

Inari Dahlqvist
Elina Lepistö
Viivi Vainio

Jatkuvan tuen vaikutus synnytyksen kulkuun

Syntymärekisteritiedot

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

15.12.2014

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Inari Dahlqvist, Elina Lepistö ja Viivi Vainio Jatkuvan tuen vaikutus synnytyksen kulkuun 34 sivua + 3 liitettä 15.12.2014
Tutkinto	Kätilö
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Lehtori Eija Raussi-Lehto
<p>Opinnäytetyö on osa Hyvä syntymä -hanketta, jonka tavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa kätilötyötä sekä kehittää synnytyksen aikaisen tuen toimintamalli ja mitata sen vaikuttavuutta. Hankkeen yhteistyökumppaneina toimivat Metropolia Ammattikorkeakoulun terveys- ja hoitoala, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Kätilöliitto sekä sairaalat Hyvinkäällä, Oulussa, Tampereella, Kuopiossa, Salossa ja Hämeenlinnassa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää jatkuvan tuen vaikutusta synnytyksen kulkuun valtakunnallisten syntymärekisteritietojen perusteella. Tavoitteena oli edistää kätilötyötä tuottamalla tietoa jatkuvan tuen vaikutuksista. Opinnäytetyön aineistona on kyselylomake sekä syntymärekisteritiedot. Alkukysely toteutettiin vuonna 2012 Oulun, Kuopion ja Tampereen yliopistollisissa sairaaloissa sekä Hyvinkään, Hämeenlinnan ja Salon keskussairaaloissa. Koulutusinterventio jatkuvan tuen antamisesta toteutettiin Oulun ja Hyvinkään sairaaloissa, loput sairaalat olivat vertailusairaloita. Loppukysely toteutettiin vuonna 2013. Kyselylomakkeessa pyydettiin suostumus syntymärekisteritietojen käyttöön.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä olivat 1) Onko jatkuvan tuen interventiolla vaikutusta synnytyksen kulkuun ja 2) Onko jatkuvan tuen interventiolla vaikutusta äidin ja vastasyntyneen terveyteen. IBM SPSS Statistics 21 -ohjelmalla yhdistettiin kyselylomakkeiden ja syntymärekisterien tiedot, joista ajettiin ristiintaulukointeja ja tilastollisia tunnuslukuja. Muutosvaikutusta tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella eli Khiin neliötestillä.</p> <p>Aikaisempien tutkimusten perusteella jatkuva tuki lisää säännöllisen synnytyksen todennäköisyyttä, vähentää kipulääkityksen tarvetta ja toimenpide- ja sektiosynnytyksiä, lyhentää synnytyksen kestoa ja vaikuttaa myönteisesti synnytyskokemukseen. Opinnäytetyössä ei havaittu koulutusinterventiolla olevan merkitsevää vaikutusta synnytyksen kulkuun tai äidin tai vastasyntyneen terveyteen.</p>	
Avainsanat	jatkuva tuki, synnytys, syntymärekisteri, kätilö, äiti

Authors Title Number of Pages Date	Inari Dahlqvist, Elina Lepistö and Viivi Vainio The Effect of Continuous Support During Labor 34 pages + 3 appendices 26 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor	Senior lecturer Eija Raussi-Lehto
<p>The purpose of our study was to research the effects of continuous support during labor based on the Finnish perinatal statistics. The aim of our study was to improve midwifery by producing knowledge of the effects of continuous support. The data was collected from a questionnaire study and the Finnish perinatal statistics. The first part of the questionnaire study was carried out at the University hospitals of Oulu, Kuopio and Tampere, Finland, and the hospitals of Hyvinkää, Hämeenlinna and Salo, Finland, in 2012. Continuous labor support training was given at the hospitals of Oulu and Hyvinkää. The rest of the hospitals were the control group. The second part of the questionnaire study was carried out in 2013. The permission of using the Finnish perinatal statistics was asked in the questionnaire.</p> <p>The research questions of our study were as follows: Did the continuous labor support training have effects on labor? Did the continuous labor support training have effects on the mother's or infant's health? The data of the questionnaire and the Finnish perinatal statistics were merged in IBM SPSS Statistics 21 software. The results were analyzed by forming cross-tabs and statistics. The final results were analyzed by using the Pearson's factor of correlation.</p> <p>According to previous studies, continuous support increased the probability of low-risk births, decreased the need of medical pain relief, instrumental births and Caesarean sections and decreased the duration of labor. Continuous labor support had a positive effect on the experience of birth. In this study, we did not find that the training had any effects on the labor or the mother's or infant's health.</p>	
Keywords	continuous support, labor, birth, perinatal statistics, midwife, mother

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet	2
3	Hyvä syntymä -hanke	3
3.1	Yhteistyösairaalat	3
3.2	Indikaattorit	3
3.3	Tutkimuskysymykset	4
4	Säännöllinen synnytys	4
4.1	Määritelmiä	4
4.2	Synnytyksen vaiheet	5
5	Jatkuva tuki	5
5.1	Jatkuvan tuen määritelmä	5
5.2	Jatkuvan tuen muodot	5
5.2.1	Fyysinen tuki	6
5.2.2	Emotionaalinen tuki	7
5.2.3	Tiedollinen tuki	8
5.2.4	Synnyttäjän puolella oleminen	9
5.3	Kätilö jatkuvan tuen antajana	10
5.4	Jatkuvan tuen edut	11
5.5	Haasteet jatkuvan tuen antamisessa	12
6	Syntymärekisteritiedot	14
7	Työmenetelmät	15
7.1	Tiedonhaku	15
7.2	Tutkimusmenetelmä	16
7.3	Aineisto	16
8	Tulokset	17
8.1	Taustatiedot	17
8.2	Indikaattorit	19
8.2.1	Synnytyksen kesto	19
8.2.2	Synnytystapa	20
8.2.3	Oksitosiini	21

8.2.4	Kivunlievitys	22
8.2.5	Episiotomia ja repeämät	25
8.2.6	Apgar-pisteet	26
8.2.7	Sairaalahoito	26
8.3	Yhteenveto	27
9	Pohdintaa	28
9.1	Luotettavuus	28
9.2	Eettisyys	29
9.3	Tulokset ja aiemmat tutkimukset	31
9.4	Jatkotutkimusaiheet	31
	Lähteet	32
	Liitteet	
	Liite 1. Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012	
	Liite 2. Aineiston syntymärekisteritiedot ennen interventiota	
	Liite 3. Aineiston syntymärekisteritiedot intervention jälkeen	

1 Johdanto

Suomessa suurin osa synnytyksistä hoidetaan nykyään sairaaloissa ja synnytyskulttuuri on voimakkaasti medikalisoitunutta (Ryttyläinen 2005: 35–36). Teknologian kehityksen myötä sitä käytetään entistä enemmän myös synnytysten hoidossa. Lukuisten hyötyjen lisäksi teknologian arkipäiväistymisestä on seurannut muun muassa tarpeettomia puuttumisia synnytyksen luonnolliseen kulkuun. (Bruggemann – Parpinelli – Osis – Cecatti – Carvalhinho 2007: 2.) Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan synnytykseen tulee kuitenkin puuttua ainoastaan pätevän synnyn vuoksi (WHO 1996: 4). Säännölliseen synnytykseen puuttumisella ilman lääketieteellistä syytä, voi olla negatiivisia vaikutuksia synnyttäjän ja syntyvän lapsen hyvinvointiin (Kukko – Perttu 2013). Rungas määrä teknologiaa ja rutiinotoimenpiteitä saattaa myös heikentää kättilön mahdollisuuksia tarjota asiakkaalleen jatkuvaa tukea synnytyksen aikana (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2013: 4; Kipnis 2013: 69; Simkin – O’Hara 2002: 133; Sleutel – Schultz – Wyble 2007: 205).

Yleiseksi käytännöksi on muodostunut matalan ja korkean riskin synnyttäjien hoitaminen samalla tavalla. Matalan riskin synnytyksen hoidossa käytetään rutiininomaisesti komplisoituneen synnytyksen vaatimaa lääketiedettä ja teknologiaa, vaikka perusteltua tarvetta ei olisi. (Hemminki – Heino – Gissler 2011: 1192; RCM 2007: 1; WHO 1996: 2.) Suomessa ei ole vielä valtakunnallisia kriteerejä ja hoitosuosituksia matalan riskin synnytyksistä (Kukko – Perttu 2013). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 mukaan matalan riskin synnytysten hoitoon on laadittava kansalliset hoitosuositukset (STM 2007: 141). Myös Kättilöliiton 6. toukokuuta 2013 julkaisema kannanotto puhuu vahvasti suositusten puolesta (Kukko – Perttu 2013).

Synnytyskulttuuri on medikalisoitunut ja luottaa lääketieteeseen. Esimerkiksi lääkkeellisen kivunlievityksen ja puudutteiden käyttö (THL 2014) sekä lääketieteelliset toimenpiteet ovat lisääntyneet (Metropolia 2013). Yleisen ilmapiirin mukaan lääketieteellisten interventioiden ajatellaan luovan turvallisuutta. Synnytysten hoidossa pyritään maksimoimaan turvallisuus käyttäen rutiininomaisesti apuna lääketiedettä ja teknologiaa. Tänä päivänä onkin syytä pohtia, milloin hyötyjen tavoittelu kääntyy itseään vastaan ja aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä.

Tulevaisuuden haasteita ovat muun muassa jatkuvat pienten synnytysyksiköiden sulkemiset (Hemminki ym. 2011: 1193; Ryttyläinen 2005: 148). Lakkautusten johdosta suuret synnytysyksiköt kasvavat entisestään, mikä luo väistämättä haasteita synnyttäji- en yksilöllisessä hoidossa ja asettaa kätilön pohtimaan työnsä eettisyyttä. 1. tammikuu- ta 2014 voimaan tullut laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta (1201/2013) mahdollis- taa synnytyspaikan valinnan Suomen ja koko EU:n sisällä (Laki rajat ylittävistä tervey- denhuollosta 1201/2013 § 5). Todellisuudessa synnytysyksiköiden lakkautukset vähen- tävät valinnanvaraa, pidentävät etäisyyttä lähimpään synnytyssairaalaan ja lisäävät matkasynnytysten riskiä.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet

Tämä opinnäytetyö on osa Hyvä syntymä -hanketta. Hankkeen tavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa kätilötyötä sekä kehittää synnytyksen aikaisen tuen toimintamalli ja mitata sen vaikuttavuutta. Hankkeen yhteistyökumppaneina toimivat Metropolia Ammattikorkeakoulun terveyst- ja hoitoala, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Käti- löliitto sekä sairaalat Hyvinkäällä, Oulussa, Tampereella, Kuopiossa, Salossa ja Hä- meenlinnassa. (Metropolia 2013.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia jatkuvan tuen vaikutusta synnytyksen kulkuun. Tavoitteena on edistää kätilötyötä tuottamalla tietoa jatkuvan tuen vaikutuksista. Vah- vistamalla kätilöiden tietoperustaa synnyttäjätkin voivat saada uutta tietoa. Synnytyk- sen aikaista tukea ei ole Suomessa juurikaan tutkittu. Kansainvälisiä julkaisuja aiheesta löytyy kuitenkin runsaasti. Aikaisempien tutkimusten perusteella jatkuvalla tuella on myönteisiä vaikutuksia esimerkiksi synnytyksen kulkuun ja synnytyskokemukseen (Ba- ker 2010; Bruggeman ym. 2007; Ford – Ayers – Wright 2009; Hodnett – Lowe – Han- nah – Willan – Stevens – Weston – Ohlsson – Gafni – Muir – Myhr – Stemler 2002; Hodnett ym. 2013; Howarth – Swain – Treharne 2011; Iliadou 2012; Kipnis 2013; Payant – Davies – Graham – Peterson – Clinch 2008; Sandall – Soltani – Gates – Shennan – Devane 2013; Sauls 2006; Sleutel ym. 2007).

Opinnäytetyön aineistona käytetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuoden 2012 syntymärekisteritietoja ja Hyvä syntymä -hankkeessa aiemmin tehtyjen ja analy- soitujen kyselylomakkeiden tuloksia. Opinnäytetyöllä pyritään selvittämään jatkuvan tuen vaikutus synnytyksen kulkuun sekä synnyttäjän ja vastasyntyneen vointiin synty-

märekisteritietojen perusteella. Tämän opinnäytetyön työelämäyhteytenä on opinnäytetyössä saatavien tulosten hyödyntäminen synnytysairaaloiden toimintakäytännöissä.

