hoidon eettiseen alueeseen, ja vähiten tyytyväisiä he olivat sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen. Erityisesti eettisessä alueessa oltiin tyytyväisiä siihen, miten synnytyshuoneessa huolehdittiin yksityisyydestä. Sosiaalis-yhteisöllisellä alueella oltiin vähiten tyytyväisiä siihen, ettei tavannut synnytyslääkärää synnytyksen aikana ja siihen, kuinka synnytyslääkäri kuunteli synnyttäjää ja hänen tuntemuksiaan. Näihin molempiin oltiin kuitenkin keskimäärin melko tyytyväisiä. Synnytyslääkärin puuttuessa synnytykseen tilanne on usein jo valmiiksi huolestuttava, mikä on voinut vaikuttaa synnyttäjän tyytyväisyyteen synnytyslääkärin toimintaan. Kuitenkin keskimäärin oltiin melko tyytyväisiä sen ajan määrään, jonka synnytyslääkäri vietti synnyttäjän luona. Se, ettei tavannut synnytyslääkärää synnytyksen aikana, saattoi synnyttäjistä tuntua negatiiviselta, jos synnyttäjä oli kaivannut lääkärin ammattitaitoa tilanteeseensa.

Melenderin ja Kauppilan tutkimuksessa (2009, 20) on kaikkien alueiden keskiarvo ollut 4,26. Korkein tyytyväisyys on ollut sosiaalis-yhteisöllisessä alueessa ja matalin sosiaalis-yhteisöllisessä alueessa, kun synnytyslääkäri on hoitanut synnytyksen (yhteinen keskiarvo sosiaalis-yhteisöllisellä alueella oli 4,23). Tulokset eivät ole täysin verrattavissa, sillä Melenderin ja Kauppilan tutkimuksen otos oli N=400 ja tämän tutkimuksen otos on N=200. Tuloksista voidaan kuitenkin päätellä, että kaikkien alueiden keskiarvot ovat hieman heikommat tässä opinnäytetyössä kuin mitä Melenderin ja Kauppilan (2009, 20) toteuttamassa tutkimuksessa. Raussi-Lehdon tutkimuksessa (1998) on todettu synnyttäjien olleen suurimmaksi osaksi tyytyväisiä hoitoonsa synnytysosastolla, Meskasen (1998) tutkimuksessa todettiin palvelun laadun olevan erittäin hyvä synnytyksen hoidossa ja Leino-Kilven ja Styrmanin (1993) tutkimuksessa todettiin suurimman osan synnyttäjistä olleen erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

Vanhemmat synnyttäjät olivat tyytyväisempiä kuin nuoremmat synnyttäjät synnytyksen hoidon biologis-fysiologisella, tiedollisella ja sosiaalis-yhteisöllisellä

alueella. **Uudelleensynnyttäjät** olivat tyytyväisempiä kuin ensisynnyttäjät kokemukselliseen alueeseen. Ikä voi vaikuttaa tyytyväisyyteen kokemuksellisella tasolla ja siten, että kokemuksen mukanaan tuoma varmuus tekee ihmisestä tietoisemman siitä, mitä haluaa synnytykseltä. Nuoremmilla synnyttäjillä ei välttämättä ole yhtä selkeää käsitystä siitä, mitä synnytyksessä tulisi odottaa biologis-fysiologisella, tiedollisella ja sosiaalis-yhteisöllisellä alueella. Ensisynnyttäjien kokemuksellinen tyytyväisyys voi olla vähäisempi uudelleensynnyttäjiin nähden siitä syystä, että heillä ei ole samanlaista vertailukohdetta kuin uudelleensynnyttäjillä, eivätkä he ole yhtä tietoisia siitä, mitä odottaa. **Siviilisäätty** ei vaikuttanut tyytyväisyyteen.

Akateemisen tutkinnon suorittaneet olivat vähemmän tyytyväisiä synnytyksen hoidon toiminnalliseen alueeseen kuin muita tutkintoja suorittaneet. Toisen asteen koulutuksen omaavat olivat kaikkein tyytyväisimpiä tiedolliseen alueeseen verrattuna muita tutkintoja suorittaneisiin, kun taas opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon omaavat olivat vähiten tyytyväisiä tiedolliseen alueeseen. Korkeamman tutkinnon omaavat henkilöt mahdollisesti haluavat vaikuttaa enemmän omalla toiminnallaan synnytyksen edistymiseen ja kivun hallintaan. Tämä saattaisi toteutua lisäämällä ohjauksen määrää keinoista, joilla vaikuttaa omalla toiminnalla. Raussi-Lehdon tutkimuksessa (1998) todettiin korkeakoulututkinnon suorittaneiden olleen tyytymättömämpiä hoidon laatuun.

Toisin kuin tässä opinnäytetyössä, Melenderin ja Kauppilan tutkimuksessa (2009, 20) on todettu naimisissa olevien ja uudelleensynnyttäjien olevan tyytyväisempiä biologis-fysiologisella, toiminnallisella, sosiaalis-yhteisöllisellä ja eettisellä alueella. Tutkinnolla ei ole ollut vaikutusta tyytyväisyyteen. Synnyttäjän vanhemman iän on todettu vaikuttavan tyytyväisyyteen tiedollisella, sosiaalis-yhteisöllisellä ja kokemuksellisella alueella. Tarkan (1996, 61–62) tutkimuksessa koulutuksella, iällä, sosioekonomisella asemalla ja siviilisäädellä ei ollut vaikutusta synnytyskokemukseen, kun taas synnytyksen keston ja synnytyskokemuksen välinen yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä.

Tyytyväisyys synnytyksen hoidon kokemukselliseen alueeseen oli sitä korkeampi, mitä vähemmän aikaa synnytys kesti. Kokemuksellinen tyytyväisyys

kasvoi myös sen mukaan, kuinka paljon aiempia synnytyksiä synnyttäjällä oli. Synnytyskokemus on parempi silloin, kun synnytys kestää vähemmän aikaa. Pidemmän synnytyksen aikana joutuu kärsimään kauemmin kivuista, ja huoli lapsen voinnista voi olla suuri. Melenderin ja Kauppilan tutkimuksessa (2009, 20) ei ole todettu raskauden tai synnytyksen kestolla olevan yhteyttä tyytyväisyyteen.

