

Please note! This is a self-archived version of the original article.

Huom! Tämä on rinnakkaistalenne.

**To cite this Article / Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä:** Kukko, S-K. (2017). Näkökulmia fysiologisen syntymän hoitoon. Teoksessa Jouni Tuomi & Anna-Mari Äimälä (toim.) Viisaat valinnat – terveenä raskaaksi, hyvä synnytys. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Tutkimuksia 22, 136-146.

URL: <http://julkaisut.tamk.fi/PDF-tiedostot-web/A/22-Viisaat-Valinnat.pdf>

## 16 Näkökulmia fysiologisen syntymän hoitoon

Sanna-Kaisa Kukko, kättilö, terveydenhoitaja (YAMK), osastonhoitaja,  
Tampereen yliopistollinen sairaala

### TIIVISTELMÄ

**S**ynnytyksenaikaisella liikkumisella on todettu paljon positiivisia vaikutuksia. Pystyasennossa supistukset voimistuvat, kivunlievityksen tarve vähenee, sikiö hakeutuu optimaaliseen asentoon, avautumis- ja ponnistusvaiheen kesto lyhenee ja äidit ovat tyytyväisempiä. Pystyasento saattaa lisätä synnytyksen jälkeisen verenvuodon määrää.

Toisessa ajanvaiheessa aktiivisen ponnistamisen aloittaminen vasta, kun äidillä on ponnistamisen tarve ja ponnistaminen äidin omien tunteusten mukaan näyttäisi lyhentävän hieman ponnistusvaiheen kestoä. Välilihan tukeminen on hyödyllistä repeämisen ehkäisemiseksi. Rutiinimaista episiotomiaa ei suositella, mutta episiotomiaa suositellaan harkittavaksi silloin, kun on odotettavissa isokokoinen lapsi, ponnistusvaihe pitkittyy tai ensisynnyttäjän synnytys päätetään imukupilla.

Kolmatta ajanvaihetta voidaan hoitaa joko aktiivisesti tai fysiologisesti. WHO suosittelee aktiivista menetelmää massiiviverenvuotojen ehkäisemiseksi. Ihokontaktilla ja varhaisimetyksellä on todettu olevan synnytyksen jälkeiseltä verenvuodolta suojaava vaikutus.

### ABSTRACT

*Evidence suggests that a mother's active mobility during labour has many positive effects. The upright position intensifies labour contractions, decreases the need for pain relief, promotes the optimal position of the fetus, shortens the first and second stages of labour and are experienced as satisfying by the mothers. However, the upright position might increase the amount of postpartum hemorrhage.*

*Delaying active pushing in the second stage of labour, until the woman feels an urge to push, seems to shorten the pushing stage altogether. Supporting the perineal area during birth seems useful in preventing vaginal tearing. A routinely performed episiotomy is not recommended. Episiotomy is considered when the baby is large, the pushing stage is prolonged, or during vacuum extraction.*

*The third stage of labour can be managed actively or physiologically. The WHO recommends an active approach in order to prevent massive hemorrhage. Skin to skin contact and early breastfeeding are proven to protect from postpartum hemorrhage.*

## JOHDANTO

Tämä artikkeli koostuu syntymän hoitoon liittyvistä teemoista. Tarkoituksena on tarkastella liikkumisen ja pystyasennon merkitystä synnytykseen kulkuun sekä ponnistusvaiheen ja kolmannen ajanvaiheen hoitoon liittyviä näkökulmia. Teemat on koottu ajanvaiheittain ja tavoitteena on, että aiheet herättäisivät keskustelua asiantuntijoiden parissa syntymän nykyisistä hoitokäytännöistä. Normaalisynnytystä tukevia näyttöön perustuvia menetelmiä kannattaa tarkastella, ja pohtia niiden soveltuvuutta omaan kättilötyöhön.

Suomessa äitiyshuolto on maailman huippuluokkaa. Perinataalikuolleisuus on laskenut 1980–2010-lukujen välillä puoleen ja keisarileikkausten määrä on edelleen maltillinen Pohjoismaissa. Toisaalta kuitenkin imukuppi-synnytysten, käynnistysten tai peräaukon sulkijalihasten repeämien määrä on kasvussa. Lisäksi Suomessa käytetään synteettistä oksitosiinia yli puolella ensisynnyttäjäistä ja joka kolmannella uudelleensynnyttäjäistä. (THL 2016.)

