

NORMAALISYNNYTYKSEN HOITO - NYKYKÄSITYS

Vertaileva tutkimus normaalisyntymisen hoidon
nykykäsityksestä 2012 ja 2018.

Martta Laaksonen

Maria Roos & Matilda Saarisalo

OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2019

Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilö

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilö

LAAKSONEN MARTTA, ROOS MARIA & SAARISALO MATILDA:
Normaalisynnytyksen hoito- nykykäsitys
Vertaileva tutkimus normaalisynnytyksen hoidon nykykäsituksesta 2012 ja 2018.

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 18 sivua
Huhtikuu 2019

Tämä opinnäytetyö tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin naistentautien ja synnytysten vastuualueelle. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Tays) hoidetaan noin 5000 synnytystä vuodessa. Iso osa näistä on normaalisynnytyksiä. Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa tämänhetkistä käsitystä normaalisynnytyksen hoitamisen käytänteistä ja käsityksistä Tays:ssa. Opinnäytetyön tehtävä oli toistaa Sanna-Kaisa Kukon vuonna 2012 tekemä kysely normaalisynnytyksen hoitamisesta ja vertailla vastauksia. Vuonna 2012 Tays:ssa aloitettiin Matalan riskin synnytyksen projekti, joten opinnäytetyön avulla selvitettiin projektin käytäntöön tuomia mahdollisia muutoksia. Toistettiin sama kysely ja vertailtiin saatuja vastauksia. Tavoitteena oli, että tuloksia ja tietoa voidaan hyödyntää käytännön työssä synnytyksen hoidossa. Opinnäytetyö kehitti tekijöiden ammatillisuutta sekä syvensi tietoa kyseisestä aiheesta. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Aineisto kerättiin puolisuorakkuudella verkkopohjaisella kyselylomakkeella ja se välitettiin vastaajille sähköpostilla. Vastauksia saatiin kättilöiltä (N=53) ja lääkäreiltä (N=16), ne analysoitiin tilastollisesti.

Suurin osa kättilöistä 58% ja lääkäreistä 63% vuonna 2018 luokitteli normaalisynnytyksen spontaanisti alkaneeksi, jossa tarvittaessa synnytyksen edistämiseksi voidaan käyttää kalvojen puhkaisua, oksitosiinia ja eri lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Edelleen synnyttäjän hoidossa käytettiin lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, hoitohenkilökunta tarjosi empaattista tukea, annettiin mahdollisuus liikkumiseen ja syömiseen synnytyksen aikana. WHO:n (2018) hoitosuosituksen mukaan nämä ovatkin todistettavasti hyödyllisiä käytänteitä. Jatkuva ktg-seuranta synnytyksen aikana ei myöskään vuoden 2018 vastauksissa kannatettu normaalisynnytyksen hoidossa. Sisätutkimuksen tekemisessä vastaukset olivat pysyneet samana. Korostuneesti nousi esille sen tekeminen vain tarpeen mukaan. Synnytysasentojen suhteen oli tapahtunut muutoksia verrattuna vuoden 2012 vastauksiin, mutta edelleen eniten valintaan vaikutti se, miten lapsi näytti parhaiten syntyvän. Erilaisia ponnistusasentoja oli tullut lisää käyttöön kyselyiden välisenä aikana. WHO:n normaalisynnytyksen hoitosuositus 2018 mainitsee todistettavasti hyödylliseksi käytännöksi synnytyksessä sen, että kättilö rohkaisee synnyttäjää valitsemaan synnytysasennon synnyttäjälle mieluisaksi sekä ponnistamaan synnyttäjän tarpeen mukaan (Liite 1). Synnytyksen hoidossa oli tapahtunut muutoksia monilla eri osa-alueilla ja synnytyksen hoito vastasi osittain WHO:n hoitosuosituksia. Kehittämisehdotuksena normaalisynnytyksen määritelmää tulisi tarkentaa, sekä kättilöiden ja lääkäreiden synnyttäjälle antama hoito ja interventiot tulisi perustua tutkimukseen.

Asiasanat: kättilö, matalan riskin synnytys ja normaalisynnytys

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Midwifery

LAAKSONEN MARTTA, ROOS MARIA & SAARISALO MATILDA:
Care of Normal Birth – Contemporary Conception
A Comparative Study on Contemporary Conceptions of the Care of Normal Birth 2012
and 2018

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 18 pages
April 2019

The purpose of this study was to gather information on perceptions of normal birth and intrapartum care on the Obstetric and Gynaecological wards in Tampere University Hospital. In the year 2012 a low-risk childbirth project was started at Tampere University Hospital. Additionally, the purpose of the current study was to clarify existing perceptions of normal birth and compare the results with those obtained in a research conducted by Sanna-Kaisa Kukko in year 2012. The aim of this study was to yield new information on normal birth and intrapartum care, to be further utilised in practice.

The study was conducted with a quantitative approach. The data were collected through semi-structured web based questionnaires. The respondents were midwives (N= 53) and doctors (N=16). The data were analysed by means of statistical analysis.

When comparing the results between 2012 and 2018 many results have remained the same. Most of the midwives 58% and physicians 63% during year 2018 described normal labour as a spontaneous labour where artificial rupture of membranes, oxytocin and different types of pain relief can be used to promote labour. Further, in the care of labourer medication free painrelief, empathic support from the staff, possibility to move and possibility to eat during the labour was given. According to WHO's (2018) recommendation these actions are proven to be beneficial. Continuous ktg-monitoring was not recommended during normal labour according to the responses in 2018. According to the results, there were changes in the dosage of oxytocin, as well as in birth positions. Additionally, the parturients' wishes were taken more carefully into consideration in 2018.

The results indicate that the definition of normal birth should be specified. A potential further research should concentrate on defining the concept of normal birth. Additionally, the care and interventions provided by midwives and doctors should be evidence-based.