Synnytysvalmennukseen osallistuminen ja synnyttäjille tarkoitettuihin net-tisivuihin tutustuminen laski hieman tyytyväisyyttä tiedolliseen ja kokemukselliseen alueeseen, mutta nosti tyytyväisyyttä sosiaalis-yhteisöllisellä alueella. Synnytysvalmennuksella tai internetsivuilla ei ole todettu olevan yhteyttä synnyttäjän tyytyväisyyteen Melenderin ja Kauppilan tutkimuksessa (2009, 20). Synnytysvalmennuksessa ja internetsivuilla on saattanut olla sellaista asiaa, jota ei ole käyty läpi synnytyksen aikana, mikä on vaikuttanut tiedolliseen tyytyväisyyteen. Synnytysvalmennus ja internetsivut saattoivat tehdä synnyttäjän odotuksista synnytystä kohtaan realistisempia, ja näin parantaa sosiaalis-yhteisöllistä tyytyväisyyttä. Ahosen tutkimuksessa (2001) puolet vastanneista on tuonut esille synnytysvalmennuksen synnytykseen valmentautumisessa. Valmennuksessa on kaivattu enemmän tietoa kivusta ja kivunlievityksestä.

Lapsettomuushoidot laskivat toiminnallisen ja kokemuksellisen tyytyväisyyden keskiarvoa. Lapsettomuushoidoista alkanut raskaus voi olla psyykkisesti raskaana olevaa kuormittavampi kuin luonnollisesti alkanut raskaus, mikä vaikuttaa synnytyksessäkin jännitystä lisäävästi. Lapsettomuushoidoissa olleita synnyttäjiä oli 16 kappaletta, joten tulokseen tulee suhtautua hieman kriittisesti. Lapsettomuushoidoilla ei ole todettu olevan vaikutusta synnyttäjän tyytyväisyyteen Melenderin ja Kauppilan tutkimuksessa (2009, 20). Raskaudenaikaisilla ongelmilla tai synnytyksen käynnistymistavalla ei todettu olevan vaikutusta tyytyväisyyteen synnytyksen aikaiseen hoitoon tässä opinnäytetyössä tai Melenderin ja Kauppilan (2009, 20) tutkimuksessa.

Sikiökalvojen puhkaisu ja imukuppisynnytys laskivat toiminnallista ja kokemuksellista tyytyväisyyttä. Mahdollisuus vaikuttaa omalla toiminnalla synnytyksen edistymiseen ja kivun hallintaan vähenee, kun synnytykseen puututaan,

mikä laskee synnyttäjän toiminnallista tyytyväisyyttä, ja voi vaikuttaa kokemukSELLISEEN tyytyväisyyteen. **Oksitosiinin käyttö** laski sosiaalis-yhteisöllisen alueen tyytyväisyyttä, ja imukupin käyttö ponnistusvaiheessa nosti sosiaalis-yhteisöllistä tyytyväisyyttä. Imukupisynnytyksen on todettu vähentävän tyytyväisyyttä kaikilla hoidon alueilla Melenderin ja Kauppilan tutkimuksessa (2009, 20). Biologis-fysiologisella ja toiminnallisella alueella olivat tyytyväisempiä ne synnyttäjät, joiden sikiökalvoja ei puhkaistu tai oksitosiinia ei oltu käytetty. Oksitosiinin käyttämättömyys nosti tyytyväisyyttä myös eettisellä alueella. (Melender & Kauppila 2009, 20.)

Omiin mahdollisuuksiin vaikuttaa omalla toiminnallaan kivun hallintaan oltiin vähiten tyytyväisiä toiminnallisessa alueessa. Omalla toiminnalla kivun hallintaan vaikuttaminen voi olla haasteellista, eikä siihen välttämättä ole saanut opastusta esimerkiksi henkilökunnan kiireen takia. Synnyttäjän omat keinot vaikuttaa siihen voivat olla vähissä, jolloin ohjauksen merkitys synnytyksen aikana ja ennen sitä korostuvat. **Kivunlievitysmenetelmistä saadun tiedon määrään oltiin vähiten tyytyväisiä tiedollisesta alueesta.** Eri kipulääkevaihtoehtoista halutaan mahdollisesti saada tietoa, vaikkei kaikkia niistä olisiakaan mahdollista saada. Holopaisen ja Vatasen (2003, 50, 59) tuloksista käy ilmi, että vastaajat kaipasivat enemmän tietoa vaihtoehtoista. Leino-Kilven ja Styrmanin tutkimuksessa (1993) todettiin synnyttäjien haluavan enemmän vaihtoehtoja esimerkiksi asentojen ja kivunlievityksen suhteen.

Ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin oltiin vähemmän tyytyväisiä biologis-fysiologisella alueella verrattuna alueen muihin kysymyksiin. Ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät eivät välttämättä tehoa yhtä hyvin kuin lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät, eivätkä ne sovi kaikille synnyttäjille. Melenderin ja Kauppilan (2009, 20) tutkimuksessa tyytyväisyys biologis-fysiologisella ja toiminnallisella alueella kasvoi, kun synnyttäjä oli käyttänyt liikumista kivunhallintamenetelmänä. **Fyysisestä mukavuudesta huolehtimiseen synnytyksen aikana oltiin vähiten tyytyväisiä biologis-fysiologisesta alueesta.** Fyysisestä mukavuudesta huolehtimiseen on saattanut vaikuttaa

esimerkiksi henkilökunnan kiire. Raussi-Lehdon tutkimuksessa (1998) synnytyskivun lievitys ei ollut toteutunut synnyttäjien haluamalla tavalla.

Synnyttäjät, jotka olivat käyttäneet kivunlievitykseen epiduraalipuudutusta, olivat vähemmän tyytyväisiä hoidon kokemukselliseen alueeseen kuin ne, jotka eivät olleet käyttäneet epiduraalipuudutusta. Synnytyksessä käytetyn teknologian määrä laskee synnyttäjien tyytyväisyyttä Melenderin ja Kauppilan (2009, 20) tutkimuksessa. **Kokemuksellisella alueella oman hallinnan tunteen säilyttämiseen synnytyksessä oltiin vähiten tyytyväisiä**. Oma hallintatunne synnytyksessä saattaa kadota, jos ei pysty itse vaikuttamaan synnytyksen kulkuun.

Tukihenkilöiden määrä vaikutti tyytyväisyyteen. Kun synnyttäjällä ei ollut yhtään tukihenkilöä mukanaan synnytyksessä, hän oli tyytyväisempi synnytyksen hoidon toiminnalliseen ja tiedolliseen alueeseen kuin synnyttäjä, jolla oli yksi tai kaksi tukihenkilöä mukanaan. Yksin ollessaan synnyttäjälle saattaa syntyä nopeammin luottamuksellinen suhde kättilöön, ja hänen tulee turvautua myös enemmän itseensä, mikä voi vaikuttaa tyytyväisyyteen mahdollisuuksiin vaikuttaa omalla toiminnallaan synnytyksen edistymiseen ja kivun hallintaan. Ne synnyttäjät, joilla oli vähintään yksi tukihenkilö mukana synnytyksessä, olivat tyytyväisempiä hoidon sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen. Kahden tukihenkilön läsnäolo synnytyksessä laskee tyytyväisyyttä synnytyksen hoidon biologis-fysiologiseen, kokemukselliseen ja eettiseen alueeseen. Kaksi tukihenkilöä oli mukana vain viidellä synnyttäjällä, joten tulokseen tulee suhtautua kriittisesti. Tukihenkilön määrän ei ole todettu vaikuttavan synnyttäjän tyytyväisyyteen Melenderin ja Kauppilan tutkimuksessa (2009). Kahden tukihenkilön läsnäolo synnytyksessä voi häiritä synnytyshuoneen tunnelmaa, ja aiheuttaa siten lisästressiä synnyttäjälle.