3 Hyvä syntymä -hanke

3.1 Yhteistyösairaalat

Hyvä syntymä -hankkeen yhteistyösairaloja ovat Hyvinkään, Oulun, Kuopion, Tampereen, Hämeenlinnan ja Salon sairaalat. Alkukyselyt kokeilu- ja vertailusairaloissa tehtiin vuonna 2012 huhti- ja toukokuussa, Salossa vuodenvaihteessa 2012–2013. Kokeilusairaloina ovat Hyvinkään sairaala ja Oulun yliopistollinen sairaala. Vertailusairaloina ovat Kuopion ja Tampereen yliopistolliset sairaalat sekä Hämeenlinnan keskussairaala ja Salon aluesairaala. Koulutusinterventiot tehtiin Oulussa ja Hyvinkäällä marraskuussa vuonna 2012, jolloin Hyvä syntymä -hankkeen projektipäällikkö järjesti synnytysosastolla työskenteleville kätilöille luennon jatkuvan tuen toimintamallista. Loppukyselyt tehtiin kokeilu- ja vertailusairaloissa vuonna 2013 tammikuusta huhtikuuhun. (Metropolia 2013.) Kyselylomakkeiden vastaajina olivat synnyttäneet äidit. Kyselylomakkeen yhteydessä heiltä kysyttiin lupa käyttää syntymärekisteritietoja. Kaikki kyselyyn vastanneet eivät antaneet lupaa.

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuvat sairaalat ja otos/mittausajankohta (* = koesairaala)

Sairaala	Kyselylomake alkukysely, n	Syntymärekisteri alkukysely, n	Kyselylomake loppukysely, n	Syntymärekisteri loppukysely, n
Oulu *	260	238	195	160
Hyvinkää *	246	195	175	130
Kuopio	201	172	138	70
Tampere	246	219	229	183
Hämeenlinna	130	108	96	78
Salo	98	75	106	83
Yhteensä	1181	1007	939	704

3.2 Indikaattorit

Hyvä syntymä -hankkeen työryhmä on ennalta määrittänyt tässä opinnäytetyössä käytettävät tutkimusindikaattorit (ks. liite 1). Äitiä koskevat indikaattorit ovat pariteetti, syn-

nytystapa, synnytyksen kesto, kivunlievitys, oksitosiini, episiotomia ja 3.–4. asteen repeämä. Vastasyntyntä koskevat indikaattorit ovat paino, sikiöiden lukumäärä, raskauden kesto, Apgar-pisteet yhden ja viiden minuutin iässä sekä sairaalahoidon tarve viikon iässä. Opinnäytetyön toteutusvaiheessa tarkastellaan syntymärekisteritietoja ennen ja jälkeen jatkuvan tuen koulutusintervention. Tarkoituksena on selvittää jatkuvan tuen vaikutusta synnytyksen kulkuun.

3.3 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Onko jatkuvan tuen interventiolla vaikutusta synnytyksen kulkuun?
2. Onko jatkuvan tuen interventiolla vaikutusta äidin ja vastasyntyneen terveyteen?

4 Säännöllinen synnytys

4.1 Määritelmiä

Synnytyksellä tarkoitetaan vähintään 22 viikkoa kestänyttä raskautta tai kun sikiön paino on vähintään 500 grammaa (Tiitinen 2013). Raskausviikkojen 37–42 välissä tapahtuvaa synnytystä kutsutaan täysiaikaiseksi. WHO:n määritelmän mukaan säännöllinen synnytys alkaa itsestään supistuksilla tai lapsivedenmenolla, ja siihen ei tiedetä liittyvän riskejä. Synnytys jatkuu matalan riskin synnytyksenä ja sikiö syntyy päätarjonnassa. Syntymän jälkeen sekä äiti että vastasyntyneet ovat hyvävointisia. (WHO 1996.)

Synnytystä kutsutaan epäsäännölliseksi, jos siinä ilmenee komplikaatioita tai siihen tarvitsee puuttua. Komplikaatioita voivat olla esimerkiksi ongelmat istukan syntymisessä, runsas verenvuoto tai leikkaussalissa ommeltavat repeämät. Synnytykseen puuttumisella tarkoitetaan esimerkiksi imukuppi- tai pihtivusteista ulosauttoa tai keisarileikkausta. Epäsäännölliseksi synnytykseksi luokitellaan myös ennenaikaiset synnytykset sekä perätila- ja monisikiösynnytykset. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Synnytystä voidaan kutsua säännölliseksi vasta itse synnytyksen jälkeen, sillä normaalistikin etenevä synnytys voi aina muuttua epäsäännölliseksi. Tämä on yksi syy siihen, että Suomessa synnytykset hoidetaan pääsääntöisesti sairaalassa. (Tiitinen 2013.)

4.2 Synnytyksen vaiheet

Avautumisvaihe eli ensimmäinen vaihe käsittää ajanjakson, jolloin säännölliset supistukset alkavat ja päättyy kun kohdunsuu on täysin auki. Avautumisvaihe voidaan jakaa vielä latenssvaiheeseen, jolloin supistukset tulevat harvakseltaan ja kohdunsuu lyhenee ja häviää. Latenssvaihetta seuraa aktiivinen avautumisvaihe, jolloin supistukset tulevat tiheään ja ovat voimakkaampia. Tänä aikana sikiön tarjoutuva osa, joka tavallisimmin on pää, laskeutuu lantionpohjaan. Avautumisvaihetta seuraa ponnistusvaihe eli toinen vaihe, joka alkaa, kun kohdunsuu on täydellisesti auki ja päättyy lapsen syntymään. Jälkeisvaihe kolmas vaihe alkaa lapsen synnyttyä ja päättyy jälkeisten eli istukan, napanuoran ja kalvojen syntymiseen (Tiitinen 2013.)

5 Jatkuva tuki

5.1 Jatkuvan tuen määritelmä

Jatkuva tuki synnytyksessä merkitsee kätilön keskeytymätöntä läsnäoloa synnyttäjän luona. Jatkuvan tuen määritellään alkavan synnyttäjän sairaalaan tulosta ja loppuvan lapsen syntymään. (Hottenstein 2005: 244.) Synnyttäjällä tulee olla tunne siitä, että kätilö on häntä varten ja saatavilla, vaikkei fyysisesti olisikaan aivan joka hetki paikalla. (Payant ym. 2008: 407.)

Synnyttäjät odottavat saavansa kätilön jatkuvaa läsnäoloa synnytyksen aikana. Synnyttäjät toivovat, että kätilö tekee heidän olonsa mahdollisimman hyväksi ja rauhalliseksi. He odottavat kätilön huomioivan myös puolison sekä rauhoittelevan tätä. Kätilön odotetaan olevan rohkaiseva, tarjoavan apua hengitys- ja rentoutumistekniikoiden kanssa sekä auttavan kivunlievityksessä. (Barrett – Stark 2010: 15.)

5.2 Jatkuvan tuen muodot

Tutkimuksissa ilmenee erilaisia käsityksiä jatkuvan tuen muodoista. Sauls (2006) nimeää kuusi tuen muotoa: konkreettinen tuki; synnyttäjän puolella oleminen; emotionaa-

linen tuki - rauhoittelu; emotionaalinen tuki - kontrollin, turvallisuuden ja mukavuuden luominen; emotionaalinen - kätilön välittävä käyttäytyminen ja tiedollinen tuki (Sauls 2006: 39). Ford ym. (2009) nimeää seitsemän tuen ulottuvuutta: valmennus (coaching), henkilökunnan asenne, empaattisuus ja ymmärtäminen, varmistaminen ja kannustaminen, kuunteleminen, tiedollinen tukeminen ja kivunlievityksen tukeminen (Ford – Ayers – Wright 2009: 247). Hottenstein (2005) nimeää Watsonin teorian mukaan hoidon muodostuvan kuuloaistin (auditory), näköaistin (visual), hajuaistin (olfactory), kosketusaistin (tactile), liikeaistin (kinesthetic) ja välittävän tietoisuuden (caring consciousness) osa-alueisiin (Hottenstein 2005: 246). Adams ja Bianchi (2008) sekä Gale ym. (2001) nimeävät neljä tuen muotoa: fyysinen tuki, emotionaalinen tuki, tiedollinen tuki ja synnyttäjän puolella oleminen (Adams – Bianchi 2008: 106; Gale – Fothergill-Bousbournais – Chamberlain 2001: 264). Simkin ja O'Hara (2002) nimeävät viisi tuen muotoa: fyysinen mukavuus (physical comforting), emotionaalinen tuki, ohjaaminen ja kumppanin tukeminen (guidance and emotional support for the woman's partner), tiedon antaminen, naisen asioiden ajaminen (facilitation of communication between the woman and staff, to assist her in making informed choices) (Simkin – O'Hara 2002: 133).

Jatkuvan tuen muotojen määritelmät ovat monimuotoisia aikaisemmissä tutkimuksissa, minkä takia on vaikea luoda yhtenäistä jaottelua. Kuitenkin tutkimuksissa toistuu samankaltaisia jatkuvan tuen muotoja. Tässä opinnäytetyössä jaetaan jatkuva tuki neljään muotoon: fyysinen tuki, emotionaalinen tuki, tiedollinen tuki ja synnyttäjän puolella oleminen. Englannin kielisissä tutkimuksissa synnyttäjän puolella oleminen on ilmaistu sanalla *advocacy*. Suomen kielessä sanan voi kääntää esimerkiksi synnyttäjän puolella oleminen, synnyttäjän toiveiden eteenpäin vieminen, synnyttäjän asianajajana oleminen tai synnyttäjän puolesta puhuminen hoitotiimille. Käytämme tässä opinnäytetyössä käännoästä synnyttäjän puolella oleminen.

5.2.1 Fyysinen tuki

Fyysiseen tukeen sisältyy synnyttäjän fyysisistä tarpeista ja hyvinvoinnista huolehtiminen, ympäristöön liittyvät asiat, synnyttäjän asento sekä kumppanista huolehtiminen (Adams – Bianchi 2008: 107–108; Barrett – Stark 2010: 13; Sauls 2006: 39–40).

Synnyttäjän fyysisistä tarpeista ja hyvinvoinnista huolehtimiseen kuuluu hänen hygienian, erittämisen ja ravitsemuksen turvaaminen sekä mukavuuden lisääminen. Kätilö

huolehtii synnyttäjän hygieniasta esimerkiksi mahdollistamalla suihkussa käynnin ja vaihtamalla puhtaat petivaatteet. Erittämisen turvaamiseen liittyvät virtsarakon tyhjentämisestä huolehtiminen. (Adams – Bianchi 2008: 108.) Ruoan ja juoman nauttimista ei WHO:n (1996) mukaan tulisi estää, sillä synnytys vaatii paljon energiaa. Synnyttäjän ja sikiön hyvinvointi edellyttää ravinnon saantia, sillä synnytyksen kestoa ei tiedetä ennalta. (WHO 1996: 9.) Synnyttäjän hyvinvoinnista huolehtimiseen kuuluu hieronta sekä kylmän ja kuumen hyödyntäminen. Hieronta rentouttaa lihaksia, vapauttaa endorfiineja ja lievittää kipua. Kylmää ja kuumaa voidaan hyödyntää kivun lievitykseen ja olon helpottamiseen esimerkiksi kääreinä. (Adams – Bianchi 2008: 108.)

Synnyttäjän ympäristöön liittyviä asioita ovat huoneen lämpötila, valaistus, tuoksut ja äänet. Kätilö säätää ympäristöön liittyviä asioita tehdäkseen synnyttäjän olon mahdollisimman mukavaksi. Synnyttäjä voi esimerkiksi haluta valaistusta himmeäksi tai kuunnella terapeuttista musiikkia. (Adams – Bianchi 2008: 107–108.) Kodinomaisuus ja yksityisyys luovat myönteistä synnytyksilmapiiriä, joka vapauttaa synnyttäjän voimavaroja ja edistää toimintakykyä (Hautaniemi 2007: 62).