Key words: midwife, low-risk birth, normal birth

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1	Synnytys.....	6
2.2	Matalan riskin synnytys	7
2.3	Normaalisynnytyksen hoito	8
2.4	Normaalisynnytyksen interventiot.....	11
3	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	13
3.1	Menetelmälliset lähtökohdat.....	13
3.2	Tarkoitus, tehtävä ja tavoite.....	14
3.3	Kohdejoukko ja otos	14
3.4	Puolistrukturoitu kysely.....	15
3.5	Kyselylomakkeen muoto	15
3.6	Aineiston keruu.....	16
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
4.1	Kyselyn toteutus	17
4.2	Aineiston analyysi.....	17
5	TULOKSET	18
5.1	Vastaajien taustatiedot.....	18
5.2	Normaalisynnytys Tays:ssa henkilökunnan käsityksen mukaan	18
5.3	Normaalisynnytyksen hoidolliset näkökulmat.....	18
5.3.1	Synnyttäjän kohtaaminen.....	18
5.3.2	Synnytyksen seuraaminen.....	19
5.3.3	Synnyttäjälle annettava kivunlievitys	20
5.3.4	Ponnistusvaiheen hoito	22
5.3.5	Interventiot ja synnytys	24
5.3.6	Avoimet vastaukset.....	26
6	POHDINTA.....	27
6.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	27
6.2	Tulosten tarkastelu.....	28
6.3	Kehittämisehdotukset.....	30
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	33
	Liite 1. WHO:n suositukset positiivisen synnytyskokemuksen saamiseksi.....	33
	Liite 2. Tutkimuslupa	38
	Liite 3. Kyselylomake	40
	Liite 3. Saatekirje	50

1 JOHDANTO

Normaalisynnytys määritellään siten, että se sujuu itsestään eikä sen kulkuun tarvitse puuttua (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 106-107). Suomessa ei ole kansallisella tasolla määritelty matalan riskin synnytyksen kriteereitä, mutta Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays) on määritellyt matalan riskin synnytyksen kriteerit. Määritelmän tarkoitus on tukea normaalia synnytystä ja vähentää synnytyksen aikana tehtäviä toimenpiteitä. (Tays 2017.)

WHO on antanut erilaisia ohjeistuksia ja suosituksia liittyen muun muassa synnytykseen. WHO käyttää ohjeistuksissaan termiä ”terveet raskaana olevat naiset” ja tällä viitataan raskaana oleviin naisiin, joilla ei ole tunnistettuja riskitekijöitä itsellään tai heidän vauvallaan. On kuitenkin huomioitava, että synnytyksen aikana voi tulla tilanteita, joissa synnyttäjät tai sikiö on vakavassa vaarassa. (WHO 2018, 1,8.) WHO on myös eritellyt avautumisvaiheen latenssiin ja aktiiviseen. Näiden määritelmien tarkoituksena on muun muassa vähentää interventioiden määrää. (WHO 2018, 35.) Interventioita tehdään toisinaan liian vähän ja ne tehdään liian myöhään, toisissa tilanteissa synnyttäjille tehdään liikaa interventioita, joita he eivät tarvitse (WHO 2018).

Synnytyspaikan valinnalla on myös vaikutusta interventioihin. Tutkimukset osoittavat, että kun matalan riskin synnyttäjät synnyttävät isoissa sairaaloissa, heille todennäköisesti tehdään enemmän interventioita. Näitä interventioita on mm. sikiön sähköisen sydänäänikäyrän ottaminen, episiotomia ja keisarileikkaus. (Hunter, Pairman, Benn, Baddock, Davis, Herbison, Dixon, Wilson, & Anderson 2011, 7.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tämänhetkistä käsitystä normaalisynnytyksen hoitamisesta Tays:ssa. Tehtävänä on toistaa 2012 tehty kysely ja verrata vastauksia. Tavoitteena on, että tuloksia ja tietoa voidaan hyödyntää käytännön työssä. Lisäksi opinnäytetyön tekeminen lisää ja kehittää tekijöiden ammattitaitoa.

Opinnäytetyössä käytetty kysely kartoitti vastaajien käsitystä normaalisynnytyksestä. Kysymykset tarkastelivat vastaajien käsitystä esimerkiksi sikiön sydänäänien seurannasta, kivunlievityksestä, synnytyksen etenemisen seurannasta ja ponnistusvaiheen hoidosta.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Synnytys

Synnytys määritellään siten, että raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai sikiö painaa vähintään 500g. Synnytys on täysiaikainen, kun raskaus kestänyt 37 viikkoa ja yliaikainen, kun kesto yli 42 viikkoa. Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen: avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisten poistuminen. (Tiitinen 2017.) Synnytyksen käynnistymisen merkkejä ovat supistukset, lapsivedenmeno ja verislimainen vuoto (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 243). Synnytys katsotaan käynnistyneen, kun supistukset ovat säännöllisiä (tulevat alle 10 minuutin välein) ja tilanne jatkuu tällaisena keskeytymättä kahden tunnin ajan. (Pietiläinen & Väyrynen 2017, 204.)

WHO:n mukaan synnytyksen avautumisvaihe voidaan jakaa latenssiin ja aktiiviseen. Latenssvaiheessa ominaista on kivuliaat supistukset ja kohdunsuun avautuminen 5 senttimetriin. Aktiivisessa vaiheessa kohdunsuu avautuu 5 senttimetrinä 10 senttimetriin. (WHO 2018, 35.) Latenssvaiheessa kohdunsuu avautuu usein 1 senttimetri/tunti tai hitaammin ja aktiivisessa vaiheessa kohdunsuun avautuu jopa kaksi kertaa nopeammin (WHO 2018, 36). On myös todettu, jos synnytyksessä käytetään latenssvaiheen ja aktiivisen avautumisvaiheen määritelmiä voi se vaikuttaa interventioiden määrään. Määriteltäessä latenssvaihe ja aktiivinen vaihe, ei aktiivisessa vaiheessa esimerkiksi synnytystä nopeuteta oksitosiinilla, joka taas vähentää kivunlievityksen tarvetta. WHO kuitenkin toteaa, että vaikka uusi määritelmä aktiivisesta avautumisvaiheesta voisi vähentää interventioiden määrää, voi se lisätä kustannuksia toisenlaisissa asioissa, kuten henkilökunnan koulutuksen suhteen. Tarpeettomat oksitosiinin lisäykset ja keisarileikkaukset ovat erittäin epätoivottuja interventioita. Näitä voitaisiin vähentää, jos aktiivisen avautumisvaiheen hoitoa sovelletaan kohdunsuun ollessa auki vähintään 5cm. (WHO 2018, 37.)