Tyytyväisyys biologis-fysiologiseen alueeseen vähentyi, mitä kauemmin aikaa kyselylomakkeen vastaamiseen oli kulunut. Sinä aikana synnyttäjä on ehtinyt pohtimaan enemmän synnytyskokemusta, ja ensimmäisinä hetkinä vauvan synty vie synnyttäjän kaiken huomion. Synnyttäjä on saattanut ajan kuluessa kyseenalaistaa enemmän synnytyskokemusta. Melenderin ja Kauppilan tut-

kimuksessa (2009) todettiin pidemmän ajan kyselylomakkeeseen vastaamisessa vaikuttavan synnyttäjän tyytyväisyyteen siten, että pidempi aika vastaamiseen johti siihen, että naiset olivat muita tyytymättömämpiä hoidon toiminnallisuudella ja eettisellä alueella.

Opinnäytetyön prosessissa nousi esiin **kehittämisehdotuksia**. Avoimen kysymyksen monissa vastauksissa oltiin tyytyväisiä kätilön ja muun henkilökunnan toimintaan. Tiedon saanti oli suurimmassa osassa vastauksista ollut hyvää. Henkilökunnan kiire, tukihenkilön ohjauksen puute ja puutteelliset tilat olivat asioita, jotka nousivat tyytymättömyystekijöistä parhaiten esiin. Henkilökunnan kiireen välittymistä synnyttäjälle tulisi välttää. Tukihenkilöön ja hänen ohjaukseensa tulee kiinnittää huomiota muun muassa turvallisen tunnelman luomiseksi. Tällöin myös kätilön välitön läsnäolo ei olisi niin tärkeää synnyttäjälle.

Synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon kannattaa mitata säännöllisin väliajoin. Tämän opinnäytetyön ja Melenderin ja Kauppilan (2009) tutkimuksessa on eroja tuloksissa, mutta kaiken kaikkiaan synnyttäjät ovat olleet tyytyväisiä. Isompi otoskoko opinnäytetyössä olisi tuonut lisää tarkkuutta ja vaihtelevuutta tuloksiin, ja sitä olisi voinut tarkemmin verrata vuonna 2008 toteutettuun Melenderin ja Kauppilan tutkimukseen. Tulevaisuudessa voisi olla myös hyvä tarkastella synnyttäjän tyytyväisyyttä laadullisella tutkimusotteella, koska opinnäytetyössä avoimeen kysymykseen oltiin vastattu kattavasti ja huolella. Synnyttäjälle voisi olla myös mukavampi käydä omaa synnytysprosessiaan läpi omin sanoin.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen **oppimisprosessi**. Kyselylomake vastasi hyvin opinnäytetyön aihetta. Synnyttäjät olivat kaiken kaikkiaan hyvin tyytyväisiä synnytyksen aikaiseen hoitoon. Vaihtelua vastauksiin tuli vähän, ja suurimmaksi osaksi vastaajat olivat tyytyväisiä, eikä tyytymättömyyttä ilmennyt paljoa vastauksista. Tämä hankaloitti aineiston analyysia SPSS-ohjelmalla. Tuloksia tuli paljon, ja niiden kvantitatiivinen analysointi oli haasteellista. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysilla, joka soveltui hyvin opinnäytetyön aikaresursseihin. Tavoitteena opinnäytetyössä oli saada tietoa synny-

tyksen hoidon laadusta. Opinnäytetyössä on saatu kattavasti tietoa synnytyksen aikaisen hoidon laadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

Opinnäytetyön aihe oli kiinnostava. Teoreettinen viitekehys on tukenut hyvin oppimista ja kasvua kättilötyöhön. Opinnäytetyötä tehdessä tuli kiinnitettyä huomiota asioihin, joita voi soveltaa omaan toimintaansa tulevaisuudessa.

LÄHTEET

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

Ahonen, P.; Hupli, M. & Lauri S. 1995. Päätöksenteko synnyttäjän hoidossa – synnyttäjien ja kätilöiden käsityksiä. Hoitotyön julkaisusarja A:14 1995. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Alkula, T.; Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Downe, S. 2003. Transition and the Second Stage of Labour. Teoksessa Fraser, D. & Cooper, M. Myles Textbook for Midwives. 14th edition. Churchill Livingstone.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY.

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

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

Hamilton, A. 2003. Pain Relied and Comfort in Labour. Teoksessa Fraser, D. & Cooper, M. Myles Textbook for Midwives. 14th edition. Churchill Livingstone.

Holopainen M. & Vatanen S. 2005. ”Kivullako sinun pitää synnyttämän?” – alateitse synnyttäneiden äitien tyytyväisyys synnytyskivunlievitykseen Savonlinnan keskussairaalaassa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu

Johansson, P.; Oléni, M. & Frilund, B. 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scand J Caring Sci 2002:16:337–44.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.–2. painos. Helsinki: WSOYpro.

Kuismanen, K.; Uotila, J. & Kirkinen, P. 2004. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol. 120, 153–159.

Kummel, M. 2012. Projektisuunnitelma. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro) Turun ammattikorkeakoulu.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Lawrence, A.; Lewis, L.; Hofmeyr, J.; Dowswell, T. & Styles, C. 2009. Maternal positions and mobility during first stage labour. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY.

Liukkonen, A.; Heiskanen, P.; Lahti, A. & Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Helsinki: Kirjayhtymä.

McCormick, C. 2003. The First Stage of Labour: Physiology and Early Care. Teoksessa Fraser, D. & Cooper, M. Myles Textbook for Midwives. 14th edition. Churchill Livingstone.

McDonald, S. 2003. Physiology and Management of the Third Stage of Labour. Teoksessa Fraser, D. & Cooper, M. Myles Textbook for Midwives. 14th edition. Churchill Livingstone.

Melender, H.-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth – Experiences reported before and after childbirth. Turku: Turun yliopisto.

Melender, H.-L., Hanhirona, M. & Rautava, P. 2006. Laatusynnytyksen hoitoon: systemaattinen katsaus tyytyväisyyssmittareihin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43: 261–271.

Melender, H.-L. & Kauppila, M. 2009. SynTy-mittarilla hyviä tuloksia. Kätilölehti 2/2009, 19–21.

Meskanen, K. 1998. Hyvä kokemus synnytyksen hoidosta. Laadullinen tutkimus: synnytyksen hoidon kokemus kättilön ja asiakkaan arvioimana. Projektityö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 79/1999.