Normaalisynnytyksen tukeminen on ollut kättilön perustyötä. Synnytysten siirtyminen sairaalaan ja medikalisaation vaikutus on etäännyttänyt kättilöt monista hyvistä käytännön taidoista. Tämän huomion ovat jakaneet esimerkiksi englantilainen ja yhdysvaltalainen kättilöliitto. Royal College of Midwives julkaisi 2000-luvulla kampanjan ”Campaign for normal birth”, jonka missio oli jakaa tietoa sekä synnyttäjille että kättilöille. Ohjelma koostuu hyvin arkipäiväisistä huomioista: maltillisesta odottamisesta, synnyttäjän kuulemisesta, turvallisen tilan tarjoamisesta synnyttäjälle, liikkumaan kannustamisesta, toimenpiteiden perusteluista, positiivisen kannustuksen antamisesta ja ihokontaktista vauvan ja vanhemman välillä. (RCM 2016.) Vastaavasti American College of Nurse-Midwives esitti vuonna 2014 julkaistussa artikkelissa erilaisia tapoja tukea normaalisynnytystä. Aiheesta kirjoitetussa artikkelissa kannustetaan tukemaan muun muassa syömistä ja liikkumista synnytyksen aikana sekä käyttämään suihkua tai ammetta kivunlievityksenä. (King & Pinger 2014.)

Kätilöiden tulisikin pohtia, miten voisivat toimia, jotta synnytykset etenisivät fysiologisemmin ja vähemmällä puuttumisella. Tämän artikkelin näkökulmat kuvaavat tutkimuksiin ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia tapoja, hyödyntää liikkumista, eri asentoja ja hoitaa ponnistusvaihetta sekä kolmatta ajanvaihetta. Artikkeleihin käytetyt lähteet on poimittu alan oppikirjoista, ulkomaisista luotettavista lähteistä tai vertaisarvioituista julkaisuista.

## LIKKUMINEN JA PYSTYASENTO AVAUTUMISVAIHEEN AIKANA

Ihminen on luotu liikkumaan, liike on luonnollinen tapa ilmaista itseään. Varsinkin länsimaissa naiset ovat pidättyväisempiä synnytyksenaikaiseen spontaaniin liikkumiseen, joka luonnonkansojen parissa on edelleen tavallista. Synnyttäjällä on lupa hakea itselleen parasta asentoa ja liikehtiä supistuksen aikana esimerkiksi itseään heijaamalla. Tuttu ja turvallinen tila mahdollistaa liikkumisen ja synnyttäjä voi kuunnella itseään ja keskittyä synnytykseen.

Kun synnytys lähtee käyntiin ja etenee, sairaalaympäristöön saapuminen saattaa heikentää synnyttäjän supistuksia. Itselle vieraat tilat ja hoitotoimet voivat pelottaa ja stressihormonien lisääntyminen elimistössä lamaa oksitosiinin eritystä (Walsh 2012). Omatoiminen liikkuminen ja rentoutuneen tilan löytäminen vaatii halua ja uskallusta toimia omien tuntemusten mukaan. Siksi kätilöllä on tärkeä rooli turvallisuuden tunteen ja luottamuksen luomisessa ja liikkeelle kannustamisessa.

Tullessaan synnytyssaliin synnyttäjät ottavat potilaan roolin ja hakeutuvat huoneessa olevaan sänkyyn. Hyvin usein synnyttäjät myös jäävät makuulle synnytyksen ajaksi (Martin & Martin 2013). Valtaosa synnyttää sängyssä ja useasti puoli-istuvassa asennossa (Walsh 2012). Onko sänky synnyttäjälle paras paikka, vai ohjautuuko hän siihen tehtävien toimenpiteiden tai synnytystä hoitavan henkilökunnan vaikutuksesta?

