

Heidi Häikiö, Kari Korvela, Kreetta Lukkarila, Riina Saukkonen & Elina Vuori-Herronen

## **RASKAANA OLEVAN JA SYNNYTTÄVÄN PERHEEN KÄTILÖTYÖN LAATU**

Näkökulmia eurooppalaisista käytännöistä

# **RASKAANA OLEVAN JA SYNNYTTÄVÄN PERHEEN KÄTILÖTYÖN LAATU**

Näkökulmia eurooppalaisista käytännöistä

Heidi Häikiö, Kari Korvela, Kreetta Lukkarila, Riina  
Saukkonen & Elina Vuori-Herronen  
Opinnäytetyö  
Syksy 2017  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu Oy

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu Oy  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijät: Heidi Häikiö, Kari Korvela, Kreetta Lukkarila, Riina Saukkonen & Elina Vuori-Herronen  
Opinnäytetyön nimi: Raskaana olevan ja synnyttävän perheen kätilötyön laatu – näkökulmia eurooppalaisista käytännöistä

Työn ohjaaja(t): Ulla Paananen, Eija Niemelä, Kaisa Koivisto & Marja Kinisjärvi

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: syksy 2017

Sivumäärä: 89 sivua + 31 liitesivua

---

Kätilötyön osaamiseen kuuluu naisen, raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen perheen ammattitaitoinen ja laadukas hoitotyö. Suomessa kätilö työskentelee pääasiassa synnytysten hoitajana, äitiysneuvoissa raskauden seurantaan toteuttaa useimmiten terveydenhoitaja ja synnytyspaikkana on lähes aina suunnitellusti sairaalan synnytysosasto. Kätilötyön laatu on moniulotteinen käsite ja siihen sisältyy niin hoitotyön vaikuttavuus yksilötasolla, kuin yhteiskunnalliset hoidonjärjestämiseen liittyvät tekijätkin.

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata näyttöön perustuvia laadukkaita eurooppalaisia kätilötyön piirteitä, käytäntöjä ja hoidon järjestämistapoja raskaana olevan ja synnyttävän perheen hoitotyössä. Työn tavoitteena on nostaa keskusteluun uusia näkökulmia kätilötyön laadusta ja sen laaja-alaisesta huomiointitarpeesta tulevaisuuden suomalaisessa yhteiskunnassa. Haimme vastauksia asettamaamme tutkimustehtävään systemaattisella kirjallisuuskatsauksella, johon valikoitui yhteensä 18 eurooppalaista tutkimusartikkelia. Tutkimukset käsittelivät kätilötyön laadun ilmenemistä ja siihen liittyviä tekijöitä niin raskaana olevien kuin synnyttävienkin perheiden hoitotyössä.

Analysoimme alkuperäistutkimukset aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Luokittelun perusteella tutkimustulokset jakautuivat kolmeen kätilötyön laatuun vaikuttavaan tai laatua ilmentävään pääkategoriaan. Nämä ovat henkilökunnan rooli, hoitoympäristö sekä hoitotyön järjestämiseen liittyvät tekijät. Keskeisenä laatutekijänä tuli esiin raskaana olevien ja synnyttävien naisten sekä perheiden kokemus saamastaan hoidosta ja kohtaamisesta. Laatua osoittavana tekijänä nähtiin myös hoitaja synnytysympäristö silloin, kun se normalisoi raskautta ja tuki luonnollista synnytystä. Lääketieteellisillä ja kliinisillä tekijöillä vaikutti olevan vähäisempi merkitys naisten ja perheiden kokemukseen sekä heidän hoidostaan saamalle laatuvaikutelmalle.

Tulosten valossa vahvistui näkemys, että kätilötyön laadun määrittelyssä keskitytään helposti hoidon turvallisuus- ja kustannusnäkökohtiin. Asiakaslähtöisyys, yksilöllisyys, palvelujen saatavuus, oikeudenmukaisuus ja valinnanvapaus puolestaan jäävät herkemmin laatutarkastelun ulkopuolelle tai niille annetaan vähäisempi painoarvo. Kaikki laadun osatekijät vaikuttavat kuitenkin raskaana olevien ja synnyttävien perheiden kokemukseen terveydenhoitopalveluista. Niiden huomioimattomuudella voi olla kuitenkin kauaskantoiset vaikutukset niin naisen ja perheen elämään, kuin koko yhteiskuntaankin.

---

Asiasanat: kätilötyö, laatu, raskaus, synnytys, synnytyskokemus, turvallisuus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Midwifery

---

Authors: Heidi Häikiö, Kari Korvela, Kreetta Lukkarila, Riina Saukkonen & Elina Vuori-Herronen  
Title of the thesis: Quality of Midwifery during Antenatal Care and Labour – Viewpoints of European Practices

Supervisors: Ulla Paananen, Eija Niemelä, Kaisa Koivisto & Marja Kinisjärvi

Term and year when the thesis was submitted: autumn 2017

Number of pages: 89 pages + 31 appendix pages

---

As a health care professional, midwife is responsible and competent to nurse women and their families of different ages, during pregnancy, during labour and during antenatal care. In Finland however, midwives work mainly in delivery wards, whereas prenatal care of low-risk pregnancies is mostly handled by public health nurses. Instead in many European countries midwives are more often seen also in prenatal care facilities.

The aim of our research was to study and collect information of evidence based European midwifery practices of high quality used during prenatal care and labour. The goal of our work was to raise new topics to societal discussion about quality aspects of midwifery and the importance of midwifery in general in Finnish society. We used systematic review as our research methodology in order to fulfill our goal.

We accepted total of 18 research papers to our review. We applied qualitative analysis method in order to categorize the findings and results of those research papers. Based on analysis, we identified following three main themes to reflect the quality of midwifery: role of nursing personnel, role of nursing environment and matters related to arrangement of nursing work. The most important aspect reflecting the quality of midwifery was the emotional feeling obtained by the women and families during their pregnancy or labour care. Environment during prenatal care and labour was also considered as important quality aspect, especially when it normalized the pregnancy and supported natural labour process. Medical and clinical aspects had smaller effect for quality experienced by woman and their families.

Based on our research results and conclusions we consider that safety and cost aspects are usually dominant when quality aspects of midwifery are discussed. Instead, customer oriented approach, individuality, equality of service availability, fairness and freedom of choice are often forgotten. Every aspect of quality - not only safety - is equally important to pregnant and woman in labour and health care systems ability to offer experience of high quality care have a long-lasting effect to the life of woman and her whole family.

---

Keywords: midwifery, quality, pregnancy, delivery, labour, birth experience, safety

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	7
2 KÄTILÖTYÖ RASKAUDEN JA SYNNYTYKSEN AIKANA.....	9
2.1 Raskaus.....	10
2.1.1 Matalan riskin raskaus.....	10
2.1.2 Riskiraskaudet.....	12
2.1.3 Korkean riskin raskaudet.....	13
2.2 Raskausajan seuranta.....	17
2.2.1 Seuranta äitiysneuvolassa.....	18
2.2.2 Sikiöseulonnat.....	20
2.2.3 Perhe- ja synnytysvalmennukset.....	21
2.3 Synnytys.....	21
2.3.1 Säännöllinen synnytys.....	22
2.3.2 Epäsäännöllinen synnytys.....	24
2.4 Synnytysten hoito.....	27
2.4.1 Sairaalasynnytykset.....	29
2.4.2 Kätilöjohtoiset synnytysyksiköt.....	30
2.4.3 Kotisynnytykset.....	30
2.4.4 Matkasynnytykset.....	31
3 KÄTILÖTYÖN LAATU RASKAUDEN JA SYNNYTYKSEN AIKANA.....	34
3.1 Laadun käsitteestä.....	34
3.2 Hoitotyön laatu kätilötyön näkökulmasta.....	35
3.3 Laadun varmistaminen.....	38
4 KÄTILÖTYÖ MUUTTUVASSA YHTEISKUNNASSA.....	41
4.1 Kätilötyön toimintakentän ja koulutuksen muutoksia.....	41
4.2 Äitiyshuollon tulevaisuudennäkymiä.....	43
4.3 Synnytyspaikat nyt ja tulevaisuudessa.....	45
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	47
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	48

6.1	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen työvaiheet .....	48
6.2	Hakutietokantojen valinta ja tutkimusten hakutermien määrittäminen .....	49
6.3	Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerien asettaminen.....	52
6.4	Valittavien tutkimusten laadunarviointikriteerit .....	53
6.5	Tutkimusten haku ja valinta .....	54
6.5.1	Haku sähköisistä tietokannoista sekä valinta otsikoiden perusteella .....	54
6.5.2	Valinta tiivistelmien perusteella.....	55
6.5.3	Valinta laadunarvioinnin sekä kokotekstin perusteella .....	57
6.6	Tulosten kerääminen ja analysointi sisällön analyysimenetelmällä.....	58
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	61
7.1	Henkilökunnan roolin merkitys.....	61
7.1.1	Henkilökunnan läsnäolo.....	61
7.1.2	Tiedon tarjoaminen .....	62
7.1.3	Kätilön ammattitaito .....	62
7.1.4	Terveyden edistäminen.....	64
7.1.5	Vuorovaikutustaidot .....	64
7.1.6	Turvallisuuden tunne.....	65
7.2	Hoitoympäristön merkitys .....	65
7.2.1	Kätilöjohtoisen synnytysyksikön edut.....	66
7.2.2	Kotisyntytysten edut.....	67
7.3	Hoitotyön käytäntöjen merkitys.....	67
7.3.1	Henkilökunnan välinen tiedonkulku.....	68
7.3.2	Hoidon saatavuus .....	68
7.3.3	Toiminnan kehittäminen.....	68
8	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	70
9	POHDINTA .....	73
9.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	73
9.2	Tutkimusprosessin sujuminen .....	75
9.3	Tulosten hyödyntäminen ja jatkokehitysmahdollisuudet .....	76
	LÄHTEET.....	78
	LIITTEET .....	90

# 1 JOHDANTO

Yhteiskunta ympärillämme muuttuu ja viimeisten vuosikymmenten merkille pantavia muutoksia on synnytysten osalta olleet erityisesti synnytyksiä hoitavien yksiköiden määrän supistaminen. Tämänhetkisessä suomalaisessa hoidonjärjestämismallissa kättilö työskentelee pääasiassa synnytysten hoitajana, kun taas raskauden seuranta toteuttaa useimmiten äitiysneuvoloissa terveydenhoitaja, vaikka kättilö on koulutuksensa perusteella asiantuntija raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen perheen seurannassa ja hoidossa. Riskiraskauksien määrä lisääntyy, synnyttäjien keskiikä nousee, matka- ja kotisyntytysten määrät vaikuttavat lisääntyvän, syntyvyys laskee sekä perheiden moninaisuus ja monikulttuurisuus lisääntyvät.

Tapperin selvityksen (2011, 10) mukaan Suomessa synnytyssairaaloiden määrän supistamista ja synnytysten keskittämistä suuriin yksiköihin perustellaan erityisesti turvallisuuskäytännöillä ja sillä, että keskittämällä voidaan parantaa erilaisten hätä- ja yllätystilanteita varten tarvittavien rakenteiden, kuten toimijoiden osaaminen, tukipalvelut sekä tarvittava laitekanta, ylläpitovalmiuksia. Monissa muissa maissa vastaavaa kehitystä ei ole kuitenkaan tapahtunut, vaan synnytykset pienemmissä yksiköissä, kättilöjohtoisissa synnytysyksiköissä ja jopa kotioloissa ammattitaitoisen kättilön avustamana on nähty varsinkin matalan riskin raskauksissa yhtä turvalliseksi kuin suuremmissakin yksiköissä.

Marja-Riitta Jouhki (2017) on tutkinut tuoreessa väitöstutkimuksessaan perheiden kokemuksia suunnitelluissa kotisyntytöksissä. Johtopäätöksissään hän totesi muun muassa, että vaihtoehtoisista synnyttämiseen liittyvistä malleista ja asiakkaiden yksilöllisistä toiveista tulisi voida keskustella terveydenhuollossa ja yhteiskunnallisesti. Lisäksi synnyttäjille tulisi tarjota monipuolisia hoito- ja auttamismenetelmiä sekä vaihtoehtoisia synnytysympäristöjä. Myös itsemääräämisoikeuden ja vallanvapauden toteutuminen edellyttää asiantuntijoilta neutraalia suhtautumista ja asiallisen tiedon antamista. Näidenkin tulosten valossa näemme tärkeäksi nostaa keskusteluun raskauden ja synnytyksen turvallisuuden korostamisen lisäksi odottajien ja perheiden toiveiden ja synnytyksestä muodostuvan kokemuksen tärkeyden.

Tulevina kättilötyön ammattilaisina meitä kiinnostaa selvittää millaista on laadukas kättilötyö tutkimusten ja kirjallisuuden mukaan Euroopassa raskaana olevan ja synnyttävän perheen hoidossa. Haluamme kuvata eurooppalaisia kättilötyön laatunäkökulmia ja selvittää suomalaisten ja muiden

Euroopan maiden hoitokäytäntöjen ja hoidonjärjestämistapojen eroavaisuuksia. Päädyimme tutkimusmetodina systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, koska tämä soveltuu parhaiten olemassa olevan, ajankohtaisen tutkimustiedon yhteen kokoamiseen.

Työmme viitekehyksessä käsittelemme säännöllistä ja epäsäännöllistä raskautta, niiden seurantaan sekä säännöllisen ja epäsäännöllisen synnytyksen kulkua. Kuvaamme kätilön ammattitaitoa näiden asiasisältöjen osalta. Työmme kannalta olennaisia asioita ovat myös kätilötyön laatu sekä yhteiskunnassamme tapahtuvat ajankohtaiset muutokset, jotka ovat merkityksellisessä osassa viitekehystämme. Rajasimme työmme käsittelemään raskausaikaa ja synnytystä, koska koemme, että juuri nämä osa-alueet ovat tällä hetkellä yhteiskunnallisen keskustelun kohteena. Rajaus auttoi myös pitämään työmme laajuuden kohtuullisena.



## 2 KÄTILÖTYÖ RASKAUDEN JA SYNNYTYKSEN AIKANA

Kansainvälinen kätilöliitto (International Confederation of Midwives, ICM) on kehittänyt kätilön määritelmän, jonka useimmat maailman maat, Suomi mukaan lukien, ovat hyväksyneet. Sen mukaan kätilö on raskauden, synnytyksen, synnytyksen jälkeisen hoitotyön, naisen hoitotyön sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntija. Suomessa kätilön tutkinnon suorittaneella on edellytykset sekä valmiudet hoitaa ja edistää naisen lisäksi koko perheen hyvinvointia, terveyttä sekä lisääntymis- ja seksuaaliterveyttä. Ammattipätevyysdirektiivissä (2013/55/EU), joka sisältää Euroopan neuvoston niin sanotut kätilödirektiivit (80/154/ETY, 80/155/ETY) on määritelty kätilön tehtävät. (Pienimaa & Raussi-Lehto 2015, 31-33.)

Vuosien saatossa kätilökoulutus on kokenut useita murrosvaiheita. 1900-luvun alussa kätilön koulutukseen sisältyi opetusta synnytysopista sekä vastasyntyneen ja yleisesti lasten hoidosta. Koulutuksen kestoa pidennettiin vuonna 1934, jolloin koulutuksen osaksi liitettiin lisäksi opetusta äitiysneuvonnasta. 1969 koulutuksen sisällöstä poistettiin äitiyshuolto-oppi ja se antoi pätevyyden ainoastaan sairaalatyöhön pääasiassa synnytys- ja naistentautien osastoille. Vain muutama vuosi tämän jälkeen äitiyshuollon tehtäviä avoterveydenhuollossa hoitaneet kätilöt korvattiinkin ammattikasvatushallituksen myötävaikutuksella terveydenhoitajilla, kun uusi kansanterveyslaki astui voimaan. Vuonna 1987 uudistettu kätilökoulutus antoi jälleen valmiudet myös äitiyshuollon tehtäviin, mutta tässä vaiheessa vallitsevaksi käytännöksi oli jo muodostunut äitiysneuvoloitten tehtävien täyttäminen terveydenhoitajilla. 1990-luvulla kätilön koulutus piteni lopulta nykyiseen mittaansa 4,5 vuotta kestäväksi ammattikorkeakoulututkinnoksi, joka antaa yleissairaanhoidon osaamisen lisäksi laaja-alaiset valmiudet seurata sekä hoitaa niin raskaana olevia, synnyttäviä, synnyttäneitä, vastasyntyneitä kuin naistentautienkin asiakkaita ja potilaita. (Paananen 2015, 23-25.) Opetus- ja kulttuuriministeriön teettämän selvityksen pohjalta on lisäksi nyt esitetty, että ylempänä ammattikorkeakoulututkintona suoritettava kätilökoulutus alkaisi vuoden 2017 alusta. Koulutuksen sisältö kätilötyön osaamisalueiden näkökulmasta säilyisi pääpiirteissään nykyisellään. (Karttunen & Vallimies-Patomäki 2015, 62-63.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) laillistaa Suomessa kätilökoulutuksesta valmistuvan sekä kätilöksi että sairaanhoitajaksi. Vuonna 2014 kätilöitä kouluttavat ammattikorkeakoulut laativat yhtenäiset kuvaukset kätilön ammatillisista osaamisalueista, tavoitteista ja keskeisistä sisällöistä. (Pienimaa & Raussi-Lehto 2015, 33-34.) Tässä kuvauksessa keskeiset kätilön

osaamisalueet ovat kättilön ammatillinen toiminta, asiakkuus kättilötyössä, kättilö seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjänä ja kliinisenä osaajana sekä kättilötyön kehittäminen ja johtaminen. (Pienimaa 2014, 5).

Kättilön ammatilliseen toimintaan kuuluu, että hän on yhteiskunnallisesti valveutunut, kykenee päätöksentekoon, ammatilliseen itsenäisyyteen ja vastuuseen, osaa toimia kättilötyön arvojen ja periaatteiden mukaisesti, työskentelee turvallisesti sekä kehittää itseään ammatillisesti. Nais- ja perhekeskeinen kättilötyö, ammatillinen vuorovaikutus ja kohtaaminen, opetus- ja ohjaustaidot sekä kulttuurinen sensitiivisyys ovat asioita, jotka korostuvat kättilötyön asiakassuhteissa. Kättilö seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjänä ja kliinisenä osaajana -osaamisalueeseen sisältyvät seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, naisen hoito- ja kättilötyö, raskauden ja synnytyksen aikainen, synnytyksen jälkeinen sekä kättilötyö vastasyntyneen hoidossa. Näyttöön perustuva kättilötyön kehittäminen sekä yhteistyö ja johtamisosaaminen kuuluvat puolestaan kättilötyön kehittämisen ja johtamisen -osaamisalueeseen. (Pienimaa 2014, liite 1.)

## **2.1 Raskaus**

Raskausajan ja synnytyksen hoidon tehtävänä on turvata raskaana olevan, sikiön, vastasyntyneen ja perheen paras mahdollinen terveys ja hyvinvointi. Toiminnoilla pyritään korostamaan perhekeskeyttä, ja palvelu on asiakaslähtöistä. Suomessa raskauden seurannan haasteita ovat kroonisten sairauksien määrän kasvu, raskausajan diabetes, ylipainon lisääntyminen, raskauden aikainen päihteiden käyttö sekä monikulttuurisuus ja maahanmuutto. (Bildjuschkin, Klemetti, Kulmala, Luoto, Nipuli, Nykänen, Parekh, Raussi-Lehto, & Surcel 2014, 98, 100.) Tämän vuoksi tarkastelemme näitä asioita tarkemmin työmme riskiraskaudet -osiossa.

### **2.1.1 Matalan riskin raskaus**

Normaali raskaus on kestoaltaan keskimäärin 280 vuorokautta eli 40 viikkoa. Raskauden kestoa merkitään täysinä viikkoina ja päivinä, esimerkiksi 32+5, jolloin on menossa 33. raskausviikko. Raskauden kesto ja laskettu aika voidaan määrittää viimeisten kuukautisten alkamispäivästä tai ultraäänitutkimuksen perusteella. Ensimmäinen raskauspäivä on viimeisten kuukautisten ensimmäinen päivä, ja ovulaatio tapahtuu noin kahden viikon kuluttua tämän jälkeen. Laskettu aika voidaan määrittää myös raskauskiekkolla tai neuvoloiden sähköisellä järjestelmällä, jonka laskentakaava pohjau-

tuu Nägelen kaavaan. Synnyttäjän synnyttäneisyys eli pariteetti ilmoitetaan käyttämällä GP (gravidita ja para) –merkintää, jossa kirjain G tarkoittaa raskautta ja kirjain P synnytystä. (Sariola & Tikkanen 2011a, 308-309; Ihme & Rainto 2014, 276, 278.)

Normaaliin raskauteen kuuluu monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia. Raskaus vaikuttaa lähes joka elimeen, se muuttaa naisen hormonitoimintaa ja minäkuva, muokkaa sosiaalisia suhteita, seksuaalisuutta ja seksuaalielämää. Raskausaikana äidin normaali painonnousu on 6-12 kg suhteutettuna hänen lähtöpainoonsa. Raskauden aikana äidin kohdun paino kymmenkertaistuu ja veriplasman määrä kasvaa vähitellen noin 1,5 litralla. Kuitenkaan punasolutuotanto ei juuri lisääny, mikä vaikuttaa odottavan äidin hemoglobiinitasoa laskevasti. Hemoglobiiniarvo kuitenkin korjaantuu raskauden edetessä toisen kolmanneksen loppupuolelle. (Sariola & Tikkanen 2011a, 313; Pietiläinen & Väyrynen 2015a, 161-163.)

Etenkin alkuraskaudelle on tyypillistä voimakas väsymys, joka johtuu estrogeenin lisääntyneestä erittymisestä. Rintojen kasvu ja aristaminen sekä lisääntynyt janon tunne selittyvät estrogeenin ja progesteronin suurentuneilla pitoisuuksilla. Tihentynyt virtsaamisen tarve alkaa jo ensimmäisellä raskauskolmannekselle jatkuen läpi raskauden. Progesteroni myös rauhoittaa sileiden lihasten toimintaa ja vaikuttaa vatsalaukun seinämään hidastaen sen liikkeitä, mikä ainakin osittain selittää alkuraskauden pahoinvointia. Keskiraskauden aikaan kohdun kasvaminen lisää vatsan sisäistä painetta, mikä voi aiheuttaa närästystä etenkin makuuasennossa. Keskiraskauden aikaan äiti voi myös kärsiä ummetuksesta, joka voi muodostua ongelmaksi. Epäsäännölliset ja kivuttomat supistukset ovat myös tyypillisiä raskausaikana. Odottava äiti voi myös tuntea vihlaisevaa, mutta vaarantonta, kipua nivusien alueella kohdun kasvamisen seurauksena. Odottavat äidit kärsivät myös usein erilaisista selkävaivoista. (Sariola & Tikkanen 2011a, 313; Pietiläinen & Väyrynen 2015a, 161-163.) Raskauden aikana tyypillisesti ihon pigmenttialueet tummuvat etenkin vatsan alakeski- viivassa, välilihassa ja rinnoissa nännipihan alueella. Synnytyksen jälkeen pigmenttialueet kuitenkin vaalenevat entiselleen. Raskauden aikana ihoon voi ilmestyä myös raskausarpia sidekudoksen venyessä ja suonikohjut saattavat pahentua ja oireilla. Myös suonenedot ovat tyypillisiä raskauden aikana. (Sariola & Tikkanen 2011a, 312.)

Somaattisten asioiden tutkimisen ohella äitien kuunteleminen antaa mahdollisuuden käsitellä myös psyykkisiä asioita. Raskauteen liittyy luonnollisena asiana epä tietoisuutta esimerkiksi lapsen voinnista, synnytyksen alkamisesta ja sen etenemisestä. Etenkin loppuraskaudelle tyypillisiä oireita

ovat väsymys ja unettomuus. Ne ovat vakavasti otettavia riskitekijöitä, sillä ne voivat altistaa myöhemmin masennukselle ja jopa pahimmillaan lapsivuodepsykoosille. (Sariola & Tikkanen 2011a, 314; Pietiläinen & Väyrynen 2015a, 163.)

### **2.1.2 Riskiraskaudet**

Riskiraskaudeksi määritellään raskaus, johon liittyy normaalia suurempi riski äidin, sikiön tai vastasyntyneen ongelmiin. Riskiraskaudet ovat keskenään hyvin erilaisia, jonka seurauksena raskauden hoito ja ennuste vaihtelevat. (Uotila 2015f, 352.) Raskauden seurannan ja mahdollisten riskitekijöiden arvioinnin kannalta oleellisia tietoja ovat edellisten raskauksien onnistuminen. Esimerkiksi aiempi ennenaikainen synnytys vaatii äidin voimien seurantaa useammin. (Sariola & Tikkanen 2011a, 309.) Usein riskejä voidaan vähentää tarkan seurannan ja hoidon avulla, minkä vuoksi on tärkeää, että riskiraskaudet tunnistetaan terveydenhuoltojärjestelmässä. Sikiön vakavia perussairauksia etsitään sikiöseulonnan ja sikiödiagnostiikan avulla. Raskauden myöhemmässä seurannassa voi ilmentyä sikiön poikkeava kasvu tai muu kehityshäiriö, joka vaatii tarkennettua sikiön seurantaa ja voi vaikuttaa synnytyksen ajoitukseen. Äidin sairastuminen raskauskomplikaatioon voi pahimmillaan vaarantaa niin äidin oman kuin sikiönkin terveyden. Suurin osa synnytysongelmista ilmenee vasta itse synnytyksen aikana, mutta kuitenkin olisi hyvä löytää ne äidit, joille alatiesynnytys muodostaa tavanomaista suuremman riskin. Tärkeää olisi tunnistaa myös psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia omaavat äidit, koska he vaarantavat paitsi oman terveyden, myös lapsen tulevan kehityksen. (Uotila 2015f, 352-353.)

Synnytyssairaalat ovat yleensä antaneet alueensa äitiysneuvoloille ohjeet, milloin äiti tulisi lähettää äitiyspoliklinikalle. Tavoitteena on, että riskiraskaudet ohjattaisiin erikoisairaanhoidon seurantaan mahdollisimman yhtenäisten kriteerien mukaisesti. Tärkeää on, että neuvoloiden ja äitiyspoliklinikkoiden yhteistyö olisi mahdollisimman saumatonta. (Uotila 2015f, 353.)

Tällä hetkellä Suomessa raskaana olevien erityisryhmien hoito ja vastuu äitiysneuvolan ja erikoisairaanhoidon välillä vaihtelee eri kuntien välillä. Päihdeongelmallisille tukea ovat tarjonneet eniten keskussairaalat ja yliopistolliset keskussairaalat. Erityistukea tarjosivat äitiysneuvolat runsaassa viidenneksessä kunnista. Synnytyspelkojen hoidosta vastasivat pääasiassa sairaalat, mutta muuten yleensä synnytysvalmennukset ovat äitiysneuvoloiden vastuulla. Pääasiallisesti monikulttuuristen perheiden erityistuen tarjoaminen on tapahtunut äitiysneuvoloissa. Myös masentuneita äitejä

hoidettiin ensisijaisesti äitiysneuvoloissa, tosin osittain yhteistyössä kunnan mielenterveyspalvelujen kanssa. (Raussi-Lehto, Hemminki, Gissler, Heinonen, Honkanen, Hämäläinen, Klemetti, Kukko, Tapper & Virtanen 2015, 8.)

Sikiön sairauksien tai raskausongelmien mahdollisuutta arvioitaessa olennaisia tietoja ovat äidin aikaisempi sairauskertomus, aikaisempien raskauksien kulku ja myös suvun merkittävät sairaudet. Anamneesia täydennetään kliinisellä tutkimuksella, kuten verenpaineen ja kohdun koon mittauksella. Lisäksi tehdään laboratoriotutkimuksia, kuten virtsan perustutkimukset ja hemoglobiinin mittaaminen. Jokaisen odottavan äidin on mahdollista käydä ultraäänitutkimuksessa vähintään yhden kerran, jossa arvioidaan sikiön rakenteellista normaaliutta tai poikkeavuutta sekä seurataan sikiön kasvua. Mikäli sikiön kasvussa havaitaan hidastumaa, arvioidaan, onko syy istukkaperäinen vai onko kyseessä sikiön ominaisuus. Istukan toimintaa selvitetään napavaltimon doppler-tutkimuksella, joka ei kuitenkaan kuulu rutiinitarkastuksiin, vaan se tehdään ainoastaan, jos on kliininen epäily istukan vajaatoiminnasta. (Uotila 2015f, 357-358.) Äitiyshuoltoon olennaisena osana kuuluvat vapaaehtoiset sikiön kromosomivikojen seulonnat. Seulonnan avulla pyritään löytämään riskiryhmään kuuluvia. Sikiötutkimuksilla pienennetään riskiä siihen, että sairaan tai vammaisen lapsen syntymä tulee yllätyksenä. (Ryytänen 2015, 360.) Tarkemmin näitä asioita käsitellään kappaleessa 2.2.4 Sikiöseulonnat.

Neuvolahenkilökunnan haasteena on löytää ne äidit, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidon asiantuntemusta synnytyksen suunnittelussa. Synnytystapa-arvioon lähettämisen syyt ovat epäily sikiön ja lantion epäsuhdasta, epäily istukan relatiivisesta vajaatoiminnasta tai muista synnytyksenaikaiselle hapenpuutteelle altistavista tiloista, kohtuun kohdistuneet aiemmat leikkaukset, aiemmat synnytyskomplikaatiot tai yliaikainen raskaus. Äitiyspoliklinikan synnytystapa-arvioon voidaan lähettää myös erityisen ahdistunut äiti. (Uotila 2015f, 358.)

### **2.1.3 Korkean riskin raskaudet**

Viime vuosien aikana on yleistynyt yhdistelmä krooninen sairaus ja raskaus, mikä on seurausta muun muassa synnyttäjäväestön keski-ikänsä noususta. Lääketieteellisten hoitojen kehittyttyä osa vaikeasti invalidisoivista sairauksista on taudinkuviltaan lieventynyt, mikä on mahdollistanut raskauden entistä useammille näitä sairastaville. Kroonisesti sairaiden naisten raskaaksi tulemisen mahdollisuutta ovat parantaneet huomattavasti myös keinoalkuiset hedelmöitysmenetelmät. (Uotila 2015d, 406.)

Kroonisella sairaudella voi olla sikiön kehitykselle joko suoria tai epäsuoria vaikutuksia. Kroonisesti sairas äiti tarvitsee erityishoitoa raskautensa aikana, ja hänet lähetetään yleensä äitiyspoliklinikalle arvioon jo alkuraskauden aikana. Toisinaan äitiyspoliklinikalla voidaan tehdä suunnitelma raskaudenaikaiseen seurantaan ja hoitoon jo silloin, kun raskautta vasta suunnitellaan. Raskauden aikainen hoito on tyypillisesti moniammatillista yhteistyötä. (Uotila 2015d, 406.) Äidin sairastaessa kroonista sairautta, hoito toteutetaan yhteistyössä kyseisen alan erikoislääkärin kanssa. Lääkityksen ja muun hoidon aiheellisuus arvioidaan tarkasti raskauden kannalta. Usein kroonisella sairaudella ja sen hoidolla ei ole haitallisia vaikutuksia sikiön kehitykseen tai istukan toimintaan, mutta kuitenkin nämä asiat on tutkittava raskauden aikana. On myös mahdollista, että jotain potilaan tarvitsemaa hoitoa joudutaan siirtämään synnytyksen jälkeen tai synnytystä joudutaan aikaistamaan mahdollisuuksien mukaan. (Uotila 2015d, 413.)

Raskausdiabeteksella tarkoitetaan ensimmäisen kerran raskauden aikana todettua sokeriaineenvaihdunnan häiriötä, joka on seurausta insuliinin riittämättömästä erityksestä suhteessa raskauden aikana kehittyvään insuliiniresistenssiin. Raskausdiabetes diagnosoidaan kahden tunnin sokerirasituskokeella. Raskausdiabeteksen hoidossa olennaista on seurata glukoosipitoisuuksia, noudattaa tarkkaa ruokavaliota, harrastaa liikuntaa ja huolehtia painonhallinnasta. Komplikaatioina raskausdiabeteksessa ovat suuri sikiö ja vastasyntyneen matala verensokeri. On myös tärkeää huomata, että raskausdiabeetikolla on suurentunut riski sairastua myöhemmin tyypin 2 diabetekseen ja valtimotautiin. Raskausdiabeetikon lapsella puolestaan on myöhemmin suurentunut riski ylipainoon ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöön. (Ihme & Rainto 2014, 286-287.)

Pre-eklampsialla tarkoitetaan 20. raskausviikon jälkeistä tilaa, jolle on tyypillistä verenpaineen nousu, valkuaisen esiintyminen virtsassa, runsas turvotus ja nopea painonnousu. Äidille voi ilmaantua erilaisia oireita, kuten päänsärkyä, ylävatsakipua, hengenahdistusta tai näköhäiriöitä. Toisinaan äiti voi tuntea itsensä myös täysin terveeksi, jolloin äidin motivoituminen hoitoon voi osoittautua vaikeaksi. Pre-eklampsian hoitoon kuuluu lepo, verenpaineen tarkkailu, virtsanerityksen mittaaminen ja virtsassa esiintyvän valkuaisen määrän tutkiminen. Mikäli tilanne vaatii osastohoitoa, tarkkaillaan sikiön vointia kuuntelemalla sydänääniä useita kertoja päivässä ja säännöllisten ultraäänitutkimusten avulla. Toisinaan lääkäri voi aloittaa verenpainetta alentavan lääkityksen. Hoidosta huolimatta synnytys voidaan joutua käynnistämään ennenaikaisesti, mikäli oireet eivät helpota. Tärkeää on tilanteen päivittäinen arviointi. Pahimmillaan tilanne voi johtaa kouristuskohtaukseen, jonka seurauksena istukka voi irrota ja sikiö menehtyä. (Ihme & Rainto 2014, 285-286.)

Raskaushepatoosilla tarkoitetaan häiriötä, jossa terve iho alkaa kutista ja maksaentsyymien, bilirubiinin tai sappihappojen tai molempien pitoisuudet kasvavat veressä. Tauti puhkeaa yleensä 30.-36. raskausviikoilla, ja taudin on huomattu kulkevan selvästi suvuittain. Hoito on pääasiassa äidin ja sikiön voinnin polikliinistä seuranta synnytys sairaalassa. Raskaushepatoosiin liittyy sikiön kuoleman vaara, vaikka sikiö olisi muuten kehittynyt normaalisti. Sikiön vointia seurataan kardiografialla ja kaikututkimuksella, ja synnytys voidaan käynnistää sikiökuoleman välttämiseksi viikkokaksi viikkoa ennen laskettua aikaa etenkin sappipitoisuuksien noustessa korkeiksi. Vaikka raskaushepatoosipotilaan ennuste on hyvä, uusiutuu tauti vähintään joka toisella seuraavassa raskaudessa. (Stefanovic & Ylikorkala 2011, 422-425.)