Metsämuuronen, J. 2002. Tilastollisen kuvauksen perusteet. Metodologia-sarja 2. Helsinki: International Methelp Ky.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Helsinki: International Methelp Ky.

Munro, J. & Spiby, H. 2000. Evidence Based Midwifery. Guidelines for midwifery led care in labour. The Central Sheffield University Hospitals.

Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

Nuutila, M. 2006. Synnytyksen käynnistäminen. Suomen lääkärilehti. Vol. 61, 1097–1101.

Raussi-Lehto, E. 1998. Synnyttäjän kokemuksia palvelun laadusta. Pro-gradututkielma. Helsingin Yliopisto, Kansanterveystieteen laitos. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Raussi-Lehto, E. 2009a. Syntymän hoidon suunnittelu. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 232–235.

Raussi-Lehto, E. 2009b. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 209–232.

Raussi-Lehto, E. 2009c. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 236–267.

Rope, T. & Pöllänen, J. 1994. Asiakastytyväisyysjohtaminen. 2. painos. Juva: Weilin+Göös.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen J. (toim.) 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 315–325.

Sarvela, J. 2009. Synnytyskipu. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 295–307.

Sarvela, J. & Nuutila, M. 2009. Synnytyskipu. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol. 125, 1881–1888.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveys 2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf

Styrman, M. & Leino-Kilpi, H. 1993. Synnyttäjän hyvä hoito säännöllisessä synnytyksessä ensisynnyttäjän kokemana. *Hoitotyön julkaisusarja A:1* 1993. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Sundström, A.-K.; Rosén, D. & Rosén, K.-G. 2000. Sikiön tarkkailu. Göteborg: Neoventa medical.

Suomen Kätilöliitto 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa. Hoitotyön suositus välilihan repeämien ehkäisemiseksi. Suomen Kätilöliitto.

Tarkka, M.-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Timonen, S. & Erkkola, R. 2004. Sikiön asfyksia synnytyksen aikana. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Vol. 120, 2415–2422.

Timonen, S. 2007. Synnytyksen hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Vol. 123, 2289–2290.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html

Uotila, J. & Tuimala, R. 2011. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen J. (toim.) 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 468–473.

Uotila, J. 2006. Raskauden ja synnytyksen hoito sikiön ollessa perätilassa. *Suomen lääkärilehti*. Vol. 61, 1857–1861.

Uotila, J. 2009a. Jälkeisvaiheen häiriöt. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 500–507.

Uotila, J. 2009b. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 490–500.

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

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006. Strategia vuosille 2007-2015. <http://www.vsshp.fi/fi/asiakirjat/strategia/>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori, H.-L. & Laitinen, M. 2005. Synnytyksilaulu – rentouttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana. Helsinki: Edita Prima.

Williams, B.; Coyle, J. & Healy, D. 1998. The Meaning of Patient Satisfaction: an Explanation of High Reported Levels. Elsevier Science Ltd.

World Health Organisation 1996. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Department of Reproductive Health & Research World Health Organization Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

World Health Organisation 1998. Health for all in the 21st century. European Health for All Series No. 5. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.p

Äimälä, A.-M. 2009. Perätilaraskaus ja –synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 449–456.



Synnyttäjän tyytyväisyys synnytyksenaikaiseen hoitoon



VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

Tässä osiossa kysytään tietoja sinusta ja synnytyksestäsi. (Vähentääksemme vaivannäköäsi pyydämme synnytyksesi hoitanutta kättilöä vastaamaan ensimmäiseen kysymykseen puolestasi.)

Ympyröi tai rastita sinua koskevat vastaukset tai kirjoita vastaus viivalle:

1. Mikä oli synnytyksesi kesto: ____ t ____ min (KATILO TAYTTAA)
2. Mikä on ikäsi? ____
3. Mikä on siviilisäätyysi?
 - 1 naimisissa
 - 2 naimaton, asun avoliitossa
 - 3 naimaton, seurustelen
 - 4 naimaton, en seurustele
 - 5 muu, mikä: _____
4. Mikä on korkein ammatillinen tutkintosi?
 - 1 ammattikoulu, ammatti-instituutti tai muu toisen asteen ammatillinen koulutus
 - 2 opisto- tai ammattikorkeakoulututkinto
 - 3 akateeminen tutkinto
 - 4 muu, mikä? _____
5. Mikä on ammattisi? _____
6. Kuinka mones synnytys tämänkertainen oli sinulle? _____
7. Kuinka mones raskaus tämänkertainen oli sinulle? _____
8. Jos olet synnyttänyt aiemmin, merkitse viivalle, minä vuosina aiemmat synnytyksesi ovat olleet ja merkitse ympyröimällä oikea numero, joka kuvaa synnytystapaasi kussakin synnytyksessä. Tarvittaessa voit jatkaa kääntöpuolelle.



- Vuosi ____ 1 Alatiesynnytys
2 Suunniteltu keisarileikkaus
3 Suunnittelematon keisarileikkaus, josta päätettiin synnytyksen aikana
- Vuosi ____ 1 Alatiesynnytys
2 Suunniteltu keisarileikkaus
3 Suunnittelematon keisarileikkaus, josta päätettiin synnytyksen aikana
- Vuosi ____ 1 Alatiesynnytys
2 Suunniteltu keisarileikkaus
3 Suunnittelematon keisarileikkaus, josta päätettiin synnytyksen aikana
- Vuosi ____ 1 Alatiesynnytys
2 Suunniteltu keisarileikkaus
3 Suunnittelematon keisarileikkaus, josta päätettiin synnytyksen aikana
- Vuosi ____ 1 Alatiesynnytys
2 Suunniteltu keisarileikkaus
3 Suunnittelematon keisarileikkaus, josta päätettiin synnytyksen aikana

□

SynTy-mittari Versio 2 © Kauppila ja Melender

Lupa kyselylomakkeen käyttöön kysyttävä tekijöiltä osoitteesta marjo.kauppila@tvks.fi tai hanna-leena.melender@puv.fi

9. Mikä oli raskautesi kesto saapuessasi synnyttämään? _____ raskausviikkoa

10. Osallistuitko tämänkertaisen raskauden aikana synnytysvalmennukseen?

- 1 kyllä
- 2 ei

11. Jos osallistuit synnytysvalmennukseen, niin miten hyvin se valmensi mielestäsi sinua synnytykseen?

- 1 erittäin hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 en osaa sanoa, valmensiko hyvin vai puutteellisesti (jotain siltä väliltä)
- 4 melko puutteellisesti
- 5 erittäin puutteellisesti

12. Jos koit synnytysvalmennuksessa puutteita, niin mistä synnytystä koskevista asioista olisit tarvinnut enemmän siinä annettavaa tietoa?