Normaalisynnytys määritellään siten, että se sujuu itsestään eikä sen kulkuun tarvitse puuttua. On kuitenkin aina huomioitava raskauden riskistatus ja synnytyksen kulku. Riskien arviointi ei ole kertaluontoista, vaan se alkaa jo raskausaikana ja jatkuu läpi synnytyksen. Varhaisia komplikaatioita voi ilmetä milloin tahansa, joka voi vaikuttaa päätökseen siirtää raskaana oleva lääketieteellisesti korkeammalle hoidon tasolle.

(Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 106-107.) Tämän vuoksi synnytyksen aikana seurataan synnyttäjän ja sikiön vointia tarkkaan, jotta mahdolliset häiriöt voidaan todeta ajoissa (Tiitinen 2017). Synnytykseen liittyy aina myös äkillisten, sikiön henkeä nopeasti uhkaavien tapahtumien riski, näitä ovat esimerkiksi istukan äkillinen irtoaminen, napanuoran esiinluiskahdus ja napanuorasolmun kiristyminen. Näitä hätätilanteita ei voida ennustaa millään seurantamenetelmällä, mutta sikiön sykkeiden laskiessa nopeasti tällaisia tilanteita tulee osata epäillä. Äkilliset hätätilanteet vaativat nopeita toimenpiteitä ja usein ainoa pelastava toimenpide on mahdollisimman nopea synnytys. Millään yksittäisellä seuranta- tai arviointimenetelmällä ei edelleenkään voida taata syntyvän lapsen terveyttä. (Timonen 2007, 2290.)

Panokset synnytyksen hoidossa ovat kovat, ja vammautuneen lapsen syntymä on aina tragedia. Mahdollisimman tarkalla seurannalla voidaan vammautumisen riskiä vähentää, mutta täydellistä lopputulosta ei mikään menetelmä takaa. (Timonen 2007, 2290.) Vasta synnytyksen jälkeen voidaan sanoa, oliko kyseessä normaalisynnytys (matalan riskin) vai ei (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 106-107).

2.2 Matalan riskin synnytys

Matalan riskin synnytyksen tavoitteena on tukea normaalia synnytystä ja vähentää synnytyksen aikana tehtäviä toimenpiteitä (Tays 2017). Suomessa ei ole kansallisella tasolla määritelty matalan riskin synnyttäjän tai synnytyksen kriteereitä (Raussi-Lehto 2017, 216).

Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays 2017) on määritellyt matalan riskin synnytyksen kriteerit seuraavasti:

- Äidillä ei ole perussairauksia.
- Vain yksi lapsi on syntymässä.
- Raskausviikot ovat 37-41+6.
- Vauvalla on pää alaspäin.
- Tullessa vauvan sykekäyrä on normaali.
- Synnytys on käynnistynyt itsestään.
- Lapsivedenmenosta on alle 48 tuntia.
- Lapsivesi on normaalin väristä eikä synnyttäjällä ole tulehduksen merkkejä.
- BMI alle 35 ennen raskautta.

- Ikä 18–40 vuotta (ensisynnyttäjät).

2.3 Normaalisyntytyksen hoito

Synnytystä hoidetaan kokonaisuutena ja siinä tulee ottaa huomioon monia asioita. Hoitoon vaikuttaa raskauden kesto, raskaudenaikaiset sairaudet, sikiön kasvu ja vointi. Lisäksi synnytyksen käynnistymistapa ja eteneminen vaikuttavat sen hoitoon. Synnytyksen aikana sikiön vointia seurataan monilla tavoilla ja sen tarkoituksena on havaita, ettei synnytys rasita sikiötä liikaa. (Timonen 2007, 2289.) Kardiokografi (ktg) on sähköinen seurantalaitte, joka rekisteröi jatkuvasti sikiön sykettä ja kohdun supistusten voimakkuutta suhteessa aikaan (Raussi-Lehto 2017, 252).

Synnyttäjää tulisi tukea ja synnytyksen tulisi antaa edetä luonnollisesti, ilman interventioita, jotka lyhentäisivät synnytyksen kestoja. Synnytykseen puuttuessa tulee ottaa huomioon muun muassa synnyttäjän sekä sikiön tila ja kohdunkaulan avautuminen suositellun ajan rajoissa. Ammattilaisten tulisi neuvoa synnyttäjiä, että synnytyksen kesto on hyvin vaihteleva ja siihen vaikuttaa synnyttäjän fysiologia sekä raskauden piirteet. Interventioiden tekeminen synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa ei tule perustua vain kestoan, sillä sen tarkkaa alkamista on vaikea sanoa. (WHO 2018, 39.) Synnyttäjän tukeminen vastuunottamiseen ja aktiiviseen päätöksentekoon yhdessä hoitavan kättilön ja lääkärin kanssa lisää hallinnantunnetta sekä luottamusta omiin kykyihin synnyttäjänä (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 108).

WHO antoi yli kaksikymmentä vuotta sitten ohjeita terveille raskaana oleville naisille ja heidän vauvoille –”Normaali syntymän hoito: käytännön opas”. Ohjeistuksia tarkastellessa moni asia on muuttunut. Nykypäivänä useat naiset synnyttävät sairaaloissa tai vastaavissa terveydenhuollon paikoissa, silti hoidon laadussa on kansainvälisesti tarkasteltuna vielä paljon parannettavaa. Toisinaan on liian vähän interventioita ja ne tehdään liian myöhään, toisissa tilanteissa synnyttäjille tehdään liikaa interventioita, joita he eivät tarvitse. (WHO 2018.) Monissa sairaaloissa tietyistä traditioista ja rutiineista on tullut käytänteitä, näin normaaliin syntymäprosessin kulkuun puututaan ja sekaannutan ilman syytä (Raussi-Lehto 2017, 218).

Termiä ”terveet raskaana olevat naiset” käytetään kuvaamaan raskaana olevia naisia ja nuoria tyttöjä, joilla ei ole tunnistettuja riskitekijöitä itsellään tai heidän vauvallaan (WHO 2018, 1). Maailmanlaajuisesti on n.140 miljoonaa syntymää vuosittain, joissa ei ole ennalta tiedettyjä riskitekijöitä. Kuitenkin synnytyksen aikana voi tulla tilanteita, joissa synnyttäjää tai sikiötä on vakavassa vaarassa. Näitä ennalta arvaamattomia tilanteita on muun muassa verenvuoto ja synnytyksen jälkeinen verenmyrkytys. Sairaaloilla ja terveydenhuollon ammattilaisilla on suuri rooli laadukkaan hoidon tarjoamisessa sekä riskien tunnistamisessa. WHO kertoo, että tutkimusten mukaan merkittävälle osalle terveistä synnyttäjistä tehdään vähintään yksi interventio, esimerkiksi oksitosiinin lisäys, keisarileikkaus tai episiotomia. Lisäksi synnyttäjille tehdään edelleen rutiinitoimenpiteitä, kuten iv-nesteytys, ruiskeet tai karvojen ajelu, jotka eivät ole hoidon kannalta merkittäviä. (WHO 2018, 8.)