Etenkin huomattava ylipaino on vakava riskitekijä raskauden aikana ja osaltaan myös lisää sikiön sairastumisen riskiä ylipainon lisäksi sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin tai aikuisiän diabetekseen. Lihavuus altistaa muun muassa raskausdiabetekselle, verenpaineongelmille, pre-eklampsialle ja laskimotukoksille. Lihavilla naisilla ennenaikainen lapsivedenmeno sekä lantion ja sikiön epäsuhta on yleisempää kuin normaalipainoisilla. Myös erilaisia synnytyskomplikaatiota esiintyy tavallista enemmän ylipainoisilla naisilla. Koska lihavien äitien lapset ovat tavallista useammin suurikokoisempia, kasvaa synnytyksessä sikiön hartioiden kiilautumisen riski. Toisaalta lihavilla naisilla esiintyy myös sikiön pienipainoisuutta raskausviikkoihin nähden. (Pietiläinen & Väyrynen 2015f, 187-188.)

Päihteiden vaikutukset odottavaan äitiin ja raskauteen ovat helpommin todettavissa ja tutkittavissa kuin vaikutukset itse sikiöön. Tiedot pohjautuvat pääasiallisesti synnytyksen jälkeen lapsesta saatua tutkimustietoon, koska sikiötutkimuksia on vaikea tehdä. Kuitenkin tiedetään, että päihteet kulkevat istukan läpi ja vaikuttavat haitallisesti sikiöön. On myös selviä tutkimustuloksia siitä, että päihteiden käyttö lisää mielenterveysongelmia ja päinvastoin. Kokemukset osoittavat, että potilaat hyötyvät saadessaan hoitoa eri ongelmiinsa samasta yksiköstä. Nainen haluaa olla hyvä äiti, jolloin äiti voi olla motivoitunut hakemaan apua raskauden aikana. Tärkein työväline mielenterveys- ja päihdetyössä on kättilön oma persoona ja vuorovaikutus potilaan kanssa. Hoitosuhde onkin parhaimmillaan yhteistyösuhde. (Keski-Kohtamäki 2015, 440, 444.) Raskauteen ja synnytykseen liittyvä voimakas psykofyysinen rasitus voi altistaa masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden puhkeamiselle tai mahdollisten aiempien häiriöiden pahenemiselle. Esimerkiksi vaikea synnytys voi olla traumaattinen kokemus, jolloin hoitamattomana tila voi vaikeuttaa äidin ja lapsen varhaisista vuorovaikutusta. Tällöin olisi tärkeää ohjata äiti terapiaan. (Bildjuschkin ym. 2014, 146.)

Maahanmuuttajien palvelujen kehittäminen osana maahanmuuttajien kotouttamista oli yksi vuoden 2011 hallitusohjelman tavoitteista. Jotta maahanmuuttajien tarpeet tulisivat kuulluksi, palvelujärjestelmässä tarvitaan ammattitaitoisia tulkkaus- ja käännöspalveluita. Maahanmuuttajien perhe-elämään, seksuaalisuuteen ja sukupuolirooleihin liittyvät normit ja arvot voivat olla hyvin erilaisia, mikä saattaa aiheuttaa ongelmia palveluntarjoajien ja käyttäjien välillä. Esimerkiksi kielivaikeudet, vuorovaikutuksen ongelmat ja tiedon saamisen vaikeus voivat jopa estää seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin hakeutumisen tai oikean palvelun tai hoidon saamisen, mistä voi seurata lisää ongelmia. (Bildjuschkin ym. 2014, 82.)

Raskausaikana ilmenevän verenvuodon taustalla voi olla eri tekijöitä. Vuoto voi olla itse raskaudesta johtuvaa tai raskaudesta riippumatonta. Vuototilanne edellyttää kuitenkin aina lääkärin tutkimusta, mutta silti kätilön tulee osata arvioida, mistä voisi olla kysymys, jolloin hän osaa toimia tarvittaessa nopeasti äidin ja lapsen pelastamiseksi. Alkuraskaudessa verenvuotoa voi aiheuttaa alkion kiinnittyminen kohdun seinämään tai toisinaan syy ei liity mitenkään raskauteen, jolloin kyse voi olla esimerkiksi odottajalla olevasta perussairaudesta tai synnytyselimissä olevasta infektiosta. (Äimälä 2015c, 451.) Raskaudenaikaisella infektiolla voi olla kohtalokkaat seuraukset, sillä se voi aiheuttaa keskenmenon, ennenaikaisen synnytyksen, sikiön kohdunsisäisen kuoleman, epämuodostuman tai kehityshäirinnän, jonka vuoksi raskaudenaikaisella seulonnalla ja on tärkeä merkitys (Paavonen & Surcel 2015, 470). Alkuraskauden aikainen verenvuoto voi olla seurausta keskenmenosta, jolloin raskaus keskeytyy ennen 22. raskausviikon päättymistä ja sikiön paino on alle 500 grammaa. 22. raskausviikon jälkeisen verenvuodon syy on tutkittava välittömästi, koska syy voi olla esimerkiksi istukkaperäinen. Selvittämätönkin vuoto raskaana olevalla on riskiraskaus, koska siihen liittyy suurentunut riski ennenaikaiseen lapsivedenmenoon tai synnytykseen, sikiön epämuodostumiin, käynnistykseen ja keisarinleikkauksiin. Vuotopotilaan tarkkailussa on varauduttava tilanteen äkilliseen muutokseen. Tällöin ensisijainen synnytystapa tulee olla tiedossa, samoin kuin valmiudet keisarinleikkauksen suorittamiseen. (Äimälä 2015c, 452, 454-455.)

Monisikiöraskaudet ovat lisääntyneet Suomessa 1980-luvulta alkaen, joka on osittain seurausta hedelmöityshoidoista, joissa on siirretty useita alkioita samanaikaisesti kohtuun. Raskauden aikaisen komplikaatioiden riski kasvaa, kun sikiöitä on useampia. Monisikiöraskauksissa esiintyy enemmän muun muassa anemiaa ja pre-eklampsiaa. Tyypillistä monisikiöraskauksissa on myös supistusherkyys, korkeampi prenataalikuolleisuus ja lapsen matala syntymäpaino. Monikkoraskauden seuranta edellyttää tiivistä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, joka mahdollistaa riskien varhaisen tunnistamisen. (Raussi-Lehto 2015b, 499, 503-504.)



## 2.2 Raskausajan seuranta

Kätilön tehtäviin kuuluu todeta asiakkaan raskaus, seurata ja tutkia sitä normaalin raskauden tarpeiden mukaisesti. Mikäli raskaudessa ilmenee poikkeavaa tai kätilön huoli herää, hänen tulee määrätä ja suositella tutkimuksia, joilla mahdolliset riskiraskaudet ja ongelmat raskaudessa voidaan todeta. Näiden lisäksi kätilön tehtäviin kuuluu tulevien vanhempien valmentaminen, erilaisten valmennusohjelmien toteuttaminen ja kattavasta synnytysvalmennuksesta huolehtiminen. (Pietiläinen & Väyrynen 2015b,152.)

Suomessa raskauden seuranta toteutetaan äitiysneuvoloissa. Seurannan keskeisiä sisältöjä ovat odottavan äidin ja sikiön terveyden edistäminen ja tukeminen sekä sikiön kasvun ja kehityksen seuranta. Käynnit äitiysneuvolassa perustuvat vapaaehtoisuuteen. Lähes kaikki suomalaiset raskaana olevat naiset käyvät äitiysneuvolassa. (Pietiläinen & Väyrynen 2015c,170.) Terveystieteiden tutkimuskeskus, neuvolatoiminnan asetus, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja ehkäisevän lasten ja nuorten suun terveydenhuollon asetukset sekä lastensuojelulaki ohjaavat äitiysneuvolatoimintaa Suomessa. Raskaana olevan naisen, sikiön, vastasyntyneen ja koko perheen terveyden turvaaminen sekä hyvinvoinnin edistäminen ovat äitiysneuvolatoiminnan tärkeimpiä tehtäviä. Syntyvän lapsen kehitysympäristön turvallisuus ja terveellisyys kuuluvat myös osaksi hyvinvoinnin edistämistä. Hyvinvointia ja terveyttä edistävät raskauden aikaisten häiriöiden ja mahdollisten ongelmien varhainen havaitseminen sekä niihin puuttuminen antamalla tarvittavaa apua, tukea ja hoitoa. (Pietiläinen & Väyrynen 2015b,152.)

Suomessa äitiysneuvolatoiminta on järjestetty kunnissa eri tavoin. Vuoden 2008 tilastojen mukaan erillinen äitiysneuvola toimi noin joka viidennessä kunnassa, samoin kuin yhdistetty äitiys- ja lastenneuvolakin. Yleisimmin äitiysneuvolatoiminnot olivat kuitenkin yhdistettyinä joko perhesuunnittelu- tai ehkäisyneuvolan yhteyteen. (Raussi-Lehto, Hemminki ym. 2015, 7.) Äitiysneuvolassa työskentelevällä kätilöllä tulee olla kätilötyön osaamista raskaudesta, synnytyksestä ja lapsivuodeajalta. Lisäksi äitiysneuvolan kätilön tulee osata erityishoitoa tarvitsevien vastasyntyneiden seuranta ja hoito sekä gynekologisten ja obstetristen sairauksien hoito. Kätilön on hyvä hallia sisätautien ja kirurgisten sairauksien hoito myös. Saumaton yhteistyö äitiysneuvolan, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, synnytysairaaloitten ja sosiaalipalveluiden välillä on välttämätöntä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015b,152.)

## 2.2.1 Seuranta äitiysneuvolassa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kansainvälinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä on laatinut Äitiysneuvolaoppaan (2013, 102), jossa se antaa suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Oppaassa suositellaan ensisynnyttäjille tarjottavaksi 11 määräaikaista terveystarkastusta ja uudelleen synnyttäjille 10. Näihin käynteihin sisältyy yksi laajempi terveystarkastus koko odottavalle perheelle sekä kaksi lääkärin tarkastusta. Äitiysneuvolan hoitajan käyntejä on siis ensisynnyttäjällä vähintään 9 ja uudelleen synnyttäjällä 8. Ensisynnyttäjille tarjotaan kaksi kotikäyntiä. Kotikäynneistä toinen suoritetaan raskauden aikana noin 30.-32. raskausviikon tietämällä ja toinen 1-7 vuorokautta synnytyksen jälkeen. Uudelleen synnyttäjällä kotikäyntien tilalla on äitiysneuvolan vastaanottokäynti. Mikäli äitiysneuvolan ensikäynnillä katsotaan odottavan äidin tarvitsevan yksilöllisen tarpeensa mukaan lisäkäyntejä äitiysneuvolaan, niiden järjestämiseksi on varattu resursseja.

Raskauden turvallinen eteneminen ja odottavan äidin sekä sikiön hyvinvointi voidaan turvata näillä äitiysneuvolakäynneillä. Raskausviikolle 30 saakka käynnit äitiysneuvolassa ovat neljän – kuuden viikon välein. Tämän jälkeen käynnit tapahtuvat kahden viikon välein, sikiön ja äidin voinnin tarkemman seurannan vuoksi. 36. raskausviikon jälkeen neuvolassa tulisi käydä tarkastuksessa viikon välein aina raskausviikolle 41 + 3 saakka, jonka jälkeen raskauden seuranta siirtyy synnytys-sairaalan vastuulle. (Pietiläinen & Väyrynen 2015c, 170.)

Ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä kättilö määrittää odottajan lasketun ajan mahdollisimman tarkasti, jotta mahdollisten obstetristen komplikaatioiden vakavuus on helpommin määritettävissä. Tarkka laskettu aika estää myös turhan puuttumisen normaalin raskauden kulkuun. Laskettu aika voidaan tarkentaa ultraäänitutkimuksella. (Pietiläinen & Väyrynen 2015e, 158-160.) Tämän lisäksi kaikilta odottavilta äideiltä tutkitaan ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä seulontatutkimuksena veren hemoglobiini, veriryhmä ja veriryhmävasta-aineet, kuppabakteerin vasta-aineet, hiv ja hepatiitti B. Kaikkiin näihin seulontatutkimuksiin osallistuminen on vapaaehtoista. (Pietiläinen & Väyrynen 2015d, 177-178.)

Jokaisella äitiysneuvolakäynnillä kättilö tutkii odottavan äidin virtsanäytteet, verenpaineen ja painon. Lisäksi kättilö seuraa sikiön kasvua tunnustelemalla kohtua vatsan peitteiden päältä, mittaamalla symfyysi - fundusmittaa eli kohdunpohjan korkeutta ja seuraamalla odottavan äidin raskaudenai-kaista painon kehitystä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015f, 184.) Ulkotutkimuksen jälkeen kättilö kuun-

telee sikiön sydänäänät jokaisella äitiysneuvolakäynnillä raskausviikon 12. jälkeen. Odottavalta äidiltä tiedustellaan myös sikiön liikkeistä ja niiden tuntumisesta. Edellä mainituilla tutkimuksilla tarkkaillaan sikiön vointia kohdussa. (Pietiläinen, Väyrynen & Stefanovic 2015, 191.) Fyysisten tutkimusten lisäksi kätilö haastattelee odottavaa äitiä ja puolisoa heidän mielialastaan, alkoholin käytöstä, mahdollisesta perheväkivallasta ja keskustelee perheen kanssa varhaisenvuorovaikutuksen merkityksestä ja käy läpi sitä tukevan haastattelurungon. (Pietiläinen & Väyrynen 2015d, 178.) Terveysneuvonta on yksi äitiysneuvolan tärkeistä tehtävistä. Kätilö varmistaa terveysneuvonnalla sen, että odottava äiti tiedostaa valinnoillaan voivansa vaikuttaa syntymättömän sikiön terveyteen oman terveytensä lisäksi. Terveysneuvonta kattaa ravitsemusneuvonnan ja liikuntasuosittelun läpikäynnin lisäksi raskauden aikana vältettävien aineiden ja ruokien läpikäynnin. (Pietiläinen & Väyrynen 2015f, 184.)

Äitiysneuvolan yksi tärkeimmistä kätilön tehtävistä on seurata kohdun kasvua raskauden aikana. Kasvua seurataan tunnustelemalla käsin eli palpoimalla, ulkotutkimuksella, symfyysi-fundusmittaa ja vatsan ympärystämää mittaamalla. Lisäksi on hyvä seuranta odottavan äidin painonnousua. Kohdunpohjan tunnustelu vatsanpeitteiden päältä aloitetaan aikaisintaan 12. raskausviikon jälkeen, jolloin kohtu on kasvanut niin, että se on tunnettavissa häpyliitoksen eli symfyysin yläpuolella. Tunnustelua jatketaan synnytykseen saakka jokaisella äitiysneuvolakäynnillä. (Pietiläinen, Väyrynen & Stefanovic 2015, 191.)

Kohdunpohjan noustessa yli navan korkeuden, siirrytään äitiysneuvolakäynneillä perusteellisempaan ulkotutkimuksen tekemiseen. Systemaattisella ja huolellisella ulkotutkimuksella saadaan paljon tietoa raskaudesta. Ulkotutkimuksessa arvioidaan sikiön kasvua, painoarviota, määritetään sikiön asento kohdussa sekä tarjoutuva osa. Lisäksi ulkotutkimuksella voidaan määrittää lapsiveden määrää, arvioida synnytyksen lähestyminen ja seurata synnytyksen etenemistä sen käynnistyttyä. Raskausviikkojen 24. – 36. välillä symfyysi-fundusmitta liitettynä ulkotutkimukseen tarkentaa tutkimuksen tulosta. Ulkotutkimuksen merkitys kasvaa raskauden edetessä. Loppuraskaudessa kätilön on tärkeä huomioida erityisesti sikiön asentoa kohdussa. Mikäli sikiö ei ole asettunut raivotarjontaan raskausviikolle 36 mennessä, kätilö lähettää odottavan äidin synnytyssairaalaan mahdollista ulkokäännöstä varten tai synnytystavan suunnittelua varten. Sikiön pään kiinnittyminen tulee kertoa odottavalle äidille loppuraskaudessa, jotta äiti tietää synnytyksen käynnistyessä, onko napanuoran luiskahtamisen vaaraa olemassa. Raskausviikon 36 jälkeen kätilö arvioi ulkotutkimuksessa myös mahtuuko sikiö syntymään normaalisti alateitse. Mikäli epäsuhtaa äidin lantion ja sikiön pään välillä

ilmenee, kättilön tulee lähettää äiti tarkempiin tutkimuksiin synnytyssairaalaan. (Pietiläinen, Väyrynen & Stefanovic 2015, 191, 193-195.)

## 2.2.2 Sikiöseulonnat

Raskauden ensikäynnillä äitiysneuvolassa kättilön tulee keskustella odottavan äidin kanssa sikiön seulontatutkimusmahdollisuuksista raskauden aikana. Tieto tulee antaa myös kirjallisesti. Tuleville vanhemmille kerrotaan seulontatutkimusten tarkoituksista, tavoitteista ja menetelmistä. Myös seulontojen haitoista ja tulosten perusteella tulevista jatkotutkimuksista on annettava odottavalle perheelle tietoa. Annetun tiedon tulee olla yhteneväistä kansallisesti ja se on annettava ymmärrettävästi riippumatta odottavan perheen koulutustaustasta tai kulttuurista. Tämän perusteella perhe tekee päätöksensä osallistua tarjottuihin seulontatutkimuksiin. Kättilön tehtävänä on tukea perheen valintaa neutraalisti, äänenpainoilla tai ilmeillä ohjailematta. (Pietiläinen & Väyrynen 2015d,181.)

Sikiön seulontatutkimuksilla tarkoitetaan mahdollisten poikkeamien ja epämuodostumien kartoittamista. Valtakunnallisesti on määrätty järjestettäväksi kaksi sikiön seulontatutkimusta odottaville perheille. Perhe saa siis itse valita heille sopivan vaihtoehdon. Vaihtoehtoiset tutkimustavat ovat varhaisraskauden ultraääni sekä kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien seulonta sikiöltä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015d, 177-178.) Raskaana oleva voi valita haluaako osallistua pelkkään yleiseen ultraäänitutkimukseen raskausviikoilla 10+6 - 13+6. Vaihtoehtona on osallistua yhdistelmäseulontaan, jossa otetaan seeruminäyte äidin verestä raskausviikoilla 9+0 – 11+6 ja varhaisraskauden ultraääni raskausviikoilla 11+0-13+6, jossa mitataan sikiön niskaturvotus. Näiden kahden tutkimuksen perusteella lasketaan sikiön trisomia 21:n todennäköisyydestä kertova riskiluku. Kolmantena vaihtoehtona odottava äiti voi valita keskiraskauden seerumiseulonnan raskausviikoilla 15+0 – 16+6 ja yleisen ultraäänitutkimuksen ilman niskaturvokkeen mittaamista. Raskausviikoilla 18+0 – 21+6 tai vaihtoehtoisesti raskausviikon 24+0 jälkeen tehdään sikiön rakenneultraäänitutkimus. Mikäli sikiön seulontatutkimuksissa löytyy poikkeavia tuloksia, ohjataan odottava perhe lisätutkimuksiin. (Pietiläinen & Väyrynen 2015d,182-183.)

Mikäli sikiöseulonnoissa ilmenee poikkeavuuksia, on odottavalla äidillä ja perheellä mahdollisuus harkita myös raskauden keskeyttämistä. Koska sikiöseulonnat ja mahdollisten poikkeavuuksien löytyminen tapahtuvat pääasiassa raskausviikon 12 jälkeen, tarvitaan tällöin keskeytykseen Sosi-

aali- ja terveystieteen lupa- ja valvontaviraston (Valvira) lupa. Mikäli sikiöllä todetaan seulontatutkimuksissa vakava sairaus tai epämuodostuma, raskaus voidaan keskeyttää Valviran luvalla 24. raskausviikolle saakka. (Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970 5§, 5a§.)

### **2.2.3 Perhe- ja synnytysvalmennukset**

Ensimmäistä lastaan odottaville perheille tarjotaan neuvolassa mahdollisuus osallistua perhevalmennukseen. Perhevalmennusten suositeltu määrä on neljä tapaamiskertaa raskauden aikana ja vähintään yksi kerta synnytyksen jälkeen. Ensimmäisen tapaamisen ajankohta on raskauden puolivälissä, raskausviikoilla 20.-22 ja tapaamisessa keskitytään mielikuvien luomiseen ja vanhemmuuteen kasvuun. Toinen perhevalmennuskerta on 32. raskausviikon jälkeen, jolloin käsitellään synnytystä ja siihen valmistautumista. Viikko toisen tapaamisen jälkeen järjestetään kolmas tapaamiskerta, jolloin keskustellaan lapsivuodeajasta, vastasyntyneen hoidosta ja imetyksestä. Viimeinen tapaaminen ennen synnytystä tapahtuu synnytys sairaalassa, jossa käydään läpi vielä synnytykseen liittyviä asioita. Viimeinen tapaaminen on synnytyksen jälkeen ja silloin käsitellään synnytyskokemuksia, vanhemmuutta, vastasyntyneen hoidon ja arjen sujuvuutta. (Haapio & Pietiläinen 2015, 209.)

Nykyaikana raskautta ja synnytystä koskevaa tietoa on helposti ja runsaasti saatavilla esimerkiksi internetistä. Tämä luo haasteen myös perhe- ja synnytysvalmennukselle, sillä tiedon on oltava sähköisesti helposti saatavilla. Verkkoon siirretty valmennus ei kuitenkaan poista tarvetta inhimilliseen kanssakäymiseen ja vertaistuen saamiseen, mikä on tärkeä osa valmennuksia ensisynnyttäjäperheissä. (Haapio & Pietiläinen 2015, 212.)

## **2.3 Synnytys**

Säännöllinen synnytys sujuu itsestään, eikä sen kulkuun tarvitse puuttua. Tällöin kättilön tehtävänä on synnytyksen edistymisen seuranta ja tarvittaessa synnytyslääkärin konsultointi. (Sariola & Tikkanen 2011b, 315.) Synnytys ei aina kuitenkaan etene toivotusti, johon voi olla useita eri syitä. Synnytys voi käynnistyä ennenaikaisesti tai sikiö joudutaan auttamaan ulos joko eri apuvälineitä käyttämällä tai keisarinleikkauksella. Sikiö voi olla perätilassa, niitä voi olla useita tai istukan irtoamattomuudesta johtuvat komplikaatiot johtavat synnytykseen, josta käytetään termiä epäsäännöllinen synnytys.

### 2.3.1 Säännöllinen synnytys

Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa (Sariola & Tikkanen 2011b, 315). Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan synnytys on säännöllinen, kun se alkaa spontaanisti ja etenee matalan riskin synnytyksenä koko synnytyksen ajan ja siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä. Matalan riskin synnytykseksi määritellään alatiesynnytys, joka tapahtuu raskausviikoilla 37-42. Avautumisvaiheen alkaessa riski on matala ja se pysyy matalana myös avautumis- ja ponnistusvaiheen aikana. Matalan riskin synnytykselle ominaista on lapsen syntyminen spontaanisti, jolloin tarjoutuvana osana on pää. Äidillä ei myöskään tule olla aiempia obstetrisia komplikaatioita eikä sellaista sairautta, jolla on merkitystä synnytyksen hoitoon. (Raussi-Lehto 2015a, 216.)

Synnytyksen käynnistymisen perussy on tuntematon, mutta tiedetään, että siihen vaikuttaa äidin, sikiön, istukan ja kohdun hormonipitoisuuksien muutokset. Äidin ja sikiön plasman kortikotropiinin vapauttajahormonin (CHR) määrä kasvaa raskauden aikana ja on suurimmillaan synnytyksen alkaessa. Kohtulihaksen estrogeenipitoisuus lisääntyy suhteessa progesteronipitoisuuteen ja oksitosiinireseptoreiden määrä lisääntyy. Sikiön aivolisäkkeen takalohkosta erittyvä oksitosiini kulkeutuu lapsiveden kautta kohtulihakseen ja herkistää reseptorit, mikä johtaa kohdun supisteluun. Istukka, sikiökalvot ja katokalvo tuottavat prostaglandiineja, jotka aiheuttavat supistuksia kohdun lihaksistossa. Prostaglandiinien merkitys synnytyksen kulussa on suuri, koska niiden avulla synnytys voidaan tarvittaessa käynnistää missä tahansa raskauden vaiheessa. Synnytys voi käynnistyä myös sikiökalvojen puhkeamisella eli lapsivedenmenolla ja vereslimaisella vuodolla. Suurimmalla osalla synnyttäjistä spontaanit supistukset alkavat muutaman tunnin kuluessa lapsivedenmenon jälkeen. (Sariola & Tikkanen 2011b, 315; Saarikoski 2011, 397-398.) Synnytys jaetaan neljään vaiheeseen, jotka ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe, jälkeisvaihe ja tarkkailuvaihe (Raussi-Lehto 2015c, 221, 223).

Ensimmäinen vaihe eli avautumisvaihe alkaa säännöllisillä supistuksilla ja päättyy, kun kohdunsuu on täysin eli 10 senttimetriä auki. Avautumisvaiheesta voidaan erotella kaksi vaihetta, latenttivaihe ja aktiivisen avautumisen vaihe. Varsinaista synnytystä edeltävässä latenttivaiheessa kohdunkaula pehmenee, lyhenee ja häviää ja supistukset tulevat harvakseltaan ja epäsäännöllisesti, kun taas aktiivisen avautumisen vaiheessa supistukset tulevat tiheämmin, säännöllisesti ja ovat voimakkaampia. Latenttivaihe kestää ensisynnyttäjällä pidempään kuin uudelleen synnyttäjällä. Aktiivisen

avautumisen vaihe yleensä alkaa, kun kohdunsuu on avautunut 3-4 senttimetriä. Avautumisvaiheen kesto on yksilöllinen ja siinä esiintyy suurtakin vaihtelua. Ensisynnyttäjillä se kestää keskimäärin 12-18 tuntia ja uudelleen synnyttäjillä 8-12 tuntia. (Raussi-Lehto 2015c, 221, 225; Sariola & Tikkanen 2011b, 317.)

Toinen vaihe eli ponnistusvaihe kestää kohdunsuun täydellisestä avautumisesta aina lapsen syntymään saakka. Kun kohdunsuu on täysin auki, mutta kohdunsuun reunaa on vielä jäljellä, tarjoutuva osa on korkealla tai lakisauma ei ole vielä suorassa mitassa, puhutaan siirtymävaiheesta, jolloin ponnistaminen on vielä ennen aikaista. Varsinaisen aktiivisen ponnistusvaiheen voi aloittaa, kun kohdunsuu on täysin auki, sikiön pää on laskeutunut tarpeeksi alas ja painaa välilihaa, lakisauma on suorassa mitassa ja tarjoutuva osa näkyvissä. Suositeltavia asentoja ponnistamisen helpottamiseksi ovat istuma-asento synnytystuolissa tai -jakkaralla, seisoma-, konttaus-, kyykky- ja kylkiasento sekä puoli-istuva asento sängyllä. Ponnistaminen tapahtuu supistusten aikana. Ponnistusvaiheen alussa synnyttävä ponnistaa vain sen verran, mikä tuntuu hyvältä. Moni synnyttävä tuntee ponnistustarvetta ja ponnistaa vaistonvaraisesti ja tehokkaasti. Kätilö tukee välilihaa ja painaa kevyesti vauvan pälaesta, ettei pää syntyisi liian nopeasti. Näillä toimenpiteillä ehkäistään peräaukon sulkijalihaksen mahdollinen repeäminen. Joskus synnyttäjälle tehdään episiotomia eli välilihan leikkaus uhkaavien repeämien, sikiön väärän ryhdin, äidin väsymisen tai sikiön kallon sisäisten vaurioiden ehkäisemisen vuoksi. Pään syntymisen jälkeen kätilö avustaa hartioiden syntymisen ohjaamalla päätä kevyesti ulos ja alaviistoon, jolloin ylempi hartia syntyy ja nostamalla päätä puolestaan ylaviistoon, jolloin pääsee alempi hartia syntymään. Lopuksi syntyy alavartalo äidin ponnistaessa loppuun saakka. Hyväkuntoinen lapsi nostetaan syntymän jälkeen suoraan äidin rinnalle. (Raussi-Lehto 2015c, 265-266, 269-272.) Ponnistusvaihe kestää muutamasta minuutista kahteen tuntiin (Sariola & Tikkanen 2011b, 320).

Synnytyksen kolmas vaihe eli jälkeisvaihe alkaa lapsen syntymästä ja päättyy istukan ja sikiökalvojen syntymään. Lapsen syntymän jälkeen synnyttäjälle voidaan antaa kohtua supistavaa lääkettä istukan nopean irtoamisen edistämiseksi. Samalla ehkäistään mahdollisia verenvuotoja ja lyhennetään jälkeisvaiheen kestoa. Istukan voidaan antaa syntyä myös spontaanisti, mutta tämä edellyttää säännöllistä synnytystä ja tietoa siitä, että riskiä synnytyksen jälkeiseen verenvuotoon ei ole. Tavallisesti jälkeiset syntyvät äidin ponnistaessa ja kätilön ohjatessa kevyesti napanuorasta ja painaessa kädellä kohdun pohjasta. Turhaa kiirehtimistä ja voimakkaita otteita on vältettävä, jotta istukka ja sikiökalvot syntyisivät kokonaisina. Lopuksi kohtu tyhjennetään sinne kerääntyneestä vuodosta painamalla kohtua vatsan päältä. Normaali verenvuotomäärä jälkeisvaiheen aikana on 500

grammaa. Jälkeisvaihe kestää yleensä viidestä kymmeneen minuuttia. (Raussi-Lehto 2015c, 275-276.)

Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi ovat tehokkaan tarkkailun alaisena tavallisesti synnytyssalissa noin kahden tunnin ajan tai polikliinisen synnytyksen jälkeen noin kuusi tuntia. Tämän neljännen vaiheen eli tarkkailuvaiheen aikana kättilö seuraa erityisesti äidin elimistön palautumista synnytyksestä ja lapsen hyvinvointia sekä tukee perhettä varhaisessa vuorovaikutuksessa. Mikäli äidin vointi on hyvä, hänelle annetaan ruokaa. Hyväkuntoinen lapsi autetaan rinnalle mahdollisimman pian imetyksen jatkumisen turvaamiseksi. Tarkkailuvaiheen aikana äidillä on myös mahdollisuus synnytystapahtuman läpikäymiseen kättilön kanssa. Äiti ja vastasyntynyt siirretään vuodeosastolle tai kotiutetaan tarkkailuvaiheen päätyttyä. (Raussi-Lehto 2015c, 281.)

### **2.3.2 Epäsäännöllinen synnytys**

Synnytys ei aina etene säännönmukaisesti, vaan eteen voi tulla tilanteita, joissa normaaliin synnytyksen kulkuun täytyy puuttua. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi sikiön sydänäänimuutokset, äkillinen runsas verenvuoto, supistusten heikkous tai synnytyksen pysähtyminen kokonaan. Synnytys voi muuttua epäsäännölliseksi missä tahansa synnytyksen vaiheessa. Joskus sikiö joudutaan auttamaan ulos imukupilla, pihdeillä tai keisarinleikkauksella. Sikiö voi syntyä myös ennenaikaisesti, perätilassa tai sikiöitä on useampia. Synnytys voi muuttua epäsäännölliseksi vasta jälkeisvaiheessa, jos istukka ei irtoa vaan se joudutaan irrottamaan mekaanisesti käsin. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2016.)

Maaailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan lapsi on ennenaikainen, kun hän syntyy ennen 37. raskausviikon täyttymistä. Ennenaikaiset synnytykset jaotellaan kolmeen ryhmään. Erittäin ennenaikaiset sikiöt syntyvät ennen 28. raskausviikkoa, kohtalaisen ennenaikaiset raskausviikoilla 28-31 ja lievästi ennenaikaiset raskausviikoilla 32-36. Hyvin ennenaikaisia, ennen 32. raskausviikkoa tapahtuvia synnytyksiä on Suomessa noin kaksi prosenttia kaikista synnytyksistä. Tavallisimmin ennenaikaiset synnytykset käynnistyvät itsekseen lapsivedenmenolla ja/tai supisukilla, mutta noin joka viides joudutaan käynnistämään tai leikkaamaan keisarinleikkauksella äidistä tai sikiöstä johtuvan syyn vuoksi. Yli puolessa ennenaikaisesti käynnistyvien synnytysten syy on epäselvä. Infektion merkitykseen synnytysten taustalla on kiinnitetty viime vuosina huomiota. Alkuraskauden infektio, vaginan bakteeritasapainon häiriö ja suoliston beeta-hemolyyttinen strepto-



kokki (GBS) bakteerin joutuminen synnytyskanavaan ovat tavallisimpia infektioista johtuvia ennen-  
aikaisten synnytysten syitä. (Stefanovic 2015, 459-463.) Ennenaikaisessa synnytyksessä erityistä  
huomiota tulee kiinnittää sikiön hyvinvoinnin seurantaan ja mahdollisimman vähän traumatisoivaan  
syntymään. Jos sikiöllä ilmenee hapetusongelmia, päädytään tavallista herkemmin keisarinleik-  
kaukseen tai imukupin tai pihtien käyttöön. Ennenaikaisesti syntyneiden lapsien selviämisenuste  
on noussut merkittävästi viime vuosikymmenten aikana. Nykyään pyritään siihen, että 24-viikkoiset  
sikiöt selviäisivät elämään, kun taas 1970-luvulla ennen 30. raskausviikkoa syntyneet lapset kat-  
sottiin menetetyiksi. (Uotila 2015g, 376-377.)