_____ (tarvittaessa voit jatkaa kääntöpuolelle)

13. Tutustuitko tämänkertaisen raskauden aikana sairaalan synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin?

- 1 kyllä
- 2 ei

14. Jos tutustuit sairaalan synnyttäjille tarkoitettuihin internetsivuihin, niin miten hyvin ne mielestäsi valmensivat sinua synnytykseen?

- 1 erittäin hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 en osaa sanoa, valmensiko hyvin vai puutteellisesti (jotain siltä väliltä)
- 4 melko puutteellisesti
- 5 erittäin puutteellisesti

15. Jos koit sairaalan synnyttäjille tarkoitetuissa internetsivuissa puutteita, niin mistä synnytystä koskevista asioista olisit tarvinnut enemmän niillä annettavaa tietoa?

_____ (tarvittaessa voit jatkaa kääntöpuolelle)

16. Oletko ollut lapsettomuushoidossa ennen tämän raskauden alkamista?

- 1 kyllä
- 2 ei

17. Oliko sinulla tämän raskauden aikana ongelmia, jotka vaativat esim erkiksi ylimääräisiä tutkimuksia tai äitiyspoliklinikkakäyntejä?

- 1 ei
- 2 kyllä, mitä ongelmat olivat? _____

18. Miten synnytyksesi käynnistyi?

- 1 itsestään, supistuksilla
- 2 itsestään, lapsivedenmenolla
- 3 itsestään, verisellä vuodolla
- 4 käynnistettiin sairaalassa

19. Mitä toimenpiteitä tai tutkimuksia sinulle tehtiin synnytyksen aikana?

- 1 sikiön sydänäänikäyrän otto
- 2 sikiökalvojen puhkaisu
- 3 supistuksia lisäävä suonensisäinen lääkitys
- 4 mikroverinäytteen otto lapsen päästä
- 5 imukupilla auttaminen ponnistusvaiheessa
- 6 muu(t), mi(t)kä? _____

20. Mitä ei-lääkkeellisiä menetelmiä käytit synnytys kivun hallinnassa?

- 1 asentohoito
- 2 liikkuminen
- 3 hieronta/painaminen
- 4 akvarakkulat
- 5 hengitys-rentoutumis -menetelmä
- 6 äänenkäyttö
- 7 musiikki
- 8 viljapussi
- 9 fysioterapiapallo
- 10 vesi
- 11 akupunktio
- 12 muu(t), mi(t)kä? _____

21. Mitä lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä käytit synnytys kivun hallinnassa?

- 1 ilokaasu
- 2 kipulääke suun kautta
- 3 kipulääke peräpuikkona
- 4 kipulääke ruiskeena lihakseen
- 5 epiduraalipuudutus
- 6 spinaalipuudutus
- 7 kohdunsuun puudutus
- 8 muu(t), mi(t)kä? _____

22. Kuinka monta tukihenkilöä sinulla oli synnytyksessä?

- 1 ei yhtään
- 2 yksi
- 3 kaksi

23. Paljonko aikaa on kulunut synnytyksestäsi nyt, kun vastaat tähän kyselyyn? _____ pv. Jos synnytyksestäsi on kulunut aikaa alle 1 vrk, niin kuinka monta tuntia? n. _____ t



SYNNYTTÄJÄN TYYTYVÄISYYS

Muistele synnytystäsi ja arvioi, miten tyytyväinen olet erilaisiin sen aikana tapahtuneisiin asioihin.

Ympyröi mielipidettäsi vastaava numero:

- 1 = en ole yhtään tyytyväinen
- 2 = en ole kovin tyytyväinen
- 3 = en osaa sanoa
- 4 = olen jokseenkin tyytyväinen
- 5 = olen erittäin tyytyväinen

Kysymyslomakkeen lopussa on tilaa, johon voit halutessasi kirjoittaa tarkempaa tietoa.

Miten tyytyväinen olit

- | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 24. mahdollisuuksiisi liikkua synnytyksen aikana? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 25. asentoihin, joissa olit synnytyksen eri vaiheissa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 26. käyttämiisi ei-lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin (ks. kysymys 17)? (Jos niitä ei käytetty, laita rasti tähän ___ ja jätä vastaamatta kysymykseen.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 27. käyttämiisi lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin (ks. kysymys 18)? (Jos niitä ei käytetty, laita rasti tähän ___ ja jätä vastaamatta kysymykseen.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 28. siihen, miten fyysisestä mukavuudestasi huolehdittiin synnytyksen aikana? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 29. sisätutkimusten määrään synnytyksessä? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 30. Sinulle tehtyjen toimenpiteiden määrään synnytyksessä? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 31. mahdollisuuksiisi vaikuttaa itse omalla toiminnallasi synnytyksen edistymiseen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 32. mahdollisuuksiisi vaikuttaa itse omalla toiminnallasi kivun hallintaan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 33. saamaasi synnytyksesi edistymistä koskevan tiedon määrään? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 34. synnytyksen aikana saamaasi erilaisia kivunlievitysmenetelmiä koskevan tiedon määrään? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 35. saamasi tiedon määrään siitä, mitä kulloinkin tehtiin? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 36. ponnistusvaiheen aikana saamiesi ohjeiden määrään? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 37. saamasi tiedon määrään synnytyssalissa yleensä? (yleisarvosana) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 38. saamasi tiedon ymmärrettävyyteen synnytyssalissa yleensä? (yleisarvosana) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 39. Jos et mielestäsi saanut riittävästi tietoa jostain asiasta, niin mitä olivat ne asiat, joista olisit tarvinnut enemmän tietoa? _____ <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | 40. Jos saamasi tieto ei ollut mielestäsi ymmärrettävää, niin mitä olivat ne asiat, joista olisi pitänyt kertoa paremmin ymmärrettävällä tavalla? _____ | | | | | |

Ympyröi mielipidettäsi vastaava numero:

- 1 = en ole yhtään tyytyväinen
 2 = en ole kovin tyytyväinen
 3 = en osaa sanoa
 4 = olen jokseenkin tyytyväinen
 5 = olen erittäin tyytyväinen