Synnyttäjän hyvä asento vähentää kipua, kipulääkkeiden käyttöä ja 3. ja 4. asteen repeämiä sekä tehostaa supistuksia. Synnyttäjän oma arviointi ja toiveet sekä synnytyksen vaihe määräävät optimaalisen asennon. (Adams – Bianchi 2008: 107.) Kätilö auttaa synnyttäjää asennon vaihtamisessa ja hyvään asentoon tukemisessa (Hautaniemi 2007: 55). Kätilön tulee mahdollistaa synnyttäjän vapaa liikkuminen hänen tuntemuksensa mukaan (WHO 1996). Synnytys saattaa edetä tehokkaammin, jos synnyttäjä kuuntelee oman kehonsa tuntemuksia. Sairaalassa rutiininomaiset toimenpiteet, kuten sikiön jatkuva monitorointi ja synnyttäjän nesteinfuusio, pakottavat synnyttäjän pysymään vuoteessa. (Romano – Lothian 2008: 97.)

Kätilö huolehtii synnyttäjän ohella myös tämän kumppanista. Synnytys saattaa olla uuvuttavaa kumppanille, joten kätilön tulee huolehtia tämän ravitsemuksesta ja levosta tarjoamalla esimerkiksi tyynyä tai peittoa. (Adams – Bianchi 2008: 108.)

5.2.2 Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tuki luo synnyttäjälle tunteen välitetyksi tulemisesta. Tunnetta edistää kiintymys, rauhoittelu sekä kyky luottaa ja turvautua kätilöön. Emotionaaliseen tukeen

kuuluvat kättilön läsnäolo ja välittäminen, huomion kiinnittäminen, hengellisyys ja kumppanista välittäminen. (Adams – Bianchi 2008: 109.)

Kättilön läsnäoloon liittyvät fyysinen ja emotionaalinen läsnäolo sekä luottamuksellisen ilmapiirin rakentaminen. Hodnett (2002) mukaan kättilön asenteella ja käyttäytymisellä on suurempi myönteinen vaikutus synnytystyytyväisyyteen kuin kivunlievityksellä (Adams – Bianchi 2008: 109; Hodnett 2002: 167). Synnyttäjän turvallisuuden ja välite-tyksi tulemisen tunne lisää hänen mukavuuden ja hallinnan tunnetta (Sauls 2006: 40).

Kättilö auttaa synnyttäjää keskittymään esimerkiksi myönteisiin mielikuviin. Huomion keskittäminen vähentää levottomuutta ja ohjaa ajatuksia pois epämiellyttävästä olost. Mielen ohjaaminen edellyttää ympäristön rauhallisuutta ja synnyttäjän mukavaa oloti-
laa. (Adams – Bianchi 2008: 109.)

Synnyttäjän hengellisyys ja usko voivat auttaa häntä löytämään sisäistä voimaa ja mu-
kavoittamaan oloa synnytyksen aikana. Synnyttäjän halutessa kättilö voi rukoilla, laulaa
virsiä tai meditoida hänen kanssaan. (Adams – Bianchi 2008: 109–110.)

Kättilö huomioi myös synnyttäjän kumppanin tunteet rohkaisemalla, rauhoittelemalla tai
olemalla läsnä. Kumppanin stressiä helpottamalla synnyttäjänkin stressi vähenee.
(Adams – Bianchi 2008: 110.)

5.2.3 Tiedollinen tuki

Tiedolliseen tukeen kuuluu synnyttäjän ohjeistaminen tarpeen mukaan rentoutumiseen,
hengitykseen ja ponnistamiseen liittyvistä tekniikoista sekä synnytyksen kulusta kerto-
minen (Adams – Bianchi 2008: 110–111; Barrett – Stark 2010: 13). Kättilön tulee osata
arvioida synnyttäjän tiedon tarvetta. (Sauls 2006: 39–40.) Tiedollinen tuki antaa synnyt-
täjälle mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon hänen hoitoaan koskien, mikä vai-
kuttaa positiivisesti synnytyskokemukseen. Tiedollisen tuen antamisessa sanallinen ja
sanaton viestintä ovat tärkeitä, ja ne vahvistavat viestintää yhtä aikaa käytettynä. Vies-
tinnässä tulee ottaa huomioon kulttuurierot ja synnyttäjän kyky ymmärtää annettua tie-
toa. (Adams – Bianchi 2008: 110.)

Synnyttäjän turvallisuuden tunne, luottamus, toimintakyky ja tavoitteellisuus lisääntyvät
tietoa annettaessa. Synnyttäjät arvostavat selkeää ja rauhallista ohjausta, koska sen

koetaan auttavan ja herättävän luottamusta. Tiedon perustelemista pidetään erityisen tärkeänä, koska tilanteen epäselvyys saattaa edesauttaa kielteisen synnytyskokemuksen muodostumista. (Hautaniemi 2007: 59.)

Synnytyksen aikana annettu rentoutusohjaus on hyvä myös demonstroida. Ohjaus pitäisi antaa myös synnyttäjän kumppanille. Rentoutumista helpottamaan voidaan käyttää erilaisia tekniikoita, esimerkiksi kehossa etenevä tai kosketukseen liittyvä lihasten rentouttaminen (Adams – Bianchi 2008: 110–111.) tai mielikuvaharjoitukset.

Hengitysohjaukseen liittyy hengityksen syvyyden ja tiheyden sopeuttaminen supistuksen voimakkuuteen. Hengittämiseen keskittyminen lisää synnyttäjän itsevarmuutta, mukavuuden ja hallinnan tunnetta sekä kykyä selviytyä supistuksista. (Adams – Bianchi 2008: 110–111.) Rentoutumisharjoituksilla, hengityksen ohjaamisella ja siitä muistuttamalla voidaan huomioida hengittämistä synnytyksen aikana. Kätilö voi ohjata myös kumppania huomioimaan synnyttäjän hengitystä. (Hautaniemi 2007: 56.)

Ponnistusohjauksessa kätilö voi ohjata synnyttäjää ponnistamaan hengityksen kanssa (open glottis method) ja seuraamaan omaa ponnistusvaistoa. Hengityksen pidättäminen (closed glottis method) ponnistuksen aikana saattaa aiheuttaa sikiön sykkeen laskua. (Adams – Bianchi 2008: 112.)

Synnytyksen aikana kätilö antaa synnyttäjälle ja tämän kumppanille tietoa esimerkiksi sikiön tilasta ja synnytyksen etenemisestä. Lisäksi tiedon antaminen ja asioiden selittäminen voi lievittää kumppanin ahdistusta. (Adams – Bianchi 2008: 112.) Odotettavissa olevista tilanteista ja tutkimustuloksista on tärkeää kertoa. Tiedon saaminen saa synnyttäjän tuntemaan olevansa tilanteen tasalla ja säilyttämään kontrollin tunteen (Ford ym. 2009: 247).

5.2.4 Synnyttäjän puolella oleminen

Synnyttäjän puolella olemiseen kuuluu synnyttäjän suojeleminen, tarpeista huolehtiminen ja päätöksenteossa avustaminen. Synnyttäjän puolella oleminen on ennen kaikkea asiakkaan suojelua. Siihen liittyy myös synnyttäjän äänenä oleminen (Foley – Minick – Kee 2002: 182.), mikäli hän ei kykene ilmaisemaan itseään (Adams – Bianchi 2008: 112), hänen toiveidensa tulkitseminen ja tiedon eteenpäin välittäminen, synnytyssuunnitelman huomioiminen ja synnyttäjän aseman varmistaminen päätöksenteossa (Sauls

2006: 39–40). Kätilö kunnioittaa synnyttäjää ja hänen oikeuksiaan sekä suojaa hänen yksityisyyttään. Lisäksi hänen tehtävänä on pyrkiä ehkäisemään konflikteja ja tarvittaessa puuttua niihin nopeasti suojellakseen synnyttäjää ja synnytyksen kulkua (Adams – Bianchi 2008: 112–113).

5.3 Kätilö jatkuvan tuen antajana

Kätilöllä tarkoitetaan kätilökoulutuksessa vaaditun pätevyyden ja laillisen luvan saanutta henkilöä (Suomen Kätilöliitto ry 2009a). EU-maissa kätilötyön sisältöä ja vastuualueita määrittää EU:n Kätilödirektiivi 80/155/EEC Artikla 4. Syntymän hoitotyössä kätilön tehtäviin kuuluu muun muassa äidin hoitaminen ja avustaminen synnytyksen aikana sekä sikiön voinnin tarkkailu käytössä olevin kliinisin ja teknisin menetelmin, spontaanien synnytysten hoitaminen, episiotomian tekeminen ja hätätapauksessa jopa perätilasynnytyksen hoitaminen. Lisäksi kätilön tulee pyrkiä tunnistamaan tilanteet, joissa tarvitaan lääkärin ammattitaitoa, sekä hätätilanteessa toimimaan itse, jos lääkäriä ei ole saatavilla. (Suomen kätilöliitto ry 2009b.) Kätilön työtä ohjaavat myös eettiset periaatteet (International Code of Ethics for Midwives 2008: 1).

Hyviä kätilön ominaisuuksia ovat avoimuus, rehellisyys, hyväksyminen (nonjudgmental), tarpeiden ja huolten kuuntelu, ymmärtäminen (Adams – Bianchi 2008: 109), rauhallisuus, ammattitaitoisuus, empaattisuus ja kannustavuus. Kätilön ammattitaitoisuus luo synnyttäjälle kokemuksen, että hän on turvallisissa käsissä, minkä synnyttäjät kokevat yhdeksi tärkeimmistä asioista synnytyksessä. (Hautaniemi 2007: 59–60.) Kätilön tulee kohdata synnyttäjä rauhallisesti, arvostavasti ja yksilöllisesti. Perheelle synnytys on aina ainutlaatuinen ja merkittävä tapahtuma. Kätilön tarkoituksena on saada synnyttäjä kokemaan itsensä kyvykkääksi synnyttämään ja ymmärtämään omat heikkoutensa ja vahvuutensa. Voimavaraistavassa (empowering) kätilötyössä kätilö auttaa synnyttäjää ottamaan käyttöönsä hänessä olemassa olevat fyysiset ja psyykkiset voimavarat. (Hautaniemi 2007: 2.)

Synnyttäjää tukevalla henkilöllä täytyy olla usko synnyttäjän voimaan synnyttää (Hottenstein 2005: 245). Kätilön täytyy uskoa synnytyksen normaaliuteen, luottaa naisen voimaan ja kykyyn synnyttää sekä ymmärtää normaaliuden variaatioita (Powell Kennedy – Shannon 2004: 556–557). Jatkuvan tuen antaminen vaatii tietämystä ja sitoutumista synnyttäjän fyysisen ja emotionaalisen mukavuuden lisäämiseksi (Hottenstein 2005: 244).

Kättilön tehtävänä on tukea myös synnyttäjän kumppania. Kumppanilla on usein vähän kokemusta tuen tarjoamisesta ja läheisen synnyttäessä myös kumppani on tuen tarpeessa. (Hodnett ym. 2013: 4.)

5.4 Jatkuvan tuen edut

Synnytyksen aikaisen tukea ja sen vaikutusta on tutkittu paljon kansainvälisesti (Baker 2010; Bruggeman ym. 2007; Ford ym. 2009; Hodnett ym. 2002; Hodnett ym. 2013; Howarth ym. 2011; Iliadou 2012; Kipnis 2013; Payant ym. 2008; Sandall ym. 2013; Sauls 2006; Sleutel ym. 2007). Useimmissa aikaisemmissa tutkimuksissa jatkuvalla tuella on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia niin synnytyksen aikaisiin tapahtumiin kuin synnytyskokemukseenkin (Bruggemann ym. 2007: 2; Hodnett ym. 2013: 12; Tumbliin – Simkin 2001: 53). Toisaalta Hodnett ym. (2002) ovat todenneet, ettei jatkuvalla tuella ole merkittävää vaikutusta synnytyksen aikaisiin tapahtumiin, synnytyksen kulkuun tai sektiosynnytysten todennäköisyyteen (Hodnett ym. 2002: 1377).

Hodnett ym. (2013) on havainnut, että jatkuvaa tukea synnytyksen aikana saava synnyttää todennäköisemmin säännöllisesti alateitse. Synnyttäjällä on pienempi riski sektio- tai toimenpidesynnytykseen, jolla tarkoitetaan imukuppi- tai pihtiavusteista ulosauttoa. Jatkuvan tuen on todettu myös vähentävän synnyttäjän pelon ja ahdistuksen aiheuttamia haittoja. (Hodnett ym. 2013: 15–16.) Synnyttäjä tarvitsee vähemmän kipulääkitystä synnytyksen aikana. Synnytyksen kesto on lyhyempi ja vauvan Apgar-pisteet viiden minuutin iässä ovat harvemmin alle seitsemän. (Hodnett ym. 2013: 15; WHO 1996: 12.)