Liikettä ja asentojen vaikutusta on tutkittu laajalti. Pystyasento (kävely, istuminen, seisominen ja polvillaan olo) synnytyksen aikana lyhensi synnytyksen kestoa keskimäärin reilun tunnin, keisarileikkauksiin päädyttiin harvemmin ja epiduraalipuudutusta käytettiin vähemmän (Lawrence ym. 2013). Lisäksi äidit olivat myös tyytyväisempiä synnytyksen kulkuun

(Priddis ym. 2012). Pystyasennon hyödyiksi voidaan todeta tarjoutuvan osan painamisen aiheuttama supistusten voimistuminen, sikiön tarjonnan hakeutuminen optimaaliseen asentoon ja syntymävaiheessa pienempi riski imukuppsynnytykseen (Gupta & Nikodem 2000). Selällään oleminen synnytyksen aikana voi aiheuttaa supiinisyndrooman, jolloin kohdun painaessa alaonttolaskimoa veren virtaus sydämeen heikkenee, aiheuttaa äidille huonon olon ja saattaa vaikuttaa myös sikiön sykkeeseen. (Zwelling 2010.) Ponnistusvaiheen pystyasennon haittana saattaa olla lisääntynyt synnytyksen jälkeinen verenvuoto (Priddis ym. 2012). Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee kuitenkin liikkumista synnytyksen aikana. Perusteluna suositukselle on näyttö liikkumisen positiivista vaikutuksista sekä toteamus, että siitä ei ole osoitettu olevan haittaa synnyttäjälle tai syntyvälle lapselle. (Makuch 2010.)

## TOISEN AJANVAIHEEN HOITO

Keijo Soivan Synnytysopin oppikirjan mukaan toinen ajanvaihe alkaa, kun kohdunsuu on avautunut täysin, jolloin kohdunsuun reunoja enää tunnu sisätutkimuksessa. Sikiön pää laskeutuu synnytyskanavassa ja aiheuttaa synnyttäjälle ponnistuspakon. (Soiva 1977.) Tarjoutuvan osan laskeutumisesta tulisikin odottaa rauhassa ennen aktiivisen ponnistamisen aloittamista. Passiivinen laskeutuminen ilmeisesti edistää spontaania synnytystä ja vähentää riskiä imukuppi- tai pihtisynnytykseen ja sitä kautta vähentää peräaukon sulkijalihaksen repeämistä (Osborne 2010; Walsh 2012).

Kohdun supistukset usein harvenevat, kun kohdun suu on jo auennut, mutta sikiön tarjoutuva osa ei vielä paina riittävästi välilihaa. Elimistön oma estrogeeni erittyy pulsseina, joten tauot kuuluvat asiaan antaen äidille ja sikiölle lepotauon supistusten aiheuttamasta ahdingosta. (Dixon ym. 2013.)

Selkäpuudutuksen saanut synnyttävä ei välttämättä tunne supistuksia selkeästi. Todennäköisesti hänen ponnistamisen tarpeensa tulee myöhemmin kuin ilman puudutusta. Siksi siirtyminen aktiiviseen ponnistusvaiheeseen voi hänellä olla hitaampaa. Riittävä odottaminen ja rentoutuminen ennen ponnistusvaiheeseen siirtymistä voi vähentää oksitosiinilääkityksen ja instrumentaalisen synnytyksen tarvetta.

Ponnistusvaiheen asentojen vaikutusta synnytyksen kulkuun on tutkittu paljon. Selällään ponnistaminen, poikkipöytä ja puoli-istuva asento on todettu sykelaskujen ja välilihan suojelun kannalta huonoiksi asennoiksi. Pystyasennon hyötyjä sen sijaan ovat supistusten suurempi voimakkuus, parempi sikiöverenkierto, kun kohtu ei paina synnyttäjän aorttaa, lantion suurempi sisämitta ja lyhentynyt aktiivinen ponnistusvaihe myös silloin, kun synnyttäjällä on epiduraalipuudutus (Walsh 2012; Dekker 2012). Lisäksi todennäköisyys imukuppisynnytykseen ja episiotomiaan on pienempi. Välilihan suojelun kannalta kylkiasennossa ponnistaminen näyttäisi suojaavan pahoilta repeämiltä (Kättilöliitto 2011). Perinteinen puoli-istuva ponnistusasento on edelleen hyvin vakiintunut synnytysasento ja se kuvataan jo vuonna Mauriceaun kirjoittamassa oppikirjassa vuodelta 1678 seuraavasti:

*”Sänky tulee laittaa niin, että synnyttäjä voi maata selällään, pää ja rintakehä hiukan kohotettuna niin että hän ei istu eikä makaa ja että hän kykenee hyvin hengittämään. Tässä asennossa hänen tulee levittää jalkansa auki, asettaa jalat kohti pakaroita ja laittaa jalkaterät jonnekin tukevasti niin, että hän pysyy paremmin paikoillaan, kun supistus tulee...”* (Walsh 2012.)