Miten tyytyväinen olit

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 41. sen ajan määrään, jonka kättilö oli luonasi synnytyksen aikana? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. siihen, miten kättilö kuunteli sinua ja sinun tuntemuksiasi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. sen ajan määrään, jonka synnytyslääkäri oli luonasi synnytyksen aikana? (Jos synnytyslääkäri ei osallistunut synnytyksesi hoitoon, laita rasti tähän ___ ja vastaa kysymykseen 41. Muussa tapauksessa siirry kysymykseen 42) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. siihen, että et tavannut synnytyslääkärää synnytyksen aikana? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. siihen, miten synnytyslääkäri kuunteli sinua ja sinun tuntemuksiasi? (Jos synnytyslääkäri ei osallistunut synnytyksesi hoitoon, laita rasti tähän ___ ja jätä vastaamatta kysymykseen.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. siihen, miten hoitohenkilökunta hyväksyi sinut juuri sellaisena kuin sillä hetkellä halusit olla? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. tapaan, jolla hoitohenkilökunta huomioi tukihenkilösi? (Jos sinulla ei ollut tukihenkilöä, laita rasti tähän ___ ja jätä vastaamatta kysymykseen.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. kättilön antaman kannustuksen määrään synnytyksen aikana? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. määrään, jolla kättilö avusti sinua hengittämisessä ja rentoutumisessa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. kättilön rauhallisuuteen synnytyksen aikana? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. sen ajan määrään, jonka saitte olla vauvan syntymän jälkeen rauhassa perheen kesken ennen lapsivuodeosastolle siirtymistä? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. sairaalan sallimaan tukihenkilöiden määrään synnytyksessä? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. siihen, miten henkilökunta sai sinut tuntemaan olosi turvalliseksi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. siihen, miten henkilökunta auttoi sinua säilyttämään mielialasi hyvänä? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. oman hallinnan tunteesi säilymiseen synnytyksessä? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. siihen, miten pystyit hyödyntämään aikaisempia omia synnytyskokemuksiasi tässä synnytyksessä? (Tämä kysymys koskee vain uudelleensynnyttäjiä. Jos olet ensisynnyttäjä, laita rasti tähän ___ ja jätä vastaamatta kysymykseen.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. mahdollisuuksiisi osallistua itse synnytyksesi hoitoa koskevaan päätöksentekoon? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. siihen, miten synnytyshuoneessasi huolehdittiin yksityisyydestäsi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. siihen, missä määrin sinulta kysyttiin suostumustasi tutkimuksiin tai hoitotoimenpiteisiin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

60. Lopuksi voit kirjoittaa tähän tilaan vapaasti asioista, jotka liittyvät tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden kokemukseesi synnytyksessä. Jos kirjoitat johonkin tiettyyn edellä esitettyyn kysymykseen liittyvää lisätietoa, merkitse ystävällisesti näkyviin kysymyksen numero. Tällöin palautteestasi koitua hyöty on suurin hoidon kehittämisen kannalta. Tarvittaessa voit jatkaa kääntöpuolelle.

KIIITOS ARVOKKAASTA VASTAUKSESTASI!



SAATEKIRJE

Turun ammattikorkeakoulu

Turku 16.3.2012

Hyvä synnyttänyt äiti,

Paljon onnea pienokaisesi syntymän johdosta!

Olemme kättilöopiskelijoita Turun ammattikorkeakoulusta, ja keräämme opinnäytetyötämme varten potilaspalautetta potilastyytyväisyyden mittaamiseksi. Tavoitteenamme on kartoittaa synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon. Käytämme opinnäytetyössämme Hanna-Leena Melenderin ja Marjo Kauppilan kehittämää Synnyttäjän tyytyväisyys synnytyksen aikaiseen hoitoon –kyselylomaketta.

Pyydämme Sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen vastaamalla lapsivuodeosastolla ollessasi oikeeseen synnytyssalin kättilöltä saamaanne kyselyyn. Kyselylomakkeen kysymyksissä tiedustellaan tyytyväisyyttäsi erilaisiin asioihin synnytyksenne aikana. Voit halutessasi antaa myös vapaamuotoista kirjallista palautetta tärkeäksi kokemistasi asioista. Synnytyksellä tarkoitetaan tässä synnytyssalissa viettämäsi aikaa synnytyksen avautumisvaiheesta siihen saakka, kunnes Sinut ja lapsesi siirretään lapsivuodeosastolle. Kyselylomakkeen voi täyttää minä tahansa päivänä lapsivuodeosastolla. Täytetyn lomakkeen voit palauttaa suljetussa kuoressa lapsivuodeosastolla sijaitsevaan palautuslaatikkoon, tai antaa Sinua hoitavalle kättilölle.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä taustatietokysymyksessä tiedustellaan synnytyksen kestoa. Vähentääksemme tutkimukseen osallistuvien vaivannäköä, olemme pyytäneet, että synnytyssalin kättilöt täyttävät kyseisen kohdan valmiiksi. Jos kohtaa ei kuitenkaan ole täytetty, voit luonnollisesti täyttää kohdan itse ja tarvittaessa varmistaa synnytyksen keston vielä esimerkiksi lapsivuodeosaston kättilöltä.

Ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia. Tarkoituksena on, että ilmaiset oman mielipiteesi juuri sellaisena kuin Sinä olet asian kokenut. Vastauksesi on meille arvokas.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista, eikä siihen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta hoitosi laatuun. Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi tule ilmi missään vaiheessa. Kyselylomakkeet täytetään nimettömästi, ja ne tullaan hävittämään, kun tutkimusaineisto on analysoitu ja raportoitu. Opinnäytetyöhön on saatu asianmukaiset tutkimusluvut. Tulokset tullaan julkaisemaan Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä. Halutessasi voit ottaa yhteyttä meihin.

Yhteistyöstä lämpimästi kiittäen ja hyvää jatkoa toivottaen

Marleena Huttunen, kättilöopiskelija

Puh. 040 xxxxxxx

S-posti: marleena.huttunen@students.turkuamk.fi

Tuula Mattila, kättilöopiskelija

Puh. 044 xxxxxxx

S-posti: tuula.m.mattila@students.turkuamk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja:

Anneli Nirkkonen-Mannila

lehtori, KL, TtM Turun AMK

Puh. 044 xxxxxxx

S-posti: anneli.nirkkonen-mannila@turkuamk.fi



OPINNÄYTETYÖN ESITTELY
Turun ammattikorkeakoulu

Turku 4.3.2013

Hyvä osastojen 360, 310 ja 311 henkilökunta,

Olemme joulukuussa 2013 valmistuvia kättilöopiskelijoita Turun ammattikorkeakoulusta, ja keräämme opinnäytetyötämme varten potilaspalautetta potilastyytyväisyyden mittaamiseksi. Tavoitteenamme on kartoittaa synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytyksen aikaiseen hoitoon. Käytämme opinnäytetyössämme Hanna-Leena Melenderin ja Marjo Kauppilan kehittämää Synnyttäjän tyytyväisyys synnytyksen aikaiseen hoitoon –kyselylomaketta.

Toivomme teidän jakavan kyselylomaketta alateitse synnyttäneille äideille. Lomakkeen kysymyksissä selvitetään äidin tyytyväisyyttä erilaisiin asioihin synnytyksen aikana. Äiti voi halutesaan myös antaa vapaamuotoista kirjallista palautetta tärkeäksi kokemistaan asioista. Synnytyksellä tarkoitetaan tässä synnytyssalissa äidin viettämää aikaa synnytyksen avautumisvaiheesta siihen saakka, kunnes äiti lapsineen siirretään lapsivuodeosastolle. Kyselylomakkeen voi täyttää minä tahansa päivänä lapsivuodeosastolla. Täytetyn lomakkeen äiti palauttaa suljetussa kuoressa lapsivuodeosastolla sijaitsevaan palautuslaatikkoon, tai voi antaa häntä hoitavalle kättilölle.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä taustatietokysymyksessä tiedustellaan synnytyksen kestoa. Vähentääksemme tutkimukseen osallistuvien vaivannäköä, pyydämme, että synnytyssalin kättilöt täyttäisivät kyseisen kohdan valmiiksi.