Imukuppsynnytyksessä lapsen syntymää avustetaan imukupin avulla. Se on nykyään toiseksi yleis-  
in operatiivisen synnytyksen muoto keisarinleikkauksen jälkeen. Imukupin apuun turvaututaan  
joko äidistä tai sikiöstä johtuvista syistä. Tällaisia voivat olla esimerkiksi pitkittynyt tai tehoton pon-  
nistaminen, supistusheikkous, äidin väsyminen tai yhteistyön puute, tarjontavirheet, sikiön ja lan-  
tion koon välinen epäsuhta sekä sikiön ahdinko. Myös joistakin äidin sairauksissa johtuva tietoinen  
ponnistamisen välttäminen voi olla imukuppsynnytyksen taustalla. Imukuppiavusteiseen toimenpi-  
teeseen ei tule ryhtyä ehdoitta siihen liittyvien riskien vuoksi. Kohdunsuun on oltava täysin auki ja  
kalvojen on oltava puhkaistut tai puhjenneet. Ennen toimenpiteeseen ryhtymistä tulee selvittää,  
että alatiesynnytys on mahdollinen ja pään tarjoutuva osa on spinatasossa tai sen alapuolella. Toi-  
menpiteen tekijällä tulee myös olla riittävä kokemus suhteutettuna toimenpiteen vaativuuteen. Pää-  
töksen imukuppiavusteiseen synnytykseen päättymisestä tekee synnytyslääkäri ja se tapahtuu syn-  
nyttäjän ja toimenpiteen tekijän yhteistyönä. Äidin ponnistaessa lääkäri vetää päätä imukupilla lan-  
tion johtoviivan suuntaisesti. Välihiha tuetaan ja tehdään tarvittaessa episiotomia kuten normaalis-  
sakin synnytyksessä. Kun pää on syntynyt, jatketaan synnytystä normaalin synnytyksen kulun mu-  
kaan. Imukuppsynnytykseen liittyy kohonnut komplikaatioiden riski. Vaikeat väliliharepeämät ja si-  
kiön pään alueen verenvuodot ovat mahdollisia, mutta niistä huolimatta toimenpide on varsin tur-  
vallinen ja sen maine Suomessa on hyvä. (Uotila 2015a, 579, 581-582, 584.)

Pihtisynnytys on Suomessa harvinaisempaa kuin imukuppsynnytys. Toimenpiteeseen johtavat  
syyt ja ehdot ovat samat kuin imukuppsynnytyksessä, mutta komplikaatioiden, muun muassa kal-  
loverenvuodon, riskit ovat puolestaan huomattavasti vähäisemmät imukuppsynnytykseen verrat-  
tuna. Tosin poskien naarmut ja mustelmat ovat mahdollisia. Pihtisynnytyksessä sikiön pään synty-  
mistä avustetaan pihtilusikoilla, jotka asetetaan sikiön poskiluita vasten. Äidin ponnistaessa vede-  
tään pihdin kahvasta lantion johtoviivan suuntaisesti ja näin saadaan tuotettua ponnistukseen tar-  
vittava lisävoima. (Uotila 2015e, 585.)

Suomessa syntyvistä lapsista noin kuusitoista prosenttia syntyy keisarinleikkauksella. Niistä noin puolet on ennalta suunniteltuja leikkauksia ja loput päivystyksellisiä, synnytyksen käynnistymisen jälkeen tapahtuvia leikkauksia. Keisarinleikkaukseen johtavia syitä on monia. Sikiön poikkitila, sikiön ja lantion välinen epäsuhta ja täydellinen etinen istukka johtavat poikkeuksetta keisarinleikkaukseen. Myös sikiön perätilatarjonta ja aikaisemmat kohtuun kohdistuneet leikkaukset voivat olla syynä keisarinleikkaukseen päätymiselle. Keisarinleikkauspäätökseen vaikuttaa usein monet tekijät yhtä aikaa. Synnyttäjän oma asennoituminen, aikaisemmat synnytyskokemukset ja niihin liittyvät mahdolliset komplikaatiot, kohdunsuun tilanne, äidin sairaudet ja voimavarat sekä lääkärin asenteet ja kokemukset ratkaisevat. Päivystyksellisen keisarinleikkauksen syynä voi olla pitkittynyt tai pysähtynyt synnytys, sikiön hapetusongelmat tai jokin muu vakava komplikaatio tai sen uhka, kuten kohdun repeämä, istukan ennenaikainen irtoaminen tai muu vakava verenvuoto. Hätäsektiolla tarkoitetaan päivystyksellistä keisarinleikkausta, joka tehdään äidin tai sikiön akuutin hätätilanteen vuoksi kymmenen minuutin sisällä leikkauspäätöksestä. Päätöksen keisarinleikkauksesta ja sen ajankohdasta tekee lääkäri. Keisarinleikkaus on turvallinen toimenpide, mutta siihen turvaudutaan nykyisin liian kevein perustein. Äidin toipuminen synnytyksestä on huomattavasti hitaampaa ja synnytyksen aikainen sekä mahdollisten tulevien raskauksien komplikaatioiden riski on suurempi alatiesynnytykseen verrattuna. Nykykäsityksen mukaan myös sikiö hyötyy alatiesynnytyksestä enemmän kuin keisarinleikkauksesta. (Uotila 2015c, 574-578.)

Noin neljässä prosentissa kaikista täysiaikaisista raskauksista sikiö on perätilassa eli alaosaetisessä tarjonnassa. Useissa maissa suositellaan perätilojen hoitamista keisarinleikkauksella perätilasyntyksestä johtuvan suurentuneen sikiön asfyksian ja traumausten riskin vuoksi. Toisaalta katsotaan, että alatiesynnytys on turvallinen, kun valintaan päädytään huolella ja mahdollisiin synnytyksen aikaisiin komplikaation merkkeihin reagoidaan välittömästi. Perätilasyntyksen toteuttaminen alateitse edellyttää tiettyjen kriteerien täyttymistä. Synnyttäjän lantion on oltava riittävän tilava ja säännöllinen, sikiön painoarvion on oltava 1500-4000 grammaa ja pään koon suhde lantioon sopiva. Sikiön tulee olla pakara- tai perä-jalkatarjonnassa ja pään fleksiossa. Perätilasyntyksen onnistumisen ennustetta lisäävät myös synnytyksen spontaani käynnistyminen lähellä laskettua aikaa ja synnytyksen normaali eteneminen, äidin halu ja suostumus alatiesynnytykseen sekä osaava henkilökunta. EU-direktiivin mukaan ammattitaitoisen kättilön tulee hätätilanteessa osata hoitaa perätilasyntytyksen ilman lääkärin apua. (Äimälä 2015b, 490-493.)

Monikkosynnytykset luetaan epäsäännöllisiksi synnytyksiksi. Monisikiöraskaudet ovat lisääntyneet Suomessa 1980-luvulta lähtien. Korkeimmillaan esiintyvyys oli 1990-luvulla synnyttäjien keski-ikä

nousun ja hedelmöityshoitojen seurauksena. 2000-luvulla esiintyvyys on laskenut osin hedelmöityshoidoissa siirrettyjen alkiodien määrän vähentämisen vuoksi. Nykyään vajaa kolme prosenttia vuosittain syntyneistä lapsista on kaksos- tai kolmosraskauksia. (Raussi-Lehto 2015b, 499.) Kaksosraskauksien synnytys tapahtuu yleensä vähän ennen laskettua aikaa. Synnytystapa arvioidaan yksilöllisesti. Synnytys tapahtuu alateitse, jos A-sikiö on raivotarjonnassa, merkittäviä raskausajan komplikaatioita ei esiinny, lantion koko on riittävä, sikiöt ovat hyvävointisia ja äiti on halukas alatesynnytykseen. Muussa tapauksessa päädytään keisarinleikkaukseen. (Raussi-Lehto 2015b, 507.) Suomessa kaksosista noin puolet syntyy keisarinleikkauksella. Jos sikiöitä on kolme tai enemmän, synnytys yleensä aikaistuu ja se tapahtuu suunnitellusti keisarinleikkauksella. (Raudas-koski 2011, 434.)

Normaali säännöllinen synnytys voi muuttua epäsäännölliseksi synnytykseksi jälkeisvaiheen istukan irtoamiskomplikaation vuoksi. Normaalisissa synnytyksessä istukka irtoaa viimeistään 30 minuutin kuluessa lapsen syntymästä. Jos näin ei tapahdu, on istukka irrotettava joko käsin tai leikkaamalla. Käsin irrotuksessa lääkäri vie käden kohtuun ja sormin irrottaa istukan kohdun seinämästä samalla tukien toisella kädellä kohdun pohjasta. Tämän jälkeen tehdään yleensä vielä kevyt kohdun kaavinta, jolla varmistetaan, ettei istukan palasia jäänyt kohtuun. Istukan täydellinen poistaminen kohdusta on tärkeää runsaan verenvuodon ehkäisemiseksi. Verenvuoto voi olla runsasta istukan irrottamisen yhteydessä, joten synnyttäjän riittävästä nesteyttämisestä ja tarvittaessa verensiirrosta on huolehdittava. Joskus istukka voi kasvaa kohtuontelon lihassäikeiden sisään, jolloin se ei irtoa käsin vaan se joudutaan leikkaamaan. Usein tilanne on vakava, ja leikkauksen yhteydessä joudutaan poistamaan kohdun runko-osa tai koko kohtu hallitsemattoman verenvuodon takia. (Uotila 2015b, 557-558.)

## **2.4 Synnytysten hoito**

Syntymäaikainen kättilötyö on itsenäistä, kättilön omalla vastuulla tapahtuvaa syntymän hoitoa, johon sisältyy synnyttäjän, tukihenkilön ja perheen tukeminen, ohjaaminen ja neuvonta synnytyksen kaikissa eri vaiheissa. Työhön sisältyy synnyttäjän, sikiön ja vastasyntyneen tarkkailu ja voinnin seuranta, riskitekijöiden arviointi, varhainen ongelmien ennakointi ja havaitseminen, lääkärin konsultaatio ja hätätoimenpiteiden suorittaminen silloin, kun lääkärin apu ei ole saatavilla. Syntymäaikainen kättilötyö on samanlaista säännöllisessä synnytyksessä kuin komplisoituneessa tai riski-

synnytyksessä. Lähtökohtana on syntymän tarkastelu normaalina fysiologisena prosessina, vaikkakin syntymän luonnolliseen kulkuun puututaan nykyään jopa rutiinomaisesti. (Raussi-Lehto 2015e, 217-218.)

Syntymän hoidon perustana on kuten hoitotyössä yleensäkin hoidon tarpeen määrittäminen ja sitä seuraavat hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyvät päätökset. Syntymänhoidon toiminnan lähtökohtana ovat synnyttäjän ja sikiön vointiin liittyvät tarpeet. Tarpeiden pohjalta syntyviä eri ratkaisuvaihtoehtoja arvioidaan suhteessa meneillä olevaan synnytystilanteeseen ja hoitopäätökset tehdään yhdessä synnyttävän perheen kanssa. Hyvä syntymänaikainen kätilötyö edellyttää kätilöltä tieteelliseen tietoon perustuvaa kliinistä osaamista ja sen käyttöä, kollegiaalista työotetta, synnytyksen hoitoon liittyvien tekniikoiden hallintaa sekä jatkuvaa omien tietojen ja taitojen lisäämistä. (Raussi-Lehto 2015e, 218-219.)

Syntymänaikaisessa kätilötyössä pyritään saamaan synnyttäjälle ja hänen perheelleen mahdollisimman hyvä synnytyskokemus, sillä kokemuksella on merkittävä vaikutus naisen ja perheen myöhempään hyvinvointiin. Miellyttävän synnytyskokemuksen saaminen edellyttää kokemukseen vaikuttavien eri osatekijöiden huomioimista, jotka ovat laadukas vuorovaikutus, läsnäolo, synnyttäjän kontrollintunne, osallistuminen päätöksentekoon ja riittävä tiedonanto. Asianmukaisen tiedon antaminen edellyttää kätilöltä synnyttäjän voimavarojen ja synnytyksyvyn tunnistamista sekä synnytyksen näkemistä luonnollisena tapahtumana. Synnytyskokemukseen vaikuttaa myös se, miten synnyttäjän toiveet ja tarpeet huomioidaan. Kaikessa hoidossa tärkeintä on synnyttäjän ja lapsen turvallisuus, mutta myös tarpeettoman kivun ja kielteisen kokemuksen aiheuttamista tulee välttää. (Raussi-Lehto 2015e, 218-220.)

Suomessa synnytyspaikan valintaan vaikuttavat synnyttäjän toiveet, etäisyys synnytyssairaalaista ja riskisynnyttäjän ohjeistus. Suomessa synnyttäjällä on oikeus valita synnytyspaikaksi koti tai mikä tahansa synnytyssairaala asuinkunnasta riippumatta tai hakeutua terveydenhuollon palveluihin Euroopan Unionin (EU) alueella ja siten saada hoidosta kotimaan tasoinen korvaus. Riskisynnytykset ja esim. hyvin pienten sikiöiden (arvioitu syntymäpaino alle 1500g) hoito on keskitetty yliopistosairaaloihin. (Raussi-Lehto 2015e, 219.) Maailman terveysjärjestö WHO korostaa naisten itsemääräämisoikeutta ja suosittaa oikeutta, että naiset saavat itse valita synnytyspaikan. Myös Suomi korostaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja päätöksentekoon osallistumisen tärkeyttä. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 287.) Englannissa synnytys on naiselle elämää muuttava tapahtuma. Synnytyksen

aikana nainen vastaanottaa hoitoa, joka vaikuttaa häneen ja vauvan terveyteen fyysisesti ja emotionaalisesti lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Englannissa nainen saa valita paikan missä synnyttää, kunhan hänelle on kerrottu ja ohjeistettu eri synnytyspaikoista, riskeistä ja hänen omasta raskauden tilastaan. Englannissa naisen on mahdollista synnyttää sairaalassa, sairaalan sisällä sijaitsevassa kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä, täysin erillään sairaalasta sijaitsevassa kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä tai kotonaan. Ja siellä missä hän päättääkin synnyttää, niin häntä tuetaan päätöksessä. (National Institute for Health and Care Excellence 2014, 4, 7)

Suomesta puuttuvat täysin kätilöjohtoiset synnytysyksiköt, joissa synnytyksiä hoidettaisiin puhtaasti kätilötyön menetelmien mukaisesti. Kotisynnytys on Suomessa mahdollinen, mutta koska se ei ole osana yleistä terveydenhuoltoa, sen järjestäminen vaatii vanhemmilta paljon aktiivisuutta. Kotisynnytystä hoitavan kätilön löytäminen on vielä haasteellista, koska heitä on vain muutamia Suomessa. Synnytys­sairaaloiden toimintatavat voivat vaihdella alueittain ja se, kuinka synnytyksiä hoidetaan, riippuu paljon sairaalan synnytysosaston omasta hallinnosta ja henkilökunnasta, sekä kätilöiden omasta aktiivisuudesta kehittää omia toimintatapojaan. (Bebesinfo 2016a.)

Useissa maissa synnyttäjät voivat valita hyvinkin erilaisia synnytyspaikkoja. Lähes kaikissa länsimaissa on jo normaalia fysiologista synnytystä tukevia kätilöjohtoisia synnytysyksiköitä. Myös kotisynnytys on monissa maissa yksi julkisen terveydenhuollon tarjoama palvelu. Lisäksi useimmissa maissa työskentelee yksityisiä kätilöitä, jotka hoitavat raskauden seurannan, synnytyksen sekä lapsivuodeajan hoidon kokonaisvaltaisesti. Maailmalla synnytysten hoidossa on olemassa kaksi erilaista hoitomallia. Toinen on kätilöjohtoinen hoitomalli, joka toteutuu yleensä pienissä synnytysyksiköissä, kätilöjohtoisissa yksiköissä tai kotisynnytyksissä. Toisessa mallissa puolestaan synnytys hoidetaan sairaalassa medikaalisen eli lääketieteellisen hoitomallin mukaisesti. (Bebesinfo 2016b.)

#### **2.4.1 Sairaalasynnytykset**

Sairaalasynnytys on yleisin synnytysmuoto Suomessa ja sen takia lähes kaikki äidit synnyttävät sairaalassa. Turvallisuuden vuoksi synnytyspaikaksi suositellaan sairaalaa. Suomalainen nainen voi halutessaan valita synnytyspaikakseen minkä tahansa Suomen tai EU-alueen synnytys­sairaalan, mutta useimmiten nainen kuitenkin synnyttää läheisessä synnytys­sairaalassa. (Pietiläinen & Väyrynen 2015g, 203.) Vuonna 2014 Suomessa naisista 99,7% synnytti 29:ssä eri synnytys­sairaalassa. Näistä syntyneistä lapsista joka neljäs syntyi jossakin HYKS:n sairaalassa (Naisten­klinikka, Kätilöopiston ja Jorvin sairaalat) ja joka kolmas HUS:n sairaaloissa (HYKS, Hyvinkään, Lohjan ja

Porvoon sairaalat). Yliopistosairaaloiden lisäksi kolmessa muussa sairaalassa hoidettiin vähintään 2 000 synnytystä ja yhdeksässä sairaalassa oli alle tuhat synnytystä vuodessa. (Vuori & Gissler 2015, 2)

## **2.4.2 Kätilöjohtoiset synnytysyksiköt**

Kätilöjohtoinen synnytysyksikkö on oma itsenäinen kätilöiden johtama synnytysyksikkö. Suomessa tällaisia yksiköitä ei tietomme mukaan vielä ole. Suomalaiset kätilöt hoitavat synnytyskäyntejä, mutta he toimivat lääkäreiden alaisuudessa. Maailmalla kätilöjohtoiset synnytysyksiköt sijaitsevat yleensä sairaalan läheisyydessä omana yksikkönään. Ne voivat sijaita myös sairaalan sisällä omana itsenäisenä osastonaan. Kätilöjohtoisissa yksiköissä äidit voivat synnyttää luonnollisesti ilman sairaalan tarjoamia hoitotoimenpiteitä. Näissä yksiköissä synnyttäminen on tarkoitettu äideille, jotka ovat terveitä, matalan riskin synnyttäjiä. Joissain yksiköissä sama kätilö hoitaa niin raskausajan seuranta- ja synnytysvalmennuksen kuin itse synnytyskäynnin. Kätilöjohtoiset synnytysyksiköt toimivat yhteistyössä lääkäreiden ja sairaaloiden kanssa. (American Association of Birth Centers 2016.) Kätilöjohtoisissa yksiköissä mahdollistetaan luonnollinen, fysiologinen synnytys, minkä aikana ei käytetä voimakkaita lääkkeellisiä kivunlievityskäyntejä. Synnytysympäristöt ovat kodinomaisia, millä pyritään luomaan rauhallinen tunnelma. Kätilö on usein läsnä enemmän kuin sairaalaympäristössä ja kykenee näin paremmin tukemaan ja rohkaistamaan äitiä koko synnytyskäynnin ajan. Kätilö kannustaa synnyttävää äitiä luottamaan omaan kehoonsa ja käyttämään luonnollisia selviytymiskeinoja. (Babycentre 2017.) On tutkittu, että synnyttäminen kätilöjohtoisissa synnytysyksiköissä on yhtä turvallista, kuin sairaalassakin, kun äiti on terve ja raskaus on sujunut normaalisti.

## **2.4.3 Kotisyntytykset**

Suomessa kotisyntytystä suunniteltaessa synnytysuunnitelma ja käytännön järjestely tulee aloittaa hyvissä ajoin raskausaikana. Suomessa kaikista järjestelyistä vastaakin kotisyntytystä suunnitteleva perhe itse. Suunnitellussa synnytyskäynnissä nainen siis synnyttää omassa kodissaan synnytyskäynnin hoidon ammattilaisen, kätilön tai lääkärin avustamana. Kotisyntytykset ovat vielä Suomessa harvinaisia, vuonna 2013 kotona syntyi suunnitellusti hieman yli 30 lasta. Sen sijaan muissa pohjoismaissa kotisyntytykset ovat yleisempää kuin meillä ja muun muassa Englannissa suositellaan kotisyntytystä matalan riskin synnyttäjille. Kotisyntytyksistä tehdyissä tutkimustuloksissa on kuitenkin ristiriitaisuutta. Terveellä matalan riskin synnyttäjällä kotisyntytykseen liittyy samanlainen intrapartum- ja neonataalikuolleisuusriski kuin vastaavaan sairaalasyntytykseen. Näyttäisi kuitenkin

siltä, että kotisyntytyksissä käytetään vähemmän synnytystoimenpiteitä ja niihin saattaa liittyä vähemmän infektio- ja peräaukon sulkijalihhasrepeämän riskejä. Toisaalta on myös tutkimuksia, joissa kotisyntytyksen on todettu altistavan perinataalikuolleisuuden riskille ja alhaisille Apgar -pisteille. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 286.)

Kotisyntytyksen valintaa synnyttäjät perustelevat itsemääräämisen paremmalla toteutumisella, synnytystapahtuman luonnollisuudella, kotiympäristön tärkeydellä ja koko perheen synnytyksessä mukana olemisella sekä aikaisemmillä huonoilla sairaalasyntytykokemuksilla. Tämän johdosta synnyttäjät kuvaavatkin kotisyntytyksen positiiviseksi ja merkitykselliseksi kokemukseksi, jossa ei tarvita esimerkiksi kivunlievitystä. Tämän takia synnyttäjän oikeutta synnytyspaikkansa valintaan tulee kunnioittaa. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 286.)

Kätilön ja perheen on hyvä sopia kotisyntytykseen liittyvistä juridisista vastuista. Äitiysneuvolaopas (2013) suosittelee tekemään kotisyntytykseen liittyvän sopimuksen osapuolten välille. Sopimus ei poista lakiin perustuvia terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuksia, mutta se voi olla vahvistamassa kätilön oikeusturvaa erimielisyystilanteissa. Terveydenhuollon ammattihenkilö on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisesti velvollinen huolehtimaan omasta vakuutusvelvollisuudesta potilasvahinkolaissa tarkoitettujen henkilövahinkojen varalta. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 286, 287.)

Kätilötyön tulisi olla samanlaista matalan riskin synnytyksessä sairaalassa ja kotona. Koti synnytysympäristönä on erilainen ja mukana olevat ihmiset tuttuja. Kätilötyöhön kuuluu informoida perhettä asianmukaisesti kotisyntytyksen riskeistä ja eduista. On tärkeää huomioida, ettei kotisyntytyksesi sovi kaikille raskaana oleville, minkä vuoksi tarvitaan raskaana olevien ja synnyttäjien tarkkaa seulontaa. Kotisyntytystä suunnittelevan tulee olla perusterve uudelleensynnyttäjä eli matalan riskin synnyttäjä. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 287-288.)

#### **2.4.4 Matkasynnytykset**

Matkasynnytyksestä voidaan puhua silloin, kun se tapahtuu paikassa, jossa siihen ei ole varauduttu. Matkasynnytyksesi voi tapahtua kotona, matkalla sairaalaan, yleisellä paikalla tai kulkuvälineessä, jolloin synnyttäjä ei tahdostaan huolimatta pääse sairaalaan synnyttämään. Joskus matkasynnytyksestä käytetään myös termiä hätäsynnytyksesi. Matkasynnytyksesi määrä on koko ajan kas-

vanut viime vuosien aikana ja tulee kasvamaan lisää, koska pienempiä synnytyssairaaoloita lopetetaan ja synnyttäjien matkat isompiin keskuksiin kasvavat. Vuonna 2013 matkalla sairaalaan synnytti 71 äitiä, ja 81 oli muita sairaalan ulkopuolella tapahtuneita synnytyksiä, jotka olivat suunnitelmattomia. Matkalla synnyttävä äiti on useimmiten uudelleensynnyttäjä ja hänen synnytys sujuu normaalisti. Kun synnyttäjä on terve ja raskaus on sujunut ongelmitta, ainoa riski matkasynnytyksessä on se, että se tapahtuu poikkeavissa olosuhteissa. Tällaisissa poikkeavissa olosuhteissa mihinkään erityistoimenpiteisiin ei ole mahdollisuuksia, jos sellaisiin tulisi tarvetta. (Äimälä 2015a, 385.)

Matkasynnytyksessä hoitotilanne voi vaihdella suuresti. Mukana voi olla terveydenhuollon ammattilainen tai tilanteessa voi olla avustamassa maallikko, jolle ohjeita annetaan puhelimitse. Synnytyksen hoitoon vaikuttaa myös se, voidaanko synnyttäjä siirtää sairaalaan turvallisesti ja onko käytettävissä asianmukainen kulkuneuvo. On tärkeää erottaa oleellinen ja epäoleellinen, sekä mitkä toimenpiteet ovat välttämättömiä, kun synnytystä hoidetaan muissa kuin sairaalaolosuhteissa. Toiminnan tulee olla johdonmukaista ja rauhallista. Ensihoitajan hoitaessa synnytystä tärkeimpiä huomioitavia asioita ovat turvallinen kuljetus sairaalaan, tuen antaminen ja tilanteen rauhoittaminen, tukihenkilön mukaan ottaminen, tilanteen kartoitus ja riskien arvioiminen. Ensihoitajan tulee toimia synnytyksen vaiheen mukaisesti, ottaa tarvittavat välineet esille ajoissa, sekä tiedottaa sairaalaa ja olla neuvonpidossa sairaalan kättilön tai synnytyslääkärin kanssa. (Äimälä 2015a, 385.)

Matkasynnytyksessä peruseriaate on, että synnyttävä nainen on kuljetettava kiireellisesti sairaalaan asianmukaisessa kulkuvälineessä ja osaavimman henkilön saattaessa. On aina parempi lähestyä sairaalaa kuin jäädä kohteeseen hoitamaan synnytystä, koska koskaan ei voi tietää mitä komplikaatioita synnytyksessä voi tulla. Myös syntyvän lapsen tila voi vaatia akuuttia hoitoa. Vastaanottavaa yksikköä informoidaan tilanteesta aina etukäteen, jotta synnyttäjä ja lapsi saadaan viipymättä asianmukaiseen hoitoon. Kohteeseen jäädään synnyttämään vain, jos synnyttäjä on jo ponnistusvaiheessa ja lapsi on syntymässä. Äidille uhkaavin vaihe on jälkeisvaihe, minkä vuoksi ei kannata jäädä kotiin odottamaan istukan syntymistä, vaikka lapsi olisikin syntynyt kotona. Synnyttävän äidin kuljetuksen aikana huolehditaan synnyttäjän ja lapsen turvallisuudesta. Synnytystä pyritään hidastamaan makuuttamalla synnyttäjää mieluiten vasemmalla kyljellä lievässä trendelenburgin asennossa, koska tämä vähentää lapsen tarjoutuvan osan painoa kohdunsuuhun ja siten saattaa heikentää supistustoimintaa. Kylkiasento on myös turvallisin sikiön hyvinvoinnin kannalta. Mikäli synnytys tapahtuu kuljetuksen aikana, tai kuljetusta ei voida järjestää, otetaan selvää synnyttäjän tilanteesta ja valmistaudutaan mahdollisen synnytyksen hoitamiseen. Raskautta koskevia



tietoja voidaan selvittää äitiyskortista sekä tiedustelemalla äidiltä itseltään. Synnyttäjää tuetaan sekä rauhoitellaan ja mikäli tilanteessa on mukana tukihenkilö, häntä ohjataan auttamaan synnyttäjää. (Äimälä 2015a, 385-386.)

### 3 KÄTILÖTYÖN LAATU RASKAUDEN JA SYNNYTYKSEN AIKANA

Laatu on käsitteenä laaja. Kansainvälisen laadunhallinnan ja laadunvarmistuksen standardisat-  
tion mukaan laatu on niistä piirteistä ja ominaisuuksista rakentuva kokonaisuus, johon perustuu  
palvelujärjestelmän, organisaation, tuotteen, palvelun, prosessin tai henkilön kyky täyttää sille ase-  
tetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset. Lecklinin (2006, 18) mukaan laatukäsitteen voi  
tulkita monella eri tavalla tarkastelunäkökulmasta riippuen. Esimerkiksi liike-elämässä laadulla ym-  
märretään yleisesti asiakkaiden tarpeiden täyttämistä tuottajan tai palveluntarjoajan kannalta mah-  
dollisimman tehokkaalla ja kannattavalla tavalla. Asiakastytyvyisyys ei kuitenkaan ole itse tarkoi-  
tus, johon pitäisi pyrkiä hinnalla millä hyvänsä. Laatukäsitteeseen liitetäänkin usein myös tarve jat-  
kuvaan suoritustason parantamiseen, niin nopeasti kuin vain kehitys sen sallii. Terveystieteissä  
laadukkaan palvelun voidaan ajatella olevan parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön  
perustuvaa toimintaa, jolla tuotetaan kansalaisille hyvinvointia (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos  
2017a).

#### 3.1 Laadun käsitteestä

Lecklinin (2006, 18-19) mukaan laadun määritelmään on jo alusta alkaen sisällynyt ajatus virheet-  
tömyydestä ja pyrkimyksestä tehdä asiat oikein jo ensimmäisellä kerralla. Vielä tärkeämpänä  
asiana virheettömyyden rinnalla Lecklin näkee kokonaislaadun kannalta oikeiden asioiden tekemi-  
nen. Asiakkaan näkökulmasta oikeiden asioiden tekemiseen ja lisäarvon tuottamiseen pyritäänkin  
nykyään kaikilla tuotevalmistus- ja palveluntuotantosektoreilla. Erilaiset tuotteiden ja palveluiden  
tuottamisessa tapahtuvaa asiakkaalle varsinaista lisäarvoa tuottamatonta työtä eli niin sanottua  
hukkaa vähentävät lean-menetelmät tekevät juuri nyt tuloaan myös terveydenhuoltosektorille  
(katso esimerkiksi Mäkijärvi 2013). Lean-menetelmissä keskeistä on pyrkiä tuottamaan asiakkaalle  
maksimaalinen arvo ja/tai hyöty mahdollisimman tehokkaasti eli vähäisillä käytössä olevilla resurs-  
seilla.

Tuotteen tai palvelun laatua tarkasteltaessa siihen liittyy useita toisiaan täydentäviä ominaisuuksia  
ja tunnusmerkkejä. Esimerkiksi Paul Lillrank esittää Lecklinin (2006, 20-21) mukaan kuusi erilaista  
tarkastelunäkökulmaa, jotka ovat valmistuslaatu, tuotelaatu, arvolaatu, kilpailulaatu, asiakaslaatu  
sekä ympäristölaatu. Käytännön toiminnassa kaikki näkökulmat ovat yleensä edustettuina. Asia-  
kaslaatu on näistäkin kuitenkin avainasemassa, koska se ei korosta vain yhtä laadun ulottuvuutta,

vaan pakottaa kaikkien laatu-ulottuvuuksien yhteensovittamiseen. Kotisaari & Kukkola (2012, 65) puolestaan määrittelevät hoitotyön laatua hieman eri näkökulmista. Heidän mukaansa näistä keskeisimpiä ovat potilaan ja hänen läheistensä sekä ammattihenkilöstön näkökulmat. Jos potilas kokee saaneensa asiantuntevaa apua ongelmaansa niin, että hänen toiveet, arvot, mielipiteet ja prioriteetit on otettu huomioon, voidaan ajatella, että hoito on ollut laadukasta. Ammattilaisten näkökulmasta käsin laadukas hoito pitää sisällään moniammatillista yhteistyötä, joka on näyttöön perustuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä ja hoitoa sekä kärsimysten lievittämistä. Laadukas hoitotyö täytyy hahmottaa kokonaisuutena, johon kuuluvat kliininen osaaminen, välineet ja resurssit, prosessien hallinta, mittaaminen ja laatujärjestelmät. Kuten Lecklinkin (2006, 18-19) toteaa, voi tuotettu tavara tai palvelu olla erinomainen tai jopa täydellinen, mutta asiakkaan mielestä se voi kuitenkin olla ylilaatua, josta hän ei ole asiakkaana tai veronmaksajana valmis maksamaan.

Hyvä laatu merkitsee Lecklinin (2006, 24-28) mukaan tuotteiden virheettömyyttä sekä pieniä laatu-kustannuksia ja näiden seurauksena kustannustehokkuutta. Tällöin se vaikuttaa tuotteen tai palveluntuottajan katteeseen ja kannattavuuteen positiivisesti. Laadukas toiminta täyttää asiakkaiden tarpeet, vaatimukset ja odotukset sekä lisää asiakastyytyvyyttä. Vaikka Lecklinin näkökulma laatuajatteluun onkin pitkälti liike- ja yrityselämän lähtökohdista kirjoitettu, voidaan tulevaisuudessa niin yksityisen kuin julkisenkin terveydenhuollon palveluntuottajien toimintaperiaatteiden nähdä lähentyvän ja terveydenhuollon organisaatioidenkin osin ammentavan laatuperiaatteita yritysmaailman kokemuksista. Pitkällä tähtäimellä niin yksityisen yrityksen kuin terveydenhuollon organisaationkin laatu merkitsee sen eloonjäämistä ja työpaikkojen säilymistä. Laadukkaan yrityksen – tai terveydenhuollon osalta palveluntuottajan – tuntee siitä, että se on asiakassuuntautunut, sen johtajuus ja toiminta ovat päämäärätietoista ja se kehittää henkilöstöään. Toiminta on tuloshakuista, johtaminen prosesseihin ja tosiasioihin perustuvaa sekä kumppanuuksia kehittävää. Lisäksi yritys tai tuottaja toimii yhteiskunnallisesti sekä pyrkii jatkuvasti parantamaan toimintaansa sekä tuotteidensa ja palveluidensa laatua.

### **3.2 Hoitotyön laatu kätilötyön näkökulmasta**

Keskeiset elementit sosiaali- ja terveydenhuollon laadussa ovat asiakaskeskeisyys, yksilöllisyys, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, hoidon jatkuvuus, korkeatasoinen osaaminen ja palvelujen vaikuttavuus. Asiakkaan asema ja oikeudet perustuvat kansalliseen lainsäädäntöön. Hoitotyössä asiakaskeskeisyys tarkoittaa perus-

lähtökohtaisesti yksilön kunnioitusta ja itsemääräämisoikeutta palvelun toteuttamisessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a). Kätilötyössä ihmisarvon kunnioittaminen merkitsee jokaisen hoitosuhteessa olevan naisen kohtaamista ainutkertaisena ja arvokkaana yksilönä. Hänen oikeuksiinsa kunnioitetaan ja kulttuuritaustansa huomioidaan. Naisen itsemääräämisoikeus toteutuu silloin, kun hän saa kätilöltä riittävästi tosiasioihin perustuvaa tietoa ratkaisujensa tueksi. Kätilön tehtävänä on tehdä naiselle parhaat ratkaisut, mikäli nainen ei niihin itse kykene. (Paananen & Väyrynen 2015, 28.) Asiakkaan asema ja oikeudet on laissa säädetty (Laki potilaan oikeuksista ja Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista).