Iliadou (2012) on havainnut jatkuvan synnytyksen aikaisen tuen vähentävän merkittävästi todennäköisyyttä tarvita keisarileikkausta, pihti- tai imukuppiavusteista ulosauttoa tai synnytyksen aikaista lääkkeellistä kivunlievitystä. Jatkuvasta tuesta vaikuttaisi olevan enemmän hyötyä kuin ajoittaisesta tuesta. (Iliadou 2012: 386.)

Baker (2010) on havainnut, että tehokas synnytystuki vähentää synnytykseen puuttumisen tarvetta, mikä lisää synnyttäjän mahdollisuutta synnyttää säännöllisesti. Baker esittää myönteisten vaikutusten selitykseksi kahta teoriaa: tehokas tuki synnytyksen aikana helpottaa sikiön kulkua synnytyskanavassa ja vähentää stressin vaikutusta synnytyksen kulkuun. Myös Romanon ja Lothianin (2008) mukaan synnytyksen aikaisen

jatkuvan tuen edut perustuvat stressihormonien tason laskuun ja äidin ahdistuksen lievittymiseen (Romano – Lothian 2008: 97). Baker (2010) on havainnut synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen lisäävän tyytyväisyyttä synnytyskokemukseen sekä nopeuttavan synnytyksestä palautumista ja kotiin pääsyä. Säännöllisellä synnytyksellä ja nopealla kotiutumisella on mahdollista säästää kustannuksia. Baker on havainnut myös, että tehokasta tukea saaneilla synnyttäjillä synnytys kokonaisuutena kesti vähemmän aikaa ja naiset todennäköisemmin imettivät vauvaansa. Lisäksi tehokasta tukea saaneet synnyttäjät eivät tarvinneet kipulääkettä ollenkaan, tarvitsivat sitä vähemmän tai myöhemmin. Kätilön jatkuvalla läsnäololla on tehokkaampi vaikutus kuin ajoittaisella tuella. (Baker 2010.)

Sandall ym. (2013) mukaan kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä synnyttävä nainen tarvitsee harvemmin puudutuksia ja synnyttää harvemmin ennenaikaisesti. Naiset synnyttävät useammin spontaanisti alateitse, ja ulosautossa tarvitaan harvemmin pihtejä tai imukuppia. Synnyttäjille tehdään harvemmin episiotomiaa tai puhkaistaan sikiökalvoja. (Sandall ym. 2013: 11–12.)

Jatkuva tuki ja läsnäolo synnytyksen aikana parantaa synnyttäjän tyytyväisyyttä hänen synnytyskokemuksensa. Hyvä suhde kätilön kanssa on synnyttäjille erittäin tärkeää (Howarth ym. 2011.) ja synnytyskokemuksen kannalta merkittävä tekijä (Ahonen 2001: 31). Sleutel ym. (2007) tutkimuksessa sanotaan, että ”90 %:lla naisista synnytys voi olla luonnollinen, normaali ja kaunis kokemus” (Sleutel ym. 2007: 209). Sekä myönteisellä että kielteisellä synnytyskokemuksella voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia naisen ja perheen psyykkiseen hyvinvointiin (Gale ym. 2001: 265; Payant ym. 2008: 405). Kätilöt ovat ainutlaatuisessa asemassa vaikuttamassa synnyttäjän synnytyskokemukseen sanojensa ja tekojensa kautta (Payant ym. 2008: 405).

5.5 Haasteet jatkuvan tuen antamisessa

Sairaalasynnytysten ja synnytyksessä käytettävän tekniikan lisääntynyt käyttö on etäännyttänyt kätilön synnyttäjistä (Tumblin – Simkin 2001: 52). Diagnosointia ja hoitoa varten kehitetty tekniikka on nykyään käytössä rutiininomaisesti. Tästä on seurannut synnytysten hoidossa vallitseva riski- ja teknologiapainotteinen lähestymistapa. Päättäjien, kuten poliitikkojen ja sairaalan johdon, tulisikin tarkastella asetelmaa kriittisesti ja luoda uudet käytännöt näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen. (Hodnett ym. 2013: 16.) Esimerkiksi sikiön sykkeen monitorointi on korvannut fetoskoopin. Aiemmin

fetoskooppia käyttäessä kättilön täytyi olla lähellä synnyttäjää ja laittaa kätensä äidin vatsan päälle. Elektroninen monitorointi mahdollistaa useammankin synnyttäjän seuraamisen samanaikaisesti jopa eri huoneesta käsin. (Tumblin – Simkin 2001: 52.)

Kättilön tehtävänä on toimia synnytyksen aikana sekä kliinisenä hoitajana että tuen antajana. Erinäisistä syistä johtuen kliiniset velvollisuudet saattavat viedä aikaa tuen antamiselta. (Simkin – O'Hara 2002: 133; Kipnis 2013: 69.) Kättilö on usein vastuussa useammasta synnytyksestä samanaikaisesti. Jatkuvan tuen antamista estävät vuoron vaihdot kesken synnytyksen, teknologian ja kirjausten vaatima aika sekä kättilöiden riittämätön taito tuen antamiseen. Lisäksi estävinä tekijöinä on mainittu lyhyet työsuhteet (Hodnett ym. 2013: 4.) sekä henkilöstömäärän lisäämisen aiheuttamat kustannukset (Hodnett ym. 2002: 1374).

Sleutel ym. (2007) havaitsivat, että synnytyksen aikaisen tuen antamista edistävät moniammatillinen yhteistyö, filosofia syntymästä luonnollisena prosessina, teknologia sekä kättilötyön kokemus ja autonomia. Lisäksi he havaitsivat kuusi teemaa, jotka saattavat estää tuen antamista: kiirehtiminen, kontrollointi ja synnytyksen mekanisointi; teknologia; äitien tieto, kieli ja lääketieteellinen status; vanhentuneet käytännöt; konflikti; eettisyyden tai ammatillisuuden heikentyminen. (Sleutel 2007: 205, 210.)

Barrettin ja Starkin (2010) ja Tumblinin ja Simkinin (2001) mukaan nykyään kättilökoulutuksessa keskitytään paljon obstetriisiin hoitokäytäntöihin ja teknologian käytön oppimiseen (Barrett – Stark 2010: 17; Tumblin – Simkin 2001: 53). Uuden sukupolven kättilöillä on valmiuksia teknologian käyttöön, mutta heillä saattaa olla vähemmän valmiuksia antaa synnytyksen aikaista tukea. Kättilön iällä ja kokemuksella on todettu olevan yhteys kykyyn tarjota tukea synnyttäjälle. Synnytysyksiköt voisivatkin hyötyä hiljaisen tiedon siirtymisestä vanhemmalta kättilöltä nuoremmalle. (Barrett – Stark 2010: 16–17.) Kipnis (2013) havaitsi tutkimuksessaan, että kolmen tunnin lisäkoulutus kättilöopiskelijoille osoittautui erittäin tehokkaaksi (Kipnis 2013: 71). Kättilöillä on velvollisuus terveydenhuollon ammattihenkilönä päivittää tietojaan ja taitojaan osallistumalla täydennyskoulutuksiin ja hoitoa kehittäviin projekteihin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 18).

Barrettin ja Starkin tutkimuksessa esitettiin, että kättilöt käyttivät vain 6,1 % työajastaan synnyttäjän tukemiseen (Barrett – Stark 2010: 12). Gale ym. (2001) huomasivat tutkimuksessaan, että kättilöt käyttivät synnyttäjän tukemiseen 12,4 % työajastaan. Koko-

naisuudessaan kättilöt viettivät 27,8 % työajastaan synnyttäjän kanssa. (Gale ym. 2001: 267.)

6 Syntymärekisteritiedot

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos ylläpitää tilastoja eri aihealueista. Perinataalitalasto sisältää tilastotietoja synnyttäjistä, synnytyksistä ja vastasyntyneistä niin Suomen, sairaanhoitopiirien kuin sairaalatyyppeinkin tasolla. Parillisina vuosina julkaistaan tilastoraportti synnyttäjistä, synnytyksistä ja synnytystoimenpiteistä. Tilastossa tarkastellaan laajemmin tietoja synnyttäjistä ja synnytystoimenpiteistä. Parittomina vuosina julkaistaan tilastoraportti vastasyntyneistä. Tilastossa keskitytään tarkemmin vastasyntyneisiin ja keskosiin. (THL 2013.)

Opinnäytetyössä käytetään vuoden 2012 perinataalitalastoa, joka on julkaistu vuonna 2013.

Synnytyksiä oli vuonna 2012 Suomessa 59 038. Alatiesynnytyksiä ilman toimenpiteitä oli 74,3 % kaikista synnytyksistä. Kaikista synnytyksistä perätilasynnytyksiä oli 0,6 %. Pihtiavusteisia synnytyksiä oli 13 (0,0 %) ja imukuppiavusteisia 5132 eli 8,7 % kaikista synnytyksistä. Sektioon päätyi 16,3 % synnytyksistä, joista suunniteltuja oli 6,2 % ja muita 10,1 %. Synnytyssairaalat on jaettu neljään sairaalatyyppeihin: yliopistosairaalat (mukaan lukien Kätilöopiston sairaala), suuret sairaalat (synnytyksiä vähintään 1500 vuodessa), keskisuuret sairaalat (synnytyksiä 750–1499 vuodessa) ja pienet sairaalat (synnytyksiä alle 750 vuodessa). (THL 2013.)

Epiduraalipuudutuksen sai Suomessa 48,2 % synnyttäjistä. Sairaalatyyppeiden välillä oli kuitenkin huomattavia eroja: epiduraalipuudutuksen sai pienissä sairaaloissa 35,0 % synnyttäjistä ja yliopistollisissa sairaaloissa 56,7 %. Spinaalipuudutuksen sai 18,3 % synnyttäjistä. Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä sai keskimäärin 30,7 % synnyttäjistä, mutta sairaalatyypeittäin on eroja: pienissä sairaaloissa luku oli 44,9 %, keskisuurissa sairaaloissa 35,9 %, suurissa sairaaloissa 22,3 % ja yliopistosairaloissa 32,9 %. Keskimääräinen sairaalassaoloaika synnytyksen jälkeen oli 2,9 päivää. Yli viikon sairaalahoitoa synnyttäjistä tarvitsi 1,9 %. (THL 2013.)

Kaikkien synnyttäjien keski-ikä koko Suomessa oli 30,3 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä 28,4 vuotta. Synnytyksistä 20,9 % käynnistettiin ja 45,8 % puhkaistiin sikiökalvot. Synnyttäjien painoindeksi ennen raskautta oli keskimäärin 24,5 (normaali: 18,5–24,9). Raskaaksi tullessaan synnyttäjistä tupakoi 16,6 %, joista 41,9 % lopetti alkuraskaudessa. (THL 2013.)

Vuonna 2012 syntyi 59 856 lasta, joista poikia oli 50,9 %. Vastasyntyneistä 2,7 % oli kaksosia. Ennenaikaisesti (< 37 rv) syntyi 5,7 %. Keskimääräinen syntymäpaino oli 3498 g. Vastasyntyneistä 7,0 % tarvitsi sairaalahoitoa vielä yli viikon ikäisenä. (THL 2013.)

7 Työmenetelmät

7.1 Tiedonhaku

Aineistoa opinnäytetyöhön on haettu käyttämällä Pubmed-, Ebsco-, Ovid-, Cochrane- ja Medic -tietokantoja. Haku- ja asiasanoina on käytetty seuraavia sanoja eri yhdistelminä: support*, continu*, labor*, birth*, midwi*, nonpharmacological*, childbirth*. Tietoperustaksi on valittu tutkimuksia ja artikkeleita, jotka otsikon ja tiivistelmän perusteella sopivat opinnäytetyön aiheeseen. Tiedonhaun ulkopuolelle on rajattu ennen vuotta 2000 julkaistut aineistot. Lisäksi opinnäytetyön lähteenä on käytetty tutkimuksia ja artikkeleita, joita on käytetty hakutulosten lähdeviiteinä.

Opinnäytetyössä on myös käytetty aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Internetistä on käytetty terveydenhuoltoon liittyviä ammattisivustoja, kuten Terveysportti, Kätilöliitto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja sosiaali- ja terveysministeriö.