Opinnäytetyö tullaan raportoimaan loka-marraskuussa 2012 Turun Ammattikorkeakoulussa. Tutkimus tulee olemaan luettavissa Internetissä opinnäytetyötietokannassa Theseus. Kansitettu versio opinnäytetyöstä tullaan toimittamaan Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun yksikön kirjastoon.

Opinnäytetyön vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti, eikä äidin henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa. Kyselylomakkeet täytetään nimettömästi, ja ne tullaan hävittämään, kun aineisto on analysoitu ja raportoitu. Opinnäytetyöhön on saatu asianmukaiset tutkimusluvut. Meihin voi halutessaan ottaa yhteyttä.

Yhteistyöstä lämpimästi kiittäen

Marleena Huttunen, kättilöopiskelija
Puh. 040 xxxxxxx
S-posti: marleena.huttunen@students.turkuamk.fi

Tuula Mattila, kättilöopiskelija
Puh. 044 xxxxxxx
S-posti: tuula.m.mattila@students.turkuamk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja:
Anneli Nirkkonen-Mannila
lehtori, KL, TtM Turun AMK
Puh. 044 xxxxxxx
S-posti:anneli.nirkkonen-mannila@turkuamk.fi



Taulukko 1. Tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden kokemukset synnytyksestä

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Pääkategoria
<ul style="list-style-type: none"> • positiivinen henkilökunta • hyvä henkilökunta • mukava henkilökunta • kätilön ammattitaito • rauhallisuus • ystävällisyys • kärsivällisyys • kiitokset henkilökunnalle • kätilön hyvä asenne • ammattitaito vähentää pelkoja • henkilökunta välittää työstään • kätilön panostus työhönsä • kielitaito 	Henkilökunta	Tyytyväisyyteen vaikuttaneet tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • apua henkilökunnalta • tukeminen • antama tieto • kätilön ohjaus • kätilön läsnäolo • henkilökunnan kannustaminen • hyvä hoito • rohkaiseminen • huolehtiminen • kerrottiin työvuorovaihdosta itse • oviin koputettiin • henkilökunta esittäytyi • turvallisen olon luominen • luottamus • ymmärtäminen • kätilön toiminta akuutissa tilanteessa • huomiointi 	Henkilökunnan toiminta	
<ul style="list-style-type: none"> • tilojen esittely • Välineet: jumppapallo jne. • huoneen rauhallisuus • kiireetön tunnelma 	Tilat	
<ul style="list-style-type: none"> • jäi hyvä mieli 	Kokemus	

<ul style="list-style-type: none"> • positiivinen kokemus • asioiden sujuminen omalla painollaan • yleisesti tyytyväinen • vanhojen traumojen kumoutuminen • sai olla synnytyssalissa synnytyksen jälkeen sopivan ajan 		
<ul style="list-style-type: none"> • kipujen arviointi • epiduraalipuudutuksen aloituksen nopeus • kivulias kokemus miellyttäväksi • kivunhoidon onnistuminen • lääkkeetön synnytys • akupunktio • asennon vaihtamiset 	Kivunhoito	
<ul style="list-style-type: none"> • henkilökunta jäänyt mieleen negatiivisesti • kätilöjen vaihtuminen synnytyksen aikana • kätilön epävarmuus • näsäviisas henkilökunta • luottamuksellisen suhteen luominen vaikeaa 	Henkilökunta	
<ul style="list-style-type: none"> • henkilökunnan kiire • kätilöön tutustuminen • yksin jääminen • tukihenkilön ohjauksen puute • kannustuksen puute • asentojen ehdottaminen ponnistusvaiheessa • käyminen vain pyydetäessä • kätilö ei tullut niin usein kun luvannut • holhoava tyyli ohjata • kiroidun estäminen • Liikkumisen rajoittaminen • Kivuliaat sisätutkimukset • koskeminen ilman lupaa • hengitystavan läpikäyminen 	Henkilökunnan toiminta	Tyytymättömyyteen vaikuttaneet tekijät

<ul style="list-style-type: none"> • kätilön poistuminen huoneesta • asioiden selittäminen kesken kovien supistusten • rentoutumisen epäonnistuminen tiedonsaannin takia • tiedon saaminen 		
<ul style="list-style-type: none"> • puutteelliset tilat • yksityisyys kärsi • yleinen wc synnytyksen aikana • perhehuoneen puuttuminen • EKG-laitteen liikutettavuus 	Tilat	
<ul style="list-style-type: none"> • lapsen sydänäänien häviäminen • oma epävarmuus • tukihenkilön välipalan puuttuminen • oman hallinnan tunteen katoaminen 	Kokemus	
<ul style="list-style-type: none"> • oma kyky hallita synnytyksen aikaista kipua • kivunlievityksen riittämättömyys • lääkkeetön kivunlievitys ei sovi • kätilön asenne lääkkeelliseen kivunlievitykseen • lääkärin odottaminen kivunlievityksessä • kipulääkevaihtoehtojen tiedon saaminen 	Kivunhoito	