Yksilöllisyys hoitotyössä on hoidon lähtökohta, tavoite ja laadun osoitin sekä eettinen arvo. Yksilöllinen hoito on prosessi, jonka avulla saadaan hyviä hoitotuloksia, edistetään toimintakykyä sekä lisätään potilaan autonomiaa ja tyytyväisyyttä hoitotyön keinoin. Mitä yksilöllisemmäksi ammattilaiset kokevat potilaan hoidon, sitä laadukkaampaa hoitotyö on. (Gustafsson, Leino-Kilpi, Papastavrou, Suhonen & Tsangari 2013, 82.) Tutkimuksessaan Gustafsson ym. (2013, 89) toteavat, että potilaiden ja hoitajien arvioinnit yksilöllisen hoidon toteutumisesta eroavat toisistaan. Hoitotyön yksilöllisyydellä ja asiakaslähtöisyydellä on todettu olevan suuri merkitys terveystalouden laadulle, toiminnalle ja tuloksille. (Gustafsson ym. 2013, 90).

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus merkitsevät palvelujen saamista kohtuullisessa ajassa tasa-arvoisesti asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta (Hoitotakuulainsäädäntö). Samanlaisessa tilanteessa olevilla asiakkailla on oikeus saada yhdenmukaista hoitoa ja palvelua. Kiireellinen hoito tulee antaa sen mukaan, miten potilaan sairaus tai vamma sitä tarvitsee (Valvira 2017). Tämä merkitsee asiakkaalle myös hoidon sujuvuutta. Sujuva hoito edellyttää, että hoitoa varten on käytettävissä riittävästi henkilökuntaa ja asianmukaiset resurssit. (Suomen kuntaliitto 2011, 13.) Esimerkiksi luonnollisen synnytyksen kulun muuttuessa tulee lääkärin olla tavoitettavissa ja tarvittava apuvälineistö kunnossa ja saatavilla.

Valinnanvapaus osana hoitotyön laatua on määritelty Terveydenhuoltolaissa. Siinä potilaalle annetaan mahdollisuus valita kiireetöntä hoitoa tarjoava terveysasema tai -keskus sekä erikoissairaanhoidon toimintayksikkö mistä tahansa Suomen kunnasta. Ilmoitus terveysaseman valinnasta tulee tehdä kirjallisesti. Tieto lisätään sähköisiin potilasasiakirjoihin. Valinta koskee kaikkia kunnan tarjoamia kiireettömiä terveystalouden palveluja. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle viimeistään kolme viikkoa ilmoituksen saamisesta. Valinnan kohteena voi olla vain yksi terveysasema kerrallaan. Uuden valinnan voi tehdä vuoden kuluttua edellisestä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 44-46).

Potilasturvallisuus on yksi keskeinen hoitotyön laadun ulottuvuus. Se tulisi integroida osaksi toiminnan suunnittelua ja päätöksentekoa. (Suomen kuntaliitto 2011, 13.) Potilasturvallisuuden periaate toteutuu, kun kätilö luo vuorovaikutuksellaan ja toiminnallaan turvallisen hoitoympäristön ja -ilmapiirin. Myös rauhallinen, turvallinen ja riskitön fyysinen hoitoympäristö lisää turvallisuuden tunnetta ja edistää näin osaltaan naisen terveyttä. (Paananen & Väyrynen 2015, 29.) Potilas voi myös itse vaikuttaa turvallisuutensa edistämiseen kertomalla riittävät taustatiedot hoitoon saapuessaan sekä ilmaisemalla kaikki mietityttävät kysymykset. Potilaalla on oikeus ilmoittaa havaitsemistaan läheltä piti- tai vaaratilanteista, jotka tulee aina käsitellä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 64.) Potilasturvallisuuden lähtökohtana tulisi olla hoitohenkilökunnan asennemuutos syyllistämisestä menestystekijäksi. Henkilökunnalta vaaditaan rohkeutta puuttua asioihin varhaisessa vaiheessa ja muuttaa vanhoja opittuja tapoja vastaamaan nykyaikaisia tarpeita. Potilasturvallisuuden tulee olla osa potilaan laadukasta hoitoa eikä erillinen toiminnan kokonaisuus. (Kotisaari & Kukkola 2012, 64.)

Asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen on yksi keskeisistä laadukkaan hoidon elementeistä. Kätilötyössä se tarkoittaa Paanasen & Väyrysen (2015, 29) mukaan eri hoitoyksiköiden välillä tapahtuvaa suunnitelmallista, tavoitteellista sekä koordinoitua moniammatillista yhteistyötä. Hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeän tiedon on välityttävä kaikille naisen ja perheen hoitoon osallistuville tahoille. Vastikään käyttöön otetut Kansallisen terveystietokannan palvelut (Kansallinen terveystietokanta 2016), joihin sisältyvät sähköinen resepti, lääketietokanta, potilastiedon arkisto, tiedonhallintapalvelu sekä asiakkaan käytettävissä oleva Omakanta –palvelu varmistavat omalta osaltaan hoidon jatkuvuuden turvaamista.

Asiakkaan kannalta laadukas raskauden- ja syntymänaikainen kätilötyö tarkoittaa sitä, että raskaana oleva tai synnyttävä saa tarpeensa mukaista asiantuntevaa palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b). Näiden lisäksi yhteisesti sovitut kätilötyön periaatteet ovat laadukkaan kätilötyön taustalla. Paeglisin (2012, 95) mukaan kätilötyö on laadukasta silloin, kun se tarjoaa asiantuntevaa hoitoa jokaiselle naiselle hänen yksilölliset tarpeensa huomioiden. Hän jatkaa toteamalla, että kätilön tulee ammattia harjoittaessaan tarjota naiselle ja hänen perheelleen niin positiivinen, turvallinen ja normaali raskausaika, synnytyskokemus sekä synnytyksenjälkeinen aika kuin mahdollista.

Kansainväliset sopimukset ja suositukset vaikuttavat kätilön työhön, kätilötyön laatuun ja hoitokäytäntöihin maailmanlaajuisesti. Sekä Kansainvälinen kätilöliitto (ICM) että Maailman terveysjärjestö (WHO) ovat laatineet ohjeita ja ICM on laatinut myös kätilötyön eettiset ohjeet ohjaamaan kätilöiden

työtä. Kätilön käytännön toimintaan vaikuttavat myös kansainvälisten organisaatioiden toiminta-suositukset, joiden tarkoitus on pyrkiä ohjaamaan ja turvaamaan kätilötyön laadukas taso kaikkialla maailmassa. Suomen kätilöliiton laatutyöryhmän laatima raportti Tiedolla, taidolla ja tunteella – Kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet (1998) sisältää kätilökunnan yhteisen eettisen ohjeistuksen, jonka tarkoituksena on ohjata yksittäisen kätilön työtä, mutta helpottaa myös kätilötyön laadun arviointia. Kätilöistä muodostunut kollegiaalinen yhteisö valvoo antamiensa palveluiden laatua sekä kannustaa ja rohkaisee jäseniään kehittämään ja ylläpitämään toimintaansa korkealla tasolla. Hyvän kätilötyön perustana on ammattitieto, vastuu, kohtaamisen taito ja vuorovaikutus. (Paananen & Väyrynen 2015, 29-30.)

Kätilötyössä raskaana olevan tai synnyttäjän kannalta korkeatasoinen ammattiosaaminen merkitsee luottamusta siihen, että häntä hoitaa asianmukaisesti koulutettu ja perehdytetty henkilökunta ja että hän saa ajantasaiseen tutkittuun tietoon perustuvaa hoitoa. Henkilökunnan jäsenet toimivat saumattomasti ja he tekevät moniammatillista tiimityötä. Jokaisella työntekijällä on oikeus ja velvollisuus huolehtia oman ammattitaitonsa kehittämisestä ja ajantasaisuudesta. Hyvän ammattitaidon omaava osaa käyttää myös tarvittavaa välineistöä raskauden seurannassa ja synnytyksen hoidossa. Uusien työntekijöiden kuuluu saada riittävä perehdytys tehtävään. Laadukas työskentely edellyttää myös toiminnan kehittämistä. Jokaisen työntekijän velvollisuus on osallistua laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta koskevan suunnitelman laatimiseen ja seurantaan. Esimiesten tehtävä on antaa rakentavaa palautetta henkilöstölle säännöllisesti, jotta nämä voivat tarvittaessa kehittää toimintaansa. Johtohenkilöstö arvioi henkilökunnan osaamistarpeet ja palkkaa tehtäviin riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön. (Suomen kuntaliitto 2011, 11-12.)

### **3.3 Laadun varmistaminen**

Laadukas hoitotyö on määritelty Terveydenhuoltolaissa niin, että toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua sekä perustua näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin. Koska kaikki toiminta ei voi olla näyttöön perustuvaa, tarvitaan hyviksi havaittuja hoitotyön menetelmiä lisäksi. Laki ei edellytä toiminnalta laatujärjestelmän käyttöä, mutta se on yksi keino hallita toiminnan lakisäätteiset kohdat kuntoon. Laissa kuitenkin edellytetään toiminnalta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toteuttamisen suunnitelmaa, jossa on määritettynä muun muassa vastuhenkilöt, voimavarat, johtamisen periaatteet ja käytännöt. Laki määrittää myös, että kunnan on osoitettava tarvittavat voimavarat terveydenhuollon käyttöön, jotta palvelut vastaavat alueen väestön tar-

peita. Toiminnan moniammatillinen johtaminen edistää laadukasta ja turvallista hoitotyötä. Laki velvoittaa toimitilojen on oltava asianmukaiset ja että henkilökunta osallistuu tarvittavissa määrin täydennyskoulutuksiin. (Kotisaari & Kukkola 2012, 66-67.)

Hoitotyön jatkuva laadun parantaminen ja varmistus vaativat sen tuottamien terveyshyötyjen seuranta. Tieto terveyshyödyistä saadaan erilaisilla tutkimuksilla. Perinteisten vaikuttavuusmittareiden lisäksi on tärkeää kerätä tietoa potilaiden itsensä kokemasta terveydentilansa muutoksista. Kaikkien terveydenhuollon työntekijöiden päätavoitteena on vaikuttava terveydenhuolto eli terveyshyötyjen tuottaminen potilaille. Työntekijöiden tehtävänä on pyrkiä jatkuvasti kehittämään ja parantamaan hoidon vaikuttavuutta ja laatua. Tämä edellyttää hoitotuloksien jatkuvaa seuranta. Jotta terveydenhuollon käytössä olevat voimavarat pystytään jakamaan tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti, tarvitaan hoitotuloksien jatkuvan seurannan lisäksi tietoa myös hoidon kustannusvaikuttavuudesta. Vaikuttamattomat hoidot vievät voimavaroja vaikuttavilta hoitomuodoilta. (Suomen kuntaliitto 2011, 14-15.)

Laadun arviointi terveydenhuollossa keskittyy usein muun muassa hoidossa olevien potilaiden terveysongelmiin ja tilanteisiin, hoitohenkilökunnan osaamiseen ja palveluympäristöön sekä näiden taustalla vaikuttaviin tekijöihin ja hoitoa ohjaaviin prosesseihin sekä hoitotuloksiin. Hoidon laatua tulee arvioida kokonaisvaltaisesti ja useista näkökulmista, joista kuitenkin potilaan näkökulma on keskeinen. (Suhonen & Stolt 2013, 9-10.) Viitattaessa Daviesiin ym. (2006), toteavat Suhonen ja Stolt (2013, 10) potilaiden osallistuvan mielellään terveyspalveluiden kehittämiseen, jolloin he kokevat olevansa hyödyksi yhteiskunnalle.

Hoitotyön vaikuttavuutta ja laatua voidaan tarkastella useista eri näkökulmista käsin. Hoidon tuloksia voidaan mitata ja niiden perusteella tutkia hoidon laatua. Näitä mittareita seuraamalla voidaan tulkita tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuutta ja laatua. (Kotisaari & Kukkola 2012, 71). Käyttökelpoisen mittarin kriteereinä voidaan pitää seuraavia ominaisuuksia: hyvä mittari hyväksytään, se osoittaa selvästi kehityssuunnan ja viestittää tavoitteiden saavuttamisesta. Lisäksi sen on oltava yksinkertainen, ymmärrettävä, käytännöllinen ja käynnistää tarpeelliset toimenpiteet. Olennaista on myös se, että mittaustieto kertyy osana normaalia toimintaa, ja vastuuhenkilö voi vaikuttaa mitattavaan asiaan. Useista muista organisaatioista poiketen terveydenhuollon tavoitteet eivät ensisijaisesti ole taloudellisia, vaikka toiminnan tehokkuutta ja taloudellisuutta pidetäänkin tärkeänä. Arvi-

oitaessa raskauden, synnytyksen ja vastasyntyneiden hoitoa, käytetään paljon yksittäisiä perinatologisia tunnuslukuja tai niiden yhdistelmiä. (Uotila, Ojala, Kukko, Laihonen, Nieminen & Tomas 2015, 3465-3466.)

Yhtenä laadunvarmistamiskeinona voidaan hyödyntää organisaatiolle luotua niin sanottua laatukäsikirjaa, mikä on tärkeä apuväline, mutta ei pakollinen. Laatukäsikirjassa tulee olla kuvattuna laadunhallintajärjestelmän soveltamisala, menettelyohjeet ja kuvaus prosessien välisistä vuorovaikutuksista. Laatukäsikirjan ei tarvitse olla painettu teos, riittää että dokumentaatio on tulostettavissa. Laatukäsikirjaa laadittaessa lähtökohtana ovat organisaation omat tarpeet. Sen sisällön ja rakenteen on palveltava organisaatiota mahdollisimman hyvin ja lisäksi teoksessa tulee olla kuvattuna tarkoitus ja tavoitteet, toiminnan yhteiskuvaus, määritelmät ja lyhenteet sekä päivitys- ja hyväksymisohjeet. Laatukäsikirja auttaa ymmärtämään organisaation toimintaa kokonaisuutena ja palvelee käytännön apuvälineenä niin työn suorittamisessa kuin toimintaan perehdyttäessäkin. Laatukäsikirja ei saa olla liian yksityiskohtainen, vaan mukaan otetaan vain ohjauksen kannalta tärkeät ja keskeiset asiat. (Lecklin 2006, 31-32.)

Laatujärjestelmän hienous on jatkuvassa seurannassa, jossa työvaiheista kerätään jatkuvaa poikkeamalistaa. Se käydään läpi johdon katselmuksessa, jossa toimintatapoihin tai prosesseihin voidaan tehdä muutoksia. Jatkuva laadun tarkkailu mahdollistaa muutokset prosesseissa, tuotteissa tai palveluissa ja pitävät siten yllä laadukasta toimintaa. Esimerkiksi monissa yrityksissä laatujärjestelmät vaikuttavat olevan käytössä, mutta todellisuudessa niitä ei aktiivisesti hyödynnetä. Monesti työntekijät kokevatkin laatujärjestelmät vain työllistäviksi ja byrokraattisiksi järjestelmiksi laadun kehittämisen sijasta. (Sekki & Niemi 2016, 256-257.)

Tulevaisuudessa työtä tullaan tekemään yhä useammin itseohjautuvissa työtiimeissä, joissa tiimit asettavat omat tavoitteensa, suorittavat työnjaon ja vastaavat myös työn tuloksista ja laadusta. Jokainen tiimin jäsen vastaa omista tehtävistään, mutta auttaa tarvittaessa myös muita tiimin jäseniä. Organisaation johdon tehtävänä on pitää huolta työntekijöistä luomalla heille hyvät työnteoedellytykset sekä huolehtimalla heidän työhyvinvoinnistaan. (Lecklin 2006, 22.)



## 4 KÄTILÖTYÖ MUUTTUVASSA YHTEISKUNNASSA

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä on Suomessa tapahtumassa nyt ja lähitulevaisuudessa useita muutoksia. Vaikka kaikkien näiden muutosten ei olekaan tarkoitettu suoraan muuttavan äitiyshuollon tai synnytysten hoitamisen järjestämistä, tulee niillä kuitenkin todennäköisesti olemaan suoria tai epäsuoria vaikutuksia niihin. Keskeisiä tällä kentällä jo osin tapahtuneita tai suunniteltuja kätilön tehtäväkenttään vaikuttavia muutoksia ovat uusi päivystysasetus, sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus, valtion rahoittamien kuntamenojen rajoitus sekä muutokset terveydenhuollon ammattilaisten – erityisesti kätilöiden - koulutuksessa. (Raussi-Lehto, Hemminki, Gissler, Heinonen, Honkanen, Hämäläinen, Klemetti, Kukko, Tapper & Virtanen 2015, 5-6.)

### 4.1 Kätilötyön toimintakentän ja koulutuksen muutoksia

Suomen terveydenhoidossa on astunut vuoden 2015 alussa voimaan uusi asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (23.9.2014/782). Synnytysten ja lastentautien hoidon järjestämisen osalta asetuksen säädökset ovat astuneet voimaan vuoden 2017 alussa. Asetuksella on ollut ja tulee jatkossakin olemaan suoria vaikutuksia synnytyksiä hoitavien sairaaloiden lukumäärään, koska asetus määrittää synnytyksiä hoitavan sairaalan vaatimukseksi seuraavat kriteerit:

- vähintään noin 1000 synnytystä;
- kiireellisen hoidon antamiseen tarvittava määrä kätilöitä ja leikkausta avustavaa henkilökuntaa sekä tarvittavat tilat, välineet ja laitteet;
- välitön valmius sikiön voinnin seurantaan sekä lapsen ja äidin hoidon tarpeen arviointiin, tarvittavaan välittömään hoitoon, tehostettuun valvontaan sekä hoidon edellyttämiin laboratoriotutkimuksiin ja verensiirtoihin;
- välittömästi saatavilla naistentautien- ja synnytysten sekä anestesiologian erikoislääkärit tai synnytysten hoitoon ja anestesiologiaan hyvin perehtyneet lääkärit. Tarvittaessa naistentautien- ja synnytysten sekä anestesiologian erikoislääkärin on saavuttava nopeasti synnytysyksikköön silloin, kun erikoislääkäri ei ole välittömästi vastaamassa hoidosta;
- nopeasti saatavilla lastentautien erikoislääkäri tai lastentautien hoitoon hyvin perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella hoidosta lastentautien erikoislääkärin kanssa. Tarvittaessa lastentautien erikoislääkärin on saavuttava nopeasti päivystysyksikköön sekä

- vastasyntyneiden hoitoon perehtynyt lääkäri välittömässä valmiudessa antamaan hoitoa vastasyntyneelle, jos synnytyksiä hoitavaan toimintayksikköön on keskitetty riskisynnyttäjiä hoito.

Valtiovallan valmistelemalla sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksella pyritään kaventamaan ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, edistämään ihmisten saamien palvelujen yhdenvertaisuutta sekä hillitsemään palvelujen tuottamisen kokonaiskustannuksia. Uudistuksen keskeisiä muutoksia aiempaan on julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun siirtyminen nykyisin järjestämisvastuussa olevilta kunnilta ja kuntayhtymiltä niitä merkittävästi suuremmille itsehallintoalueille, sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisen monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistaminen, ihmisten valinnanvapauden lisääminen heidän käyttämiensä palveluiden suhteen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen ja toimintamallien perusteellinen nykyaikaistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö sekä valtiovarainministeriö 2016.) Lisäksi Raussi-Lehto ym. (2015, 5) toteavat, että kuntamenojen rajoituksella voi olla merkittäviä vaikutuksia terveydenhuoltoon. Aiemmin valtio on rajoittanut merkittävästi vain valtion omia menoja, mutta jatkossa menojen rajoitus tulee mitä todennäköisimmin koskettamaan entistä enemmän myös kuntamenoja.

Terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksista kätilökoulutus on muuttumassa tulevaisuudessa. Nykyinen kätilön koulutus Suomessa on laajuudeltaan 270 opintopistettä (4,5 vuotta) ja johtaa kaksiosuututkintoon, jonka suorittanut saa sekä sairaanhoitajan (AMK), että kätilön (AMK) tutkinnot. Kätilön koulutusvaatimukset ja -kriteerit pohjautuvat Euroopan unionin ammattipätevyysdirektiiviin, jonka uusimman muutoksen (2013/55/EU) tarkoituksena on muun muassa yksinkertaistaa säännöksiä terveydenhuollon ammattihenkilöiden tutkintojen tunnustamisesta unionin jäsenmaiden välillä. Direktiivin muutoksen yhteydessä myös kätilön koulutuksen pituuteen liittyviä kriteereitä tarkennettiin. Direktiivin muutoksen tarkastelun yhteydessä myös Suomessa nähtiin tarpeelliseksi selvittää kätilön nykyistä koulutusta uuden direktiivin vaatimusten täyttymisen näkökulmasta. Selvityksen johtopäätöksenä ja ehdotuksena oli kehittää kätilökoulutus tulevaisuudessa 120 opintopisteen laajuiseksi kätilö (ylempi AMK) –tutkintoon johtavaksi ylemmäksi ammattikorkeakoulututkinnoksi. Pääsyvaatimuksena tutkintoon hakemiselle olisi aiemmin suoritettu sairaanhoitaja (AMK) –tutkinto. (Karttunen & Vallimies-Patomäki 2015, 9, 11, 62-63.)

## 4.2 Äitiyshuollon tulevaisuudennäkymiä

Edellisten vuosikymmenten saatossa suomalaisesta äitiyshuoltojärjestelmästä on rakentunut porrastettu järjestelmä, jossa perhesuunnitteluun, raskauteen ja raskaudenaikaisiin ongelmien ehkäisyyn sekä hoitoon liittyviä palveluita tarjoavat äitiysneuvolat, äitiyspoliklinikat kuin erikoissairaanhoidon yksikötkin. Kuten jo aiemmin on todettu, vaihtelee äitiysneuvolatoiminnan käytännön järjestäminen kuntien välillä kokonaan erillisestä äitiysneuvolasta malleihin, joissa äitiysneuvolatoiminta on yhdistetty joko perhesuunnittelu-, ehkäisy- ja/tai lastenneuvolan toimintojen kanssa. Eri kuntien välillä on eroja myös siinä, millä tavalla erilaisten raskaana olevien erityisryhmien, kuten esimerkiksi päihdeongelmaiset, synnytyspelkoiset, monikulttuuriset perheet tai mielenterveyspalveluita tarvitsevat äidit, hoitovastuu on hajautettu. Näiden erityisryhmien palvelutarpeeseen äitiysneuvoloiden kanssa yhteistyössä vastaavat yleisimmin keskus- ja yliopistosairaaloiden yksiköt sekä kuntien omat mielenterveyspalvelut. Vuoden 2008 tilastojen mukaan äitiysneuvolatoiminnassa suurin osa hoitohenkilökunnasta oli terveydenhoitajia (74,9%). Vain kättilön tutkinnon omaavia oli 5,1% ja sekä kättilön, että terveydenhoitajan tutkinnon suorittaneita 20,0%. (Raussi-Lehto ym. 2015, 7-8.) Historiallisesti tarkasteltuna aiemmin koko valtakunnan tasolla yhtenäisesti toteutettu sairauksien ennaltaehkäisyyn, aluevastuuseen, hyvään saatavuuteen, maksuttomuuteen ja kaikille yhteneviin palveluihin perustuva äitiysneuvolajärjestelmä on muuttunut nykypäivään tultaessa entistä pirstaleisemmaksi. Raussi-Lehdon, Regushevskayan, Gisslerin, Klemetin & Hemmingin tekemässä kartoituksessa (2011, 7, 26) nousikin esiin niin huoli äitiysneuvoloiden asiakkaiden tasa-arvoisesta palveluiden saamisesta kuin äitiysneuvoloiden henkilökunnan erityisosaamisen riittävästä kehittämisestä tulevaisuudessa.

Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset aiheuttavat siis uusia haasteita myös äitiyshuollon järjestämiselle. Synnytyslaitosten määrän väheneminen ja sen seurauksena välimatkojen kasvaminen synnytyslaitoksiin lisäävät mahdollisesti sekä suunniteltuja kotisyntytyksiä, että suunnittelemattomia matkasynnytyksiä. Välimatkojen pidentyessä, korostuu erilaisten riskiraskauksien riittävän varhaisessa vaiheessa havaitseminen entisestään, jotta itse synnytys ja synnytyspaikka voidaan suunnitella hyvissä ajoin ennen laskettua aikaa. Synnytys sairaaloiden määrän supistamisella on vaikutuksia myös äitiyshuollon järjestämiseen. Raskauden seuranta toteuttaessaan, äitiysneuvolat tukeutuvat tarvittaessa äitiyspoliklinikoiden erityisosaamiseen konsultoimalla ja lähettämällä raskaana olevan tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Raussi-Lehdon ym. (2015, 8-9) mukaan äitiyspoliklinikat sijaitsevat kuitenkin useimmiten sellaisten sairaaloiden yhteydessä, joissa on myös synnytys-

toimintaa. Useimmista synnytystoiminnan lopettaneista sairaaloista on myös äitiyspoliikkatoiminta loppunut, mikä on omalta osaltaan heikentänyt myös äitiyspoliikkoiden palveluiden saatavuutta odottavien perheiden näkökulmasta. Myös uudessa äitiysneuvolaoppaassa (2014, 105) ennakoidaan synnytyssairaaloiden etäisyyden sekä poliikkien synnytysten lisääntymisen luovan uusia paineita raskaana olevien entistä huolellisempaan seurantaan. Lisäksi synnytyssuunnitelman entistä huolellisemman valmistelun merkitys tulee jatkossa korostumaan aiempaan tilanteeseen verrattuna.

Tämän hetkisiä ja myöskin tulevaisuuden haasteita raskauden seurannassa ovat kroonisesti sairaiden, raskausajan diabetesta sairastavien sekä ylipainoisten (vuoden 2014 tilastojen mukaan 35% kaikista raskaana olleista) raskaana olevien määrä. Näistä erityisesti raskausajan diabeteksen esiintyvyys on kasvanut merkittävästi viimeisen vuosikymmen aikana, eikä kasvu ole osoittanut merkkejä taitumisesta (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014, liitetaulukko 1). Raskauden aikainen tupakointi, alkoholin- ja huumeiden käyttö ovat myöskin riskitekijöitä, joiden osuus raskaana olevien keskuudessa on säilynyt pääosin muuttumattoman viimeisten vuosien aikana ja näiden riskitekijöiden ehkäisyyn ja hoitoon tarvitaan edelleen voimavaroja myös tulevaisuudessa (Bildjuschkin ym. 2014, 100). Omalta osaltaan haasteita ja riskien lisääntymistä ennustaa myös synnyttäjien keski-ikänsä nouseminen sekä erityisesti yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuuden kasvaminen. Yhteiskuntamme on muuttumassa myös entistä monikulttuurisemmaksi niin kielellisesti kuin kulttuurisestikin, mikä tuo omat erityishaasteensa niin äitiyshuollon kuin synnytysten hoidon tehtäväkenttään.

Vaikka nykyisen kättilötutkinnon (AMK) suorittanut saakin laajat valmiudet sekä osaamisen työskennellä raskaana olevien ja synnyttäjien hoitotyössä niin sairaaloissa, neuvoloissa, terveyskeskuksissa, kotiolosuhteissa kuin muidenkin terveyspalveluiden piirissä (Pienimaa & Raussi-Lehto 2015, 31), olemme 1970-luvun lakiuudistusten jälkeen tilanteessa, jossa kättilöt eivät pääsääntöisesti työskentele äitiysneuvoloissa ilman terveydenhoitajan tutkintoa. Terveydenhoitaja ei kuitenkaan ole samalla tavalla raskaana olevan, synnyttävän tai synnyttäneen naisen eikä naisen hoitotyön asiantuntija kuten kättilö, vaan hänen keskeisintä osaamisaluettaan on yksilön, perheen ja yhteisön terveyden edistäminen. (Haarala 2014, 3; Raussi-Lehto, Hemminki, Gissler, Heinonen, Honkanen, Hämäläinen, Klemetti, Kukko, Tapper & Virtanen 2015, 8, 11.)

### 4.3 Synnytyspaikat nyt ja tulevaisuudessa

Vuonna 1975 Suomessa oli 62 synnytysairaala. Viime vuosikymmeninä synnytysairaloita on kuitenkin lakkautettu kiihtyvällä tahdilla siten, että vuonna 2014 niitä oli jäljellä enää 27. Aivan viime vuosien aikana synnytysosastojen lakkauttamiseen on vaikuttanut erityisesti uuden päivystysasetuksen synnytysosastoille asettamat, jo aiemmin luetellut vähimmäisvaatimukset. Esimerkiksi vuonna 2013 toimineista 28 synnytysairaalasta päivystysasetuksen vaatiman 1000 vuosittaisen synnytysten vähimmäismäärän ylitti vain 2/3. Synnytysairaloiden määrän voi siis olettaa supistuvan entisestään myös jatkossa. (Raussi-Lehto ym. 2015, 7.)

Vaikka viimeisten vuosien synnytystilastojen mukaan ei suunnittelemattomien matkasynnytysten tai suunniteltujen kotisyntytysten määrä olekaan merkittävästi lisääntynyt (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014, 2), on näiden molempien lisääntymistä tulevaisuudessa pidetty mahdollisena seurauksena synnytysairalaverkoston supistumisesta. Pidemmät etäisyydet synnytysairaloihin asettavat entistä suurempia erityisosaamisen – lähinnä kättilötyön osaamisalueiden - vaatimuksia äitiysneuvoloissa työskenteleville. Lisäksi mahdollisesti lisääntyvät matkasynnytykset asettavat lisävaatimuksia esimerkiksi sairaalan ulkopuolisen ensihoitohenkilökunnan synnytystenhoitovalmiuksille sekä kättilöiden valmiuksille hoitaa synnytyksiä ensihoito-olosuhteissa. (Raussi-Lehto ym. 2015, 7.)

Suomessa on viimeisten vuosikymmenten aikana synnetyt käytännössä sairaaloissa. Esimerkiksi vuoden 2014 synnytystilastojen mukaan kaikista syntyneistä lapsista (yhteensä 57 019) vain 29 syntyi suunnitellulla kotisyntytyksellä (Vuori ym. 2015, 2). Saman tilaston mukaan matkasynnytyksiä tapahtui kyseisenä vuonna 71. Toistaiseksi Suomessa ei käsityksemme mukaan ole myöskään yhtään niin sanottua kättilöjohtoista synnytysyksikköä. Verrattaessa näitä edellä kuvattuja Suomen terveydenhuoltojärjestelmän piirteitä liittyen synnytysten hoitoon esimerkiksi Iso-Britannian tilanteeseen, voidaan havaita eroja sekä synnytysmahdollisuuksien moninaisuudessa, että siinä kuinka terveydenhuollon valvontaviranomaiset kannustavat erilaisiin synnytysvaihtoehtoihin. Iso-Britanniassa kansallinen ohjeistus kehottaa muun muassa terveydenhuollon tarjoajia varmistamaan sen, että kaikkien synnyttäjien saatavilla on mahdollisuus synnyttää kotona, itsenäisessä kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä, sairaalan yhteydessä toimivassa kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä tai synnytyksiin erikoistuneessa laitoksessa (National Institute for Health and Care Excellence 2014, 7). Sama ohjeistus toteaa myös, että esimerkiksi matalan riskin uudelleen synnyttäjille on erityisen

sopivaa synnyttää halutessaan kotona tai kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä, koska erilaisten interventioiden todennäköisyys on tällöin pienempi eikä lopputulos lapsen kannalta ole mitenkään erilainen verrattuna sairaalasyntytyksiin. Tämänkin yksityiskohdan valossa on mielenkiintoista pohtia, miksi Suomessa pienissä synnytyssairaaloissa synnyttämisen on todettu matalan riskin synnytystenkin osalta olevan siinä määrin turvatonta, että keskittäminen suuriin yksiköihin on turvallisuusnäkökohtiin vedoten voitu nähdä perustelluksi.

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Kätilötyöhön ja kätilön osaamiseen kuuluvat laaja-alaisesti niin naisen, raskaana olevan, synnyttävän kuin synnyttäneenkin perheen ammattitaitoinen ja laadukas hoitotyö. Koulutuksen aikana kätilö saa valmiudet kaikkiin näihin osaamisalueisiin. Tämänhetkisessä suomalaisessa hoidonjärjestämissämallissa kätilö työskentelee pääasiassa synnytysten hoitajana, kun taas raskauden seuranta toteuttaa useimmiten äitiysneuvoloissa terveydenhoitaja. Synnytyspaikkana Suomessa on lähes aina suunnitellusti sairaalan synnytysosasto, kun taas useissa muissa maissa synnyttävän perheen on mahdollista valita synnytyspaikaksi toiveidensa mukaisesti esimerkiksi koti tai itsenäinen kätilöjohtoinen synnytysyksikkö synnytysairaalan sijaan. Yhteiskunnallisessa keskustelussa kätilötyön laadun osatekijöistä korostuu usein turvallisuusnäkökohdat. Haluamme tutkimuksemme avulla arvioida ja pohtia, toteutuuko suomalaisessa mallissa kätilötyön laatu laajemmin tarkasteltuna.