Kun synnyttäjä on puoli-istuvassa asennossa, kättilö voi seurata sikiön pään etenemistä ja välilihan joustavuutta ja synnyttäjä voi tukea kanta-päänsä hoitavan kättilön kylkeen. Tässä asennossa tehdään episiotomioita enemmän (Shorten ym. 2002) ja synnyttäjät kokivat enemmän kipua (de Jonge ym. 2004).

Ponnistusvaiheen aloittamisen ajankohdan vaikutuksia tutkittiin Cochrane-katsauksessa (Lemos 2015), jossa vertailtavina oli viivästetty ponnistaminen (odotetaan tarjoutuvan osan laskeutumista rauhassa) ja välitön ponnistaminen (kun kohdunsuu oli todettu täysin auenneeksi). Viivästetty ponnistaminen pidensi toisen ajanvaiheen kestoa keskimäärin 54 minuuttia, mutta lyhensi varsinaisen ponnistusvaiheen kestoa 20 minuuttia. Repeämissä, episiotomioissa tai muissa synnytystuloksissa ei näyttänyt olevan eroa ryhmien välillä. (Lemos ym. 2015.)

Kuinka sitten ohjataan synnyttäjää ponnistamaan? Kysymyksen voi myös kääntää niin, että tarvitaanko ohjattua ponnistusvaihetta? Kun äiti

ponnistaa omien tuntemusten mukaisesti, hän on aktiivinen toimija toimien oman kehon antamien viestien mukaisesti. Usein työntämistä tapahtuu myös supistusten välillä, se on lyhyempikestoista, ei tapahdu säännöllisen mallin mukaan ja synnyttäjän kurkun kansi on avoin, kun ilmaa ei pidätetä keuhkoissa. Kätilö ei ohjaa tapahtumaa vaan korkeintaan rohkaisee ja kannustaa. Äidin ponnistaessa spontaanisti ponnistusvaiheen kesto todettiin hieman lyhyemmäksi kuin ohjatussa ponnistusvaiheessa (Lemos ym. 2015).

Ohjatussa ponnistamisessa sen sijaan kätilön rooli on aktiivinen. Hän ohjaa ponnistusasetusta, kertoo, milloin otetaan ilmaa keuhkoihin, milloin ponnistetaan ja kuinka kauan sekä saattaa näyttää suuntaa vaginan pohjaa painamalla. Hengityksen pidättäminen supistuksen ja ponnistamisen aikana vaikuttaa negatiivisesti äidin verenkiertoon ja sikiön hapetukseen. Joissakin tutkimuksissa tällä menetelmällä on todettu jonkin verran ponnistusvaihetta lyhentävä vaikutus, mutta synnytyksen jälkeen on naisilla todettu olevan enemmän virtsaamisvaikeuksia. (Prins ym. 2011.)

Episiotomian tarpeellisuus tulee arvioida jokaisen synnyttäjän kohdalla erikseen. Ensisijaisesti tulisi välttää leikkaamista, koska episiotomia saattaa lisätä peräaukon sulkijalihaksen repeämäriskiä. Sulkijalihaksen repeämisen riskitekijöitä ovat lapsen suuri syntymäpaino ja synnytyksen ponnistusvaiheen pitkittyminen. Episiotomian tekoa suositellaan harkittavaksi näissä tapauksissa, ensisynnyttäjän imukuppisynnytyksissä sekä silloin, kun on epäily sikiön hyvinvoinnin vaarantumisesta. Jos leikkaus katsotaan tarpeelliseksi, oikea paikka on kello seitsemän-kahdeksan kohdalla synnyttäjän oikealla puolella. (Kätilöliitto 2011; Räisänen ym. 2012; NICE 2016.)