Aineistosta suurin osa on englanninkielisiä, muutama suomenkielisiä. Englanninkielinen aineisto on peräisin pääasiassa Yhdysvalloista, Kanadasta ja Iso-Britanniasta. Aineistoissa on käytetty synnytyksen hoitavasta henkilöstä monipuolisesti nimikkeitä *midwife*, *nurse*, *nurse-midwife* ja *birth assistant*. Opinnäytetyössä käytetään yhteisnimitystä kätilö.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa käytetään kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä on tutkimustapa, jossa tarkoituksena on kuvata, selittää, kartoittaa, ennustaa tai vertailla ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia (Vilkka 2007: 19). Määrällisellä tutkimusmenetelmällä voidaan vastata kysymyksiin *kuinka moni*, *kuinka paljon* tai *kuinka usein* (Vilkka 2007: 14).

Määrällisellä tutkimuksella rakennetaan, uudistetaan, selitetään, täsmennetään tai puretaan aikaisempia teoreettisia käsitteitä tai teorioita. Tutkija asettaa usein tutkimusongelman eli hypoteesin ja perustelee sen esimerkiksi aiempien tutkimusten avulla. Hypoteesista ilmenee, mitä tutkija odottaa tuloksista. (Vilkka 2007: 24.) Tässä opinnäytetyössä hypoteesina on, että *jatkuvalla tuella on vaikutusta synnytyksen kulkuun*. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia kuvataan numeroiden avulla (Vilkka 2007: 14). Tässä opinnäytetyössä kaikki muuttujat on esitetty numeraalisesti.

Määrällisessä tutkimuksessa on tyypillistä syy–seuraus-suhteiden etsiminen aineistosta ja niiden selittäminen. Tutkimuksessa oletetaan, että voidaan yleistää jonkin taustatekijän johtaminen tietynlaisiin seurauksiin. (Vilkka 2007: 23.) Määrällisessä tutkimuksessa aineistosta pyritään löytämään säännönmukaisuuksia, joista voitaisiin muodostaa yleistettäviä teorioita (Vilkka 2007: 25).

7.3 Aineisto

Tutkimukseen osallistumisen edellytyksenä oli hyvä tai riittävä suomen kielen taito. Lisäksi elektiivisellä sektiolla synnyttäneet rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle.

Kyselylomakkeita lähetettiin ennen interventiota yhteensä 1500. Alkukyselyyn vastasi 1181 äitiä. Vastausprosentti oli yhteensä 78,7 %. Luvan syntymärekisteritietojen käyttöön antoi 1007 äitiä. Alkuaineistoon on otettu vain ne äidit, joilta on käytettävissä syntymärekisterin tiedot. Aineiston otos on 1007. Korkein vastausprosentti oli Oulun sairaalassa (86,7 %) ja matalin Kuopion sairaalassa (67,0 %). Kyselylomakkeen tiedot on saatu valmiina aineistona Hyvä syntymä -hankkeelta. Tämän vuoksi opinnäytetyössä kuvataan aineiston katoa vain määrällisesti.

Loppukyselyssä kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 1500. Loppukyselyyn vastasi 939 äitiä. Vastausprosentti oli yhteensä 62,6 %. Luvan syntymärekisteritietojen käyttöön antoi 704 äitiä. Loppuaineistoon on otettu vain ne äidit, joilta on käytettävissä syntymärekisterin tiedot. Aineiston otos oli 704. Korkein vastausprosentti oli Salon sairaalassa (88,3 %) ja matalin Kuopion sairaalassa (46,0 %).

Syntymärekisteritiedot saatiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta Excel-tiedostona. Aineiston analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics21 -ohjelmaa. Rekisteritiedot muutettiin numeraaliseen muotoon ennen havaintomatriisiin siirtoa. Tiedot muokattiin analysoitavaan muotoon. Kyselylomakkeen aineisto ja rekisteritiedot yhdistettiin tutkimusnumeron mukaan, joka identifioi vastaajaa molemmissa aineistoissa. Alku- ja loppukyselyn aineistot kuvattiin erillisissä matriiseissa.

Kyselylomakkeista kuvattiin tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja käyttäen frekvenssijakaumia, minimejä, maksimeja ja keskiarvoja. Syntymärekisteritiedoista ajettiin ristiintaulukointeja ja muodostettiin tilastollisia tunnuslukuja, kuten keskiarvoja, sairaaloittain tutkimusindikaattorien mukaan. Tulokset saatiin vertailemalla alku- ja loppukyselyiden syntymärekisteritietoja Pearsonin korrelaatiokertoimella eli Khiin neliötestillä. Muutosvaikutusta on tarkasteltu Khiin neliötestillä, jolla selvitetään tulosten tilastollista merkitsevyyttä. Tilastollisesti merkitsevyyden rajana on pidetty $p < 0,05$. Suuntaa antavana tuloksena on pidetty $p < 0,1$.

8 Tulokset

8.1 Taustatiedot

Alkukyselyyn vastanneiden äitien keski-ikä oli 29,7 vuotta. Nuorimmat kyselyyn vastanneet olivat 17-vuotiaita ja vanhimmat 45-vuotiaita. Vastaajista naimisissa oli 59,3 % ja avoliitossa 37,2 %. Naimattomia oli 2,6 %, eronneita tai asumuserossa olevia 0,7 % ja rekisteröidyssä parisuhteessa 0,1 %.

Loppukyselyyn vastanneiden äitien keski-ikä oli 30,0 vuotta. Nuorimmat kyselyyn vastanneista olivat 17-vuotiaita ja vanhimmat 45-vuotiaita. Vastaajista naimisissa oli 59,2

% ja avoliitossa 36,2 %. Naimattomia oli 4,3 %, eronneita tai asumuserossa olevia 0,3 %.

Alkukyselyssä yleisimmät koulutusasteet olivat ammattikoulu tai muu ammatillinen tutkinto (39,3 %) sekä alempi korkeakoulututkinto (31,7 %). Tohtorin tai lisensiaattitutkinnon suorittaneita äitejä oli vähiten (2,3 %). Suurimmalla osalla äideistä oli tukihenkilönään lapsen isä (95,2 %). 0,5 %:lla äideistä oli tukihenkilönään kumppani ja 1,7 %:lla joku muu tukihenkilö. 2,6 % äideistä synnytti ilman tukihenkilöä.

Loppukyselyssä yleisimmät koulutusasteet olivat ammattikoulu tai muu ammatillinen tutkinto (35,5 %) sekä alempi korkeakoulututkinto (32,1 %). Tohtorin tai lisensiaattitutkinnon suorittaneita äitejä oli 2,0 %. Suurimmalla osalla äideistä oli tukihenkilönään lapsen isä (93,6 %). 0,7 %:lla äideistä oli tukihenkilönään kumppani ja 2,3 %:lla joku muu tukihenkilö. 3,0 % äideistä synnytti ilman tukihenkilöä.

Kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä suurimmalla osalla oli myönteinen synnytyskokemus (79,7 %). Kielteiseksi synnytyksensä kokivat 1,3 %. Äideistä 18,9 %:lla synnytyskokemus oli jotain siltä väliltä. Korkein myönteinen synnytyskokemusprosentti oli Hyvinkäällä (87,6 %) ja matalin Tampereella (73,0 %). Korkein kielteinen synnytyskokemusprosentti oli Kuopiossa (3,0 %) ja matalin Salossa (0,0 %). Jotain siltä väliltä -synnytyskokemusprosentti vaihteli Tampereen 24,6 % ja Hyvinkään 11,4 % välillä. Vastausprosentti oli yhteensä 67,1 %.

Kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä suurimmalla osalla oli myönteinen synnytyskokemus (81,2 %). Kielteiseksi synnytyksensä kokivat 3,0 %. Äideistä 15,8 %:lla synnytyskokemus oli jotain siltä väliltä. Korkein myönteinen synnytyskokemusprosentti oli Hämeenlinnassa (88,0 %) ja matalin Hyvinkäällä (77,8 %). Korkein kielteinen synnytyskokemusprosentti oli Hyvinkäällä (6,9 %) ja matalin Tampereella (0,9 %). Jotain siltä väliltä -synnytyskokemusprosentti vaihteli Oulun 19,3 % ja Hämeenlinnan 8,0 % välillä. Vastausprosentti oli yhteensä 61,2 %.

Alkukyselyyn vastanneista äideistä 39,3 % oli ensisynnyttäjiä. Äideillä oli keskimäärin 1,2 aikaisempaa synnytystä. Suurin aikaisempien synnytysten lukumäärä oli 12.

Loppukyselyyn vastanneista äideistä 38,6 % oli ensisynnyttäjiä. Äideillä oli keskimäärin 1,1 aikaisempaa synnytystä. Suurin aikaisempien synnytysten lukumäärä oli 9.

Alkukyselyyn vastanneille äideille syntyi yhteensä 1015 lasta. Kaksosia oli kahdeksan paria. Vastasyntyneiden keskimääräinen syntymäpaino oli 3542 grammaa. Matalin syntymäpaino oli 670 grammaa ja korkein 5085 grammaa. Raskauden kesto vaihteli välillä 26+0 ja 42+2.

Loppukyselyyn vastanneille äideille syntyi yhteensä 704 lasta. Kaksosia oli kolme paria. Vastasyntyneiden keskimääräinen syntymäpaino oli 3534 grammaa. Matalin syntymäpaino 1750 grammaa ja korkein 5190 grammaa. Raskauden kesto vaihteli välillä 33+4 ja 42+3.

8.2 Indikaattorit

Tulokset esitetään indikaattorien mukaan. Taulukoissa on esitetty toimenpiteiden ja kivunlievityksen käyttöprosentti sekä 3.–4. asteen repeämien yleisyys ennen ja jälkeen intervention sairaaloittain.

Intervention muutosvaikutusta on tarkasteltu Pearsonin korrelaatiokertoimella eli Khiin neliötestillä. Tilastollisesti merkitsevyyden rajana on pidetty $p < 0,05$. Suuntaa antavana tuloksena on pidetty $p < 0,1$. Koesairaaloiden eli Oulun yliopistollisen sairaalan ja Hyvinkään keskussairaalan p-luvut on esitetty erikseen. Vertailusairaloita ovat Kuopion ja Tampereen yliopistolliset sairaalat sekä Hämeenlinnan ja Salon keskussairaalat, ja niiden p-luvut on esitetty yhdessä.

8.2.1 Synnytyksen kesto

Syntymärekisteritiedoissa synnytyksen kesto on jaettu avautumis- ja ponnistusvaiheeseen. Kaikkien alkukyselyyn vastanneiden ensisynnyttäjien avautumisvaihe kesti keskimäärin 1067 minuuttia. Kaikkien alkukyselyyn vastanneiden uudelleensynnyttäjien avautumisvaihe kesti keskimäärin 577 minuuttia. Alkuaineistossa tieto avautumisvaiheen kestosta puuttui 180 synnyttäjältä (17,9 %).

Loppukyselyyn vastanneiden ensisynnyttäjien avautumisvaihe kesti keskimäärin 1036 minuuttia. Kaikkien loppukyselyyn vastanneiden uudelleensynnyttäjien avautumisvaihe

kesti keskimäärin 555 minuuttia. Loppuaineiston tieto avautumisvaiheen kestosta puuttui 31 synnyttäjältä (4,4 %)

Taulukko 2. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien avautumisvaiheen keston keskiarvo minuutteina sairaalotain ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
P0* ennen	1023	889	1096	1126	1154	985	1067
P0* jälkeen	1130	1007	829	1142	1071	872	1036
P1** ennen	572	515	601	591	591	520	577
P1** jälkeen	551	545	572	548	585	550	555

*P0 = ensisynnyttäjä, **P1 = uudelleensynnyttäjä

Kaikkien alkukyselyyn vastanneiden ensisynnyttäjien ponnistusvaihe kesti keskimäärin 69 minuuttia. Kaikkien alkukyselyyn vastanneiden uudelleensynnyttäjien ponnistusvaihe kesti keskimäärin 18 minuuttia. Alkuaineistossa tieto ponnistusvaiheen kestosta puuttui 173 synnyttäjältä (17,2 %).