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata laadukkaita näyttöön perustuvia eurooppalaisia kätilötyön piirteitä, käytäntöjä ja hoidon järjestämistapoja raskaana olevan ja synnyttävän perheen hoitotyössä. Tutkimuksemme tavoitteena on nostaa keskusteluun uusia näkökulmia kätilötyön laadusta ja sen moniulotteisesta huomiointitarpeesta tulevaisuuden suomalaisessa yhteiskunnassa. Tutkimuskysymyksemme on:

- Millaista on laadukas kätilötyö tutkimusten ja kirjallisuuden mukaan Euroopassa raskaana olevan ja synnyttävän perheen kätilötyössä?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

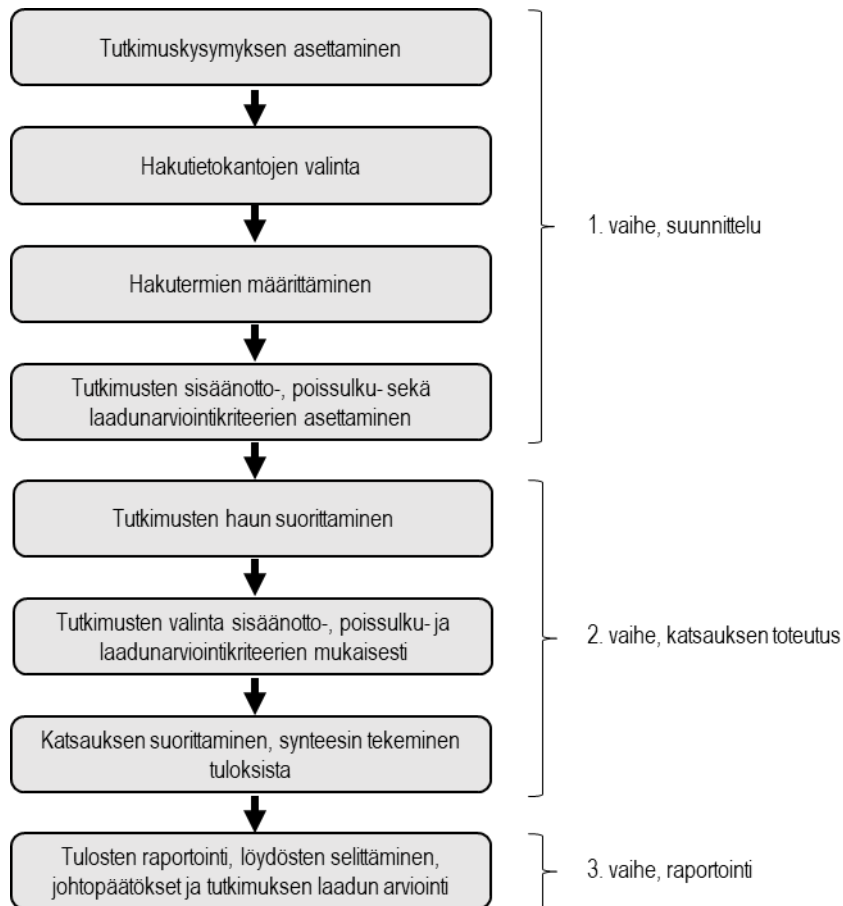
Tutkimustyömme tavoitteena on kuvata olemassa olevia tutkimuksia sekä koota ja analysoida niiden pohjalta tutkimuskysymykseemme liittyvää tietoa lukijoiden saataville. Kuten Leino-Kilpi (2007, 2) ja Johansson (2007, 3) johdatteluisaan toteavat, soveltuvat nykyisin käytössä olevista tutkimusmenetelmistä erilaiset kirjallisuuskatsaukset olemassa olevan tutkimustiedon hahmottamiseen sekä yhteen kokoamiseen. Koska työmme tutkimuskysymyksen avulla pyrimme kuvaamaan olemassa olevaa raskausajan seurannan ja synnytysten hoidon toteuttamiseen liittyvää kansainvälistä tutkimustietoa, soveltuu systemaattinen kirjallisuuskatsaus hyvin tutkimusmenetelmäksemme.

Kirjallisuuskatsauksia on olemassa erityyppisiä ja eri tyyppien jaottelujakin on useita. Useimmiten kirjallisuuskatsaukset jaotellaan kuitenkin kolmeen eri yläkategoriaan: kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin, systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä meta-analyyseihin. Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset pyrkivät kuvailemaan jonkin ongelmatilanteen tai ilmiön taustoja hyvinkin laaja-alaisesti. Ne ovat usein yleiskatsauksia johonkin aihepiiriin, niihin käytetyt aineistot ovat laajoja eikä aineistojen valintaa rajaa millään tavalla tarkoin määritellyt kriteerit. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset puolestaan ovat tarkasti rajattujen ja ennalta määritellyin kriteerein etsittyjen sekä valittujen olemassa olevien tutkimusten pohjalta tehtyjä sekundaaritutkimuksia. Ne eroavat muista kirjallisuuskatsaustyypeistä tarkasti määritellyn, katsaukseen kirjatun – ja näin ollen toistettavissa olevan – tutkimusten valinta- ja analysointiprosessin perusteella. Systemaattisilla kirjallisuuskatsauksilla pyritäänkin seulomaan tutkimusasetelman ja tutkimuskysymyksen kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. Meta-analyyseillä tarkoitetaan systemaattisesti tehtyjä kirjallisuuskatsauksia, joiden tuloksia on lisäksi analysoitu joko kvantitatiivisin eli tilastollisin tai kvalitatiivisin eli laadullisin keinoin. (Johansson 2007, 4-5; Salminen 2011, 6-14).

### 6.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen työvaiheet

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen etenee vaihe vaiheelta ja sen toteuttaminen jaotellaan usein kolmeen päävaiheeseen: katsauksen suunnittelu, varsinaisen katsauksen toteuttaminen sekä tulosten raportointi. Tämän karkean jaottelun lisäksi työvaiheet voidaan jaotella pienempiin osiin. Finkin (2005, 54) vaiheittaista mallia sekä Johanssonia (2007, 5-7) mukaillen toteutimme oman katsauksemme kuvion 1 esittämien työvaiheiden mukaisesti.





KUVIO 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen työvaiheet Finkin (2005, 54) mallia sekä Johanssonia (2007, 5-7) mukaillen.

Tutkimuksen teon ensimmäiseen vaiheeseen tutkimuksen taustoittamisen olemme kuvanneet edellä luvuissa 2-4. Luvussa 5 olemme kuvanneet tutkimuksemme tarkoituksen ja tavoitteen sekä asettaneet tutkimuskysymyksen. Seuraavissa luvuissa kuvaamme tutkimuksemme suorittamisen aina hakutietokantojen valinnasta itse katsauksen tekemiseen, tulosten keräämiseen ja analysointiin asti.

## 6.2 Hakutietokantojen valinta ja tutkimusten hakutermien määrittäminen

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemistä varten suoritettuna tiedonhakuun on oltava järjestelmällistä, rajattua sekä tarkasti määriteltyä, eli tutkimuksen tekijöillä on oltava huolellisesti suunniteltu hakustrategia. Tiedonhakuun määrittely ja sen dokumentointi on pyrittävä tekemään niin tarkasti, että haku ja haun tulosten pohjalta tehtävä tutkimustyö on mahdollista toistaa. (Tähtinen 2007, 10.) Tutkimustamme varten suoritimme alkuperäistutkimusten haut PubMed-,

Ebsco Host (Academic Search Elite ja CINAHL) sekä Elsevier Science Direct –tietokannoista. PubMed on tärkein kansainvälinen lääketieteen tietokanta, josta löytyy viitteitä tutkimuksiin, väitöskirjoihin, konferenssijulkaisuihin ja hoitosuosituksiin. Academic Search Elite sisältää yli 2100 kansainvälistä tutkimusartikkelia eri tieteenaloilta, joista merkittävä osa on laadukkaita vertaisarvioituja tutkimuksia. CINAHL kokoaa yhteen yli 3000 kansainvälistä tutkimusartikkelia hoitotyön ja terveydenhoitotyön aloilta. Elsevier Science Direct -palvelu sisältää noin 2000 elektronista lehteä pääasiassa luonnontieteiden, lääketieteen ja teknisten tieteiden alalta vuodesta 1995 lähtien.

Eri hakutietokannoissa tiedon etsimiseen ja rajaamiseen käytettävien hakutermin valinta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemistä varten on tärkeä ja työn onnistumisen kannalta kriittinen vaihe. Hakutermin avulla suoritetaan varsinainen katsauksen mukaan otettavien alkuperäistutkimusten haku eri tietokannoista ja se, kuinka hyvin hakutermit onnistutaan valitsemaan, määrittää pitkälle sen, kuinka relevanttia tietoa katsaukseen saadaan etsittyä ja sisällytettyä. Virheet ja epäjohton mukaisuudet hakutietokantojen valinnassa sekä hakutermin ja –lausekkeiden määrittämisessä voivat johtaa lopullisen katsauksen tulosten vääristymiseen sekä epäluotettavuuteen. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49.)

Yksi usein käytetty menetelmä hakutermin ja hakulausekkeiden johtamiseksi tutkimuskysymyksestä on PICO (Patient/Population/Problem – Intervention – Comparison – Outcome) -mallin hyödyntäminen. Mallin käyttö auttaa itse tutkimuskysymyksen muotoilussa ja selkiyttämässä, tarvittavan tiedon tunnistamisessa sekä tutkimuskysymyksen muuntamisessa hakutermeiksi. Mallin käytössä hyödynsimme Isojärven (2011) aiheesta tuottamaa opetusmateriaalia. Hakutermin määrittely tutkimustamme varten PICO-mallia hyödyntäen on esitetty liitteessä 2 ja lopulliset tiedonhaussa käyttämämme hakulausekkeet sekä hakutietokantakohtaiset hakurajaukset tietokannoitain taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Käytetyt hakutietokannat, hakutermit sekä valmiit rajaukset

Tietokanta	Hakutermit / hakulauseke	Hakutietokannassa suoraan tehdyt rajaukset
<b>EBSCO Host</b> (Academic Search Elite ja CINAHL)	(Pregnant OR Maternity OR Labor OR Labour OR Birth OR Birthgiving OR Childbirth OR Delivery OR Parturition OR Pregnancy OR Antenatal OR Prenatal OR Parturient OR Perinatal) AND Quality of midwifery	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Full text (koko teksti saatavilla)</li> <li>- Julkaisuvuosi 2011 tai uudempi</li> <li>- Scholarly (Peer Reviewed) Journals (vertaisarvioidut artikkelit)</li> <li>- Kieli: englanti tai suomi</li> <li>- Abstract available (tiivistelmä saatavilla)</li> </ul>
<b>PubMed</b>	(Pregnant OR Maternity OR Labor OR Labour OR Birth OR Birthgiving OR Childbirth OR Delivery OR Parturition OR Pregnancy OR Antenatal OR Prenatal OR Parturient OR Perinatal) AND Quality AND midwifery	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstract (tiivistelmä saatavilla)</li> <li>- Free Full Text (kokoteksti vapaasti saatavilla)</li> <li>- Julkaisuvuosi 2011 tai uudempi</li> <li>- Humans (tutkittu ihmisiä)</li> <li>- Kieli: englanti</li> </ul>
<b>Elsevier Science Direct</b>	(Pregnant OR Maternity OR Labor OR Labour OR Birth OR Birthgiving OR Childbirth OR Delivery OR Parturition OR Pregnancy OR Antenatal OR Prenatal OR Parturient OR Perinatal) AND Quality AND midwifery	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publication (julkaisu): Midwifery, Journal of Midwifery &amp; Women's Health tai Women and Birth</li> <li>- Julkaisuvuosi 2011 tai uudempi</li> <li>- Topic (aihealue): jätettiin valitsematta "australia", "student", "new zealand" ja "midwifery education"</li> <li>- Content type (sisältötyyppi): Journal</li> </ul>

### 6.3 Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerien asettaminen

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerien tarkoitus on ohjata katsaukseen sisällytettävien tutkimusten valintaa. Kriteerit antavat mahdollisuuden tutkimuksen tekijöille tunnistaa hakutulospöytäkirjoista ne tutkimukset, jotka tarjoavat vastauksia asetettuun tutkimuskysymykseen (Aveyard 2010, 71). Kriteerien asettamista ohjaa asetettu tutkimuskysymys sekä tutkimukselle asetetut tarkoitus ja tavoitteet. Kuten Aveyard kirjoittaa, kertovat asetetut sisäänotto- ja poissulkukriteerit tutkimuksen rajauksesta sekä tarkoituksenmukaisuudesta. Kriteerien perusteella voidaan myös arvioida osaltaan tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten yleistettävyyttä sekä merkityksellisyyttä.

Halusimme katsaukseen mahdollisimman uutta ja ajankohtaista tietoa, joten rajasimme tutkimukset vuonna 2011 tai myöhemmin julkaistuihin tutkimuksiin. Päätimme hyväksyä mukaan vain suomen- ja englanninkieliset tutkimukset ajankäytöllisistä syistä. Samasta syystä tutkimusten kokoteksti tuli olla saatavilla sähköisenä versiona ilmaiseksi Oulun ammattikorkeakoulun tietopalveluiden kautta. Rajasimme tutkimukset koskemaan vain Eurooppaa, koska suomalaisella kättilön tutkinnolla on mahdollista työskennellä missä tahansa Euroopan maassa sekä halusimme samalla myös rajata tutkimusten määrää. Näiden perusteella muodostamamme sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukoissa 2 ja 3.

TAULUKKO 2. Tutkimusten sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit
Julkaisuvuosi on 2011 tai uudempi
Kieli on suomi tai englanti
Kokoteksti on saatavissa ilmaiseksi Oulun ammattikorkeakoulun tietopalveluiden kautta
Tutkimuksen kohdema on eurooppalainen
Tutkimuksella on selvitetty kättilön osaamisen ja/tai ammattitaidon roolia ja/tai hyödyntämistä hoitoyön laadun varmistamisessa/kehittämisessä
Tutkimuksen kohdejoukkona on syntymätön lapsi, raskaana oleva tai synnyttävä nainen/perhe

TAULUKKO 3. Tutkimusten poissulkukriteerit

Poissulkukriteerit
Tutkimuksen kokotekstiä ei saatu luettavaksi ennen heinäkuun 2016 loppua
Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen

#### 6.4 Valittavien tutkimusten laadunarviointikriteerit

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten luotettavuus riippuu käytettävien alkuperäistutkimusten laadusta. Laadunarviointiin on olemassa monia eri kriteereitä. Alkuperäistutkimusten laatua arvioitaessa tulee kiinnittää huomio tutkimusten antaman tiedon luotettavuuteen. Huolellisella alkuperäistutkimusten laadunarvioinnilla voidaan varmistaa, että katsaukseen hyväksyttävät tutkimukset antavat oikeaa tietoa. Tämän johdosta katsauksesta saatuja tuloksia ja johtopäätöksiä voidaan pitää merkittävänä ja niistä voidaan muodostaa suosituksia. Määrittelimme laadunarviointikriteerit omaa tutkimustyötämme varten mukaillen Kontion & Johanssonin (2007, 105-106) tekemää kriteeristöä. Määrittelemämme kriteerit on lueteltu taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Mukaan otettavien tutkimusten laadun arviointikriteerit

Arviointikriteeri
Vastaako tutkimuksen otsikko tutkimuksen sisältöä?
Ovatko tutkimuksen tekijät/kirjoittajat luotettavia asiantuntijoita?
Kokoaako tiivistelmä hyvin tutkimuksen pääasiat ja johtopäätökset?
Onko tutkimuksen aihe selkeästi perusteltu?
Onko tutkimuksen tarkoitus ja/tai tavoitteet selkeästi määritelty?
Onko aineistonkeruumenetelmä/-t kuvattu ja perusteltu?
Onko tutkimuksen tulokset selkeästi ja johdonmukaisesti esitetty?
Onko tutkimuksen tuloksia peilattu aiempiin tutkimuksiin/lähdeaineistoon?
Perustuvatko johtopäätökset tutkimustuloksiin?

## 6.5 Tutkimusten haku ja valinta

Suoritimme alkuperäistutkimusten haun sekä valinnan katsaustamme varten kolmessa päävaiheessa. Ensimmäisessä työvaiheessa teimme haut valitsemistamme sähköisistä julkaisutietokannoista määrittelemiemme hakutermien mukaisesti sekä suoritimme tutkimusten hyväksymisen tai hylkäämisen otsikon antaman tiedon perusteella. Toisessa vaiheessa suoritimme tutkimusten karsinnan tiivistelmien sisällön tai mahdollisen puuttumisen perusteella. Kolmannessa vaiheessa tarkastelimme tutkimusten kokotekstiä ja vielä tässäkin vaiheessa tutkimuksia karsiutui pois lopulliselta katsaukseen mukaan otettavien tutkimusten listalta. Seuraavissa alaluvuissa käymme tarkemmin läpi jokaisen näistä vaiheista.

### 6.5.1 Haku sähköisistä tietokannoista sekä valinta otsikoiden perusteella

Usein systemaattinen haku tuottaa huomattavan suuren määrään viitteitä, joista jokainen on käytävä järjestelmällisesti läpi (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51). Kuten Pudas-Tähkä & Axelin toteavat, vähentää vähintään kahden itsenäisesti toimivan tutkijan toimiminen virheitä tutkimusten valintavaiheessa. Meidän tutkimuksessamme suoritimme ensimmäisen hakuvaiheen, eli haun valitsemistamme sähköisistä tietokannoista yhdessä koko viisihenkisen opinnäytetyöryhmämme kanssa. Teimme haut sähköisistä tietokannoista sekä suoritimme samanaikaisesti valinnan/karsimisen tutkimusten otsikoiden perusteella. Aloitimme hakuprosessin 8.6.2016 suorittamalla haun sekä tutkimusten valinnan otsikoiden perusteella Ebsco Host -tutkimustietokannasta (sekä Academic Search Elite, että CINAHL valittuina). Yksi tutkimusryhmämme jäsen suoritti varsinaisen haun määriteltyjen hakutermien mukaisesti ja esitti tuloksena saadun hakulistauksen työpalaverissa tietokoneen avulla muille. Hakulistaus käytiin tutkimus kerrallaan työryhmän kesken keskustellen läpi ja jokainen otsikkotasolla hyväksytty tutkimus kirjattiin sähköiseen Excel -muotoiseen -työkirjaan ylös. Valintavaiheessa jokaista tutkimuksen otsikkoa peilattiin määrittelemiiimme sisäänotto- ja poissulkukriteereihin sekä pohdittiin otsikkotasolla, vastaako kyseinen tutkimus mielestämme asettamaamme tutkimuskysymykseen. Jatkoimme tutkimusten hakua edellä kuvatulla tavalla 13.6.2016, jolloin suoritimme haun PubMed -tietokannasta. 22.6.2016, 29.6.2016 sekä 6.7.2016 jatkoimme hakuprosessia käyttäen Elsevier Science Direct -palvelua.

Ensimmäinen tutkimusten valintavaihe saatiin suoritettua loppuun 6.7.2016, jolloin kaikki haut määrittelemistämme sähköisistä tutkimustietokannoista oli suoritettu ja valinta tutkimusten otsikoiden perusteella tehty. Yhteensä alkuperäistutkimuksia löydettiin hakupalveluiden avulla 881, näistä 25

Ebsco Host -palvelusta, 229 PubMed -palvelusta sekä 627 Elsevier Science Direct -palvelusta. Kaikista löydetystä tutkimuksista 5 oli kaksoiskappaleita, eli sama tutkimus löytyi useamman kerran samasta hakupalvelimesta tai se löytyi kahden tai useamman eri hakupalvelun kautta. Otsikon perusteella hylkäsimme yhteensä 702 tutkimusta, jotka eivät selkeästi vastanneet tutkimuskysymykseemme. Pyrimme otsikkoja tarkastellessamme siihen, että pystyimme otsikkotasolla selkeästi toteamaan hylkäysperusteen. Eli mikäli otsikkotasolla vaikutti siltä, että tutkimuksesta saattaisi löytyä vastauksia tutkimuskysymykseemme, niin hyväksyimme tutkimuksen herkästi mukaan seuraavaan vaiheeseen, eli tiivistelmien tarkasteluun. Yleisiä perusteita otsikkotason tarkastelussa hylkäämiselle olivat:

- otsikosta kävi selkeästi ilmi, että se ei vastaa tutkimuskysymykseen
- otsikosta tai muutoin kävi ilmi, että kohdema oli Euroopan ulkopuolella

Otsikkotasolla hyväksyimme lopulta jatkotarkasteluun yhteensä 174 alkuperäistutkimusta. Ennen seuraavaan työvaiheeseen, eli tiivistelmien tarkasteluun siirtymistä, tallensimme kaikki saatavilla olevat alkuperäistutkimukset sähköisinä versioina työryhmämme käytössä olevaan ammattikorkeakoulun sähköiseen pilvipalveluun. Tässä työvaiheessa emme saaneet käsiimme ilmaisista palveluista kolmea alkuperäistutkimusta, joten yhteensä sähköisiä versioita tallensimme työryhmämme käyttöön 171. Jokainen tässä vaiheessa valittu tutkimus (mukaan lukien edellä mainitut kolme sähköisenä versiona tässä vaiheessa löytymätöntä) numeroitiin juoksevalla järjestysnumerolla tutkimusten myöhempää yksilöintiä silmällä pitäen. Kaikki hakuvaiheet, hakujen päivät, löydettyjen tutkimusten määrät sekä käytetyt hakutermit kirjattiin ja taulukoitiin tarkasti ylös tämän työvaiheen aikana. Huolellisista asioiden kirjauksista, muistiinpanoista sekä tutkimusryhmän palaverien pöytäkirjoista oli helppo opinnäytetyön dokumentointivaiheessa tarkistaa tutkimustyön kulkuvaiheet.

### **6.5.2 Valinta tiivistelmien perusteella**

Tässä työvaiheessa tarkastelimme alkuperäistutkimusten tiivistelmiä sisäänotto- ja poissulkukriteereitä vasten. Nyt tarkastelun alla oli siis edellisessä työvaiheessa hyväksytyt 174 alkuperäistutkimusta. Myös tässä työvaiheessa kahden tai useamman tutkijan työ vähentää arvioinnissa tehtyjä virheitä ja nostaa tutkimuksen luotettavuutta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51). Pudas-Tähkän ja Axelinin mukaan tiivistelmien lukijat voivat päätyä eri tulokseen tutkimuksen hyväksymisestä jatkotarkasteluun. Tällöin tutkijat keskustelevat valinnoistaan ja perusteluistaan sekä päätyvät yhteisymmärrykseen arvioitavan tutkimuksen sisällyttämisestä katsaukseen.

Työskentelymme aikana jokaisen tutkimuksen tiivistelmän luki ja tarkasteli kaksi opinnäytetyöryhmän jäsentä. Tiivistelmien lukijat määriteltiin satunnaisesti etukäteen jokaiselle tutkimukselle siten, että kaikille työryhmän jäsenille tuli luettavakseen mahdollisimman sama määrä tiivistelmiä. Excel -työkirjaan kirjattiin tässä työvaiheessa kummankin tiivistelmän tarkastelijan arvio joko tutkimuksen hyväksymisestä edelleen jatkoon tai hylkäämisestä. Mikäli tiivistelmän lukija ehdotti tutkimuksen hylkäämistä, hän myös kirjasi perustelun hylkäysehdotukselleen. Mikäli molemmat tiivistelmän tarkastelijat olivat samaa mieltä hyväksymisestä tai hylkäämisestä, päätös muodostui suoraan näiden kahden tarkastelijan tuloksen perusteella. Mikäli tarkastelijat olivat eri mieltä jatkoon hyväksymisestä, keskusteltiin kyseisestä tutkimuksesta ryhmän yhteisessä palaverissa. Tällöin tehtiin lopullinen päätös joko tutkimuksen hyväksymisestä tai hylkäämisestä jatkotarkasteluun/seuraavaan vaiheeseen. Tiivistelmien tarkastelu aloitettiin heti 6.7.2016 ja tuolloin sovittiin myös alustavasti tavoitteesta tiivistelmien tarkastelun etenemiselle.

Tässäkin arviointivaiheessa tiivistelmien tarkastelu suoritettiin sisäänotto- ja poissulkukriteereitä vasten arvioiden sekä lisäksi miettien sitä, vastaako tutkimus asettamaamme tutkimuskysymykseen. Edelleen pyrittiin siihen, että epäselvissä tapauksissa tutkimus herkemmin valittiin jatkotarkasteluun kokotekstin perusteella, kuin hylättiin. Tiivistelmien lukemisen yhteydessä yleisiä hylkämisperusteluja olivat:

- artikkeli ei ollut tieteellinen tutkimus
- tutkimus ei vastannut asetettuun tutkimuskysymykseen
- kohdemaata ei ollut eurooppalainen
- tutkimus ei koskenut raskausaikaa tai synnytystä
- tutkimuksen näkökulma ei liittynyt kätilötyöhön

Kaikki tiivistelmät oli tarkasteltu ja päätökset jatkotarkasteluun hyväksytyistä tutkimuksista tehty 24.8.2016. Kaikki tiivistelmien mukaan hyväksytyt tutkimukset merkittiin Excel -työkirjaan. Yhteensä tiivistelmien tarkastelun mukaan hylättiin 113 tutkimusta, lisäksi hylkäsimme jatkotarkastelusta myös jo aiemmin mainitut kolme tutkimusta, joiden sähköistä kokotekstiä emme tähänkään mennessä olleet ilmaiseksi saaneet käsiimme. Yhteensä seuraavaan laadunarviointivaiheeseen hyväksyttiin siis 61 alkuperäistutkimusta.



### 6.5.3 Valinta laadunarvioinnin sekä kokotekstin perusteella

Karsittuamme tutkimusaineiston tiivistelmien perusteella, siirryimme tutkimusten laadunarviointi- sekä kokotekstin lukuvaiheeseen. Tässä vaiheessa 61 tiivistelmän perusteella hyväksytyä tutkimusta arviotiin kappaleessa 6.4 määrittelemiemme laadunarviointikriteerien mukaisesti. Lisäksi koko tutkimuksen tekstiin luotiin yleiskatsaus ja arviotiin edelleen tutkimuksen antia asettamaamme tutkimuskysymystä vasten. Arvioinnissa mukana oleva tutkimusjoukko jaettiin siten, että jokaisen tutkimuksen arvioi laadunarviointikriteerien ja koko tekstin alustavan sisällön perusteella kolme tutkimusryhmän jäsentä. Pääperiaatteena oli, että tutkimus hyväksytään vain, mikäli kaikki asetetut laadunarviointikriteerit täyttyivät ja tutkimus edelleen vaikutti vastaavan asettamaamme tutkimuskysymykseen. Jokainen ryhmän jäsen kirjasi jälleen arviointinsa tulokset työskentelyn edessä Excel -työkirjaan.

Työryhmän eri jäsenten opiskelujen vaiheesta ja aikataulujen yhteensovittamishaasteista johtuen tämä työvaihe saatiin päätökseen maaliskuun lopussa 2017. Tuolloin pidettiin jälleen yhteinen työpalaveri, jossa valintaprosessin sujuminen käytiin läpi ja lopulliset katsaukseen mukaan otettavat tutkimukset hyväksyttiin yhteisymmärryksessä. Mikäli kaikki kolme tutkimuksen arvioinutta olivat olleet samaa mieltä tutkimuksen hyväksymisestä tai hylkäämisestä, päätös muodostui suoraan tämän perusteella ilman keskustelua. Tutkimuksista, joiden mukaan ottamisesta oli eriäviä mielipiteitä, keskusteltiin työpalaverissa ja lopullinen päätös tehtiin palaverin aikana. Tämän vaiheen päättyessä olimme siis hyväksyneet jatkoon yhteensä 20 alkuperäistutkimusta. Mainittakoon jo tässä yhteydessä, että seuraavassa tutkimustulosten keräämis- ja analysointivaiheessa hylkäsimme vielä 2 tutkimusta lopullisesta katsauksesta, koska ne eivät lopulta tarjonneet vastauksia asettamaamme tutkimuskysymykseen. Lopullinen katsaukseen mukaan sisällytettyjen alkuperäistutkimusten lukumäärä oli siis 18. Yhteenvedo tutkimusten hyväksymisvaiheesta on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Yhteenvedo tutkimusten haku-, valinta- ja laadunarviointivaiheista

Hakutietokanta	Hakutuloksia yhteensä	Hyväksytyt otsikon perusteella	Hyväksytyt tiivistelmän perusteella	Hyväksytyt lopulliseen katsaukseen laadunarvioinnin ja kokotekstin sisällön perusteella
Ebsco (Academic Search Elite ja Chinahl)	25	17	7	0
PubMed	229	59	22	7
Elsevier Science Direct	627	98	32	11
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>881</b>	<b>174</b>	<b>61</b>	<b>18</b>

## 6.6 Tulosten kerääminen ja analysointi sisällön analyysimenetelmällä

Jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin ja niistä voidaan tehdä johtopäätöksiä, on aineistosta kerättävä tutkimuskysymykseen vastauksia antava sisältö ja analysoitava se sopivalla sisällön analyysimenetelmällä. Sisällönanalyysin tarkoitus on siis tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tai asiasta. Kuten Kylmä & Juvakka (2007, 112) toteavat, on sisällönanalyysi perustyöväline kaikessa laadullisessa aineiston analyysissä.

Miles ja Huberman (1994) kuvaavat aineistolähtöisen laadullisen aineiston analyysiä kolmivaiheiseksi prosessiksi: 1) aineiston pelkistäminen, 2) aineiston ryhmittely sekä 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pelkistämällä tai toisin kutsuttuna tiivistämällä aineistosta nousevat tutkimuskysymykseen vastaavat merkitykselliset ilmaisut tiivistetään siten, että niiden oleellinen sisältö säilyy. Näitä pelkistettyjä ilmauksia ryhmitellään niin, että saadaan sisällöllisesti samanlaiset ilmaukset yhden alaluokan alle. Tätä luokittelua ohjaa tutkimukselle asetettu tutkimuskysymys. Alaluokka nimetään sitä kuvaavalla nimellä. Muodostuneita alaluokkia vertaillaan etsien niistä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ja tämän pohjalta sisällöllisesti samanlaiset alaluokat muodostavat yläluokan. Yläluokalle

tulee antaa nimi, joka kattaa myös alaluokkien sisällöt. Tulosten ryhmittelyssä on muistettava arvioida ryhmittelyä niin, ettei tulosten informaatioarvo vähene. Heidän mukaansa tutkimusaineiston pelkistämisen- ja ryhmittelyvaihe on jo osa aineiston abstrahointia. Tässä vaiheessa on tärkeää, ettei aineistoa liian nopeasti ja voimakkaasti muuteta turhan abstraktiksi. Pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta muodostuneesta synteesisistä saadaan vastauksia tutkimukselle asetettuun tutkimuskysymykseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 116, 118-119.) Sisällönanalyysi perustuu tulkin-taan ja päättelyyn, jossa empiirisestä aineistosta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkit-tavasta ilmiöstä. Tällöin teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan alkuperäisaineistoon samalla, kun muo-dostetaan uutta teoriaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.)

Kokosimme yhteen alkuperäistutkimuksista poimimamme tulokset (liite 3) ja kategorioimme ne en-sin mielestämme samaa asiaa ilmentäviin alaluokkiin. Muodostamamme alaluokat kategorioimme edelleen suurempiin kokonaisuuksiin eli yläluokkiin. Luokitteluvaihe oli monivaiheinen ja luokat muodostuivat vähitellen analyysiprosessin edetessä. Esimerkiksi henkilökunnan roolin merkitys – yläluokan alle sijoittunut henkilökunnan läsnäolo –alaluokka muodostui seuraavista alkuperäistut-kimusten laatua kuvaavista pelkistetyistä ilmaisuista:

- Ammattitaitoisen henkilökunnan läsnäolo ja saatavuus
- Jatkuva kättilön antama tuki ja läsnäolo
- Kättilön yhteen synnytykseen keskittyminen ja jatkuva läsnäolo vähensivät repeämiä
- Kättilön läsnäolo käyrällä ajon aikana lisäsi synnyttäjän ja perheen positiivista kokemusta
- Kehitysvammaisen synnyttäjän kohdalla läsnäolo synnytyksen aikana erityisen tärkeää
- Sosiaalinen, erityisesti emotionaalinen tuki
- Isät kokivat kättilön tuen ja läsnäolon positiivisena
- Riittävä läsnäolo

Koko käsittelemämme tutkimusaineiston tuloksista muodostamamme lopullisen luokittelun olemme kuvanneet taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Sisällönanalyysin perusteella tehty tutkimustulosten luokittelu

Alaluokka	Yläluokka	Tutkimuskysymys
Henkilökunnan läsnäolo	Henkilökunnan roolin merkitys	Millaista on laadukas kätilötyö tutkimusten ja kirjallisuuden mukaan Euroopassa raskaana olevan ja synnyttävän perheen kätilötyössä?
Tiedon tarjoaminen		
Kätilön ammattitaito		
Terveystiedon edistäminen		
Vuorovaikutustaidot		
Turvallisuuden tunne	Hoitoympäristön merkitys	
Kätilöjohtoisen synnytysyksikön edut		
Kotisyntytysten edut	Hoitotyön käytäntöjen merkitys	
Henkilökunnan välinen tiedonkulku		
Hoidon saatavuus		
Toiminnan kehittäminen		

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Analysoimme alkuperäistutkimukset aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Luokittelun perusteella tutkimustulokset (liite 3) jakautuivat kolmeen kätilötyön laatuun vaikuttavaan tai laatua ilmentävään pääkategoriaan. Nämä ovat henkilökunnan roolin, hoitoympäristön sekä hoitotyön käytäntöjen merkitys.

### 7.1 Henkilökunnan roolin merkitys

Tutkimuksissa nousi esille monet henkilökunnan rooliin liittyvät tekijät, joilla oli merkitystä raskaana olevan ja synnyttävän perheen hoitotyön laatuun. Tutkimustuloksissa korostui erityisesti kätilö läsnä olevana, ajantasaista ja oikeaa tietoa antavana, terveyttä edistävänä, empaattisena sekä hyvät vuorovaikutustaidot omaavana terveydenhuollon ammattilaisena. Kliiniset taidot eivät nousseet tuloksissa yhtä merkitykselliseen rooliin. Tutkimustulosten perusteella myös kätilön taidot monilla kätilötyön osa-alueilla olivat yhtä hyvät kuin lääketieteellisen koulutuksen saaneilla ammattihenkilöillä. Edellä mainittuja tuloksia kuvaavat alaluokat ovat: henkilökunnan läsnäolo, tiedon tarjoaminen, kätilön ammattitaito, terveyden edistäminen, vuorovaikutustaidot ja turvallisuuden tunne.

#### 7.1.1 Henkilökunnan läsnäolo

Raskaana olevat ja synnyttävät perheet kokivat useiden tutkimusten perusteella kätilön riittävän läsnäolon, emotionaalisen tuen ja saatavuuden merkittävinä positiivista hoitokokemusta edesauttavina tekijöinä. Esimerkiksi Gärtnerin, Free-manin, Rijndersin, Middeldorpin, Bloemenkampin, Stiggelboutin, & van den Akker-van Marlen (2014) tutkimuksen aikana selvisi, että henkilökunnan käytös ja asenteet sekä äidin luottamuksen ja turvallisuuden tunteet koettiin tärkeämpinä synnytyskokemukseen vaikuttavina asioina kuin itse synnytyksen sujuminen tai siihen liittyvät lääketieteelliset tekijät ja ympäristötekijät. Tutkimuksessa havaittiin myös, että synnyttäneiden ja ammattihenkilökunnan näkemykset synnytyskokemukseen vaikuttavista tekijöistä erosivat jonkin verran toisistaan. Vaikutti siltä, että naiset pitivät ammattihenkilön läsnäoloa ja tukea tärkeämpänä, kuin mitä ammattihenkilöt itse ajattelivat.