Välilihan tukeminen on Suomessa yleisesti käytössä. Tukemistekniikoissa on eri variaatioita. Kahden käden tekniikassa toinen käsi hallitsee pään syntymistä ja toinen tukee välilihaa aktiivisesti. Osa kätilöistä käyttää tekniikkaa, jossa ensisijaisesti toisella kädellä hillitään pään nopea syntyminen ja toinen käsi on vain varalla, mikäli välilihaa täytyy tukea. Kontrolloiduissa kokeissa mitään menetelmää ei ole todettu tehokkaaksi menetelmäksi suojata synnyttäjän välilihaa, mutta laajojen interventiotutkimusten perusteella tukemisen käyttämistä voidaan edelleen suositella. (Kätilöliitto 2011.)

## KOLMAS AJANVAIHE

Synnytyksen kolmas ajanvaihe alkaa lapsen syntymästä ja päättyy istukan ja kalvojen syntymään (Soiva 1977). Tässä luvussa esitellään kaksi menetelmää, istukan aktiivinen auttaminen sekä fysiologinen menetelmä. Kolmannen ajanvaiheen hoito on merkityksellistä, koska synnytyksen runsaat verenvuodot liittyvät usein istukan irtoamisongelmiin. Massiivinen verenvuoto voi romahduttaa synnyttäjän voinnin minuuteissa.

Istukan auttamisessa käytetään Suomessa yleisesti aktiivista hoitoa. Tämä tarkoittaa supistavien lääkkeiden käyttämistä rutiininomaisesti lapsen syntymän jälkeen sekä kontrolloitua istukan auttamista napanuorasta kiinni pitäen, supistuksen aikana kohdunpohjasta painaen. Aktiivisen istukan auttamisen tarkoituksena on vähentää runsasta synnytyksenjälkeistä verenvuotoa, koska tämä saattaa alkaa nopeasti. WHO suosittelee kaikille synnyttäjille profylaktista oksitosiinin antoa lapsen syntymän jälkeen (WHO 2012).

Odottava (fysiologinen) menetelmä istukan auttamisessa tarkoittaa sitä, että supistavia lääkkeitä ei anneta ja istukan annetaan syntyä painovoiman, supistusten tai joskus nännistimulaation avulla. Mikäli istukka ei synny tunnin kuluessa tai äiti alkaa vuotaa, tulee ryhtyä aktiivisiin toimiin. (JBI 2013.)

Näiden kahden menetelmän vaikuttavuudesta on tehty useita tutkimuksia. Uusiseelantilaisessa tutkimuksessa verrattiin aktiivista ja fysiologista menetelmän käyttöä synnytyksen jälkeen ja todettiin, että yli 1000 ml verenvuotoa ilmeni enemmän aktiivisen menetelmän ryhmässä. Kotona tai pienessä synnytysyksikössä käytettiin fysiologista menetelmää, kun taas pitkä synnytys ja monisyntyisyys johtivat aktiivisen menetelmän käyttämiseen. (Dixon ym. 2013.)

Cochrane-katsauksen (2015) mukaan aktiivinen istukan irrottaminen näytti vähentävän yli 1000 ml:n verenvuotoja (Begley ym. 2015). Afrikassa ja Aasiassa tehdyn tutkimuksen mukaan käytettäessä istukan aktiivista tai odottavaa menetelmää, näiden välillä ei ollut merkittävää eroa verenvuodon tai istukan käsinirrotuksen määrissä. Istukan syntyminen oli aktiivisessa menetelmässä nopeampaa. Molemmat ryhmät saivat profylaktisesti oksitosiinia syntymän jälkeen (Gülmezoglu ym. 2012.)



Ihokontaktin, imetyksen ja synnytyksen jälkeisen verenvuodon yhteyttä tutkittiin australialaisessa tutkimuksessa. Tämän mukaan niillä äideillä, joilla lapsi ei ollut varhaisessa ihokontaktissa, oli kaksinkertainen riski yli puolen litran verenvuotoon synnytyksen jälkeen. Ihokontaktin ja imetyksen suojaava vaikutus liittyi sekä matalan että korkeamman riskin synnyttäjiin. Tässä tutkimuksessa profylaktista oksitosiinia annettiin 95 % synnyttäneistä. Tutkijat pohtivat kuitenkin, johtuuko vähäisempi verenvuoto endogeenisen oksitosiinin lisääntymisestä ihokontaktin ja imetyksen aikana. (Saxton ym. 2015.)