Rutiininomaista jatkuvaa ktg-seurantaa ei suositella terveille synnyttäjille, joiden synnytys on alkanut spontaanisti. Turha ktg-seuranta lisää todennäköisyyttä, että synnyttäjälle ja sikiölle tehdään toimenpiteitä, muun muassa sikiöltä otetaan verinäyte, päädytään keisarileikkaukseen ja usein nämä toimenpiteet lisäävät kustannuksia. Suositus on, että ensimmäisen vaiheen aktiivisessa vaiheessa sikiön sykettä pitäisi kuunnella dopplerilla tai Pinardin stetoskoopilla 15-30min välein, kun taas toisessa vaiheessa tulisi kuunnella sikiön sykettä 5 minuutin välein. (WHO 2018, 64.) Sykkeen seuranta tulisi kestää vähintään minuutin ajan, jos syke ei ole normaalilla alueella (110-160) tulisi sitä jatkaa vähintään kolmen supistuksen ajan. Sykkeen seuranta tulisi ajoittaa supistuksen ajaksi ja vähintään jatkaa 30 sekuntia supistuksen jälkeen. (WHO 2018, 74.)

Synnyttäjille tulisi kertoa eri kivunlievityskeinojen vaihtoehdoista sekä niiden eduista ja haitoista. WHO suosittelee myös ei-farmakologisten kivunlievityskeinojen käyttöä, kuten hierontaa ja lämpöpakkausta. Ne voivat lievittää epämukavuuden tunnetta, lievittävää kipua, parantaa synnytyskokemusta sekä rauhoittaa synnyttäjää. Kuitenkin näyttöä lääkkeettömien kivunlievityskeinojen hyödyllisistä vaikutuksista on vain vähän. (WHO 2018, 111.) Epiduraalipuudutusta kivunlievityksenä suositellaan terveille raskaana oleville naisille, jotka tarvitsevat tehokasta kivunlievitystä synnytyksen aikana.

Epiduraalipuudutus synnytyksen toisessa vaiheessa, saattaa viivästyttää ponnistamisen aloittamista 1-2 tuntia. (WHO 2018, 83.)

Ponnistusvaiheeseen sisältyy laskeutumisvaihe ja aktiivisen ponnistamisen vaihe. Synnyttäjää tuetaan ponnistamaan haluamassaan asennossa, jos synnyttäjällä ei ole erityisiä riskitekijöitä. Ponnistusvaiheessa sikiön pään jarruttaminen ja välilihan tukeminen ehkäisevät repeämistä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 108). Ponnistusasentoja, joissa synnyttäjä ponnistaa täysin selällään liittyy supiinioireyhtymän riski, jota yritetään välttää. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 108.) Supiinioireyhtymä tarkoittaa sitä, kun synnyttäjä on selällään niin kookas kohtu painaa alaonttolaskimoa, jolloin laskimoverenvirtaus sydämeen huononee ja synnyttäjälle voi tulla heikko ja huono olo (Tiitinen 2018). Lisäksi se heikentää sikiön hapettumista ja vaikuttaa sikiön verenkiertoon kompensoivasti. Supiinioireyhtymän riskiä lisää muun muassa kohdun iso koko, monikkoraskaus ja synnyttäjän korkea painoindeksi. (Supine lying during pregnancy 2018, 78-80.)

WHO:n 2018 vuonna päivittämässä synnytyksen hoitosuosituksissa korostetaan positiivista synnytyskokemusta. Suosituksessa painotetaan synnyttäjien toivetta saada positiivinen synnytyskokemus, jossa heillä on tunne henkilökohtaisesta saavutuksesta ja osallistumisesta päätöksentekoon, vaikkakin lääketieteellisiä toimenpiteitä tarvitaan tai synnyttäjä toivoo niitä. (WHO 2018, 12.) WHO painottaa, että yksityisyys ja luottamuksellisuus tulee toteutua jokaisen synnyttäjän hoidossa. Lisäksi on huolehdittava, että hoitajamitoitus on riittävä ja kättilöiden koulutus ajan tasalla. Synnyttäjälle ja hänen kumppanilleen tulisi antaa selkeää tietoa synnytyksen kulusta ja erilaisista hoitovaihtoehdoista. (WHO 2018, 25.)

Norjassa tehdyn tutkimuksen mukaan turvallinen ympäristö ja emotionaalinen tuki olivat tärkeimmät asiat normaalissa synnytyksen edistymisessä sekä myönteisen synnytyskokemuksen muodostumisessa (Aune, Torvik, Selboe, Skogås, Persen & Dahlberg 2015, 721).

Kättilöiden ammattitaidon on todettu liittyvän synnytystoimenpiteiden vähempään määrään ja synnyttäjien parempaan kokemukseen hoidosta. (Cheyne, Abhyankar, & McCourt 2013, 1110).

Kätilöitä rohkaistaan varmistamaan, että synnyttäjät ovat täysin tietoisia viimeisimmistä suosituksista liittyen ponnistusasettoon. Kätilöitä rohkaistaan myös luottamaan ammatillisen kokemuksen tuomaan asiantuntijuuteen huomioida synnyttäjien yksilölliset tarpeet synnytyksen aikaisessa ohjauksessa. (Hamilton 2016, 90.)

2.4 Normaalisyntytyksen interventiot

Normaalisyntytyksessä interventiolla tarkoitetaan väliintuloa. Synnytys on normaali tapahtuma, jonka kulkuun puuttuvaa toimintaa tulisikin olla mahdollisimman vähän. Kätilöiden ja lääkäreiden tulisikin tarkkaan harkita milloin ja mitä interventioita synnytyksen aikana tehdään. Interventioiden tarkoitus on varmistaa synnyttäjän sekä sikiön hyvinvointi. Synnytykseen puuttuminen tulisi aina olla perusteltua. (Raussi-Lehto 2017, 217.) Synnytyksen interventioita ovat mm. sisätutkimus, oksitosiinin lisäys, episiotomia, ihokarvojen ajelu, peräruiskeen antaminen, instrumentaalinen synnytys ja lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät (WHO 2018, 8, 120).