Monet kättilöt kokivat, että kiire ja muut työtehtävät eivät mahdollistaneet riittävää läsnäoloa synnyttäjän luona. Tämä kävi ilmi muun muassa Nymanin, Bondasin, Downen & Bergin (2012) tutkimuksesta, joka käsitteli synnyttävän perheen vastaanottotilannetta sairaalan synnytysosastolla. Vaikka kättilön läsnäolo koettiin merkityksellisenä lähes kaikissa tutkimuksissa, korostui se erityisesti kehitysvammaisten, HIV-positiivisten perheiden sekä lapsettomuushoitojen avulla raskaaksi tulleiden perheiden hoidossa (Höglund & Larsson 2014; Kelly, Alderdice, Lohan & Spence 2011; Younger, Hollins-Martin & Choucri 2014).

### **7.1.2 Tiedon tarjoaminen**

Henkilökunnan rooli relevantin, riittävän, ajantasaisen, yksilöllisen, perustellun ja kohdennetun tiedon antajana nousi esille suurimmassa osassa tutkimuksia. Tiedonanto synnytyksen aikana lisäsi synnyttäjien kontrollinhallintaa ja vaikutti positiivisesti synnytyskokemukseen (Larkin, Begley, & Devane 2010). HIV-positiivisten kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta tutkineessa tutkimuksessa (Kelly ym. 2011) etenkin ristiriitainen informaatio tai informaation puute johtivat luottamuksen puutteeseen. Esimerkiksi isien kokemuksia kättilön roolista synnytyksen aikana tutkineessa tutkimuksessa (Hildingsson, Cederlöf & Widén 2010) ilmeni, että synnytyshuoneessa läsnä olevalla kättilöllä on hyvät mahdollisuudet antaa täsmällistä informaatiota ja tukea isille ja tätä kautta antaa heille myös positiivinen synnytyskokemus. Informaation saanti synnytyksen kulusta oli saman tutkimuksen mukaan tärkeämpää niille isille, joilla oli aiempia lapsia.

Tutkimukset osoittivat laajalti, että tilanteissa annettavan tiedon tulee olla sekä yksilöllistä, että synnyttäjän kannalta ymmärrettävää. Kehitysvammaisia raskaana olevia ja synnyttäviä hoidettaessa informaation antamisessa tulee ottaa huomioon synnyttäjän kehitysvamma sekä ymmärtämyksen taso. Annettava tieto tulee muokata synnyttäjän omaksuttavissa olevalle tasolle. Asiat tulee toistaa useita kertoja, näyttää kuvista tarkoittamaansa asiaa, konkretisoida asioita näyttämällä nukan avulla esimerkiksi imetystä, konkretisoimalla raskautta kuvien avulla ja esimerkiksi koskettamalla odottajan vatsaa sekä antamalla aikaa informaation vastaanottajalle. (Höglund ym. 2014.)

### **7.1.3 Kättilön ammattitaito**

Ammattitaitoinen kättilö on laadukkaan kättilötyön perusta. Katsauksemme tutkimusartikkeleissa oli tutkittu ja vertailtu monia erilaisia raskaana olevien ja synnyttävien perheiden hoitomalleja, jotka poikkesivat suomalaisesta mallista. Näissä tutkimuksissa ei löydetty merkittäviä eroja siinä, oliko

hoitomallissa yksikkö kätilö- vai esimerkiksi obstetrikkojohtoinen. Muun muassa synnytyksenaikaisiin siirtopäätöksiin liittyvää riskinarviointia ja päätöksentekoa arvioineessa tutkimuksessa (Cheyne, Dalglish, Tucker, Kane, Shetty, McLeod & Niven 2012) ei löydetty merkittäviä eroja kätilöiden ja obstetrikkojen välillä heidän arvioidessaan riskiä ja tehdessään päätöstä synnyttäjän siirtämisestä vaativatasoisempaan hoitopaikkaan, vaan molempien päätökset olivat yhteneväisiä samoilla tilannetiedoilla.

Huolellinen tutustuminen synnyttäjän obstetriin esitietoihin, synnytyssuunnitelmaan ja pariskunnalta saatuihin tietoihin auttavat kätilöä valmistautumaan synnytykseen. Synnytyksen aikaisilta repeämiltä suojaavia seikkoja on paljon ja monet niistä liittyvät kätilön ammattitaitoon. Suunnitelluissa kotisyntytyksissä tällaisia olivat muun muassa välilihan tukeminen lämpimillä kääreillä, kätilön kokemus repeämisestä ja riskitekijöistä, kokeneemman kätilön tuki ja ohjaus, kannustaminen luontevimmalta tuntuvaan ponnistusasettoon, rentoutumisen mahdollistaminen, ajan antaminen synnytykselle, synnyttäjän tukeminen silloin, kun synnyttäjä kokee eniten haluavansa luovuttaa sekä pään syntymisen ohjaus erityisesti ensisyntyttäjän kohdalla. (Lindgren, Brink & Klinberg-Allvin 2011.)

Zinsserin, Stollin & Grossin tekemän saksalaisen tutkimuksen (2015) tuloksista kävi ilmi, että ne kätilöt, jotka työskentelivät sairaalan ulkopuolisissa synnytysyksiköissä, hoitivat kotisyntytyksiä tai työskentelivät muissa kätilön tehtävissä, tukivat normaalia alatiesynnytystä enemmän kuin sairaalassa synnytyksiä hoitavat kätilöt. Sairaaloissa synnytyksiä hoitavat kätilöt kokivat sairaalan medikalisoituneen kulttuurin heikentäneen heidän mahdollisuuksiaan tukea synnyttäjää normaaliin alatiesynnytykseen. Sairaalassa työskentelevät kätilöt kokivat myös, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa synnyttäjälle, vaan synnytykseen puututaan jo varhaisessa vaiheessa ja täten normaalin alatiesynnytyksen tukeminen on hankalaa. Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että pitkän työkokemuksen omaavat kätilöt tukivat alatiesynnytykseen heikommin kuin vastavalmistuneet nuoremmat kätilöt. Tämä ero saattaa selittyä koulutuseroilla.

Joissakin tutkimuksissa nousi esille laadukkaana kätilötyön ominaispiirteinä muun muassa yksilöllinen, ymmärtäväinen ja joustava hoito. Synnyttäjän hyväksyminen omana itsenään, tasavertainen kohtelu sekä sosiaalisen tuen tarjoaminen koettiin synnyttäjien voimaantumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi. Myös hyvä hoiva, ystävällisyys, huomaavaisuus, myötätunto, sitoutuminen, rohkeus ja pätevyys ilmentävät kätilötyön laadukkuutta. (Beake, Acosta, Cooke & McCourt 2012; Younger ym.

2014; Macfarlane, Rocca-Ihenacho, Turner & Roth 2014; Hermansson & Mårtensson 2010.) Keskeistä kättilön ammattitaidon pohjalla on riittävän laaja ja monipuolinen koulutus (Höglund & Larsson 2014).

#### **7.1.4 Terveyden edistäminen**

McNeill, Lynn & Alderdice kartoittivat laajassa katsauksessaan (2012) kättilötyön interventioita OECD-maiden julkisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan vaikuttaviksi todettuja interventioita ovat kaksivaiheinen ultraääniseulonta, gynekologisten infektioiden seulonta, opaslehtisten ja videomateriaalin käyttäminen raskaana olevan tukemiseen seulontoihin osallistumista päätteessään, foolihappo-, kalsium- ja rautalisä sekä monivitamiinivalmisteet raskausaikana, tupakoinnin lopettamiseen kannustavat interventiot, ohjaus lantionpohjan lihasten jumpan merkityksestä, vesisynnytys ja sen mahdollistaminen, kättilöjohtoiset äitiysneuvolat, emotionaalinen tuki raskaana oleville, joita uhkaa ennenaikainen synnytys tai sikiö on pienikasvuinen sekä jatkuva kättilön antama tuki ja läsnäolo synnytyksen aikana.

#### **7.1.5 Vuorovaikutustaidot**

Kättilön vuorovaikutustaidot ovat merkittävässä roolissa laadukkaassa kättilötyössä. Hyvää ja laadukasta vuorovaikutusta edistävät tekijät nousivat esille suuressa osassa tutkimuksia. Luottamuksellisen ilmapiirin syntymistä edesauttavat synnyttäjän ja puolison tarpeiden ymmärtäminen ja huomioiminen, heidän osallistaminen päätöksentekoon sekä tukeminen koko raskauden ja synnytyksen aikana. Tämän mahdollistaminen edellyttää kättilöltä kuuntelutaitoa, avoimuutta, rehellisyyttä, aitoutta ja empatiakykyä. Lisäksi kättilön ammatillisten taitojen, tietämyksen, kokemuksen ja intuition hyödyntäminen auttavat synnyttäjän yksilöllisten tarpeiden tulkintaa. Kannustamiskyky sekä sanallinen ja sanaton viestintä ovat myös laadukkaan vuorovaikutuksen ominaisuuksia. (Gärtner ym. 2014; Rowe, Kurinczuk, Locock & Fitzpatrick 2012; Lindgren ym. 2011; Nyman ym. 2012; Höglund & Larsson 2014; Beake ym. 2012; Kelly ym. 2011; Larkin ym. 2010; Macfarlane ym. 2014; Hermansson & Mårtensson 2010.)

Synnyttäjän ja kättilön välisen vuorovaikutuksen puutteet, esimerkiksi kyvyttömyys kommunikoida ja saada tarpeensa kuuluville, koettiin lannistavana ja stressaavana. Siirtymistarve kättilöjohtoisesta synnytysyksiköstä sairaalaan koettiin usein pettymyksenä ja epäonnistumisena luonnollista synnytystä kohtaan. Näissä tilanteissa siirtopäätöstä tehtäessä synnyttäjän oma vaikutusmahdollisuus,



mukana olo päätöksenteossa ja jo siitä keskustellessa koettiin kuitenkin pettymystä lievittävinä tekijöinä. (Rowe ym. 2012.)

Beake ym. vertasivat tutkimuksessaan (2012) naisten kokemuksia raskauden ja synnytyksen aikana saamastaan hoidosta. Vertailussa puolella naisista oli pitkä hoitosuhde saman kätilön kanssa koko raskauden ja synnytyksen ajan, kun taas loput naisista saivat hoitoa usealta eri kätilöltä. Saman kätilön hoidossa olleet naiset korostivat läheistä hoitosuhdetta kätilöön, jolloin huolista keskusteleminen oli helpompaa. Myös Macfarlane ym. havaitsivat omassa tutkimuksessaan (2014) synnytysyksikössä synnyttäneiden kokeneen, että kätilöt olivat kuunnelleet, tukeneet ja hoitaneet heitä hyvin, kun taas sairaalassa synnyttäneet antoivat palautetta kätilöiden puutteellisista kommunikointitaidoista sekä asenteesta.

### **7.1.6 Turvallisuuden tunne**

Lähes kaikkien läpikäymiemme tutkimusten mukaan raskaana olevan ja synnyttävän naisen turvallisuuden tunne on yksi merkittävimmistä kätilötyön laatutekijöistä. Turvallisuuden tunnetta lisäsi pitkäaikainen ja luottamuksellinen suhde kätilöön. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen etenkin yllättävissä tilanteissa ja tutun kätilön seuraaminen mukana läpi muuttuvien tilanteiden koettiin merkitykselliseksi. Vanhempien osallistaminen päätöksentekoon lisäsi koettua turvallisuuden tunnetta. Synnytyskeskustelun läpikäyminen nähtiin voimaannuttavana ja eheyttävänä tekijänä. Se myös vähensi pelkoja mahdollisia seuraavia raskauksia ja synnytyksiä silmällä pitäen. (Gärtner ym. 2014; Rowe ym. 2012; McNeill ym. 2012; Lindgren ym. 2011; Nyman ym. 2012; Höglund & Larsson 2014; Beake ym. 2012; Kelly ym. 2011; Younger ym. 2014; Hermansson & Mårtensson 2010.)

## **7.2 Hoitoympäristön merkitys**

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että synnytyspaikalla ja -ympäristöllä on merkittävä vaikutus synnyttäjän ja perheen kokemaan turvallisuuden tunteeseen. Synnytyksestä jäänyt emotionaalinen tunne ja muisto vaikuttavat mahdollisesti tuleviin raskauksiin ja niihin liittyviin odotuksiin. Euroopassa useissa maissa synnyttäjä voi valita toivomansa synnytyspaikan, mikäli raskaudessa ja tulevassa synnytyksessä ei ole nähtävissä merkittäviä riskejä. Synnyttää voi muun muassa sairaalassa, kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä tai kotona. Joissain Euroopan maissa raskaana olevan seuranta

on toteutettu lääkärijohtoisesti, mutta tutkimustulosten perusteella tällainen hoitomalli ei ole odotavien perheiden kokemusten mukaan laadukas. Katsauksessaan McNeill ym. (2012) totesivat veteen synnyttämällä olevan useita etuja. Avautumisvaiheessa lääkkeellisen kivunlievityksen tarve väheni. Hoitoympäristön merkitystä kuvaavat alaluokat ovat: kättilöjohtoisen synnytysyksikön edut ja kotisyntytysten edut.

### **7.2.1 Kättilöjohtoisen synnytysyksikön edut**

Macfarlane ym. (2014) vertailivat tutkimuksessaan naisten kokemaa hoitoa Iso-Britanniassa juuri avatussa kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä ja synnytys sairaalassa. Itsenäisessä synnytysyksikössä synnyttäneet kertoivat saaneensa yhtä hyvää tai parempaa hoitoa kuin ne naiset, jotka synnyttivät sairaalassa. Synnytysyksikköön synnyttämään tulevat naiset saivat huomattavasti todennäköisemmin hoitoa samalta kättilöltä, jonka he olivat tavanneet jo loppuraskaudessa ja heitä hoiti useammin sama kättilö läpi synnytyksen. He raportoivat, että henkilökunta kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä oli ystävällistä ja ymmärtäväistä. Heitä hoidettiin arvokkuudella ja heidän yksityisyytään kunnioitettiin. Henkilökunta tuki synnyttäjien omia valintoja enemmän kuin synnytys sairaalan henkilökunta. Synnytyspaikasta riippumatta naiset kokivat tyytymättömyyttä synnytyskokemuksistaan silloin, kun heitä ei kuunneltu, ei annettu tietoa eikä otettu mukaan päätöksentekoon. Myös kättilön kiirehtiminen koettiin synnytyskokemusta heikentävänä tekijänä. Jos synnyttäjä jouduttiin siirtämään synnytyksen aikana synnytysyksiköstä sairaalaan, nähtiin synnytyskokemus parempana, mikäli synnytysyksikön kättilö siirtyi mukana ja jatkoi synnytyksen hoitoa myös sairaalassa.

Norjalaisessa Norumin, Heyedin, Hjelsethin, Sveen, Murerin, Erlandsenin & Vonenin (2013) tutkimuksessa vertailtiin pohjois-norjalaisten raskaana olevien ja synnyttäjien hoidon laatua muuhun Norjaan verrattuna. Alueellisesti Pohjois-Norjalle on tyypillistä harva asutus, hankalat sääolosuhteet sekä pimeät vuodenaikat. Raskaana olevien hoito on Pohjois-Norjassa hajautettu kolmelle tasolle: kättilöjohtoiset äitiys- ja synnytysyksiköt, synnytyslääkärin ja/tai gynekologin päivystyspalveluja tarjoavat yksiköt sekä erityistason sairaalat, joissa on myös pediatripäivystys. Tutkimuksen johtopäätöksenä selvisi, että raskausajan seuranta ja synnytysten hoito ovat Pohjois-Norjassa yhtä laadukasta kuin muuallakin Norjassa. Joitakin eroja kuitenkin löytyi. Pihti- tai imukuppiavusteisia synnytyksiä oli pohjoisessa vähemmän. Alle 2,5 kg syntyessään painaneita oli enemmän, mihin eräänä taustatekijänä nähtiin tupakoivien äitien suurempi osuus Pohjois-Norjan väestössä. Sektion jälkeisiä haavainfektioita tavattiin pohjoisessa enemmän kuin muualla. Pohjois-Norjassa havaittiin myös vähemmän välilihan repeämiä, mikä saattoi johtua vähäisestä imukupin ja pihtien käytöstä ja

pienistä vauvoista. Lisäksi tutkimuksessa todettiin synnytyspaikan valintaan käytettävien kansallisten valintaperusteiden toimivan hyvin, koska synnytyksen laatua mittaavat tulokset olivat yhtä hyviä koko valtakunnan tasolla.

### **7.2.2 Kotisyntyysten edut**

Lindgren ym. tutkivat tutkimuksessaan (2011) tekijöitä, jotka suojaavat suunnitelluissa kotisyntytyksissä repeämiltä. Aiemmin käsittelimme tämän tutkimuksen osalta kättilön ammattitaitoon liittyviä tekijöitä kappaleessa 7.1.3 Kättilön ammattitaito. Synnytyspaikan näkökulmasta tuloksista ilmeni, että synnytysympäristön muodostaminen miellyttäväksi mahdollisti rentoutumisen. Koti tuttuna paikkana auttoi synnyttäjiä tuntemaan olonsa rentoutuneeksi. Synnyttäjän turvallisuudentunne ja rentoutuminen vähensivät kättilöiden mukaan lihasjännitystä, mikä omalta osaltaan nähtiin repeämiä ehkäisevänä tekijänä. Synnyttäjän repeämiin liittyvien pelkojen läpikäynti keskustelemalla auttoi kättilöä tunnistamaan pelot sekä muodostamaan luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiiriin kättilön ja synnyttäjän välille. Koti synnytysympäristönä mahdollisti kättilön jatkuvan läsnäolon ja keskittymisen yhteen synnyttäjään täysipainoisesti. Kotiympäristön ilmapiiri koettiin luontevaksi ja se mahdollisti avoimen kommunikoinnin niin synnyttäjän kuin puolisonkin kanssa. Kotisyntytyksiä hoitavat kättilöt kokivat, että heidän mahdollisuutensa keskittyä kättilön ja perheen sekä pariskunnan väliseen vuorovaikutukseen oli parempi kuin sairaalaympäristössä. Kotisyntytyksiä hoitavat kättilöt toimivat pareittain, mikä koettiin repeämiltä suojaavana tekijänä. Kuten jo aiemmin kirjoitimme, Zinsser ym. (2015) totesivat tutkimuksessaan kotisyntytyksiä hoitavien kättilöiden tukevan normaalia alatiesynnytystä paremmin kuin sairaalan synnytysosastolla työskentelevät kättilöt.

### **7.3 Hoitotyön käytäntöjen merkitys**

Puutteet tiedon kulussa ja kirjaamiskäytännöissä näkyvät myös negatiivisesti hoitotuloksissa. Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi käytössä olisi hyvä olla yhteisesti sovittu raportointiväline kuten ISBAR. Läpikäydyistä tutkimuksista nousikin esiin huolellisen, kattavan ja rutiinomaisen kirjaamisen merkitys laadukkaan hoidon perustana. Hoidon saatavuuden tulisi olla yhtäläinen potilaan maantieteellisestä sijainnista riippumatta. Tiedon kerääminen ennen kaikkea kriittisistä tapahtumista ja niiden läpi käyminen ovat edellytys toiminnan kehittämiseksi ja laadukkaamman hoidon tarjoamiselle. Hoitotyön käytäntöjen merkitystä kuvaavat alaluokat ovat: henkilökunnan välinen tiedonkulku, hoidon saatavuus ja toiminnan kehittäminen.

### **7.3.1 Henkilökunnan välinen tiedonkulku**

Hollantilaisen tutkimuksen mukaan negatiivisesti hoitotuloksiin vaikuttivat terveydenhuollon henkilökunnan välinen kommunikointi ja sen puutteet. Kommunikointiongelmia näkyivät myös puutteellisinä läheteinä. Puutteita ja ongelmia koettiin olevan myös puhelimen välityksellä tehdyssä riskiarvioinnissa sekä virka-ajan ulkopuolella tapahtuneessa hoidossa. Tutkimuksesta kävi ilmi myös, että tulkin käyttö ehkäisee mahdollisia kielestä johtuvia kommunikointiongelmia. (Martjin, Jacobs, Amlink-Verburg, Wentzel, Buitendijk & Wensing 2013.) HIV-positiivisten kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta käsittelevän tutkimuksen mukaan puutteet potilastietojen ja hoitosuunnitelman kirjaamisessa johtivat siihen, että tiedot suunnitellusta hoidosta eivät saavuttaneet kaikkia hoitoon osallistuvia (Kelly ym. 2011). Raportin antaminen synnyttäjän läsnä ollessa koettiin positiiviseksi niissä tilanteissa, joissa siirto kättilöjohtoisesta yksiköstä sairaalaan jouduttiin tekemään kesken synnytyksen. Tämä ilmeni englantilaisesta Rowen ym. (2012) tutkimuksesta, jossa tutkittiin naisten kokemuksia synnytyksen aikaisesta tai heti synnytyksen jälkeen tehdystä siirtopäätöksestä kättilöjohtoisesta synnytysyksiköstä synnytyssairaalaan.

### **7.3.2 Hoidon saatavuus**

Martjin ym. (2013) mukaan raskaana olevalle tulisi ongelmatilanteissa aloittaa hoito 15 minuutin kuluessa avunpyynnöstä negatiivisten tapahtumien välttämiseksi. Tämä edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöiden saatavuutta maantieteellisestä sijainnista riippumatta. Edellä mainitun tutkimuksen mukaan myös virka-ajan ulkopuolella hoidon saatavuudessa ja itse hoidossa oli puutteita. Nymanin ym. (2012) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja löytää kättilöille uusia työskentely- ja toimintatapoja kohtaamiseen synnyttäjän ja hänen puolisonsa saapuessa synnytysosastolle. Kättilön intensiivinen läsnäolo synnyttäjän luona koettiin tärkeäksi, mutta toisaalta myös hankalaksi, koska sen koettiin kuormittavan muita kättilöitä ja aiheuttavan henkilökunnan välistä eripuraa.

### **7.3.3 Toiminnan kehittäminen**

Tutkimuksen mukaan rutiininomainen tiedon kerääminen koetaan tärkeäksi, jotta kriittisten tapahtumien syiden analysointi ja sen perusteella käytänteiden kehittäminen myöhemmin on mahdollista. Tämän seurauksena kättilöt pystyvät antamaan laadukkaampaa hoitoa, koska turvallisuusriskit ovat tiedossa. (Martjin ym. 2013). McNeillin ym. (2012) tekemässä katsauksessa nostettiin esille

erilaisia vaikuttavia kätilötyön interventioita. Tämän perusteella suositellaan vahvempaa yhteistyötä kliinikoiden ja tutkimus-/koulutusyhteisöjen välillä. Myös opiskelijoita kannustetaan perehtymään ajantasaisiin katsauksiin jo kouluttautumisen aikana, jotta näyttöön perustuva tieto saataisiin tehokkaasti levitettyä käytäntöön.

Gärtnerin ym. (2014) tekemässä tutkimuksessa muodostettiin seitsemän tärkeimmäksi koettua tekijää, jotka vaikuttavat naisen kokonaisvaltaiseen synnytyskokemukseen. Nämä tekijät olivat ammattitaitoisen henkilökunnan läsnäolo/saatavuus, henkilökunnan tuki, tiedon tarjoaminen, henkilökunnan vaste tarpeisiin ja pyyntöihin, turvallisuudentunne, huoli lapsen terveydestä sekä koettu viive ennen lapsen näkemistä tai kontaktiin saamista. Tutkimuksen mukaan näitä seitsemää tekijää voitaisiin hyödyntää tarkistuslistana, joka auttaa keskittymään niihin asioihin, joilla pystytään takaamaan hyvä synnytyskokemus lääketieteellisessä ympäristössä. Tämä tarkistuslista toimisi myös samalla kätilön apuvälineenä omaa toimintaansa arvioidessa.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Hoitotyön laadussa hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli muun muassa asiakaskeskeisyyden, yksilöllisyyden, hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden varmistamisessa. Emme yllättyneet siitä, että tutkimusten tuloksissa korostuivat ennen kaikkea kätilön läsnäolo, tiedon antaminen, terveyden edistäminen, empaattisuus sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Relevantin ja yksilöllisen tiedon antaminen synnytyksen aikana lisäsi sekä synnyttäjien kontrollin hallintaa, että vaikutti positiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen. Säännöllisen raskauden ja synnytyksen hoitamisessa ei ollut turvallisuuden suhteen merkittävää eroa siinä, oliko hoitoyksikkö kätilö- vai obstetrikkojohtoinen. Tästä johtuen onkin mielenkiintoista pohtia, miksi Suomessa ei tarjota vaihtoehtona synnyttää kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä eikä suunniteltuja kotisyntytyksiä pidetä arvossaan.

Oli mielenkiintoista huomata, että tuloksissa kliinisten taitojen merkitys ei noussut merkittävään rooliin, vaikka suomalaisessa yhteiskunnassa ja myös kätilön koulutuksessa korostetaan kliinisiä taitoja ja kliinistä turvallisuutta. On hyvä pitää mielessä, että läsnäolo ja empaattisuus ovat tärkeitä laatutekijöitä. Eräässä tutkimuksessa tuli esille myös, että synnyttävät pitivät näitä tärkeimpinä, kuin mitä ammattihenkilöt itsekään ajattelivat. Koemme, että suomalaisessa sairaalasyntytyksiä korostavassa kulttuurissa näiden pehmeämpien arvojen toteuttaminen on haastavaa. Myös saamissamme tuloksissa sairaalasyntytyksiä hoitavat kätilöt usein kokivat, että kiire ja muut työtehtävät eivät mahdollistaneet riittävää läsnäoloa synnyttävän perheen luona. Sairaalan medikalisoituneen kulttuurin koettiin heikentäneen kätilöiden mahdollisuuksia tukea ja kannustaa luonnolliseen alatiesynnytykseen.

Kätilön ammattitaidolle luodaan pohja riittävän laajalla ja monipuolisella koulutuksella. Laadukkaan kätilötyön ominaispiirteitä ovat muun muassa yksilöllinen, ymmärtäväinen ja joustava hoito, synnyttäjän hyväksyminen omana itsenään, tasavertainen kohtelu, sosiaalisen tuen tarjoaminen, hyvä hoiva, ystävällisyys, huomaavaisuus, myötätunto, sitoutuminen, rohkeus ja pätevyys. Luottamuksellisen ilmapiirin synnyttäminen kätilön ja perheen välille on myös merkki kätilötyön laadusta. Sen muodostumista edesauttavat hyvät vuorovaikutustaidot, avoimuus, rehellisyys, aitous ja empatiakyky. Näemme, että jo kätilökoulutuksen hakuvaiheessa nämä ominaisuudet tulisi huomioida paremmin. Uskallamme kyseenalaistaa, rajaako nykyisin käytössä oleva esivalintakoe pois henkilöitä, jotka omaavat laadukkaan kätilötyön ominaispiirteitä. Toivomme, että tulevissa kätilökoulutuksen muutoksissa tämäkin asia otettaisiin paremmin huomioon.

Kätilötyön laadussa raskaana olevan ja synnyttävän perheen hoitoympäristöön liittyvillä tekijöillä on merkitystä erityisesti asiakaskeskeisyyteen, yksilöllisyyteen, palvelujen saatavuuteen, valinnanvapauteen, hoidon jatkuvuuteen ja palvelujen vaikuttavuuteen. Synnytysympäristöllä on merkittävä vaikutus turvallisuuden tunteeseen sekä synnytyksestä muodostuvaan emotionaaliseen tunteeseen ja muistoihin. Nämä puolestaan voivat vaikuttaa seuraaviin raskauksiin ja synnytyksiin liittyviin odotuksiin. Matalan riskin raskauksissa useissa Euroopan maissa synnyttäjät voi valita toivomansa synnytyspaikan, mikä mielestämme edesauttaa positiivisen raskaus- ja synnytyskokemuksen muodostumisessa. Esimerkiksi Pohjois-Norjassa raskauden ja synnytyksen hoito on hajautettu kätilöjohtoisiin äitiys- ja synnytysyksiköihin, synnytyslääkäripäivystyksen tarjoaviin yksiköihin sekä pediatripäivystyksen tarjoaviin erityistason sairaaloihin. Synnytysten hoito tässä mallissa on yhtä laadukasta kuin muuallakin Norjassa. Kliinisen turvallisuuden korostamisen lisäksi synnytyspaikkaan liittyvä valinnanvapaus sekä raskaana olevan ja synnyttävän perheen kokemuksen merkittävyys tulisikin mielestämme huomioida nykyistä enemmän yhtenä kätilötyön laatutekijänä.

Hoidon saatavuuden tulisi olla yhtenäinen raskaana olevan ja synnyttävän perheen asuinpaikasta riippumatta. Lisäksi hoidon jatkuvuuden turvaaminen on keskeistä raskauden ja synnytyksen eri vaiheissa. Raskaana olevan ja synnyttäjän turvallisuuden tunne on yksi merkittävimmistä kätilötyön laatutekijöistä ja sitä lisää pitkäaikainen ja luottamuksellinen suhde kätilöön. Myös hoidon jatkuvuuden suhteen ihanteellista olisi, että sama kätilö hoitaisi odottajaa ja perhettä läpi raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen. Tällöin eri ammattihenkilöiden välinen raportointitarve olisi vähäisempää, mikä omalta osaltaan vähentäisi virheitä ja puutteita hoitovastuun siirtotilanteissa. Tähän nykyinen Suomessa käytössä oleva hoidonjärjestämismalli ei anna mahdollisuutta.

Keskeiset elementit sosiaali- ja terveydenhuollon laadussa ovat asiakaskeskeisyys, yksilöllisyys, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, hoidon jatkuvuus, korkeatasoinen osaaminen ja palvelujen vaikuttavuus (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Niiden tulisi toteutua kattavasti kaikilla kätilötyön osa-alueilla. Tutkimustulostemme mukaan eniten eroja Suomen ja muun Euroopan välillä on valinnanvapauden, palvelujen saatavuuden sekä hoidon jatkuvuuden toteutumisessa.

Äitiysneuvolatoiminnan järjestämistä tutkineessa selvityksessään Raussi-Lehto, Gissler, Rämö, Klemetti & Hemminki (2013) toteavat äitiysneuvolapalvelujen järjestämistavan vaihtelevan Suomen eri kunnissa. Heidän mukaansa toiminnan koordinoitua ja ohjausta tulee kehittää pyrkien siihen, että hoitajakohtainen asiakasmäärä on riittävä äitiyshuollon erityisasiantuntemuksen säilymiseksi.

Parhaillaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa ollaan uudistamassa ja ihmisten valinnanvapautta hoitopaikkansa valintaan lisäämässä. Lausunnossaan sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslain valmisteluun Suomen Kätilöliitto (2017) jakaa edellä mainitun huolen neuvolahenkilökunnan kliinisen ammattitaidon säilymisestä erityisesti riskiraskauksien tunnistamisessa. Lausunnon mukaan nyt valmisteluvaiheessa olevissa muutoksissa on mahdollisuus rakentaa äitiys- ja perhepalvelut sellaisiksi, että asiakaskeskeisyys on aidosti tärkein näkökulma. Kätilöliitto muistuttaa myös, että neuvolatyössä tärkeä osa-alue on seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaaminen, mikä näyttäytyy äitiysneuvolatyössä nykyisin ainoastaan silloin, kun terveydenhoitajalla on myös kätilökoulutus.

Yhteiskunnan tulevia muutoksia silmällä pitäen sekä saamiimme tutkimustuloksiin perustuen teemme seuraavat johtopäätökset sekä ehdotukset:

- Kaikki kätilötyön laadun osa-alueet on otettava huomioon tasapuolisesti arvioitaessa kätilötyön kenttään tulevaisuudessa kohdistuvien muutosten perusteita.
- Myös kätilötyön laatua arvioitaessa ja laatumittareita muodostettaessa on huomioitava kaikki laadun osa-alueet.
- Kätilöjohtoisen äitiyshuollon ja synnytysneuvonhoidon edut huomioiden näitä malleja sekä niiden toteuttamismahdollisuuksia tulee arvioida niiden tarjoamiseksi todellisina vaihtoehtoina nykyiselle mallille.
- Kotisynnytys tulee tarjota aitona vaihtoehtona sitä toivoville synnyttäjille ja perheille. Kotisynnytyksen suunnittelua ja toteutusta varten tulee muodostaa yhtenäiset valtakunnalliset hoitotyön sekä käypä hoito -suositukset.
- Raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidon mahdollistamista saman kätilön toteuttamana tulee edistää.
- Kätilön riittävä ja kiireetön läsnäolo synnytyksen aikana on mahdollista turvata muun muassa kehittämällä hoito- ja kirjaamiskäytäntöjä.
- Kätilöopiskelijavalintoja tehtäessä tulisi kiinnittää enemmän huomiota hakevien henkilöiden vuorovaikutustaitoihin. Nykyisessä vaiheittaisessa valintamenettelyssä on vaarana, että hyvät vuorovaikutustaidot omaava henkilö jää valinnan ulkopuolelle liian varhaisessa vaiheessa.
- Kätilön koulutuksessa on kaiken muun opetuksen ohella kiinnitettävä huomiota vuorovaikutustaitojen sekä riskiraskauksien tunnistamistaitojen kehittämiseen.



## 9 POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata näyttöön perustuvia laadukkaita eurooppalaisia kätilötyön piirteitä, käytäntöjä ja hoidon järjestämistapoja raskaana olevan ja synnyttävän perheen hoitotyössä. Tavoitteenamme oli nostaa keskusteluun uusia näkökulmia kätilötyön laadusta. Tutkimusmenetelmänä käytimme systemaattista kirjallisuuskatsausta, koska se sopi olemassa olevan tutkimusaineiston keräämiseen ja tutkimuskysymykseen vastauksia antavien tulosten tiivistämiseen. Analysoimme alkuperäistutkimukset aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimustuloksissa keskeisinä kätilötyön laatutekijöinä nousivat esiin henkilökunnan roolin, hoitoympäristön sekä hoitotyön järjestämisen merkitys. Kätilötyön laadussa pehmeät arvot, kuten empaattisuus, läsnäolo ja vuorovaikutustaidot, ovat yhtä tärkeässä osassa kuin kliiniset taidot. Valinnanvapauden toteutuminen raskaana olevan ja synnyttäneen perheen hoitotyössä esimerkiksi synnytyspaikan valinnan suhteen on merkittävä laatutekijä, joka vaikuttaa perheiden kokemukseen sekä synnytysshetkellä että tulevaisuudessa. Hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen varmistaa turvallisen raskausajan ja synnytyksen jatkumon. Tähän voitaisiin päästä, jos sama kätilö hoitaisi niin raskausajan seurannan, synnytyksen kuin lapsivuodeajan.