## POHDINTA

Kun tiedetään, että liikkumisella ja asentojen vaihdolla on positiivinen vaikutus synnytykseen, miksi suurin osa synnyttäjistä on edelleen synnytyksen aikana sängyssä? Sairaalaan tuleminen on jännittävää, synnyttaja ottaa helposti potilaan roolin ja henkilökunnan ehdotukset koetaan pikemminkin noudatettavina ohjeina kuin ehdotuksina, joista voidaan keskustella. Kätilön tulisi kannustaa synnyttäjää kävelemään, liikkumaan ja vaihtamaan asentoa omien tuntemusten mukaan. Synnytyshuoneen vieras ympäristö rajoittaa luontaista liikkumista, etenkin, jos vatsaa ympäröi ktg-koneeseen liitetty sikiöseuranta tai kädessä on nestetiputus. Esimerkiksi epiduraalipuudutus ei ole este liikkumiselle. Kun verenpainetta on seurattu sovittu aika, synnyttäjän jalat kantavat ja vointi on hyvä, liikkuminen edistää synnytystä ja parhaassa tapauksessa voidaan välttyä kokonaan synteettiseltä oksitosiini-infuusiolta. Nestetiputuksen voi korkata erillisellä korkilla, jolloin liikkuminen helpottuu, samoin langattomat sykkeenseurantalaitteet antavat tilaa liikkua enemmän kuin langalliset laitteet. Kuinka paljon synnyttäjän tarvitsee olla jatkuvassa seurannassa vai riittäisikö jaksottainen sykke seuranta? Liikkumisen hyödyistä huolimatta synnyttäjän tulee myös levätä pitkän synnytyksen aikana. Liikkumisesta ja asentojen vaikutuksesta ja erilaisista harjoituksista kannattaisi puhua jo synnytysvalmennuksessa. Erilaiset venyttely- ja rentoutusharjoitukset opitaan vain useiden toistojen kautta.

Tutkittaessa viivästetyn ja välittömän ponnistamisen eroja sekä spontaanin ja ohjatun ponnistamisen vaikutuksia ei ole vielä riittävästi näyttöä, jotta voitaisiin antaa selkeä suositus ponnistusvaiheen hoidosta

(Lemos ym. 2015). Olisi hyvä odottaa synnyttäjän ponnistamisen tarvetta tai pakkoa ja koettaa yhdessä synnyttäjän kanssa etsiä sellainen asento, jossa hän pystyy ponnistamaan mahdollisimman hyvin. Synnyttäjän kannattaisi aina kokeilla ensin ponnistamista omien tuntemusten mukaan, vaikka joskus tarvitaan kätilön ohjausta. Hoitavan kätilön kannattaa keskustella vaihtoehtoista synnyttäjän kanssa jo synnytyksen avautumisvaiheen aikana ja kannustaa kokeilemaan erilaisia ponnistusvaiheen asentoja. Esimerkiksi seisaallaan tai jakkaralla ponnistettaessa sikiön hapetus on parempaa ja lantion tilavuus on suurempi kuin istuessa tai poikkiöydässä.

Raskauden loppuvaiheessa välilihan säännöllinen hierominen liukasteilla tai öljyillä saattaa olla hyödyllistä repeämien ehkäisemiseksi ensisynnyttäjillä. Sen sijaan välilihan venyttämällä tai suunnan näyttämällä ei tiedetä olevan vaikutusta repeämien ehkäisyyn. Rutiininomaista episiotomia ei ole syytä tehdä vaan arvioidaan kriittisesti, mitä tulee tehdä välilihan suojelemiseksi. (Kätilöliitto 2011.)

On tavoiteltavaa, että synnytysvuoto on normaalia. Synnytystä hoitavat kätilöt tietävät, että pitkään ja hitaasti edenneeseen synnytykseen liittyy usein supistusheikkous ja lisääntynyt vuotoriski syntymän jälkeen. Tällöin istukan aktiivinen auttaminen on varmasti järkevin vaihtoehto. Tämä on yleisesti käytössä suomalaisissa sairaaloissa. Mutta tarvitseeko esimerkiksi synnyttäjä, jonka oma oksitosiini on riittänyt koko synnytyksen ajan, aina rutiininomaisen oksitosiiniprofylaksian? Sairaalassa synnytyksen jälkeinen seuranta on systemaattista ja poikkeavaan vuotoon puututaan nopeasti.