Synnytyspaikan valinnalla on myös vaikutusta interventioihin. Tutkimukset osoittavat, että kun matalan riskin synnyttäjät synnyttävät isoissa sairaaloissa, heille todennäköisesti tehdään enemmän interventioita. Näitä interventioita on mm. ktg-seurannan ottaminen, episiotomia tai keisarileikkaus. (Hunter ym. 2011, 7.)

Sisätutkimus on yksi interventioista, joten sen suorittaminen tulee olla perusteltua. Kätilön täytyy punnita muiden menetelmien kuten esim. ulkotutkimuksen käyttöä tiedon hankkimiseen. Sisätutkimuksen tekoon liittyy myös aina infektioriski. (Raussi-Lehto 2017, 240-241.) Matalan riskin synnyttäjien kohdalla WHO ohjaa sisätutkimuksen tekoon 4 tunnin välein avautumisvaiheen aikana. (WHO 2018, 69).

Valsalva-tekniikka tarkoittaa, kohdennettua työntämistä toisen vaiheen aikana. Uusissa National Health and Care Excellence -instituutin (NICE, 2014) suuntaviivoissa suositellaan, että synnyttäjiä on ohjattava omalla vaistomaisella kehotuksellaan työntämään synnytyksen toisessa vaiheessa ja suunnattua työntövoimaa ei pitäisi käyttää osana rutiininomaista synnytystä. (Hamilton 2016, 90.) Valsalva-tekniikka synnytyksen toisessa vaiheessa onkin interventio, joka on pitkään ollut yleinen käytäntö länsimaisessa

kulttuurissa. Tämä interventio onkin esimerkkinä siitä, miten jotkut terveydenhuollon ammattilaiset yrittävät edelleen ohittaa synnytyksen fysiologisia elementtejä käyttämällä käytäntöjä, jotka eivät enää ole näyttöön perustuvia. (Hamilton 2016, 90.)

Kätilön tulisi olla puuttumatta normaalisynnytykseen ja välttää turhia interventioita. Synnyttäjän tulisi itse tuntea voimakasta halua työntää. Jos synnyttäjää pyydetään työntämään ennen kuin hän tuntee itse tarvetta ponnistaa, niin synnytyksen edellytykset eivät välttämättä ole optimaalisia. Tämä voi johtaa synnyttäjän ja sikiön uupumiseen ja lisääntyneeseen stressiin. (Hamilton 2016, 90.)

Kanadassa tehdyn (2014) tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää, kuinka Kanadassa raskaana olevat naiset päättivät synnyttävätkö kotona vai sairaalassa ja miksi he valitsivat niin. Kotona synnytystä suunnitelleet naiset halusivat välttää toimenpiteitä ja he tunsivat olonsa paremmaksi kotona. Ne, jotka suunnittelivat sairaalassa synnytystä, halusivat kipulääkitystä ja ajattelivat kotisynnytystä stressaavana. Missä tahansa he sitten synnyttivätkään, he uskoivat, että synnytys on luonnollinen tapahtuma. (Murray-Davis, McDonald, Rietsma, Coubrough & Hutton 2014, 896.)

3 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Kvantitatiivinen tutkimus eli määrällinen tutkimus vastaa yleensä kysymyksiin: Mikä?, Missä?, Paljonko? ja Kuinka usein? (Heikkilä 2008, 17). Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja usein selvitetään myös eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2008, 16.)

Aineiston keruussa käytetään yleensä tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot (Heikkilä 2008, 16). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsiteltäviä ja käytettäviä aineistoja voidaan hankkia erilaisista muiden keräämistä tilastoista, rekistereistä tai tietokannoista tai tiedot voidaan kerätä itse (Heikkilä 2008, 18).

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu deduktiiviseen prosessiin, missä edetään yleisestä yksityiskohtaiseen. Pyrkimyksenä on etsiä syysuhteita, missä tutkimus on staattinen, luokat ovat määritelty ennen tutkimuksen alkua ja siinä pyritään yleistyksen avulla ennustamiseen, selityksiin ja ymmärtämiseen.

Tässä opinnäytetyössä menetelmänä käytetään määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tämä menetelmä valittiin, koska tarkoituksena on verrata tuloksia Kukon vuonna 2012 kyselyyn, joten tähän määrällinen menetelmä sopii hyvin. Lisäksi vastaajien oletettu määrä on suuri (yli 100). Suuria vastaus määriä sekä tuloksia on helpompi analysoida numeraalisesti ja mittaamalla (Vilka 2007, 14-21).

3.2 Tarkoitus, tehtävä ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa tämänhetkistä käsitystä normaalisyntytyksen hoitamisesta Tays:ssa. Vuonna 2012 Tays:ssa aloitettiin Matalan riskin synnytyksen projekti. Kyselyn avulla voidaan mitata, onko projektilla ollut vaikutusta henkilökunnan käsityksiin. Tämän vuoksi nähdään tarpeen toistaa kyselyn ja tarkastella tuloksia. Opinnäytetyön tehtävä on toistaa kysely.

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada käsitys, onko normaalisyntytyksen hoito muuttunut ja miten synnytysten parissa työskentelevien kätilöiden ja lääkäreiden ajatukset ovat mahdollisesti muuttuneet 2012 projektin vaikutuksesta. Tämä toteutetaan toistamalla vuonna 2012 tehty kysely.

Tutkimuskysymykset tarkastelevat käsitystä normaalisyntytyksestä.

Millainen on tämänhetkinen käsitys kätilöillä ja lääkäreillä normaalisyntytyksen hoidosta Tays:ssa?

Miten tämänhetkinen käsitys normaalisyntytyksestä mahdollisesti eroaa vuoden 2012 tutkimustuloksista?

Opinnäytetyön tavoitteena on, että tuloksia ja tietoa voidaan hyödyntää käytännön työssä synnytyksen hoidossa. Opinnäytetyö kehittää tekijöiden ammatillisuutta sekä syventää tietoa kyseisestä aiheesta.