Kaikkien loppukyselyyn vastanneiden ensisynnyttäjien ponnistusvaihe kesti keskimäärin 49 minuuttia. Kaikkien loppukyselyyn vastanneiden uudelleensynnyttäjien ponnistusvaihe kesti keskimäärin 17 minuuttia. Loppuaineistossa tieto ponnistusvaiheen kestosta puuttui

Taulukko 3. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien ponnistusvaiheen keston keskiarvo minuutteina sairaalotain ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
P0* ennen	49	91	128	41	46	67	69
P0* jälkeen	43	48	106	34	32	52	49
P1** ennen	10	24	43	12	12	17	18
P1** jälkeen	11	17	34	13	16	26	17

*P0 = ensisynnyttäjä, **P1 = uudelleensynnyttäjä

8.2.2 Synnytystapa

Kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä 86,2 % synnytti alateitse. Imukuppiavusteisesti synnytti 9,2 %. Eniten imukuppia käytettiin Hyvinkäällä (12,3 %) ja vähiten Oulussa (7,1 %). Alkukyselyyn vastanneista kukaan ei synnyttänyt pihtiavusteisesti. Kiireelli-

seen sektioon päätyi 3,8 % ja hätäsektioon 0,3 % synnytyksistä. Vastasyntyneistä 0,5 % syntyi perätilassa.

Kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä 87,4 % synnytti alateitse. Imukuppiavusteisesti synnytti 9,1 %. Eniten imukuppia käytettiin Hyvinkäällä (15,4 %) ja vähiten Tampereella (4,4 %). Loppukyselyyn vastanneista kukaan ei synnyttänyt pihtiaavusteisesti. Kiireelliseen sektioon päätyi 2,3 % ja hätäsektioon 0,3 % synnytyksistä. Vastasyntyneistä 1,0 % syntyi perätilassa.

Taulukko 4. Synnytystapa prosentteina sairaaloittain ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Alatie ennen	88,2	84,1	88,1	85,5	85,3	84,2	86,2
Alatie jälkeen	91,3	77,7	92,9	90,7	87,7	83,1	87,4
Imukuppi ennen	7,1	12,3	8,5	9,1	9,2	9,2	9,2
Imukuppi jälkeen	7,5	15,4	7,1	4,4	11,5	12,0	9,1
Kiireellinen sektio ennen	4,2	3,1	3,4	4,1	3,7	5,3	3,8
Kiireellinen sektio jälkeen	0,6	5,4	0,0	2,7	1,3	2,4	2,3
Hätäsektio ennen	0,0	0,5 / n=1	0,0	0,5 / n=1	0,0	1,3 / n=1	0,3
Hätäsektio jälkeen	0,0	1,5 / n=2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,200, Hyvinkään p-luvuksi 0,434 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,152.

8.2.3 Oksitosiini

Kaikista alkukyselystä vastanneista 57,0 % sai oksitosiinia synnytyksen aikana. Eniten oksitosiinia käytettiin Hämeenlinnassa (73,1 %) ja vähiten Salossa (44,0 %).

Kaikista loppukyselyyn vastanneista 53,1 % sai oksitosiinia synnytyksen aikana. Eniten oksitosiinia käytettiin Hämeenlinnassa (67,9 %) ja vähiten Salossa (28,9 %).

Taulukko 5. Oksitosiinin käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	55,5	66,7	50,6	51,6	73,1	44,0	57,0
Jälkeen	47,5	65,4	45,7	56,8	67,9	28,9	53,1

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,109, Hyvinkään p-luvuksi 0,862 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,330.

8.2.4 Kivunlievitys

Epiduraalipuudutuksen sai 48,9 % kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä. Eniten puudutusta käytettiin Hyvinkäällä (56,4 %) ja vähiten Salossa (42,7 %).

Epiduraalipuudutuksen sai 48,6 % kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä. Eniten puudutusta käytettiin Hyvinkäällä (57,7 %) ja vähiten Salossa (39,8 %).

Taulukko 6. Epiduraalipuudutuksen käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	45,4	56,4	53,5	46,1	45,4	42,7	48,9
Jälkeen	41,3	57,7	47,1	52,5	50,0	39,8	48,6

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,395, Hyvinkään p-luvuksi 0,758 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,743.

Spinaalipuudutuksen sai 17,9 % kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä. Eniten puudutusta käytettiin Hämeenlinnassa (23,1 %) ja vähiten Kuopiossa (11,0 %).

Spinaalipuudutuksen sai 18,2 % kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä. Eniten puudutusta käytettiin Oulussa (23,8 %) ja vähiten Kuopiossa (12,9 %).

Taulukko 7. Spinaalipuudutuksen käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	21,4	20,0	11,0	16,0	23,1	14,7	17,9
Jälkeen	23,8	20,0	12,9	14,2	21,8	14,5	18,2

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,601, Hyvinkään p-luvuksi 0,964 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,912.

Paraservikaalipuudutuksen sai 25,7 % kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä. Sairaaloikohtaiset erot olivat suuria: eniten paraservikaalipuudutusta käytettiin Hämeenlinnassa (55,6 %) ja vähiten Hyvinkäällä (4,6 %).

Paraservikaalipuudutuksen sai 23,9 % kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä. Sairaaloikohtaiset erot olivat suuria: eniten paraservikaalipuudutusta käytettiin Hämeenlinnassa (52,6 %) ja vähiten Hyvinkäällä (4,6 %).

Taulukko 8. Paraservikaalipuudutuksen käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	33,6	4,6	19,2	31,5	55,6	10,7	25,7
Jälkeen	26,3	4,6	18,6	29,0	52,6	15,7	23,9

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,133, Hyvinkään p-luvuksi 0,984 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,852.

Pudendaalipuudutuksen sai 12,4 % kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä. Sairaaloikohtaiset erot olivat erittäin suuria: eniten pudendaalipuudutuksia annettiin Hämeenlinnassa (70,4 %) ja vähiten Salossa (1,3 %).

Pudendaalipuudutuksen sai 13,6 % kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä. Sairaaloikohtaiset erot olivat erittäin suuria: eniten pudendaalipuudutuksia annettiin Hämeenlinnassa (71,8 %) ja vähiten Salossa (1,2 %).

Taulukko 9. Pudendaalipuudutuksen käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	2,9	6,2	7,0	7,8	70,4	1,3	12,4
Jälkeen	2,5	10,8	8,6	8,2	71,8	1,2	13,6

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,787, Hyvinkään p-luvuksi 0,140 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,886.

Ilokaasua käytti 55,4 % kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä. Sairaaloiden välillä ilmeni eroja: eniten ilokaasua käytettiin Tampereella (64,4 %) ja vähiten Oulussa (42,0 %).

Ilokaasua käytti 57,1 % kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä. Sairaaloiden välillä ilmeni eroja: eniten ilokaasua käytettiin Hyvinkäällä (66,9 %) ja vähiten Oulussa (39,4 %).

Taulukko 10. Ilokaasun käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	42,0	60,0	64,0	64,4	43,5	57,3	55,4
Jälkeen	39,4	66,9	64,3	67,8	48,7	54,2	57,1

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,634, Hyvinkään p-luvuksi 0,182 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,684.

Muuta lääkkeellistä kivunlievitystä sai 9,2 % kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä. Eniten niitä käytettiin Hämeenlinnassa (31,5 %) ja vähiten Oulussa (3,8 %).

Muuta lääkkeellistä kivunlievitystä sai 9,9 % kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä. Eniten niitä käytettiin Hämeenlinnassa (29,5 %) ja vähiten Oulussa (4,4 %).

Taulukko 11. Muiden lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	3,8	5,1	16,3	4,1	31,5	4,0	9,2
Jälkeen	4,4	6,2	12,9	10,4	29,5	4,8	9,9

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,774, Hyvinkään p-luvuksi 0,709 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,816.

Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä sai 48,7 % kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä. Eniten niitä käytettiin Salossa (78,7 %) ja vähiten Hyvinkäällä (21,5 %).

Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä sai 49,3 % kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä. Eniten niitä käytettiin Kuopiossa (84,3 %) ja vähiten Hyvinkäällä (26,2 %).

Taulukko 12. Ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	47,5	21,5	76,2	44,7	43,5	78,7	48,7
Jälkeen	43,1	26,2	84,3	49,2	48,7	68,7	49,3

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,372, Hyvinkään p-luvuksi 0,305 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,860.

8.2.5 Episiotomia ja repeämät

Episiotomia tehtiin 22,0 %:lle kaikista alkukyselyyn vastanneista. Sairaaloiden välillä oli eroja: eniten episiotomioita tehtiin Hyvinkäällä (36,9 %) ja vähiten Hämeenlinnassa (13,0 %).

Episiotomia tehtiin 24,0 %:lle kaikista loppukyselyyn vastanneista. Sairaaloiden välillä oli eroja: eniten episiotomioita tehtiin Hyvinkäällä (40,8 %) ja vähiten Salossa (12,0 %).

Taulukko 13. Episiotomiat sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	19,3	36,9	14,5	25,1	13,0	13,3	22,0
Jälkeen	20,0	40,8	14,3	25,7	21,8	12,0	24,0

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,884, Hyvinkään p-luvuksi 0,471 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,434.

Kaikista alkukyselyyn vastanneista äideistä 0,8 %:lle tuli 3.- tai 4. asteen repeämä synnytyksen yhteydessä. Repeämätapausten lukumäärä vaihteli nollan ja kolmen välillä sairaaloittain.

Kaikista loppukyselyyn vastanneista äideistä 1,4 %:lle tuli 3.- tai 4. asteen repeämä synnytyksen yhteydessä. Repeämätapausten lukumäärä vaihteli yhden ja kolmen välillä sairaaloittain.

Taulukko 14. 3.-4. asteen repeämät sairaaloittain prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo	Yhteensä
Ennen	0,4 / n=1	1,0 / n=2	0,6 / n=1	0,5 / n=1	2,8 / n=3	0,0 / n=0	0,8
Jälkeen	1,3 / n=2	2,3 / n=3	1,4 / n=1	0,5 / n=1	1,3 / n=1	2,4 / n=2	1,4

Khiin neliötestillä saatiin Oulun p-luvuksi 0,350, Hyvinkään p-luvuksi 0,364 ja vertailusairaaloiden p-luvuksi 0,592.

8.2.6 Apgar-pisteet

Opinnäytetyön aineistossa on käytössä vastasyntyneiden yhden minuutin ja viiden minuutin Apgar-pisteiden tiedot. Alkuaineistossa suurin osa (77,9 %) yhden minuutin pisteistä oli yhdeksän tai kymmenen. 17,8 % vastasyntyneistä sai seitsemän tai kahdeksan pistettä yhden minuutin iässä. Loput 4,2 % vastasyntyneistä sai yhdestä kuuteen pistettä yhden minuutin iässä.

Loppuaineistossa suurin osa (80,5 %) yhden minuutin pisteistä oli yhdeksän tai kymmenen. 15,2 % vastasyntyneistä sai seitsemän tai kahdeksan pistettä yhden minuutin iässä. Loput 4,3 % vastasyntyneistä sai yhdestä kuuteen pistettä yhden minuutin iässä.

Alkuaineistossa suurin osa (90,7 %) vastasyntyneistä sai viiden minuutin iässä yhdeksän tai kymmenen Apgar-pistettä. 8,2 % vastasyntyneistä sai seitsemän tai kahdeksan pistettä viiden minuutin iässä. Loput 1,1 % vastasyntyneistä sai alle seitsemän pistettä viiden minuutin iässä.

Loppuaineistossa suurin osa (91,9 %) vastasyntyneistä sai viiden minuutin iässä yhdeksän tai kymmenen Apgar-pistettä. 6,6 % vastasyntyneistä sai seitsemän tai kahdeksan pistettä viiden minuutin iässä. Loput 1,5 % vastasyntyneistä sai alle seitsemän pistettä viiden minuutin iässä.

8.2.7 Sairaalahoito

Indikaattori sairaalahoito tarkoittaa vastasyntyneen sairaalahoidon tarvetta viikon kuluttua syntymästä. Alkuaineistosta 95,2 % vastasyntyneistä oli kotona viikon iässä. 2,6 %

vastasyntyneistä oli lapsivuodeosastolla. Loput 2,3 % vastasyntyneistä tarvitsi muuta sairaalahoitoa.

Loppuaineistosta 98,2 % vastasyntyneistä oli kotona viikon iässä. 0,7 % vastasyntyneistä oli lapsivuodeosastolla. Loput 1,1 % vastasyntyneistä tarvitsi muuta sairaalahoitoa.