Taulukko 2: Pearsonin korrelaatiokertoimet

		Correlations															
		Synnytyksen kesto	Ikä vuosina	Monesko synnytys tämänkertainen synnytys oli	Monesko raskaus tämänkertainen synnytys oli	Aiempien alatiesynnytysten määrä	Aiempien suunniteltujen keisarileikkausten määrä	Aiempien suunnittemattomien keisarileikkausten määrä	Edellisestä raskaudesta aikaa vuosissa	Raskauden kesto viikkoina	Tyytyväisyys raskauden hoidon biologiseen osa-alueeseen	Tyytyväisyys raskauden hoidon toiminnalliseen osa-alueeseen	Tyytyväisyys raskauden hoidon sosiaalisyhteisölliseen osa-alueeseen	Tyytyväisyys raskauden hoidon kokemusalliseen osa-alueeseen	Tyytyväisyys raskauden hoidon eettiseen osa-alueeseen	Tyytyväisyyden kokonaiskeskiarvo	
Synnytyksen kesto	Pearson Correlation	1	-.352**	-.430**	-.383**	-.433**	.007	.040	-.279**	.084	-.151	-.096	-.213*	-.130	-.443**	-.257**	-.342**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.936	.634	.001	.311	.130	.251	.011	.161	.000	.002	.002	
	N	147	146	147	146	147	147	147	145	147	102	145	143	118	140	142	82
Ikä vuosina	Pearson Correlation	-.352**	1	.199*	.265**	.147	.034	.205*	.349**	.008	-.006	-.076	.054	.175	.102	.082	.121
	Sig. (2-tailed)	.000	.015	.001	.072	.684	.012	.000	.920	.951	.358	.519	.056	.226	.325	.274	
	N	146	150	150	149	150	150	150	148	150	104	148	145	120	143	145	84
Monesko synnytys tämänkertainen synnytys oli	Pearson Correlation	-.430**	.199*	1	.717**	.969**	.016	.067	.445**	.137	.011	.040	.072	-.051	.540**	.134	.071
	Sig. (2-tailed)	.000	.015	.000	.000	.842	.417	.000	.094	.914	.628	.388	.582	.000	.106	.519	
	N	147	150	151	150	151	151	151	149	151	104	149	146	121	144	146	84
Monesko raskaus tämänkertainen raskaus oli	Pearson Correlation	-.383**	.265**	.717**	1	.656**	.233**	.097	.318**	.022	-.024	.057	.013	-.121	.350**	.107	-.048
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000	.004	.240	.000	.788	.809	.493	.880	.187	.000	.201	.665	
	N	146	149	150	150	150	150	150	148	150	104	149	146	121	144	145	84
Aiempien alatiesynnytysten määrä	Pearson Correlation	-.433**	.147	.969**	.656**	1	-.105	-.147	.382**	.121	.044	.046	.124	.016	.559**	.178*	.132
	Sig. (2-tailed)	.000	.072	.000	.000	.200	.072	.000	.138	.654	.574	.137	.864	.000	.032	.231	
	N	147	150	151	150	151	151	151	149	151	104	149	146	121	144	146	84
Aiempien suunniteltujen keisarileikkausten määrä	Pearson Correlation	.007	.034	.016	.233**	-.105	1	-.024	.098	-.029	.045	.052	-.131	-.212*	-.065	.001	-.066
	Sig. (2-tailed)	.936	.684	.842	.004	.200	.774	.236	.724	.652	.529	.116	.020	.441	.991	.549	
	N	147	150	151	150	151	151	151	149	151	104	149	146	121	144	146	84
Aiempien suunnittemattomien keisarileikkausten määrä	Pearson Correlation	.040	.205*	.067	.097	-.147	-.024	1	.208*	.079	-.172	-.063	-.167*	-.180*	-.073	-.202*	-.180
	Sig. (2-tailed)	.634	.012	.417	.240	.072	.774	.011	.335	.082	.446	.044	.048	.385	.014	.101	
	N	147	150	151	150	151	151	151	149	151	104	149	146	121	144	146	84
Edellisestä raskaudesta aikaa vuosissa	Pearson Correlation	-.279**	.349**	.445**	.318**	.382**	.098	.208*	1	-.046	-.028	-.008	.012	-.051	.338**	.144	.105
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.000	.236	.011	.579	.779	.923	.885	.576	.000	.085	.347	
	N	145	148	149	148	149	149	149	149	149	103	147	144	120	143	144	83
Raskauden kesto viikkoina	Pearson Correlation	.084	.008	.137	.022	.121	-.029	.079	-.046	1	-.024	.020	-.031	.114	.094	.032	-.008
	Sig. (2-tailed)	.311	.920	.094	.788	.138	.724	.335	.579	.810	.813	.711	.215	.262	.706	.940	
	N	147	150	151	150	151	151	151	149	151	104	149	146	121	144	146	84
Tyytyväisyys raskauden hoidon biologiseen osa-alueeseen	Pearson Correlation	-.151	-.006	.011	-.024	.044	.045	-.172	-.028	-.024	1	.643**	.687**	.424**	.516**	.586**	.845**
	Sig. (2-tailed)	.130	.951	.914	.809	.654	.652	.082	.779	.810	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	102	104	104	104	104	104	104	103	104	104	104	104	88	101	101	84
Tyytyväisyys raskauden hoidon toiminnalliseen osa-alueeseen	Pearson Correlation	-.096	-.076	.040	.057	.046	.052	-.063	-.008	.020	.643**	1	.507**	.299**	.486**	.545**	.729**
	Sig. (2-tailed)	.251	.358	.628	.493	.574	.529	.446	.923	.813	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000
	N	145	148	149	149	149	149	149	147	149	104	149	146	120	143	144	84

Tyytyväisyys raskauden hoidon tiedolliseen osa-alueeseen	Pearson Correlation	-.213 [*]	.054	.072	.013	.124		-.131	-.167 [*]	.012		-.031	.687 ^{**}	.507 ^{**}	1	.574 ^{**}	.498 ^{**}	.569 ^{**}	.863 ^{**}	
	Sig. (2-tailed)	.011	.519	.388	.880	.137	.116	.044	.885	.711	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	143	145	146	146	146	146	146	146	144	146	104	146	146	146	118	140	141	84	
Tyytyväisyys raskauden hoidon sosiaalisuhteisölliseen osa-alueeseen	Pearson Correlation	-.130	.175		-.051	-.121	.016		-.212 [*]	-.180 [*]	-.051	.114	.424 ^{**}	.299 ^{**}	.574 ^{**}	1	.346 ^{**}	.466 ^{**}	.651 ^{**}	
	Sig. (2-tailed)	.161	.056	.582	.187	.864	.020	.048	.576	.215	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	118	120	121	121	121	121	121	121	120	121	88	120	118	121	117	118	118	84	
Tyytyväisyys raskauden hoidon kokemukselliseen osa-alueeseen	Pearson Correlation	-.443 ^{**}	.102	.540 ^{**}	.350 ^{**}	.559 ^{**}		-.065	-.073	.338 ^{**}	.094	.516 ^{**}	.486 ^{**}	.498 ^{**}	.346 ^{**}	1	.527 ^{**}	.693 ^{**}		
	Sig. (2-tailed)	.000	.226	.000	.000	.000	.441	.385	.000	.262	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
	N	140	143	144	144	144	144	144	144	143	144	101	143	140	117	144	141	84		
Tyytyväisyys raskauden hoidon eettiseen osa-alueeseen	Pearson Correlation	-.257 ^{**}	.082	.134	.107	.178 [*]	.001		-.202 [*]	.144	.032	.586 ^{**}	.545 ^{**}	.569 ^{**}	.466 ^{**}	.527 ^{**}			1	.803 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.002	.325	.106	.201	.032	.991	.014	.085	.706	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	142	145	146	145	146	146	146	146	144	146	101	144	141	118	141	146	146	84	
Tyytyväisyyden kokonais-keskiarvo	Pearson Correlation	-.342 ^{**}	.121	.071		-.048	.132		-.066	-.180	.105		-.008	.845 ^{**}	.729 ^{**}	.863 ^{**}	.651 ^{**}	.693 ^{**}	.803 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	.002	.274	.519	.665	.231	.549	.101	.347	.940	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	82	84	84	84	84	84	84	84	83	84	84	84	84	84	84	84	84	84	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).