3.3 Kohdejoukko ja otos

”Tutkimuksen perusjoukko on se tutkittava kohdejoukko, josta tietoa halutaan” (Heikkilä 2008, 34). Tästä perusjoukosta voidaan ottaa otos tai koko joukko, tällöin tutkimus on kokonaistutkimus. Kokonaistutkimus kannattaa tehdä, jos perusjoukko on pieni (alle 300). (Heikkilä 2008, 33.)

Opinnäytetyössä perusjoukko on Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysten vastualueella toimivat kätilöt ja lääkärit. Opinnäytetyö koostuu perusjoukosta eli kyseessä oli kokonaistutkimus.

3.4 Puolistrukturoitu kysely

Kysely voi olla avoin, puolistrukturoitu tai strukturoitu. Avointen kysymysten hyviä puolia on, että vastauksista voi löytyä jotain hyviä ideoita, kun vastaaja saa vapaamuotoisesti muotoilla vastauksensa. Avoimet kysymykset eivät rajoita vastaajien valintamahdollisuuksia mitenkään. Kyselytutkimuksissa käytetään joskus myös avoimia kysymyksiä, mutta niissä yleensä jollakin tavalla rajataan vastaajan ajatusten suuntaa. (Heikkilä 2008, 49.) Strukturoiduissa kysymyksissä eli suljetuissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot. Näitä käytetään, kun selvästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja kun niitä on rajoitetusti. (Heikkilä 2008, 50.)

Työssä käytetään vuoden 2012 puolistrukturoitua kyselyä. (Liite 1.) Puolistrukturoitu kyselylomake sisältää kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot ovat pääosin rajattuja, mutta siinä on myös mahdollista antaa tarkentavia kommentteja. (Kukko 2013, 27.)

3.5 Kyselylomakkeen muoto

Kyselylomakkeen ulkonäkö ja kysymykset pidettiin samana kuin 2012 Kukon tekemässä kyselyssä. Lomakkeessa yksityiskohdat oli tarkoin valittu ja harkittu, näin ollen ei ollut syytä muokata sen ulkonäköä tai muotoa. Kysely oli sama, koska tavoitteena oli tarkastella, onko käsitys normaalisyntyksestä muuttunut. Kyselyn ollessa sama, on se luotettava ja vastauksia on helppo verrata keskenään. Kysymykset ovat vielä varsin ajankohtaisia, koska WHO on julkaissut vuonna 2018 uuden suosituksen synnytyksen hoidosta. Kysymykset tarkastelivat laajalla osa-alueella synnytyksen hoitoa, eivätkä ole suoranaisesti rajattu vain vuoden 1996 määritelmään. Ne, jotka koskivat normaalisyntyksen hoitamista, oli kyselyssä määritelmänä käytetty WHO:n vuoden 1996 määritelmää.

Kyselylomakkeessa oli alkuun vastaajien taustaa mittaavia kysymyksiä, jotta voitiin verrata eri ikä- ja ammattiryhmien käsityksiä toisiinsa sekä kartoittaa vastaajien käsitystä normaalisyntytyksestä.

3.6 Aineiston keruu

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän keskeisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat systemaattinen havainnointi, kysely ja haastattelu (Vilka 2007, 27). Tässä opinnäytetyössä käytetään internet-pohjaista kyselyä, koska verrattava työ pohjautuu siihen. Internet-pohjaisen kyselyn etuina on, että siihen vastaaminen on vaivatonta, vastaaja pysyy anonyymina, se tavoittaa suuren joukon sähköpostilla (Heikkilä 2008, 20). Kyselyt ovat kvantitatiivisen tutkimusanalyysin aineiston vakiomuotoa.

Kyselyn mukana laitetaan saatekirje sähköpostilla (Liite 3). "Saatekirjeen tehtävänä on motivoida vastaajaa täyttämään lomake ja selvittää tutkimuksen taustaa ja vastaamista" (Heikkilä 2008, 61).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Kyselyn toteutus

Kysely toteutettiin 19.11 -20.12.2018 aikana Pirkanmaan sairaanhoitopiirin naistentautien ja synnytysten vastuualueella Webropol-kyselynä. Kysely välitettiin henkilökunnalle sähköpostilla, josta löytyi kyselyyn linkki ja sähköposti sisälsi myös saatekirjeen (liite 3).

Tämän kyselyn saatekirje (liite 3) oli sähköpostiviesti. Saatekirjeessä tuli ilmi tutkimuksen tarkoitus, tehtävä, vapaaehtoisuus vastaamiseen, aineiston käyttötapa sekä vastaajien anonymiteetti. Saatekirjeessä oli maininta, että kysely on lääkäreille ja kätilöille. Saatekirjeen alaosassa oli linkki, jonka avaamalla sai kyselyyn vastattua.

Kyselyn aikana lähetettiin muistutuksia sähköpostitse, joiden tarkoitus oli saada mahdollisimman hyvä vastausprosentti, jotta tulokset olisivat vertailukelpoisia. Kyselystä kerrottiin suullisesti osastoilla, joiden henkilökuntaa se koski.

4.2 Aineiston analyysi

Tulosten saavuttua tarkasteltiin niitä. Webropol – sovellus mahdollisti monipuolisen aineiston tarkastelun tietokoneella. Sen jälkeen koottiin tulokset excel-ohjelmaan. Excel-ohjelman avulla materiaali saatiin hyvin mitattavaan muotoon, mistä tuloksia oli helppo vertailla vuoden 2012 ja 2018 välillä. Tulokset on kuvattu prosenttiosuuksina. Joitakin avoimia vastauksia lisättiin myös tekstiin. Opinnäytetyön tarkoituksen ja tutkimuskysymyksien pohjalta analysoitiin tuloksia aiemman kyselyn kanssa. Opinnäytetyön tuloksissa on selkeästi eroteltu vuoden 2012 ja vuoden 2018 vastaukset.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyssä kartoitettiin vastaajien ammatti, ikä ja työkokemus. Kätilöitä (N=53) oli enemmistö vastaajista (77%) kuin lääkäreitä (N=16), henkilökuntarakenteesta johtuen. Suurin osa vastaajista oli iältään 25-45-vuotiaita. Suurin osa (lääkäreistä 94% ja kätilöistä 66%) oli hoitanut synnytyksiä viimeisen 12 kuukauden aikana. Synnyttäjien hoidosta vastaajilla oli vankka työkokemus, sillä yhteenlaskettuna alle viiden kätilön työkokemus oli alle yhden vuoden.