8.3 Yhteenveto

Tilastollisesti merkittävää muutosta ei havaittu minkään indikaattorin kohdalla. Myöskään tilastollisesti suuntaa antavia tuloksia ei havaittu koe- tai vertailusairaaloissa. Näillä perusteilla voidaan todeta, ettei interventiolla ollut muutosvaikutusta synnytyksen kulkuun eikä äidin tai vastasyntyneen terveyteen.

Taulukko 15. Indikaattorien p-luvut Oulun yliopistollisesta sairaalasta, Hyvinkään keskussairaalasta ja vertailusairaaloista.

	Oulu	Hyvinkää	Vertailusairaalat
Synnytystapa	0,200	0,434	0,152
Epiduraalipuudutus	0,395	0,758	0,743
Spinaalipuudutus	0,601	0,964	0,912
Paracervikaalipuudutus	0,133	0,984	0,852
Pudendaalipuudutus	0,787	0,140	0,886
Ilokaasu	0,634	0,182	0,684
Muu lääkkeellinen	0,774	0,709	0,816
Muu kivunlievitys	0,372	0,305	0,860
Oksitosiini	0,109	0,862	0,330
Episiotomia	0,884	0,471	0,434
3. tai 4. asteen repeämä	0,350	0,364	0,592

9 Pohdintaa

9.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön tietoperustaa koottaessa on käytetty tieteellisiä tutkimuksia luotettavista tietokannoista. Lähteiksi on valittu aihetta koskevia julkaisuja objektiivisesti. Kaikkia julkaisuja on käsitelty samanarvoisesti ja kaikki tulokset on huomioitu.

Opinnäytetyössä käytetty aineisto on saatu valmiina. Kyselylomakkeiden tiedot on saatu Hyvä syntymä -hankkeelta, ja ne oli valmiiksi syötetty havaintomatriisiin. Syntymärekisteritiedot on saatu Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta tiedostona, joka on siirretty havaintomatriisiin. Aineistot yhdistettiin molemmissa aineistoissa esiintyneen tutkimusnumeron mukaan. Yhdistämisen oikeellisuutta tukee äidin syntymävuoden ja aikaisempien synnytysten lukumäärän sekä synnytyssairaalan täsmääminen molemmissa aineistoissa. Hyvä syntymä -hankkeen sisällä vallitsee luottamus hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, minkä vuoksi voidaan olettaa käytetyn aineiston olevan luotettavasti ja eettisesti toteutettu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kerää ja ylläpitää virallista tietokantaa syntymärekisteritiedoista, jotka saadaan suoraan synnytyssairaaloista.

Opinnäytetyössä käytetty aineisto on pääsääntöisesti numeromuodossa. Syntymärekisteritiedot eivät ole tulkinnanvaraisia, koska aineisto on muodostettu faktatiedoista, jotka perustuvat synnytyksen aikaisiin kirjauksiin. Tietoja syötettäessä inhimilliset näppäilyvirheet ovat mahdollisia missä vaiheessa tahansa, mutta yksittäiset virhesyötöt eivät todennäköisesti ole tilastollisesti merkittäviä. Havaintomatriisiin syötetyt tiedot näyttävät silmämääräisesti järkeviltä. Aineistoa analysoidessa syntymärekisteritietoja on verrattu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen perinataalitulostoon vuodelta 2012 (ks. liite 1).

Tutkimustulosten luotettavuutta voidaan tarkastella sisäisellä ja ulkoisella validiteetilla. Sisäistä validiteettia saattaa sekoittaa muun muassa historia, valikoituminen, testausten vaikutus, poistumat ja kontaminaatio. Historia voi vaikuttaa tutkimustuloksiin esimerkiksi niin, että tutkittava henkilö on juuri lukenut aiheesta ja osaa tämän perusteella vastata kysymyksiin. Valikoitumisella tarkoitetaan sitä, että vain tietynlaiset vastaajat ovat valikoituneet jostain syystä tutkimukseen. Pitkittäistutkimuksessa saattaa esiintyä

poistumia, jolloin tutkittava henkilö jättää tutkimuksen kesken. Tulosten kontaminoitumisella tarkoitetaan sitä, että tutkittava henkilö on ollut jo ennen osallistumistaan tekemisissä tutkimusilmiön kanssa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 195–196.) Opinnäytetyön tutkimussairaaloille oli jaettu tietty määrä kyselylomakkeita. Ei ole varmuutta siitä, onko kaikki kyselylomakkeet jaettu synnyttäjille. Kätilöiden osallistumisaktiivisuudessa on saattanut olla eroja tai he ovat saattaneet itse valikoida, kenelle tarjoavat mahdollisuuden osallistua kyselyyn. Lisäksi valikoitumista on voinut tapahtua esimerkiksi niin, että synnytyksestä erityisesti kiinnostuneet äidit ovat vastanneet kyselyyn.

Ulkoinen validiteetti tuloksissa kertoo tulosten yleistettävyydestä suurempaan joukkoon. Tutkijan on syytä arvioida tuloksissaan itse sitä, kuinka hyvin tutkimustuloksia voidaan yleistää. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 196.) Vertailtaessa opinnäytetyön aineiston syntymärekisteritietoja koko Suomen perinataalilastoon (THL 2012) havaitaan, että aineistot ovat samansuuntaisia. Tämä osoittaa tiedon luotettavuutta ja otoksen kattavuutta. Kuitenkin tutkimussairaaloiden aineistoissa oli eroja, mitä saattaa selittää muun muassa erot sairaaloiden koossa, potilasmateriaalissa, kirjaustavoissa ja hoitokulttuurissa.

Tulosten tarkkuutta voidaan tarkastella reliabiliteetilla. Tulosten on oltava tutkimuksessa toistettavissa. Tutkimuksen tuloksia ei tule yleistää tutkimusalueen ulkopuolelle, sillä esimerkiksi erilaisessa ympäristössä tai kulttuurissa tulokset voivat olla poikkeavia. Koko tutkimusprosessin aikana tulee olla tarkka ja kriittinen. (Heikkilä 2010: 30.) Hyvä syntymä -hanke on toteutettu usean opiskelijaryhmän kesken, joten virhemahdollisuuksia on voinut tapahtua aineistoa kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja analysoitaessa.

Pieni otoskoko voi aiheuttaa tulosten sattumanvaraisuuden. Otoskoko on valtakunnallisessa tutkimuksessa riittävä, kun vastaajia on 500–1000. (Heikkilä 2010: 30, 45). Tämän opinnäytetyön aineiston vastausprosentti oli 70,7 % ja vastaajia oli 2120, joten otos on kyselytutkimuksessa hyvä.

9.2 Eettisyys

Tutkijalla on velvollisuus noudattaa tutkimusetiikkaa (Vilka 2007: 92). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen

takaa tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden (Kuula 2006: 34). Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksen tavoitteet ja kysymyksenasettelu, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston analyysi eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa (Vilkka 2007: 90). Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluvat muun muassa yleinen huolellisuus ja tarkkuus, eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttö, muiden tutkijoiden tulosten asianmukainen ja kunnioittava käyttö sekä tutkittavan oikeus kieltäytyä tai vetäytyä tutkimuksesta (Kuula 2006:34–35; Vilkka 2007: 90–91). Opinnäytetyössä on käytetty saatua aineistoa, josta on rajattu ulkopuolelle ne, jotka eivät ole antaneet lupaa syntymärekisteritietojen käyttöön tai vastanneet kyselylomakkeeseen. Kaikki tulokset on ilmaistu objektiivisesti.

Vastaavasti huonolla tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan piittaamattomuutta hyvästä tieteellisestä käytännöstä, vilppiä, sepittämistä, havaintojen vääristelyä, luvaton lainaamista ja anastamista. Piittaamattomuudella tarkoitetaan esimerkiksi puutteellista viittausta aikaisempiin tutkimuksiin tai huolimaton ja harhaanjohtavaa raportointia. Vilpillä tarkoitetaan värien tietojen tai tulosten esittämistä. Sepittäminen tarkoittaa keksittyjen havaintojen esittämistä. Havaintojen vääristelyä on esimerkiksi alkuperäisten havaintojen tahallista muokkaamista tai vääristelevää esittämistä. Luvaton lainaaminen tarkoittaa jonkun toisen tekstin esittämistä omanaan. Anastamisella tarkoitetaan tutkimusmateriaalin oikeudetonta esittämistä tai käyttämistä omanaan. (Kuula 2006: 37–38.)

Tutkimuksessa täytyy huomioida voimassa oleva lainsäädäntö. Kaikissa tutkimuksissa on sekä tekijänoikeuksia että yksityisyyttä koskevia asioita. (Vilkka 2007: 91.) *Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta* 1999/621 ja *Henkilötietolaki* 1999/523 edellyttävät tutkimusaineiston anonymisointia. Tutkimuksessa täytyy kunnioittaa ihmisten yksityisyyttä. Hyvä syntymä -hankkeen kyselylomakkeeseen vastaaminen on ollut vapaaehtoista. Lupa syntymärekisteritietojen käyttöön on kysytty äideiltä erikseen. Tutkimuksessa huolehditaan siitä, että tutkittavien yksityisyyttä ei loukata. Henkilötiedot muutetaan tunnistamattomiksi ja henkilötiedot täytyy suojata asiattomilta. (Vilkka 2007: 95.) Aineistoja on käsitelty ilman tunnistetietoja.

9.3 Tulokset ja aiemmat tutkimukset

Opinnäytetyössä ei huomattu koulutusinterventiolla olevan muutosvaikutusta synnytyksen kulkuun. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei ole tehty aikaisemmin. Ulkomaisissa tutkimuksissa jatkuvalla tuella on todettu olevan vaikutusta synnytyksen kulkuun, mutta tutkimusmenetelmät ovat olleet erilaisia. Tämän vuoksi opinnäytetyön tulokset eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien tutkimusten kanssa.

Opinnäytetyön aineisto on ollut määrällisesti suhteellisen kattava (yhteensä n=1711). Vastausprosentit vaihtelivat sairaaloittain sekä alku- että loppukyselyssä. Otoksen puolesta muutosvaikutus olisi havaittu, jos sellaista olisi ollut.

Ulkomaisissa tutkimuksissa on tullut esiin, että jatkuvalla tuella on vaikutusta synnytyksen kulkuun. Opinnäytetyön tulokset eivät ole samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Tähän mahdollisia syitä voisivat olla koulutusintervention riittämättömyys, kätilöiden motivaation puute, henkilöstöressurssien määrä, hoitokulttuuri ja medikalisaatio, työn kuormittavuus, tuen antamisen osaamattomuus ja kätilön epävarmuus. Näitä jatkuvan tuen tarjoamisen haasteita on kuvattu myös aiemmissä tutkimuksissa.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämä opinnäytetyön on toteutettu yhteistyössä kolmen aluesairaalan ja kolmen yliopistosairaalan kanssa. Jatkossa voitaisiin tutkia esimerkiksi miten jatkuva tuki toteutuu pienissä synnytysyksiköissä verrattuna suuriin synnytysyksiköihin. Lisäksi voitaisiin tutkia miltä osin jatkuva tuki toteutuu eri yksiköissä ja miltä osin jatkuvan tuen toteutuminen on puutteellista. Näiden pohjalta voitaisiin myös kehittää interventiomenetelmiä jatkuvan tuen edistämiseksi.

Suomessa pienten synnytysairaaloitten sulkeminen ja synnytysten keskittäminen suurempiin yksiköihin aiheuttavat muutoksia suomalaiseen synnytyskulttuuriin. Synnytyskulttuurin murroksissa onkin syytä pohtia jatkuvan tuen toteutumista edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä.

Lähteet

Adams, Ellise D. – Bianchi, Ann L. 2008. A Practical Approach to Labor Support. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37 (1). 106–115.

Ahonen, Pia 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskauden aikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

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

Barrett, Samantha J. – Stark, Mary Ann 2010. Factors associated with labor support behaviors of nurses. *The Journal of Perinatal Education*, 19 (1), 12–18.

Bruggemann, Odalea M – Parpinelli, Mary A – Osis, Maria JD – Cecatti, Jose G – Carvalhinho Neto, Antonio S 2007. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health* 2007, 4:5. 1–7.

Foley, Barbara Jo – Minick, M Ptlene – Kee, Carolyn C 2002. How Nurses Learn Advocacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 34 (2), 181–186.

Ford, Elizabeth – Ayers, Susan – Wright, Daniel B. 2009. Measurement of Maternal Perceptions of Support and Control in Birth (SCIB). *Journal of women's health*, 18 (2). 245–252.