### 9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta, tulee huomioida kaikki tutkimusprosessin vaiheet: tutkimusmenetelmän valinta, tiedonkeruu, aineiston käsittely ja analysointi sekä tulokset ja johtopäätökset. Lisäksi tulee arvioida tutkijoiden omaa luotettavuutta. (Keckman 2015.) Tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi tutkijoiden tulee olla objektiivisiä tutkimuksen kaikissa työvaiheissa sekä käsitellä saatuja tuloksia totuudenmukaisesti.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisäävät menetelmän perusteiden hallinta sekä tutkimuksen huolellinen toteuttaminen. Tutkimusmenetelmän tuntemus auttaa tutkimusryhmää suunnittelemaan tutkimusaineiston keruu siten, että katsaukseen valikoituu relevantit ja laadukkaat alkuperäistutkimukset. Tutkimusvaiheiden raportointi on kuvattava riittävän tarkasti, jotta katsauksen toistaminen toisen tutkijan tai tutkimusryhmän toimesta on mahdollista samat tutkimustulokset saaden. Katsaukseen sisällytettävien alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu, relevanttien

tutkimusten poisjättäminen tai väärin tutkimusten mukaan ottaminen heikentävät tulosten luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Luotettavuuden varmistamiseksi tutkimuskysymysten tulee olla yksiselitteisiä. Varsinkin tutkimusprosessin alkuvaiheessa koimme haastavaksi kysymyksen asettelun ja rajaamisen. Lopullisen tutkimuskysymyksen väljyys saattoi heikentää erityisesti raskaana olevan kättilötyön tutkimustulosten antia. Tutkimuskysymyksessä sekä hakutermeissä esiintyvä laatu -sana on voinut vaikuttaa valikoituneisiin tutkimuksiin. Näin ollen eri laatutekijöitä arvioineita tutkimuksia on mahdollisesti rajautunut pois lopullisesta tutkimusjoukosta. Tähän viittaa myös se tosiasia, että raskaana olevan kättilötyön tutkimustuloksissa ei ollut vallitsevana säännöllisen raskauden seurantaan liittyvät tulokset.

Mielestämme tutkimuksemme tulosten luotettavuutta voi heikentää haun rajaus eurooppalaisiin tutkimuksiin. Tämän rajauksen johdosta tuloksista on saattanut rajautua pois hyviä tutkimuksia. Esimerkiksi australialaisia, lupaavilta vaikuttavia tutkimuksia rajautui pois jo otsikkotason valintavaiheessa. Samasta syystä ehkä joitain muun maalaisiakin tutkimuksia, joiden hoitokäytännöt ovat Suomen käytäntöjä vastaavia, on voinut jäädä katsauksemme tuloksista pois. Rajasimme työmme eurooppalaisiin tutkimuksiin, ettei aineistomäärä kasvaisi liian suureksi. Lisäksi halusimme rajata tutkimuksemme koskemaan eurooppalaisia maita, joissa meillä on mahdollisuus valmistuttuamme työskennellä kättilönä suorittamallamme tutkinnolla. Otimme mukaan vain englannin- tai suomenkielisiä alkuperäistutkimuksia, koska suurin osa laadukkaasta kansainvälisestä tutkimusaineistosta julkaistaan englanninkielisenä. Lisäksi koimme, ettei meillä ole mahdollisuutta resurssien puitteissa kääntää muun kielisiä tutkimuksia. Tämä on saattanut rajata joitain tutkimuksia katsauksen ulkopuolelle heikentäen mahdollisesti tutkimuksemme luotettavuutta. Valitsemisamme tutkimuksissa oli kuitenkin edustettuna monipuolisesti eri Euroopan maita, vaikka julkaisukielenä oli englanti. Rajasimme alkuperäistutkimukset vuonna 2011 tai myöhemmin julkaistuihin, millä pyrimme varmistamaan tulosten ajankohtaisuuden sekä rajaamaan tutkimusjoukkoa. Selkeiden laatukriteereiden avulla varmistimme mukaan otettujen alkuperäistutkimusten tieteellisyyden sekä luotettavuuden. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40; Kontio & Johansson 2007, 101.)

Keräsimme ja tiivistimme tutkimustulokset laadullisella sisällönanalyysillä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi pohtimalla tulosten vastaavuutta, siirrettävyyttä, vahvistettavuutta ja refleksiivisyyttä. Vastaavuudella tarkoitetaan tulosten totuudenmukaisuutta, eli kuvastavatko saadut tulokset todellista tilannetta. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten yleistettävyyttä toiseen ympäristöön. Vahvistettavuus merkitsee sitä, että lukija ymmärtää tutkimusprosessin kulun. Reflektiivisyys puolestaan vastaa tutkijan tai tutkimusryhmän jäsenten neutraaliutta omaa

tutkimustaan kohtaan. (Keckman 2015; Tuomi ym. 2009, 138-139.) Koko tutkimusprosessin ajan olemme toimineet tarkasti ja huolellisesti pyrkimyksenämme varmistaa tutkimuksen vastaavuus. Katsaukseen valitsemamme tutkimukset on tehty maissa, joiden terveydenhoitojärjestelmä on vastaavan tasoinen kuin Suomessa. Tämä omalta osaltaan varmistaa tulosten siirrettävyyttä. Toisaalta raskaana olevan kätilötyön tutkimustuloksissa korostuivat pääasiassa erityisryhmien laadukas hoito, mikä heikentää yleistettävyyttä raskaana olevan hoitotyöhön. Olemme kuvanneet koko tutkimusprosessin kulun huolellisesti ja tarkasti, minkä johdosta tutkimus on vahvistettavissa. Tutkimusryhmän ennako-oletukset ja -asenteet eivät ole missään vaiheessa vaikuttaneet tehtyihin valintoihin tai johtopäätöksiin. Aikaisemmat ammattikorkeakoulututkimuksemme ovat omalta osaltaan antaneet valmiuksia huolelliseen ja luotettavaan tutkimustyöskentelyyn. Ryhmän suuri koko sekä valinta- ja analysointivaiheessa tutkimusten päällekkäinen läpikäynti eri henkilöiden toimesta on lisännyt saatujen tulosten luotettavuutta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä ei ollut kenellekään ryhmämme jäsenistä entuudestaan tuttu. Syvennyimme aiheeseen itsenäisesti kirjallisuuden sekä aiemmin tehtyjen kirjallisuuskatsausten avulla. Tutkimusta kirjoittaessamme olemme arvioineet kaikkia käyttämiämme lähteitä kriittisesti ja käyttäneet vain luotettaviksi arvioimamme materiaalia.

## 9.2 Tutkimusprosessin sujuminen

Saimme idean tutkimuksemme aiheesta Oulun ammattikorkeakoulun kätilötyön lehtori Ulla Paanaselta alkuvuodesta 2016. Alkuvaiheessa tavoitteenamme oli tehdä tutkimus nopealla aikataululla ja saada opinnäytetyö valmiiksi vuoden 2016 aikana (liite 1). Työn tekeminen lähti sujumaan ripeästi ja tietoperustan kirjoitimmekin nopeasti. Tietoperustan kirjoittamista tuki samaan aikaan ajoittunut perheen hoitotyön opintojakso. Tiedon ja kirjallisuuden löytäminen laatua käsittelevään kirjallisuuteen oli haastavaa. Työn myöhemmissä tekovaiheissa kohtasimme haasteita muun muassa tutkimuskysymyksen asettelussa, alkuvaiheen ohjauksen saamisessa ja omien aikataulujen yhteensovittamisessa, minkä johdosta työn valmistuminen venyi alkuperäisestä suunnitelmasta.

Alkuperäistutkimusten hakuvaihe oli yllättävän aikaa vievä ja haastava. Hakukriteerien määrittäminen oli tärkeää, koska halusimme riittävästä laadukasta tutkimusaineistoa katsaustamme varten. Tähän vaiheeseen olisimme kaivanneet apua kirjaston informaatikolta, mutta koimme ettemme saaneet kaipaamaamme apua hakutermien muodostamista varten. Koimme tutkimuskysymyksemme olevan niin laaja, että tutkimusten karsiminen niin haku- kuin valintavaiheessakin vaati tarkkaa tarkastelua ja pohdintaa. Tutkimusta tehdessä opimme, että tutkimuksen aiheen, tarkoituksen

ja tavoitteen rajaaminen sekä tutkimuskysymyksen yksiselitteinen muodostaminen ovat tärkeitä vaiheita kirjallisuuskatsauksen tekemisessä. Ensimmäisiä tutkimushakuja tehdessämme jouduimme palamaan tutkimuskysymykseen ja muokkaamaan sitä selkeämmiksi.

Koimme, että kirjallisuuskatsaus mahdollisti työn tekemisen isommalla työryhmällä, koska työn jakaminen oli helppoa ja toisaalta työ oli mahdollista mitoittaa riittävän laajaksi. Menetelmä mahdollisti eri työvaiheiden tekemisen myös itsenäisesti, jolloin työ eteni sujuvasti. Työn aloitusvaiheessa mietimme erilaisia rajoituksia työlle. Lähtökohtaisesti meitä kiinnosti synnyttävän perheen kätilötyö, mutta koimme että se ei ole riittävän laaja viiden hengen työksi. Toisaalta koimme myös tärkeäksi selvittää kätilön roolia turvallisen ja laadukkaan raskauden ajan seurannan varmistamisessa. Siksi päädyimme käsittelemään työssämme synnyttävän perheen kätilötyön lisäksi myös raskaana olevan perheen hoitotyötä. Valitsemillamme hakutermeillä raskaana olevan perheen kätilötyön tulosanti jäi synnyttävän perheen kätilötyön tuloksia vähäisemmäksi.

### **9.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkokehitysmahdollisuudet**

Muusta Euroopasta poiketen Suomessa raskaana olevien seuranta hoitaa terveydenhoitajan tutkinnon saanut ammattilainen. Terveydenhoitaja ei kuitenkaan ole samalla tavalla raskaana olevan, synnyttävän tai synnyttäneen naisen eikä naisen hoitotyön asiantuntija kuin kätilö, vaan hänen keskeisintä osaamisaluettaan on yksilön, perheen ja yhteisön terveyden edistäminen. Kätilön tutkinto antaa lähtökohtaisesti laajemman osaamisen raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen perheen hoitotyöhön kuin terveydenhoitajan tutkinto. Tutkimuksemme tulosten perusteella raskaana olevat ja synnyttävät kokivat hoidon olevan laadukasta silloin, kun heitä hoitivat samat ammattitaitoiset kätilöt raskauden alusta loppuun saakka. Olisikin syytä pohtia, miksi tällainen toimintamalli ei ole Suomessa valtakäytäntönä.

Viime vuosikymmeninä synnytysyksiköiden määrää on vähennetty huomattavasti. Yksiköiden vähentämistä ja synnytysten keskittämistä isompiin sairaaloihin on perusteltu synnytysten turvallisuusnäkökohdilla. Kuitenkin myös opinnäytetyömme tulosten mukaan synnyttäminen pienemmissä kätilöjohtoisissa yksiköissä tai kotona nähdään yhtä turvallisenä kuin sairaalassa erityisesti matalan riskin raskauksissa. Raskauden seurannassa ja riskien arvioinnissa sekä komplikaatioiden ennalta ehkäisemisessä kätilöt koetaan yhtä osaavina ammattilaisina kuin synnytyslääkäritkin. Näemme, että Suomessa tulisi entistä enemmän hyödyntää ja arvioida kokemuksia maista, joissa kätilöjoh-

toisia yksiköitä ja kotisyntytyksiä pidetään yhtä turvallisina kuin synnyttämistä synnytyssairaloissa. Esimerkiksi Pohjois-Norjan ja Iso-Britannian maaseudun olosuhteet, joissa suositaan pieniä yksiköitä, ovat verrattavissa Suomen maantieteellisiin oloihin.

Vaikka kliiniset taidot ovat tärkeä osa kätilön ammattitaitoa, tutkimustulosten valossa vahvistui kätilön läsnäolon, vuorovaikutuksen ja empaattisuuden merkitys hoitotyön laadulle. Kätilön koulutusvalinnoissa ja koulutuksessa on pidettävä yllä ja kehitettävä ei vain kliinisten taitojen oppimista, vaan myös vuorovaikutustaitojen hallitsemista. Nämä näkökohdat tulisi huomioida myös tulevissa kätilön koulutuksen muutoksissa. Saamamme tutkimustulokset korostivat muun muassa luonnollisen synnytyksen mahdollistamista, kätilön läsnäoloa niin raskauden kuin synnytyksenkin aikana sekä kätilöjohtoisuuden etuja laatutekijöinä. Monet tulosten kannustamat laadukkaat kätilötyön käytännöt eivät ole käytössä Suomessa. Olisi mielenkiintoista tutkia sitä, kuinka laajasti nämä käytännöt todellisuudessa toteutuvat muissa Euroopan maissa.

## LÄHTEET

American Association of Birth Centers. 2016. What is a Birth Center? Viitattu 14.2.2016, [http://www.birthcenters.org/?page=bce\\_what\\_is\\_a\\_bc](http://www.birthcenters.org/?page=bce_what_is_a_bc).

Aveyard, H. 2010. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide. 2nd edition. Glasgow: The McGraw-Hill Companies.

Babycentre. 2017. All about birth centres. Viitattu 14.9.2017, <http://www.babycentre.co.uk/a548986/all-about-birth-centre>.

Beake, S., Acosta, L., Cooke, P. & McCourt, C. 2013. Caseload midwifery in a multi-ethnic community: The women's experiences. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23415359>.

Bebesinfo. 2016a. Synnytys. Viitattu 14.9.2017, [http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=3](http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=3).

Bebesinfo. 2016b. Synnytyspaikan valinta. Viitattu 24.01.2016, [http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=232](http://www.bebesinfo.fi/sivu.php?artikkeli_id=232).

Bildjuschkin, K., Klemetti, R., Kulmala, T., Luoto, R., Nipuli, S., Nykänen, M., Parekh, S., Raussi-Lehto, E. & Surcel, H-M. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Viitattu 12.2.2016, [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL\\_OPAS33\\_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3).

Butler, M. M., Sheehy, L., King-ton, M., Walsh, M. C., Brosnan, M. C., Murphy, M., Naughton, C., Drennan, J. & Barry, T. 2014. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25554699>.

Cheyne, H., Dalgleish, L., Tucker, J., Kane, F., Shetty, A., McLeod, S. & Niven, C. 2012. Risk assessment and decision making about in-labour transfer from rural maternity care: a social judgment and signal detection analysis. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23114289>.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU (niin sanottu ammattipätevyysdirektiivi). 28.12.2013/2013/55/EU.

Fink, A. 2005. Conducting Research Literature Reviews: From the Internet to the Paper. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Gustafsson, H., Leino-Kilpi, M-L., Papastavrou E., Suhonen, R., & Tsangari, H. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25 (2), Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy, 80-91.

Gärtner, F., Freeman, L., Rijnders, M., Middeldorp, J., Bloemenkamp, K., Stiggelbout, A. & van den Akker-van Marle, M. E. 2014. A comprehensive representation of the birth-experience: identification and prioritization of birth-specific domains based on a mixed-method design. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24758274>.

Haapio, S. & Pietiläinen, S., 2015. Perhe- ja synnytysvalmennus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Publishing Oy, 208-214.

Haarala, P. 2014. Terveystenhoitajan ammatillisen osaamisen kuvaus. Terveystenhoitajakoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Metropolia AMK. Viitattu: 28.1.2016, [http://www.metropolia.fi/fileadmin/user\\_upload/Sosiaali\\_ ja\\_ terveyst/ Terveystenhoitoty%C3%B6/Terveystenhoitajan\\_ ammatillisen\\_ osaamisen\\_ kuvaus.pdf](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Sosiaali_ ja_ terveyst/ Terveystenhoitoty%C3%B6/Terveystenhoitajan_ ammatillisen_ osaamisen_ kuvaus.pdf).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Synnytys. Viitattu 29.1.2016, <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/synnytys/Sivut/default.aspx>.

Hermansson, E. & Mårtensson, L. 2011. Empowerment in the midwifery context — a concept analysis. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20932613>.

Hildingsson, I., Cederlöf, L. & Widén, S. 2011. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21216684>.

Höglund, B. & Larsson, M. 2015. Midwives' comprehension of care for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: An open-ended questionnaire study in Sweden. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25819511>.

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Isojärvi, J. 2011. Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO-asetelma informaation työkaluna. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.6.2016, <http://www.bmf.fi/file/view/PICO-asetelma+informaation+ty%C3%B6kaluna.pdf>.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, 3-9.

Jouhki, M-R. 2017. Yhdessä oleminen, toimiminen ja yhteyden tunteminen. Perheen kokemus lapsen syntymisestä kotona. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.6.2017, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0410-2>.

Jussila, K., Lithovius-Eero, T. & Löhonen, A. 2011. Synnyttäminen kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä - kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu Oy. Viitattu 10.2.2016, <http://www.theseus.fi/handle/10024/38788>.

Kansallinen Terveysarkisto (Kanta). 2016. Kanta-palvelut. Viitattu 8.6.2016, <http://www.kanta.fi/kanta-palvelut>.

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.9.2017, [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL\\_OPA2013\\_029\\_verkko.pdf?sequence=3](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=3).



Karttunen, P. & Vallimies-Patomäki, M. 2015. Kätilökoulutukselle uusi suunta – selvitys rakennevaihtoehtoista. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2015:11. Viitattu 27.1.2016, <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2015/liitteet/tr11.pdf?lang=fi>.

Keckman, A. 2015. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys (pohdinta). Sisäinen lähde. Viitattu 12.9.2017, <https://oiva.oamk.fi/utills/opendoc.php?aWRfZG9rdW1lbnR0aT0xNDMwNzc3OTg2>.

Kelly, C., Alderdice, F., Lohan, M. & Spence, D. 2013. 'Every pregnant woman needs a midwife' — The experiences of HIV affected women in maternity care. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23149240>.

Keski-Kohtamäki, R. 2015. Päihteet ja raskaus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 439-450.

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.

Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. 2012. 'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21237541>.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum Media Oy.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, 2.

Lindgren, H. E., Brink, Å. & Klinberg-Allvin, M. 2011. Fear causes tears - Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034711/pdf/1471-2393-11-6.pdf>.

Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. R. & Roth, C. 2014. Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an innercity area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24820003>.

Martjin, L., Jacobs, A., Amelink-Verburg, M., Wentzel, R., Buitendijk, S. & Wensing, M. 2013. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219453/pdf/1471-2393-13-219.pdf>.

McNeill, J., Lynn, F. & Alderdice, F. 2012. Public health interventions in midwifery: a systematic review of systematic reviews. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23134701>.

Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. MBA-tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 8.6.2016, [http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma\\_suomalaisessa\\_terveydenhuollossa.pdf](http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf).

National Institute for Health and Care Excellence. 2014. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth (CG190). Clinical guideline. United Kingdom.

Norum, J., Heyd, A., Hjelseth, B., Svee, T., A Murer, F., Erlandsen, R. & Vonen, B. 2013. Quality of obstetric care in the sparsely populated sub-arctic area of Norway 2009–2011. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847544>.

Nyman, V., Bondas, T., Downe, S. & Berg, M. 2013. Glancing beyond or being confined to routines: Labour ward midwives' responses to change as a result of action research. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23566557>.

Paananen, U. 2015. Kätilötyön historia. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 16-25.

Paananen, U. & Väyrynen, P. 2015. Kätilötyön etiikka. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 26-30.

Paavonen, J. & Surcel, H-M. 2015. Raskaudenaikaiset infektiot. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 470-476.

Paeglis, C. 2012. Governance in midwifery. Teoksessa S. Macdonald & J. Magill-Cuerden (toim.) Mayes' Midwifery. Edinburgh: Elsevier Limited.

Pienimaa, A-K. 2014. Kätilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kätilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Metropolia AMK. Viitattu: 11.1.2016, [http://www.metropolia.fi/fileadmin/user\\_upload/Sosiaali\\_ja\\_terveys/K%C3%A4til%C3%B6ty%C3%B6/Katil%C3%B6n\\_ammattillisen\\_osaamisen\\_kuvaus.pdf](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Sosiaali_ja_terveys/K%C3%A4til%C3%B6ty%C3%B6/Katil%C3%B6n_ammattillisen_osaamisen_kuvaus.pdf).

Pienimaa, A-K. & Raussi-Lehto, E. 2015. Kätilön osaaminen. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 31-40.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015a. Raskauden ajan muutokset. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 161-169.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015b. Raskauden seuranta, ohjaus ja neuvonta. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 152-157.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015c. Raskaudenaikaiset määräraikaistarkastukset. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 170-175.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015d. Raskaudenaikaiset terveystarkastukset ja seulonnat. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 176-183.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015e. Raskausajan seuranta äitiysneuvolassa. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 158-160.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015f. Raskausajan terveysneuvonta. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 180-190.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015g. Synnytyksen käynnistyminen. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 203-207.

Pietiläinen, S., Väyrynen, P. & Stefanovic, V. 2015. Kohdun kasvun seuranta ja sikiön tilan arviointi. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 191-202.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, 46-57.

Raudaskoski, T. 2011. Monisikiöinen raskaus. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 428-434.

Raussi-Lehto, E. 2015a. Matalan riskin synnytyksen määritelmä. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 216.

Raussi-Lehto, E. 2015b. Monisikiöinen raskaus ja synnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 499-510.

Raussi-Lehto, E. 2015c. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 221-243.

Raussi-Lehto, E. 2015d. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 248-281.

Raussi-Lehto, E. 2015e. Syntymänaikainen kätilötyö. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 217-220.

Raussi-Lehto, E., Gissler, M., Rämö, A., Klemetti, R. & Hemminki, E. 2013. Äitiysneuvolatyo on järjestetty hajanaisesti. Suomen lääkäri-lehti 68 (38), 2364-2369b.

Raussi-Lehto, E., Hemminki, E., Gissler, M., Heinonen, S., Honkanen, V., Hämäläinen, T., Klemetti, R., Kukko, S-K., Tapper, A-M. & Virtanen, T. 2015. Äitiysneuvolat muuttuvassa terveydenhuollossa – Ehdotuksia rakenteiden uudistamiseksi 2015. Työpaperi 17/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Raussi-Lehto, E, Jouhki, M-R. 2015. Suunniteltu kotisyntyty. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 286-288.

Raussi-Lehto, E., Regushevskaya, E., Gissler, M., Klemetti, R. & Hemminki, E. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. Kyselytutkimuksen peruseraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.2.2016, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085523>.

Rowe, R., Kurinczuk, J., Locock, L. & Fitzpatrick, R. 2012. Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23153261>.

Ryynänen, M. 2015. Sikiödiagnostiikka. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 360-370.

Saarikoski, S. 2011. Synnytyksen käynnistyminen ja raskauden keston häiriöt. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 396-412.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 25.5.2016, [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf).

Sariola, A. & Tikkanen M. 2011a. Normaali raskaus. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 308-314.

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

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2016. Epäsäännöllinen synnytys. Viitattu 14.9.2017, <http://www.satshp.fi/sairaanhoito/raskaus-ja-synnytys/epasaannollinen-synnytys/Sivut/default.aspx>.

Sekki, A. & Niemi, M. 2016. Menesty yrittäjänä - 68 käytännön ohjetta. Helsinki: Talentum Pro.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2017. Hoitoon pääsy. Viitattu 17.9.2017, [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/hoitoon\\_paasy](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/hoitoon_paasy).

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä valtiovarainministeriö. 2016. Sote-uudistuksen tavoitteet. Viitattu 27.1.2016, <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakoh-  
taisista edellytyksistä 23.9.2014/782.

Stefanovic, V. 2015. Uhkaava ennenaikainen synnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 459-469.

Stefanovic, V. & Ylikorkala, O. 2011. Raskaushepatoosi ja muut maksasairaudet raskauden ai-  
kana. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kus-  
tannus Oy Duodecim, 422-427.

Suhonen, R. & Stolt, M. 2013. Potilaslähtöisen laadun arvioinnin strategiset lähestymistavat. Teok-  
sessa W. Gröndahl & H. Leino-Kilpi (toim.) Potilaslähtöinen hoidon laatu – näkökulmia arviointiin.  
Turku: Turun yliopisto, 9-10.

Suomen kuntaliitto. 2011. Terveystuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu  
14.9.2017, [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2597](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597).

Suomen Kätilöliitto. 2017. Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiaan: STM 068:00/2015. Viitattu 17.9.2017, [http://www.hare.vn.fi/Uploads/30041/408151/LAUSUNTO\\_20170328063509\\_408151.pdf](http://www.hare.vn.fi/Uploads/30041/408151/LAUSUNTO_20170328063509_408151.pdf).

Tapper, A-M. 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.2.2016, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3168-8>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Laatu. Viitattu. 14.9.2017, <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Potilasturvallisuus. Viitattu 17.9.2017, <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa K. Johanson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, 10-45.

Uotila, J. 2015a. Imukuppisyntytyt. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 579-584.

Uotila, J. 2015b. Jälkeisvaiheen häiriöt. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 557-564.

Uotila, J. 2015c. Keisarinleikkaus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 574-578.

Uotila, J. 2015d. Krooniset sairaudet ja raskaus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 406-414.

Uotila, J. 2015e. Pihtisynnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 585-586.

Uotila, J. 2015f. Riskiraskauden ennakointi ja toteutus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 352-359.

Uotila, J. 2015g. Riskisynnyttäjä. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 376-384.

Uotila, J., Ojala, R., Kukko, S-K., Laihonen, H., Nieminen, K. & Tomas, E. 2015. Mittariston kehittäminen hoitoprosessin arvioimiseksi. Lääkärilehti 11.12.2015, 3465-3466.

Vuori, E., Gissler, M. 2015. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2015. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 1996. Care in normal birth: a practical guide. Safe Motherhood. Viitattu 20.1.2016, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf).

Younger, M., Hollins-Martin, C. & Choucri, L. 2015. Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25066895>.

Zinsser, L. A., Stoll, K. & Gross, M.M. 2016. Midwives' attitudes towards supporting normal labour and birth – A cross-sectional study in South Germany. Viitattu 10.6.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27321726>.

Äimälä, A-M. 2015a. Matkasynnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 385-386.

Äimälä, A-M. 2015b. Perätilaraskaus ja –synnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 490-498.



Äimälä, A-M. 2015c. Verenvuoto raskauden aikana. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy, 451-458.

Opinnäytetyön työvaihe	Kuukaudet, vuosi 2016												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Suunnitelman laadinta	■	■	■	■									
Tietoperustan kirjoittaminen	■	■	■	■									
Tutkimussuunnitelman laatiminen, tutkimuskysymysten asettaminen		■	■	■	■								
Tutkimusten haku ja valinta otsikoiden perusteella					■	■							
Tutkimusten valinta tiivistelmien perusteella					■	■							
Tutkimusten valinta laadunarvioinnin perusteella						■	■						
Kokotekstien lukeminen ja tulosten kokoaminen							■	■	■				
Johtopäätökset								■	■	■			
Opinnäytetyön esityksen laatiminen									■	■	■		
Pohdintakappaleen valmistelu, asioiden kirjaaminen koko työskentelyn ajan	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Raportin viimeistely											■	■	
Itse-, vertais- ja ohjaajan arvioinnit												■	■

<b>P = Population / Patient / Problem</b>	<b>I = Intervention</b>	<b>C = Comparison</b>	<b>O = Outcome</b>
(Terveys)ongelma ja / tai potilasryhmä jota tutkitaan.	Tutkittava interventio ja / tai menetelmä, jolla (terveys)ongelmaan pyritään vaikuttamaan.	Vaihtoehtoinen menetelmä, johon tutkittavaa menetelmää verrataan.	Menetelmän tuottamat (terveys)tulokset, joita halutaan selvittää.
Pregnant	Midwifery		Quality
Maternity			
Labor			
Labour			
Birth			
Birthgiving			
Childbirth			
Delivery			
Parturition			
Pregnancy			
Antenatal			
Prenatal			
Parturient			
Perinatal			

Tutkimuksen nimi	Tekijä(t), tutkimuspaikka ja julkaisu vuosi	Aineisto, aineiston keruu	Menetelmä	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
A comprehensive representation of the birth-experience: identification and prioritization of birth-specific domains based on a mixed-method design	Gärtner, F., Freeman, L., Rijnders, M., Middeldorp, J., Bloemenkamp, K., Stiggelbout, A. & van den Akker-van Marle, M. E.  Alankomaat 2014	Kolmivaiheinen (mixed-method design) aineistonkeruu: 1) synnytyskokemuksena vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen kirjallisuuskatsauksen ja tietyn kohde-ryhmän (9 raskaana olevaa, 13 synnyttänyttä ja 7 puolisoa) sekä asiantuntijalauseintojen (55) avulla	3 eri menetelmää: 1) Laadullinen tutkimus, jossa käytettiin kirjallisuuskatsaus-tutkimusta ja online-kyselyitä. 2) Määrällinen kyselytutkimus, jolla arvioitiin synnytyksen ja syntymän merkitystä. 3) Asiantuntijaryhmän keskustelut tärkeimpien tekijöiden	Tutkimuksessa muodostettiin seitsemän tärkeimmäksi koettua tekijää, jotka vaikuttavat naisen kokonaiskokemukseen synnytyksestä. Nämä tekijät olivat:  1) ammattitaitoisen henkilökunnan läsnäolo/saataavuus 2) henkilökunnan tuki 3) tiedon tarjoaminen 4) henkilökunnan vaste tarpeisiin ja pyyntöihin 5) turvallisuudentunne 6) huoli lapsen terveydestä 7) koettu viive ennen lapsen näkemistä/saamista kontaktiin

		<p>2) tärkeimpien tekijöiden valitseminen kyselyn avulla. Kyselyyn vastasi 96 naista ja 89 ammattilaista (56% kätilöitä)</p> <p>3) naisen kokonaiskokemukseen synnytyksestä vaikuttavien tekijöiden lopullinen valinta asiantuntijaryhmän keskustelussa</p>	lopulliseen valintaan.	<p>Tutkimuksen aikana selvisi myös, että henkilökunnan käytös ja asenteet sekä äidin luottamuksen- ja turvallisuudentunteet olivat tärkeämpiä synnytyskokemukseen vaikuttavia asioita, kuin itse synnytyksen sujuminen tai siihen liittyvät lääketieteelliset tai ympäristötekijät.</p> <p>Tutkimuksessa havaittiin myös, että synnyttäneiden ja ammattihenkilökunnan näkemykset synnytyskokemukseen vaikuttavista tekijöistä erosivat jonkin verran toisistaan. Naiset pitivät ammattihenkilön läsnäoloa ja tukea tärkeämpänä, kuin mitä ammattihenkilöt itse ajattelivat.</p> <p>Tutkijoiden mukaan, määritellyjä tekijöitä on mahdollista käyttää tarkistuslistana synnytyksen hoidon aikana.</p>
Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis	Martjin, L., Jacobs, A., Amelink-Verburg, M., Wentzel, R., Buitendijk, S. and Wensing, M.	71 Alankomaiden terveydenhuollon tarke- kustavirastoon raportoitua loppuras- kauden kriittistä ta-	Syy-seurausana- lyysi, jossa huomioi- tiin viisi laajaa osa- aluetta: terveyden- huollon organisaa-	Hoitotuloksiin negatiivisesti vaikuttivat selvityksen mu- kaan terveydenhuollon/seurannan epätarkoituksenmu- kainen järjestäminen, terveydenhuoltohenkilöiden välinen kommunikointi/sen puutteet, puutteet lähetekäytännöissä,

	Alankomaat 2013	pausta perusterveydenhuollossa. Näistä 29 kätilöiden hoitamia ja 42 myöhemmin sairaalahoidossa ollutta.	tio, viestintä terveydenhuollon tarjoajien välillä, potilaan riskitekijät, hoidon toteutus ja tulokset.	<p>puutteet/ongelmat puhelimen välityksellä suoritettussa riskinarvioinnissa sekä puutteet virka-ajan ulkopuolella tapahtuneessa hoidossa.</p> <p>Tutkimuksen perusteella nähtiin tärkeänä myös maantieteellinen näkökulma terveydenhuollon ammattihenkilöiden saatavuuden suhteen ja se, että ammattihenkilö olisi riittävän lähellä raskaana olevaa, jotta tilanteen arviointi ongelmatilanteissa olisi mahdollista 15 minuutin sisällä avun pyytamisestä/yhteydenotosta.</p> <p>Tutkimuksen mukaan rutiinomainen tiedon kerääminen on tärkeää, jotta kriittisten tapahtumien syiden analysointi ja sen perusteella käytänteiden kehittäminen myöhemmin on mahdollista. Samalla kätilöt pystyvät parantamaan hoidon laatua, kun ovat tietoisia turvallisuusriskeistä.</p> <p>Tulosten mukaan tulkin käyttö ehkäisee mahdollisia kielestä johtuvia kommunikointiongelmia.</p>
--	-----------------	---	---	--

				Terveydenhuollon ammattilasten tulee olla koko ajan tietoisia siitä, että riskitön raskaus voi muuttua komplisoituneeksi raskaudeksi.
Quality of obstetric care in the sparsely populated sub-arctic area of Norway 2009–2011	Norum, J., Heyd, A., Hjelseth, B., Svee, T., A Murer, F., Erlandsen, R. and Vonen, B.  Norja 2013	Norjassa eri tavoin toteutettua synnytysten hoidon laatua arvioitiin analysoimalla seuraavien asioiden esiintyvyyttä: monisyntyneisyys, keisarileikkaukset, sektion jälkeiset haavainfektiot, apgar-pisteet <7, syntymäpaino <2,5kg, välilihan repeämät, kuolleena syntyneet, eklampsia, raskauden aiheut-	Retrospektiivinen tutkimus	Tutkimuksen johtopäätöksenä selvisi, että raskausajan seuranta ja synnytysten hoito ovat Pohjois-Norjassa yhtä laadukkaita kuin muuallakin Norjassa. Eroja havaittiin seuraavissa asioissa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pihti- ja imukuppiavusteisia synnytyksiä oli pohjoisessa vähemmän</li> <li>• alle 2,5 kg syntyessään painaneita oli pohjoisessa enemmän, tähän eräänä taustatekijänä nähtiin tupakoivien äitien suurempi osuus Pohjois-Norjan väestössä</li> <li>• keisarileikkauksen jälkeisiä haavainfektioita tavattiin pohjoisessa enemmän kuin muualla</li> <li>• Pohjois-Norjassa havaittiin vähemmän välilihan repeämiä, mikä saattoi johtua vähäisestä imukupin ja pihtien käytöstä ja pienistä vauvoista</li> </ul>