5.2 Normaalisyntyys Tays:ssa henkilökunnan käsityksen mukaan

Suurin osa kätilöistä (58%) ja lääkäreistä (63%) vuonna 2018 luokitteli normaalisyntyksen seuraavasti: spontaanisti alkaneeksi, jossa tarvittaessa synnytyksen edistämiseksi voidaan käyttää kalvojen puhkaisua, oksitosiinia ja eri lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä. Vuonna 2018 kätilöistä 11% käsitti edelleen normaalisyntyksen sellaiseksi, jossa ei käytetä lääkkeellisiä kivunlievityksiä tai synnytyksen kulkuun ei puututa. Vastaava luku vuonna 2012 oli 12%. Vuonna 2018 hieman useampi kätilö 25% sekä lääkäri 31% luokitteli normaalisyntykseksi alatiesynnytyksen ilman imukuppia, pihtejä tai perätilan ulosauttoa.

5.3 Normaalisyntyksen hoidolliset näkökulmat

5.3.1 Synnyttäjän kohtaaminen

WHO 2018 suosituksissa nostetaan esille positiivinen synnytyskokemus. Yhtä tärkeänä kliinisen hoidon rinnalla pidetään emotionaalista tukea, kunnioittavaa hoitoa ja tehokasta viestintää. Tällöin toteutuu naisten tarpeiden, mieltymysten ja kysymysten kunnioittaminen ja myönteinen suhtautuminen niihin.

Kysymyksissä, joissa käsiteltiin synnyttäjän toiveiden huomioimista ja toteuttamista, kättilön läsnäoloa ja tukihenkilön/puolison informointia synnytyksen kulusta oli havaittavissa muutosta verraten vuoden 2012 vastauksiin. Vuoden 2018 vastauksissa verraten vuoden 2012 kättilöiden vastauksiin oli jokaisessa kysymyksessä täysin samaa mieltä-osuus noussut. Kättilöistä 89% vuonna 2018 piti tärkeimpänä synnyttäjän ajan tasalla pitämistä. Kysymykseen ”synnyttäjällä on oikeus kättilön läsnäoloon” vastasi vuonna 2018 4% osittain eri mieltä, jonka vastaava luku vuonna 2012 oli 1%.

5.3.2 Synnytyksen seuraaminen

Synnytystä voidaan seurata niin synnyttäjään kuin sikiöön liittyvien menetelmien avulla. Kyselyssä kartoitettiin eri seuranta menetelmien (kohdun tunnustelu, kardiokografia, ulko- ja sisätutkimuksen teko) käyttöä synnytyksessä.

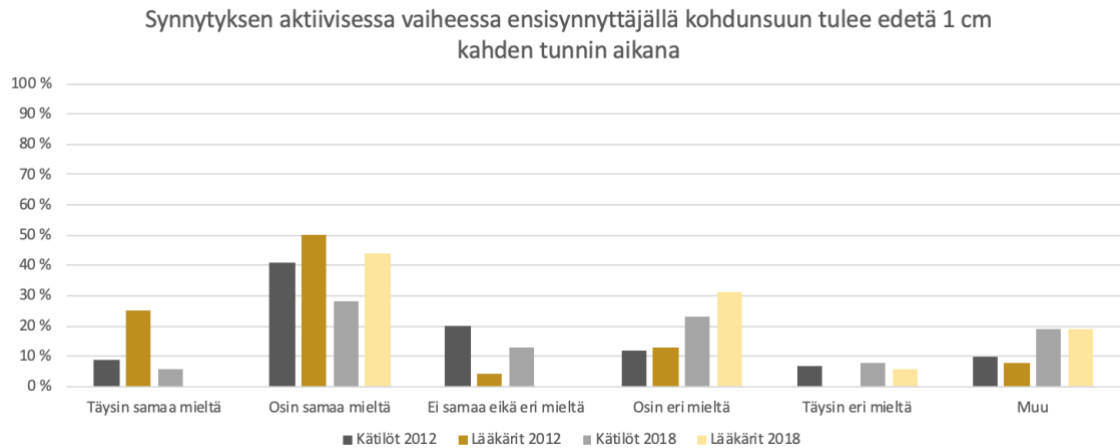
Toteutettu kysely kartoitti myös sikiön voinnin seuraamiseen käytettäviä kardiokografian (ktg) ja sikiöstetoskoopin käyttöä. Synnyttäjän tullessa sairaalaan vuonna 2012 ja 2018 niin kättilöistä kuin lääkäreistä yli 80% kannatti ktg:n ottoa. Poikkeuksena mainittiin vuonna 2018 kättilöiden avoimissa vastauksissa ”ainoa poikkeus ponnistavana tuleva synnyttäjä”. Jatkuva ktg-seuranta synnytyksen aikana ei myöskään vuoden 2018 vastauksissa kannatettu, suurin osa oli osin eri mieltä (36%) tai täysin eri mieltä (38%).

Synnytyksen etenemistä seurataan edelleen ulkotutkimuksella ja kohtua tunnustelemalla. Kättilöiden vastaukset synnytyksen etenemisen seuraamisesta ulkotutkimuksen avulla jakaantuivat melko tasan vaihtoehtojen osin samaa mieltä (36%) ja osin eri mieltä välille (40%).

Sisätutkimuksen tekemisessä vastaukset olivat pysyneet samana. Korostuneesti nousi esille sen tekeminen vain tarpeen mukaan. Avoimissa vastauksissa tarpeen mukaan tapauksia ovat muun muassa ”lääkkeellistä kivunlievitystä arvioidessa” tai ”äidin ponnistustarpeen ilmaantuessa”.