Gale, Jill – Fothergill-Bourbonnais, Frances – Chamberlain, Marie. (2001). Measuring support during childbirth. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26 (5). 264–271.

Hautaniemi, Soili 2007. Sisäinen hallinta normaalisynnytyksessä ensisynnyttäjän kokemana. Pro gradu. Turku: Turun yliopisto.

Heikkilä, Tarja 2010. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Hemminki, Elina – Heino, Anna – Gissler, Mika 2011. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalized health care in Finland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011; 188: 1186–1195.

Hodnett, Ellen D 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5). 160–173.

Hodnett, Ellen D. – Gates, Simon – Hofmeyr, G. Justus – Sakala, Carol 2013. Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.

Hodnett, Ellen D – Lowe, Nancy K – Hannah, Mary E – Willan, Andrew R – Stevens, Bonnie – Weston, Julie A – Ohlsson, Arne – Gafni, Amiram – Muir, Holly A – Myhr, Terri L – Stremler, Robyn 2002. Effectiveness of Nurses as Providers of Birth Labor Support in North American Hospitals: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*. 1373–1381.

Hottenstein, Sherry E. 2005. Continuous labor support. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 9 (3). 241–247.

Howarth, Anne – Swain, Nicola – Treharne, Gareth J. 2011. First-time New Zealand mothers' experience of birth: importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal*. Oct 1, 2011. 6–11.

Iliadou, Maria 2012. Supporting women in labour. *Health Science Journal*, 6 (3). 385–391.

International Code of Ethics for Midwives 2008. Verkkodokumentti. <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD_2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf>. Luettu 6.11.2013.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy. 195–196

Kipnis, Gayle 2013. Knowledge gained through a labor support seminar. *International Journal of Childbirth Education*, 28 (2).69–72.

Kukko, Sanna-Kaisa – Perttu, Päivi 2013. Suomen Kätilöliitto ry: Synnyttäjien toiveet huomioivassa hoidossa voidaan säästää turvallisuutta unohtamatta. Verkkodokumentti. Julkaistu 6.5.2013. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Kannanotto_2013.pdf>. Luettu 13.10.2013.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus.

Suomen Kätilöliitto ry 2009a. Kätilön määritelmä. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/?do=open&page=25>>. Luettu 6.11.2013.

Suomen Kätilöliitto ry 2009b. Kätilön tehtävät. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/?do=open&page=27>>. Luettu 6.11.2013.

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013. Annettu Helsingissä 30.12.2013.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu 28.6.1994.

Metropolia 2013. Projektisuunnitelma, Hyvä Syntymä -hanke.

Payant, Laura – Davies, Barbara – Graham, Ian D. – Peterson, Wendy E. – Clinich, Jennifer 2008. Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37. 405–414.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012. Epäsäännöllinen synnytys. Verkkodokumentti <<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=1517>>. Päivitetty 27.3.2012. Luettu 29.10.2013.

Powell Kennedy, Holly – Shannon, Maureen T. 2004. Keeping Birth Normal: Research Findings on Midwifery Care During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 (5). 554–560.

RCM 2007. Normal Childbirth. Royal College of Midwives. Verkkodokumentti. <<http://www.rcm.org.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=121557&servicetype=Attachment>>. Luettu 10.4.2014.

Romano, Amy – Lothian, Judith A. 2008. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37 (1). 94–105.

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

Sandall, Jane – Soltani, Hora – Gates, Simon – Shennan, Andrew – Devane, Declan 2013. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.

Sauls, Donna J 2006. Dimensions of Professional Labor Support for Intrapartum Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1). 36–41.

Simkin, Penny – O’Hara, Mary-Ann 2002. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5). 131–159.

Sleutel, Martha – Schultz, Susan – Wyble, Kerri 2007. Nurses’ views of factors that help and hinder their intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36 (3). 203–211.

STM 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf>. Luettu 17.12.2013.

THL 2013. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/synnytykset>. Luettu 22.10.2013

THL 2014. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2010–2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/synnytykset/synnyttajat_ja_synnytystoimenpiteet>. Luettu 20.3.2014.

Tiitinen, Aila 2013. Normaali synnytys. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160>. Päivitetty 14.10.2013. Luettu 27.10.2013.

Tumblin, Ann – Simkin, Penny 2001. Pregnant Women’s Perceptions of Their Nurse’s Role During Labor and Delivery. *Birth*, 28 (1). 52–56.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus.

WHO 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. Verkkodokumentti. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>. Luettu 28.10.2013.

Perinataalilasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012

Taulukkoon poimittu tietoja indikaattoreista THL:n perinataalilastosta 2012.

äiti	Yliop+KOS 27 698	> 1500 19 134	750–1499 8533	< 750 3633	Suomi 59 038
spontaani vaginaalinen synnytys	alatie ilman tmp: 73,4 % / 20 320	75,1 % 14 364	75,8 % 6471	74,0 % 2711	alatie ilman tmp: 74,3 %
synnytyksen kesto	*	*	*	*	*
perätilasynny- tys	0,8 % / 229	0,5 % / 99	0,5 % / 42	0,2 % / 9	0,6 %
pihtisynnytys	0,0 % / 1	0,0 % / n = 2	0,1 % / 8	0,1 % / 2	0,0 %
imukuppisyn- nytys	9,0 % / 2484	9,0 % / 1627	8,1 % / 687	9,1 % / 334	8,7 %
oksitosiini	*	*	*	*	53,7 %
episiotomia	22,3 % / 5126	25,2 % / 4057	15,4 % / 1111	18,2 % / 555	22,0 %
3.-4. asteen repeämä	1,4 % / 319	1,1 % / 173	0,7 % / 52	1,0 % / 31	1,2 %
kiireellinen sektio	9,4 % / 2602	8,7 % / 1657	8,5 % / 723	8,3 % / 300	8,9 %
hätäsektio	1,2 % / 333	1,2 % / 224	1,1 % / 97	1,3 % / 49	1,2 %
epiduraali	56,7 % / 13 057	43,3 % / 6972	37,6 % / 2712	35,0 % / 1069	48,2 %
spinaali	13,1 % / 3015	23,5 % / 3778	22,5 % / 1626	20,8 % / 635	18,3 %
epid + spin	1,8 % / 413	1,0 % / 165	0,6 % / 42	0,3 % / 8	1,3 %
paraservikaali	15,4 % / 4279	15,7 % / 3005	18,3 % / 1558	17,0 % / 621	16,0 %
pudendaali	6,7 % / 1853	12,8 % / 2449	5,4 % / 460	3,7 % / 136	8,3 %
ilokaasu	55,0 % / 15 233	49,9 % / 9555	55,9 % / 4770	41,0 % / 1503	52,6 %
jokin kivun- lievitys	91,8 % / 21 158	91,1 % / 14 661	93,0 % / 6706	90,8 % / 2775	91,7 %
muu lääkkeel- linen kivun- lievitys	5,3 % / 1459	18,1 % / 3458	15,3 % / 1307	16,9 % / 620	11,6 %
muu ei- lääkkeellinen kivunlievitys	32,9 % / 9123	22,3 % / 3274	35,9 % / 3065	44,9 % / 1643	30,7 %
sairaalahoito ≥ 7vrk	*	*	*	*	1,9 %

Lähde: THL 2012.

lapsi	Suomi 59 856
paino	3498 g poika 3559 g tyttö 3436 g
n = 1	58 232**
n = 2	1588**
n = 3 / +	3: 36**
raskauden kesto	*
Apgar 1 min iässä	*
Apgar 5 min iässä	*
sairaalahoito ≥ 7 vrk	100,0 % - 93,0 % = 7,0 %

Lähde: THL 2012.

* Tieto puuttunut julkaisusta

** Kaikki syntyneet (elävät + kuolleet)

Aineiston syntymärekisteritiedot ennen interventiota

äiti	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo
alatie	88,2 %	84,1 %	88,1 %	85,5 %	85,3 %	84,2 %
synnytyksen kesto	*	*	*	*	*	*
perätilasynnytys	0,4 % / n=1	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0	0,9 % / n=2	1,8 % / n=2	0,0 % / n=0
pihtisynnytys	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0
imukupisynnytys	7,1 % / n=17	12,3 % / n=24	8,5 % / n=15	9,1 % / n=20	9,2 % / n=10	9,2 % / n=7
oksitosiini	55,7 % / n=132	66,7 % / n=128	50,9 % / n=87	51,6 % / n=113	72,9 % / n=78	44,6 % / n=33
episiotomia	19,4 % / n=46	37,0 % / n=71	14,6 % / n=25	25,1 % / n=55	13,1 % / n=14	13,5 % / n=10
3.-4. asteen repeämä	0,4 % / n=1	1,0 % / n=2	0,6 % / n=1	0,5 % / n=1	2,8 % / n=3	0,0 % / n=0
kiireellinen sektio	4,2 % / n=10	3,1 % / n=6	3,4 % / n=6	4,1 % / n=9	3,7 % / n=4	5,3 % / n=4
hätäsektio	0,0 % / n=0	0,5 % / n=1	0,0 % / n=0	0,5 % / n=1	0,0 % / n=0	1,3 % / n=1
epiduraali	45,6 % / n=108	56,3 % / n=108	53,8 % / n=92	46,1 % / n=101	44,9 % / n=48	43,2 % / n=32
spinaali	21,5 % / n=51	20,3 % / n=39	11,1 % / n=19	16,0 % / n=35	23,4 % / n=25	14,9 % / n=11
paraserviikaali	33,3 % / n=79	4,7 % / n=9	19,3 % / n=33	31,5 % / n=69	55,1 % / n=59	9,5 % / n=7
pudendaali	3,0 % / n=7	6,3 % / n=12	7,0 % / n=12	7,8 % / n=17	70,1 % / n=75	1,4 % / n=1
ilokaasu	41,8 % / n=99	59,4 % / n=114	64,3 % / n=110	64,4 % / n=141	43,9 % / n=47	56,8 % / n=42
jokin kivunlievitys	*	*	*	*	*	*
muu lääkkeellinen kivunlievitys	3,8 % / n=9	5,2 % / n=10	15,8 % / n=27	4,1 % / n=9	31,8 % / n=34	4,1 % / n=3
muu ei-lääkkeellinen kivunlievitys	47,7 % / n=113	21,4 % / n=41	76,0 % / n=130	44,7 % / n=98	43,9 % / n=47	78,4 % / n=58
sairaalahoitto ≥ 7vrk	*	*	*	*	*	*

* Tieto puuttunut aineistosta

Aineiston syntymärekisteritiedot intervention jälkeen

äiti	Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	Salo
alatie	91,3 %	77,7 %	92,9 %	90,7 %	87,7 %	83,1 %
synnytyksen kesto	*	*	*	*	*	*
perätilasynnytys	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
pihtisyntyys	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
imukupisynnytys	7,5 %	15,4 %	7,1 %	4,4 %	11,5 %	12,0 %
okstitosiini	47,5 %	65,4 %	45,7 %	56,8 %	67,9 %	28,9 %
episiotomia	20,0 %	40,8 %	14,3 %	25,7 %	21,8 %	12,0 %
3.-4. asteen repeämä	1,3 % / n=2	2,3 % / n=3	1,4 % / n=1	0,5 % / n=1	1,3 % / n=1	2,4 % / n=2
kiireellinen sektio	0,6 %	5,4 %	0,0 %	2,7 %	1,3 %	2,4 %
hätäsektio	0,0 % / n=0	1,5 % / n=2	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0	0,0 % / n=0
epiduraali	41,3 %	57,7 %	47,1 %	52,5 %	50,0 %	39,8 %
spinaali	23,8 %	20,0 %	12,9 %	14,2 %	21,8 %	14,5 %
paraserviikaali	26,3 %	4,6 %	18,6 %	29,0 %	52,6 %	15,7 %
pudendaali	2,5 %	10,8 %	8,6 %	8,2 %	71,8 %	1,2 %
ilokaasu	39,4 %	66,9 %	64,3 %	67,8 %	48,7 %	54,2 %
jokin kivunlievitys	*	*	*	*	*	*
muu lääkkeellinen kivunlievitys	4,4 %	6,2 %	12,9 %	10,4 %	29,5 %	4,8 %
muu ei-lääkkeellinen kivunlievitys	43,1 %	26,2 %	84,3 %	49,2 %	48,7 %	68,7 %
sairaalahoido \geq 7vrk	*	*	*	*	*	*

* Tieto puuttunut aineistosta