		<p>tama diabetes ja imukuppi- tai pihtiavustettu ulosautto.</p> <p>Tutkimuksessa vertailtiin pohjois-norjalaisten raskaana olevien ja synnyttäjien hoidon laatua muuhun Norjaan verrattuna. Tiedot kerättiin Norjan syntymärekisteristä vuosilta 2009-2011.</p>		<p>Tutkimuksessa myös todettiin, että synnytyspaikan valintaan käytettävät kansalliset valintaperusteet vaikuttavat toimivan hyvin, koska synnytyksen laatua mittaavat tulokset olivat yhtä hyviä koko valtakunnan tasolla.</p>
<p>Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study</p>	<p>Rowe, R., Kurinczuk, J., Lockcock, L. and Fitzpatrick, R.</p> <p>Englanti 2012</p>	<p>Haastateltiin 30 yli 18-v. naista Englannissa, jotka saivat siirtopäätöksen kättilöjohtoisesta synny-</p>	<p>Laadullinen haastattelututkimus, jossa käytettiin puoli- ja strukturoituja haastatteluja.</p>	<p>Ennen siirtopäätöstä kättilöt koettiin tukea tarjoavina ja luonnollista synnytystä tukevin.</p> <p>Synnyttäjät kokivat tullessaan huolehdituiksi ja tuetuiksi. Synnyttäjän ja puolison huomioiminen ja mukaan ottami-</p>



		<p>tysyksiköstä synnytyssairaalaan synnytyksen aikana tai heti synnytyksen jälkeen. Haastattelut tehtiin maaliskuun 2009 ja maaliskuun 2010 välisenä aikana.</p>		<p>nen pienillä sanallisilla ja sanattomilla teoilla nähtiin tärkeäksi erityisesti synnytyskipujen aikana. Kätilön koettiin olevan tietoinen ja ymmärtävän synnyttäjän tarpeita.</p> <p>Useimmat haastatelluista kuvasivat vuorovaikutusta kätilöiden kanssa positiiviseksi. Synnyttäjän ja kätilön välisen vuorovaikutuksen puutteet (kyvyttömyys kommunikoida ja saada tarpeensa kuuluville) koettiin lannistavana ja stressaavana.</p> <p>Siirtopäätöstä tehtäessä, synnyttäjän oma vaikutusmahdollisuus ja mukana olo päätöksenteossa ja siitä keskustellessa koettiin pettymystä lievittävänä tekijänä. Luottamuksen muodostaminen kätilöön heti synnytyksen alusta alkaen koettiin hyvänä, tällöin myös siirtopäätöstä tehtäessä ja sitä perusteltaessa kätilö koettiin luotettavana henkilönä. Hätätilanteissa (siirtopäätös) selkeiden perusteluiden ja tiedon antaminen koettiin tärkeäksi.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Tiedonsaanti nähtiin tärkeäksi ylipäänsä kaikissa tilanteissa.</p> <p>Epämiellyttävänä yllätyksenä koettiin kätilön vaihtuminen siirron jälkeen, erityisesti silloin, kun tämä ei ollut ennalta synnyttäjän tiedossa. Saman kätilön jatkaminen synnytyksen hoitajana myös siirron jälkeen koettiin hyvänä asiana.</p> <p>Siirtotilanteessa raportin antamisen aikana kätilöiden tiedonsiirto synnyttäjän luona/yhdessä synnyttäjän kanssa koettiin erityisen positiiviseksi asiaksi.</p> <p>Synnytyksen jälkeen synnyttäjät pitivät tärkeänä, että heille tarjottaisiin tilaisuutta keskustella synnytyksestä, sen kulusta ja siirtoon johtaneista tapahtumista kätilön tai lääkärin kanssa. Naiset halusivat käydä synnytyksen läpi, jotta saivat keskustella asioista, jotka olivat jääneet mietittämään.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Tutkimuksen perusteella tulisi kiinnittää huomioita siihen, että synnyttäjille tuotaisiin jo raskausaikana esiin mahdollisuus, että tilanteen niin vaatiessa joudutaan siirtymään eri tason synnytysyksikköön.</p> <p>Näyttäisi siltä, että naisilla on vaikeuksia ottaa vastaan tietoa mahdollisista riskeistä ja komplikaatioista raskauden aikana.</p> <p>Tutkimuksen mukaan myös itse siirtovaiheeseen (ambulanssissa) tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta synnyttäjä kokisi tulevansa paremmin kuulluksi ja hänen toiveensa huomioiduksi myös kuljetuksen aikana.</p>
Public health interventions in midwifery: a systematic review of systematic reviews	McNeill, J., Lynn, F. & Alderdice, F.  Irlanti 2012	Tutkijat suorittivat kirjallisuushaun useista eri tietokannoista. Katsausten valintakriteereinä oli julkaisuvuosi 1999 tai uudempi, englannin kieli	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	<p>Tutkimuksessa nostettiin esille seuraavat vaikuttavat kätilötyön interventiot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kaksivaiheinen ultraääniseulonta</li> <li>• gynekologisten infektioiden seulonta raskaana olevilta</li> </ul>

		<p>ja OECD-maa. Kar- sinnan ja laadunarvi- oinnin jälkeen tutki- mukseen hyväksyttiin 36 korkealaatuista kansainvälistä kat- sausta, joista 20 kä- sitteli raskausaikaan, 5 synnytystilantee- seen ja 11 synnytyk- sen jälkeiseen aikaan kohdistuvia terveyttä edistäviä kätilötyön interventioita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opaslehtisten ja videotallenteiden käyttäminen päätöksenteon tueksi seulontoihin osallistumisesta</li> <li>• foolihappo-, rauta-, monivitamiini- ja kalsiumlisät raskausaikana</li> <li>• kätilöjohtoinen raskauden ajan seuranta</li> <li>• emotionaalinen tuki raskaana oleville, joita uhkaa ennenaikainen synnytys tai sikiö on pienikasvui- nen</li> <li>• tupakoinnin lopettamiseen kannustaminen</li> <li>• lantionpohjan lihasten jumpan ohjaus</li> <li>• vesisynnytys ja sen mahdollistaminen</li> <li>• jatkuva kätilön antama tuki ja läsnäolo synnytyk- sen aikana</li> </ul> <p>Vaikka katsauksen mukaan moni interventio on jo laajalti käytössä, on edelleen vaikuttavia interventioita, jotka eivät ole jalkautuneet käytäntöön. Katsauksen perusteella suositellaan vahvempaa yhteistyötä klinikoiden ja tutki- mus- sekä koulutusyhteisöjen välillä. Lisäksi suositellaan,</p>
--	--	---	--

				että terveydenhoitoalan opiskelijat jo koulutusaikanaan perehtyvät ajantasaisiin katsauksiin näyttöön perustuvan tiedon saamiseksi käytäntöön.
Risk assessment and decision making about in-labour transfer from rural maternity care: a social judgment and signal detection analysis	Cheyne, H., Dalglish, L., Tucker, J., Kane, F., Shetty, A., McLeod, S. & Niven, C.  Iso-Britannia 2012	Kolmivaiheinen aineistonkeruu: 1) 20 kätilöä ja 4 obstetrikkoa kuvasivat tetrakkoja, jotka vaikuttivat siirtopäätösten tekemiseen 2) ensimmäisessä vaiheessa kerätyn tiedon pohjalta muodostettiin lyhyitä kuvauksia erilaisista synnytysenaikaisista siirtopäätökseen johtaneista tilanteista	Laadullinen tutkimus	Tutkimuksessa ei löydetty merkittäviä eroja kätilöiden ja obstetrikkojen välillä riskinarviointia ja siirtopäätöstä tehtäessä. Samoilla tilannetiedoilla molempien päätökset olivat yhteneväisiä.  Tutkimuksessa havaittiin, että kliiniset seikat – erityisesti sikiön hyvinvointi – olivat merkittävimpiä päätöksenteon vaikuttavia tekijöitä.  Kätilöiden tekemiin päätöksiin synnyttäjän siirrosta vaikutti se kuinka kaukana kätilöiden johtamat synnytysyksiköt olivat sairaaloista.  Samana yksikön kätilöiden siirtopäätöksien välillä havaittiin eroavaisuuksia. Jotkut siirsivät herkemmin kuin toiset. Vastaava ero havaittiin myös obstetrikkojen siirtopäätöksissä. Tutkimuksen mukaan klinikot ovat samaa mieltä

		<p>3) toisessa vaiheessa muodostetut tilannekuvaukset esitettiin 122 kätilölle ja 12 obstetrikolle, joita pyydettiin tekemään kuvauksen perusteella siirto- tai siirtämättäjäätämispäätös. Eri tutkimusmenetelmiä hyödyntäen arviointiin lopuksi tekijöitä ja niiden painotuksia, jotka vaikuttivat osallistujien kykyyn erottaa korkean ja matalan riskin tapaukset toisistaan.</p>		<p>riskeistä, mutta toimivat siirtopäätöstä tehdessään eri tavoin, koska kokevat ja painottavat riskejä eri tavalla.</p>
--	--	--	--	--

<p>Fear causes tears - Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study</p>	<p>Lindgren, H. E., Brink, Å. &amp; Klinberg-Allvin, M.  Ruotsi 2011</p>	<p>20:n kotisynnytyksiä 1-29 vuotta hoitaneen kättilön haastattelu. Haastattelut nauhoitettiin ja analysoitiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Tutkimuksen perusolettamus aiempiin muihin tutkimuksiin pohjautuen oli välilihan vaurioiden pienempi esiintyvyys suunnitelluissa kotisynnytyksissä kuin muissa. Tämän tutkimuksen perusteella kättilöt näkivät seuraavat kättilötyöhön liittyvät tekijät suunnitelluissa kotisynnytyksissä välilihan repeämiltä suojaavina seikkoina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• huolellinen tutustuminen synnyttäjän obstetrisiin esitietoihin, synnytysuunnitelmaan ja pariskunnalta saatuihin tietoihin</li> <li>• synnytysympäristön muodostaminen miellyttäväksi ja rentoutumisen mahdollistavaksi - koti tutuna paikkana auttoi synnyttäjiä tuntemaan olonsa rentoutuneeksi</li> <li>• synnyttäjän turvallisuudentunne ja rentoutuminen lihasjännitystä vähentävänä tekijänä</li> <li>• synnyttäjän pelkojen läpikäynti keskustelemalla auttoi kättilöä tunnistamaan pelot sekä muodostamaan luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiiriin kättilön ja synnyttäjän välille</li> </ul>
--	--	--	-----------------------------	---

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• kättilön aikaisempi kokemus välilihan repeämistä ja niiden riskitekijöistä - vanhemman kättilökollegan tuki ja mentorointi koettiin tärkeänä</li> <li>• synnytyksen luonnollisen etenemisen mahdollistaminen normaalista poikkeavat viiveet huomioiden</li> <li>• yhteen synnyttäjään täysipainoisesti keskittyminen ja jatkuva läsnäolo synnyttäjän luona</li> <li>• synnyttäjän voimaannuttaminen ja tukeminen erityisesti haastavilla hetkillä</li> <li>• luonteva ilmapiiri ja avoin kommunikointi sekä synnyttäjän, että puolison kanssa</li> <li>• synnyttäjän kannustaminen luontevimmalta tuntuvaan ponnistusasettoon, mikä useimmiten oli muu kuin selällään olo</li> <li>• erityisesti ensisynnyttäjillä ponnistusvaiheessa vauvan pään huolellinen ohjaaminen pään rauhalliseen syntymiseen</li> <li>• välilihan tukeminen lämpimillä kääreillä</li> <li>• kättilöiden parityöskentely kotisynnytyksissä</li> </ul>
--	--	--	--	---



<p>Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy</p>	<p>Butler, M. M., Sheehy, L., Kington, M., Walsh, M. C., Brosnan, M. C., Murphy, M., Naughton, C., Drennan, J. &amp; Barry, T.  Irlanti 2014</p>	<p>Vuoden aikana synnyttäneistä matalan riskin synnyttäjistä valittiin satunnaisesti 300, joista 8 karsiutui pois poissulkukriteerien mukaisesti. Näiden 292:n synnyttäneen tiedot haettiin potilastietojärjestelmästä ja heille lähetettiin kysely. Kyselyyn vastasi 186 synnyttäjää, joista 87 oli synnyttänyt kätilöjohtoisessa yksikössä ja 99 muualla. Lopuksi ryhmä- ja yksilöhaastattelu tehtiin 9:lle kyselyyn vastanneista.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Normaalin raskauden seuranta ja synnytyksen hoito on yhtä laadukasta niin kätilöjohtoisessa, kuin obstetrikköjohtoisessa yksikössäkin.</p> <p>Kätilöjohtoisia yksiköitä puolsivat seuraavat havainnot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vähäisempi tarve lähetteen tekemiselle sairaalaan raskausaikana</li> <li>• imetys synnytyksen jälkeen yleisempää</li> <li>• varhaisempi ensikontakti raskaudenseurantaan</li> <li>• raskaana olevien kokemus saada enemmän tarvitsemaansa tietoa</li> <li>• raskaana olevien kokemus saamastaan hoidosta myönteisempi</li> <li>• lyhyemmät odotusajat hoitoon pääsyyn</li> <li>• synnytyksen luonnollisena pitäminen</li> <li>• hoidon yksilöllisyys</li> <li>• vastaanottoympäristön miellyttävyys</li> </ul> <p>Tutkimuksen mukaan kätilöitä pidettiin luotettavina ja luottamusta herättävinä. Kätilöiden koettiin tietävän paljon</p>
--	--	--	-----------------------------	--

				sekä pystyvän tietonsa ansiosta hyvään ja laadukkaaseen hoitoon.
Glancing beyond or being confined to routines: Labour ward midwives' responses to change as a result of action research	Nyman, V., Bondas, T., Downe, S. & Berg, M.  Ruotsi 2013	37:n länsiruotsalaisen synnytysosaston kättilön haastattelu.	Toimintatutkimus	<p>Tutkimuksen tuloksena muodostettiin toimintasuunnitelma kättilöille perheiden kohtaamiseen synnytysosastolle saapumistilanteessa. Toimintasuunnitelman pääperiaatteet olivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vanhempien tarpeiden kohtaaminen viivytyksettä</li> <li>• keskinäisen suhteen luominen</li> <li>• naisen ja kumppanin saaminen tuntemaan olonsa mahdollisimman luottavaiseksi uudessa tilanteessa</li> <li>• yksilöllisen tiedon tarjoaminen</li> <li>• läsnäolo KTG-monitoroinnin ollessa käynnissä</li> </ul> <p>Tulosten mukaan osa kättilöistä koki jo toimivansa parhaalla mahdollisella tavalla eikä kokenut toimintatapojen muutokselle tarvetta. He kokivat, että tutkimus aiheutti heille paineita ja olivat haluttomia osallistumaan.</p>

				<p>Ne kätilöt, jotka osallistuivat ja rikkoivat rutinejaan uusilla työtavoilla, ymmärsivät paremmin muidenkin vastaanotto-tilanteeseen liittyvien tekijöiden kuin teknisen monitoroinnin ja valvonnan merkityksen. Lisäksi he kokivat pystyvänsä paremmin olemaan saatavilla, luottamuksen arvoisia ja vastavuoroisia sekä vahvistamaan ja tukemaan yksilöllisesti synnyttäjää puolisoineen.</p> <p>Osa kätilöistä toi esille henkilökunnan vähydestä johtuvan ristiriidan. Vaikka he olisivat halunneet muuttaa toimintatapaa enemmän vastaanotetun synnyttäjän kanssa läsnä olevaksi, muut osaston työtehtävät olisivat jääneet hoitamatta tai vähemmälle huomiolle. Osittain myös tästä syystä osa kätilöistä koki, että heillä ei ollut mahdollisuutta muuttaa toimintatapaansa vallitsevien käytäntöjen ja henkilökunnan resursoinnin johdosta.</p>
Midwives' attitudes towards supporting normal labour and birth – A cross-sectional study in South Germany	Zinsser, L. A., Stoll, K. & Gross, M.M.	Kahdella eri eteläsaksalaisella alueella työskennelleelle käti-	Poikittaistutkimus	Vastanneista 78,2% uskoi, että kätilöt tukivat normaaliin alatiesynnytykseen synnyttäjiä. 97,3% vastaajista oli sitä

	Saksa 2016	<p>lölle lähetetty sähköpostikysely, johon vastasi 205 kätilöä. 17 hylättiin poissulkukriteerein, jolloin lopullinen vastaajamäärä oli 188. Vastanneista 80 työskenteli sairaalassa ja 80 raskaana olevien ja synnyttäneiden hoidossa. 24 työskenteli kätilöjohtoisissa synnytysyksiköissä tai kotisyntyskätilöinä. 4 kätilöä toimi kätilötyön opettajina.</p>		<p>mieltä, että he omasta mielestään tukevat normaalia alatiesynnytystä ja 91,5% oli sitä mieltä, että siihen tulisi tukea enemmän.</p> <p>Tuloksista kävi ilmi, että kätilöt, jotka työskentelivät sairaalan ulkopuolisissa synnytysyksiköissä, hoitivat kotisyntyisiä tai eivät hoitaneet synnytyksiä lainkaan, tukivat normaalia alatiesynnytystä enemmän kuin sairaalassa työskentelevät synnytyskätilöt. Synnytyskätilöt kokivat, että sairaalan medikalisoitunut kulttuuri heikensi heidän mahdollisuuttaan tukea synnyttäjää normaaliin alatiesynnytykseen. Sairaalassa työskentelevät kätilöt kokivat myös, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa synnyttäjälle vaan synnytykseen puututaan jo varhaisessa vaiheessa ja täten normaalin alatiesynnytyksen tukeminen on hankalaa.</p> <p>Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että pitkän työkokemuksen omaavat kätilöt tukivat alatiesynnytykseen heikommin</p>
--	------------	--	--	---

				<p>kuin vastavalmistuneet nuoremmat kätilöt. Tämä ero saattaa johtua myös koulutuseroista.</p> <p>Itseluottamuksella omaan ammattitaitoon, työvuosilla synnytysten hoidossa ja tietämyksen tasolla normaalista alatiesynnytyksestä oli suhteellisen pieni vaikutus siihen, kuinka kätilö tukee synnyttäjää normaaliin alatiesynnytykseen. Tärkein vaikuttava tekijä normaaliin alatiesynnytykseen tukemiseen oli kätilön aiemmat työtehtävät. Kokeneempien kätilöiden tulisi opettaa klinisiä ja henkilökohtaisia taitoja nuorille kätilöille, joita he tarvitsevat normaalin alatiesynnytyksen tukemiseen sairaalaolosuhteissa.</p>
Midwives' comprehension of care for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: An open-ended questionnaire study in Sweden	Höglund, B. & Larsson, M.  Ruotsi 2015	Sattumanvaraisesti valittu 600 kätilön joukko Ruotsissa. Puolet kätilöistä työskenteli raskaana olevien kanssa ja puolet synnyttäjien kanssa.	Laadullinen poikitaistutkimus	<p>Kätilöt kuvasivat kehitysvammaisten synnyttäjien hoidossa tarvittavan erityisesti heille soviteltua hoitoa, informointimallia, käytännön koulutusta ja henkistä tukea äitiyteen tukemisessa ja siirtymisessä.</p> <p>Kätilöt kokivat, että heillä oli kaksoisrooli synnytyksessä; tukea synnyttäjää, mutta samalla myös huolehtia synty-</p>

		<p>Postitse lähetetty 31 kohtainen avoin kyselylomake. Tutkimusaineistona käytettiin 375 kättilön vastauksia.</p>	<p>vän lapsen saavan asianmukaista hoitoa. Terveyspalveluiden tulisi tarjota turvallinen ja luotettava ympäristö tukemaan tämän kaltaista kättilötyötä.</p> <p>Luottamuksellinen ilmapiiri nähtiin tärkeänä hälventämässä kehitysvammaisen synnyttäjän pelkoa syntyvän lapsen mahdollista huostaanottoa kohtaan.</p> <p>Kättilöt kertoivat, että informaation antamisessa tulee ottaa huomioon synnyttäjän kehitysvamman sekä ymmärryksen taso ja sovittaa annettava tieto synnyttäjän omaksettavissa olevalle tasolle. Asiat tulee toistaa useita kertoja ja konkretisoida raskauteen ja synnytykseen liittyviä asioita esimerkiksi nuken ja kuvien avulla. Aikaa on käytettävä riittävästi informaation antamiseen ja vastaanottajan ymmärryksen varmistamiseen.</p> <p>Kättilön on tärkeää kartoittaa kehitysvammaisen synnyttäjän tarpeet sekä hänen käytettävissä oleva sosiaalinen tukiverkosto.</p>
--	--	---	--

				<p>Jatkuva läsnäolo kehitysvammaisen synnyttäjän kanssa mahdollistaa kätilön ymmärryksen synnyttäjän tarpeista.</p> <p>Raskausaikana mahdollisimman aikainen ensimmäinen neuvolakäynti ja yleensä tavallista pidempikestoiseksi varatut vastaanotot sekä perhevalmennuksen sovittaminen kehitysvammaisen tasolle nähtiin eduksi. Perhevalmennuksessa nähtiin hyödylliseksi myös vuorovaikutus ja yhdessäolo muiden (ei kehitysvammaisten) tulevien vanhempien kanssa.</p> <p>Kehitysvammaisen synnyttäjän kielelliset taidot voivat olla puutteellisia, jolloin sanattoman viestinnän merkitys oli suuri. Tärkeää hyvän hoidon takaamisessa oli myös kätilön asenne synnyttäjää kohtaan. Kehitysvammainen synnyttäjäkin tuli kohdata tasavertaisena aikuisena, joka on vastuussa omasta elämästään huolimatta sairaudestaan ja mahdollisista avustajistaan.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Tutkimuksesta kävi ilmi, että kätilöt pyrkivät tekemään tutkimuksia ja toimenpiteitä mahdollisimman vähän kehitysvammaiselle synnyttäjälle, kuitenkin niin, ettei mikään oleellinen tieto jäänyt saamatta.</p> <p>Kätilöt painottivat olevansa tärkeitä ja kannustavia tukihenkilöitä synnyttäjille, jolloin jokainen sai yksilöllisen tarvitsemansa hoidon. Kätilöt käyttivät hoidossa omia ammatillisia taitojaan, tietämystään, kokemustaan ja intuitiotaan ymmärtääkseen ja tulkitakseen synnyttäjän yksilöllisiä tarpeita.</p>
Caseload midwifery in a multi-ethnic-community: The women`s experiences	Beake, S., Acosta, L., Cooke, P. & McCourt, C.  Iso-Britannia 2013	Teemahaastatteluna toteutettu jatkotutkimus 24:lle eri etnisen taustan omaavalle naiselle, joista 12 oli ollut tietyn nimetyn kätilön hoidettavana ja loput 12 tavanomaisen äitiyshuollon	Laadullinen tutkimus	Tässä tutkimuksessa oli sosiaalisesti ja etnisesti monimuotoinen joukko naisia, joilla kuitenkin oli yhtenäinen näkemys niiden naisten kanssa, joita tutkimuksen tekijän aiempi tutkimus kosketti. Keskeiset teemat aiemmassa tutkimuksessa olivat kätilön tunteminen ja tunnetuksi tuleminen, yksilöllinen hoito, sosiaalinen tuki, luottamuksen ja itsevarmuuden saavuttaminen, laadukas ja ymmärtäväinen hoito ja yhteys hoitavan kätilön kanssa. Nämä aieman tutkimuksen keskeiset teemat tulivat korostetusti ilmi



		<p>hoidettavana isossa slummikorttelin äitiyshuoltoyksikössä. Tutkimuksen ulkopuolella jätettiin henkilöt, jotka eivät osanneet puhua englantia.</p>	<p>myös tätä joukkoa tutkittaessa, joten nämä loivat kehukset myös tähän analyysiin.</p> <p>Useimmat tietyn nimetyn kättilön hoidossa olleet korostivat läheistä hoitosuhdetta kättilöön ja tämän seurauksena he kokivat helpommaksi keskustella huolistaan. He myös tunsivat turvallisuuden tunnetta ja pystyivät rentoutumaan.</p> <p>Nimetyn kättilön hoidossa olleet olivat tyytyväisiä siihen, ettei heidän tarvinnut kertoa historiaansa joka kerta uudelleen ja kokivat saavansa yksilöllisempää hoitoa. Tällä todettiin olevan potentiaalia laadukkaamman hoidon lisäksi myös parempaan turvallisuuteen.</p> <p>Tietyn nimetyn kättilön hoidossa olleet kokivat saaneensa yksilöllistä ja joustavaa hoitoa kun taas sairaalassa hoito oli hätäistä ja hoitoon osallistui moni eri kättilö. Sosiaalisen</p>
--	--	--	--

				tuen osalta erityisesti emotionaalisen tuen merkitystä korostettiin. Synnyttäjät pitivät tärkeänä, että kätilö oli siellä juuri heitä varten.
'Every pregnant woman needs a midwife' — The experiences of HIV affected women in maternity care	Kelly, C., Alderdice, F., Lohan, M. & Spence, D. Iso-Britannia 2013	Syvähaastattelu 9 HIV-positiiviselle raskaana olevalle naiselle ja 1 HIV-negatiiviselle naiselle, jonka puoliso on HIV-positiivinen. Heidän raskauksien aikana tehtiin yhteensä 22 syvähaastattelua.	Syvähaastattelu	<p>Kokemukset hoidosta kuvattiin positiivina silloin, kun hoitohenkilökunnalla oli riittävästi tietämystä, empatiaa ja ymmärrystä heidän ainutlaatuisille tarpeilleen erityisesti suhteessa luottamukseen. Etenkin ristiriitainen informaatio tai ylipäättään informaation puute johtivat luottamuksen puutteeseen.</p> <p>Äitiyshuollon palveluilta edellytetään perehtymistä kätilön rooliin HIV-positiivisen raskaana olevan naisen hoidossa. Hoito äitiyshuollossa keskittyy hoidon jatkuvuuteen ja korostaa raskauden normaaliutta. HIV-positiiviset naiset toivoivatkin tulevansa kohdelluksi kuten kuka tahansa raskaana oleva nainen. Naiset luottivat omiin lääkäreihinsä, mutta puutteet hoitosuunnitelmassa johtivat siihen, että tiedot suunnitellusta hoidon kulusta eivät saavuttaneet kaikkia hoitoon osallistuneita. Oma nimetty kätilö koettiin hyväksi.</p>

<p>Fathers' birth experience in relation to midwifery care</p>	<p>Hildingsson, I., Cederlöf, L. &amp; Widén, S.  Ruotsi 2011</p>	<p>Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 828 isää, mutta tulokset pohjautuvat 595:n Ruotsin pohjoisosassa asuvan isän kokemukseen, joiden puolisoilla oli ollut normaali alatiesynnytys. Isistä 258 sai ensimmäisen lapsen ja 337:lla isällä oli lapsia aiemmin.</p>	<p>Kyselytutkimus</p>	<p>Tulosten mukaan isät kokivat kättilötyön toiminnot tärkeinä positiivisen synnytyskokemuksen saamiseksi. Tuki, läsnäolo ja informaatio synnytysprosessin edetessä koettiin tärkeimmiksi asioiksi. Synnytyshuoneessa läsnä olevalla kättilöllä on hyvät mahdollisuudet antaa täsmällistä informaatiota ja tukea isille. Kättilön läsnäolo loi turvallisen synnytysympäristön, paransi pariskunnan ja kättilön välistä vuorovaikutusta sekä mahdollisti syvemmän, luotettavan hoitosuhteen syntymisen.</p> <p>Informaation saanti synnytyksen kulusta oli tärkeämpää niille isille, joilla oli aiempia lapsia. Kättilön tuen merkitys oli sen sijaan tärkeämpää ensimmäistä kertaa isäksi tuleville.</p>
<p>Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice</p>	<p>Younger, M., Hollins-Martin, C. &amp; Choucri, L.  Iso-Britannia 2015</p>	<p>Tutkijat suorittivat kirjallisuushaun useista eri tietokannoista. Katsausten valintakriteereinä oli julkaisuvuosi 1989 – 2013,</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Naisilla, jotka ovat tulleet raskaaksi avustetusti, on uskottu olevan enemmän psyykkisiä hoidontarpeita läpi synnytyksen jatkumon. Nämä tarpeet, esimerkiksi raskaushuolet ja äitiyteen kasvamisen haasteet, asettavat vaatimuksia kättilöille ja yksiköille sekä lisäävät lapsivuodesairastavuuden riskiä. On tärkeää, että näiden äitien historia</p>

		<p>englannin kieli ja kohdemaan terveydenhuolto Iso-Britanniaa vastaava. Karsinnan ja laadunarvioinnin jälkeen tutkimukseen hyväksyttiin 15 tutkimusta.</p>	<p>raskaaksi tulemisen osalta on hoitohenkilökunnan tiedossa, jotta he pystyvät lievittämään pelkoja ja huolia.</p> <p>Kättilöillä tulisi olla enemmän ymmärrystä ja sensitiivisyyttä näitä naisia kohtaan. Yksilöllinen kohtelu, ystävällisyys, huomaavaisuus, relevantin tiedon tarjoaminen ja tuki ovat tärkeitä. Turvallisuus, reagoiva, myötätuntoinen hoito tarkoituksenmukaisessa ympäristössä ovat hyväksi. Hoiva, myötätunto, sitoutuminen, rohkeus, kommunikatio ja pätevyys ovat hyvän hoidon osa-alueita.</p> <p>Äitiysneuvolassa tapahtuva alkuraskauden mentorointi ja valmennus lisäävät itsetuntoa, raskaudenhallintaa ja psyykkistä hyvinvointia. Tutkimus osoittaa, että lapsettomuushoidoilla on yhteys synnytyksen jälkeisiin häiriöihin ja vanhemmuuteen kasvamisen vaikeuteen. Kättilöiden tulee tarkkailla ja kirjata tarkoin ylös mahdollisia merkkejä näihin liittyen. Tämä asia on hyvä tiedostaa jo raskauden</p>
--	--	---	--

				alkuvaiheessa, jotta välttäisi negatiivisilta seuraamuksilta myöhemmin. Lähetä psyykkisiin palveluihin tulee tehdä riittävän ajoissa.
'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland	Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D.  Irlanti 2012	Ryhmähaastatteluja, joihin osallistui yhteensä 25 satunnaisesti valittua synnyttänyttä naista.	Laadullinen kuvaileva tutkimus	<p>Kätilöillä on keskeinen rooli positiivisen synnytyskokemuksen saamisessa. Tutkimuksen mukaan positiiviseen synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä olivat seuraavat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kommunikaatio synnyttäjien kanssa</li> <li>• tiedonanto synnytyksen aikana lisäsi synnyttäjien kontrollin hallintaa ja vaikuttivat positiivisesti synnytyskokemukseen</li> <li>• aktiivinen tuki erityisesti synnytyksen alkuvaiheessa</li> </ul> <p>Synnytyskokemusta heikentäviksi tekijöiksi koettiin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• henkilökunnan vähyydestä johtuva puutteellinen hoito</li> <li>• vähäinen läsnäolo</li> <li>• kiireinen ja medikalisoitunut sairaalakulttuuri</li> </ul>

				Naiset uskoivat, että synnytyksestä jäänyt emotionaalinen tunne ja muisto vaikuttavat mahdollisiin tuleviin raskauksiin enemmän kuin fyysinen kokemus. Tästä johtuen henkisen tuen antaminen ja läsnäolo on tärkeää.
Survey of women's experiences of care in a new free-standing midwifery unit in an innercity area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care	Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. R. & Roth, C.  Iso-Britannia 2014	620:n naisen puhelinhaastattelu. Kaikkia naisia haastateltiin loppuraskaudessa ja 6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkeinen haastattelu tehtiin 259 naiselle ennen uuden synnytysyksikön avaamista ja 361 naiselle synnytysyksikön avaamisen jälkeen.	Puhelinhaastattelu	Itsenäiseen synnytysyksikköön kirjautuneet raskaana olevat kertoivat saaneensa yhtä hyvää tai parempaa hoitoa kuin ne naiset, jotka kirjautuivat sairaalaan.  Synnytysyksikköön synnyttämään tulevat naiset saivat huomattavasti todennäköisemmin (42,7% vs. 4,8%) hoitoa samalta kättilöltä, jonka he olivat tavanneet jo loppuraskaudessa ja heitä hoiti sama kättilö (87,8% vs. 51%) läpi synnytyksen. He raportoivat, että henkilökunta oli ystävällistä ja ymmärtävää, heitä hoidettiin kunnioituksella ja arvokkuudella sekä heidän yksityisyyttään kunnioitettiin. Henkilökunta tuki synnyttäjien omia valintoja enemmän kuin sairaalan henkilökunta.

				<p>Synnytysyksikössä synnyttäneet kokivat, että kätilöt olivat kuunnelleet, tukeneet ja hoitaneet hyvin, kun taas sairaalassa synnyttäneet antoivat palautetta, että kätilöillä oli puutteita kommunikointitaidoissa sekä asenteissa.</p> <p>Synnytyspaikasta riippumatta naiset kokivat tyytymättömyyttä synnytyskokemuksestaan silloin, kun heitä ei kuunneltu, ei annettu riittävästi tietoa eikä otettu mukaan päätöksentekoon. Myös tunne kiireestä lisäsi tyytymättömyyttä.</p> <p>Jos synnyttäjä siirrettiin synnytysyksiköstä sairaalaan, kokivat synnyttäjät synnytyksen parempana, jos synnytysyksikön kätilö pääsi siirtymään heidän mukanaan.</p>
Empowerment in the midwifery context — a concept analysis	Hermansson, E. & Mårtensson, L.  Ruotsi 2011	Tutkimukseen otti osaa 9 kätilöä ja 12 pariskuntaa. Kätilöt, joilla oli laaja työkokemus eri kätilön osaa-	Teemahaastattelu ja kirjoitetun tekstin tarkastelu	<p>Tuloksissa nousi esiin neljä voimaantumista tukevaa pääteema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• luottamuksellinen hoitosuhde</li> <li>• oikea-aikainen realistinen tiedonanto</li> </ul>

		<p>misalueilta kuten äitiysneuvolasta, synnytysyksiköistä ja lapsivuoteisen hoidosta, kirjoittivat ylös omia ajatuksiaan ja mielipiteitään voimaannuttamisesta kätilötyössä sekä kuvailivat eri tilanteita, joissa he olivat käyttäneet voimaannuttamisen menetelmiä. Pariskunnat haastateltiin. Tutkimusaineisto koottiin näistä kirjallisista tuotoksista ja haastatteluilta.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• kätilön aktiivinen perehtyminen vanhempien tilanteeseen ja vanhempien osallistaminen valintojen tekoon</li> <li>• vanhemmaksi tuleminen merkityksen vahvistaminen hyväksymällä synnyttäjät sellaisena kuin he ovat sekä kohtelemalla heitä tasavertaisesti</li> </ul>
--	--	---	--	--