## LÄHTEET

Begley, C., Gyte, G.M.L., Devane, D., McGuire, W. & Weeks A. 2015. Delivering the placenta with active, expectant or mixed management in the third stage of labour. Cochrane collaboration. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub4.

de Jonge, A., Teunissen, T.A.M. & Lagro-Janssen, A.L.M. 2004. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 25, 35–45.

Dekker, R. 2012. What is the evidence for pushing positions. <http://evidencebasedbirth.com/what-is-the-evidence-for-pushing-positions/> Luettu 21.4.2016.

Dixon, D., Tracy, S., Guilliland, K., Fletcher, L., Hendry, C. & Pairman, S. 2013. Outcomes of physiological and active third stage labour care amongst women in New Zealand. *Midwifery* 29 (7) 67–74.

Gülmezoglu, M., Lumbiganon, P., Landoulsi, S., Widmer, M., Abdel-Aleem, H., Festin, M., Carroli, G., Qureshi, Z., Souza, J.P., Bergel, E., Piaggio, G., Goudar, S.S., Yeh, Armbruster, D., Singata, M., Pelaez-Crisologo, C., Althabe, F., Sekweyama, P., Hofmeyr, J., Stanton, M-E., Derman, R. & Elbourne, D. 2012. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 379 (9827) 1721–1727

Gupta, J. & Nikodem, C. 2000. Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 92, 273–277.

JBI. 2013. Third Stage of Labor. Recommend practice. Joanna Briggs Institute.

Kätilöliitto. 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa -hoitotyön suositus välilihan repeämän ehkäisemiseksi. [https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/synnyttajan\\_hoito\\_ponnistusvaiheessa\\_suositus\\_2011\\_versio3.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/synnyttajan_hoito_ponnistusvaiheessa_suositus_2011_versio3.pdf).

King, L. & Pinger, W. 2014. Evidence-based practice for intrapartum care: the pearls of midwifery. *Journal of Midwifery and Women's health* 59(6), 572–585.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.L. & Styles, C. 2013. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4

Lemos, A., Amorim, M., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A., Eulálio Cabral Filho, J. & Correia, J. 2015. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2

Makuch, M.Y. 2010. Maternal positions and mobility during first stage of labour: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

Martin, C.J. & Martin, C. 2013. A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 19, 44-49.

NICE. 2016. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#care-of-the-newborn-baby>.

Osborne, K. 2010. "Pushing Techniques Used by Midwives When Providing Second Stage Labor Care" (2010). Dissertations (2009 -). [http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=dissertations\\_mu](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=dissertations_mu)

Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. 2012. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth* 25 100–106. doi:10.1016/j.wombi.2011.05.001

Prins, M., Boxem, J., Lucas, C. & Huttona, E. 2011. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomized trials. *British Journal of Obstetrics and Gynecology. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x

Räisänen, S., Laine, K., Jouhki, M.R. Vehviläinen-Julkunen, K., Gissler, M. & Heinonen, S. 2012. Alatiesynnytyksiin liittyvän repeämäriskin vähentäminen on mahdollista. *Duodecim* 218(19), 1981–1987.

RCM. 2016. Royal College of Midwifery. <http://betterbirths.rcm.org.uk/>.

Saxton, A., Fahy, K., Rolfe, M., Skinner, V. & Hastie, C. 2015. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum hemorrhage: Results of a cohort study. *Midwifery* 31(11), 1110–1117.

Shorten, A., Donsante, J. & Shorten, B. 2002. Birth Position, Accoucheur, and Perineal Outcomes: Informing Women about Choices for Vaginal Birth. *Birth* 29(1), 18-27.

Soiva, K. 1977. Synnytyssopin oppikirja kättilöille. Toinen painos. Porvoo; WSOY.

THL. 2016. Tietokantaraportit. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastotietokannat/tietokantaraportit#Seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys>. 29.12.2016.

Walsh, D. 2012. Evidence and skills for normal labour and birth. A guide for midwives. Routledge; Oxon.

WHO 2012. Active versus expectant management in the third stage of labour. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119831/1/WHO\\_RHR\\_14.18\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119831/1/WHO_RHR_14.18_eng.pdf?ua=1). 19.1.2017.

Zwelling, E. 2010. Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *American Journal of Maternal/ Child Nursing* 35(2) 72–8. doi: 10.1097/NMC.0b013e3181caeab3.