Kättilöiden ja lääkäreiden vastauksissa kohdunsuun etenemisessä (1cm/kahten tunnin aikana) oli tapahtunut merkittävää muutosta. Vuonna 2012 enemmistö lääkäreistä ja

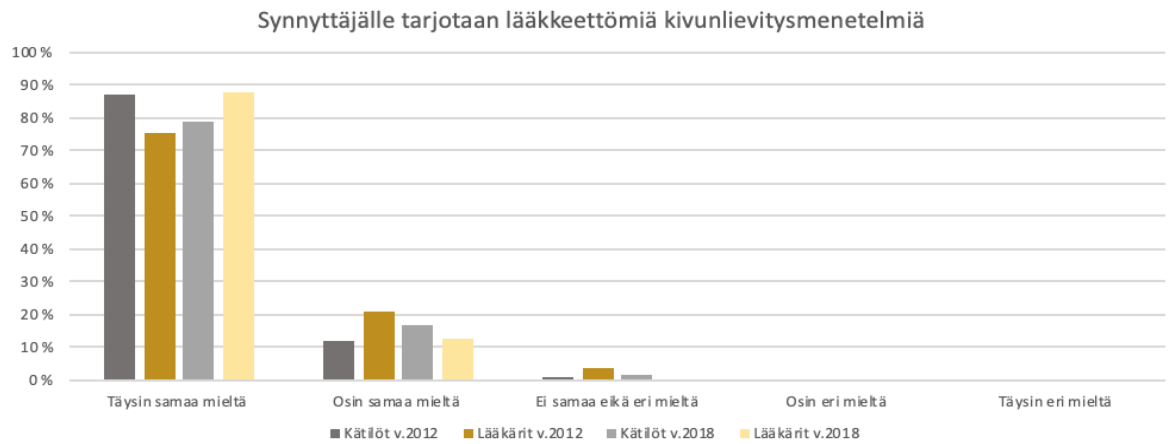
kätilöistä oli täysin samaa mieltä tai osin samaa mieltä, lisäksi vuonna 2012 kätilöistä 20% vastasi ei samaa eikä eri mieltä. Vuonna 2018 kätilöistä 28% vastasi osin samaa mieltä, vastaava luku lääkäreiden osalta oli 44%. Osin eri mieltä tai muun vastauksen valitsi vuonna 2018 huomattavasti suurempi osa kätilöistä ja lääkäreistä verrattuna vuoden 2012 vastauksiin. Avoimissa vastauksissa korostui yksilöllisyys ja kokonaiskuvan arviointi. Lisäksi muutama vastaaja oli maininnut, että kohdun suun tulee edetä ja liiallista pitkittämistä tulee välttää.



KUVIO 1. Kohdun suun edistyminen

5.3.3 Synnyttäjälle annettava kivunlievitys

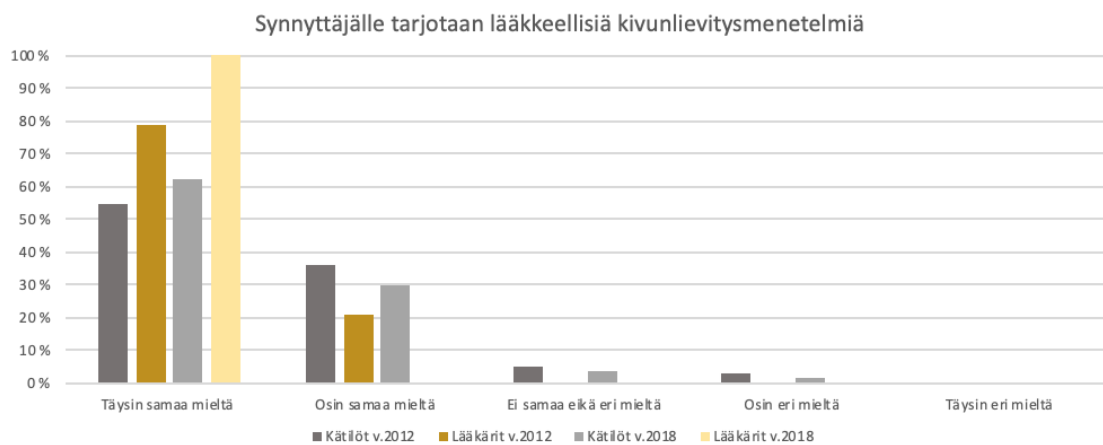
WHO:n hoitosuosituksissa korostetaan positiivista synnytyskokemusta ja kerrotaan miten erilaiset kivunlievityskäytännöt voivat parantaa synnytyskokemusta sekä rauhoittaa synnyttäjää. Tämän vuoksi naisille tulisi kertoa lääkkeettömistä ja lääkkeellisistä vaihtoehtoista sekä niiden eduista ja haitoista. Synnyttäjä voi kokea synnytyksen positiivisena kokemuksena, vaikka lääketieteellisiä toimenpiteitä olisi käytetty. (WHO 2018, 111.) Kyselyn avulla tarkasteltiin synnyttäjälle tarjottavia lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä.



KUVIO 2. Lääkkeettömien kivunlievityskeinojen tarjoaminen.

Kättilöistä suurin osa oli täysin samaa mieltä lääkkeettömien ja lääkkeellisten kivunlievityskeinojen tarjoamisen suhteen. Lääkkeettömien kivunlievityskeinojen suhteen vuonna 2012 87% oli täysin samaa mieltä, vastaava luku vuoden 2018 kyselystä 79%. Osin samaa mieltä oli vuoden 2012 vastanneista 12% ja vuoden 2018 17%.

Lääkäreistä vuonna 2012 75% oli lääkkeettömien kivunlievityskeinojen suhteen täysin samaa mieltä, vastaava luku vuonna 2018 oli 88%.



KUVIO 3. Lääkkeellisten kivunlievityskeinojen tarjoaminen.

Lääkkeellisten kivunlievityskeinojen tarjoamisesta täysin samaa mieltä oli kättilöistä vuonna 2012 55% ja vuonna 2018 62%. Osin samaa mieltä oli 36% vuonna 2012 ja sama luku oli 30% vuonna 2018. Loppujen vastausvaihtoehtojen vastausprosentit olivat lähes yhteneviä.

Lääkäreiden vastauksissa on suurempi ero. Vuonna 2012 79% oli täysin samaa mieltä ja vastaavasti vuonna 2018 100% vastaajista oli sitä mieltä, että lääkkeellisiä kivunlievityskeinoja tulee synnyttäjälle tarjota.

Kätilöiltä kysyttiin ajankohtaa, milloin useimmiten pyytävät synnyttäjälle epiduraalipuudutuksen. Pääasiassa vastaajat olivat samaa mieltä kuin vuonna 2012 eli synnyttäjän kokeiltua ensin lääkkeettömiä keinoja. Avoimissa vastauksissa korostui kuitenkin kokonaistilanteen sekä toiveiden huomioiminen. Lisäksi vastauksissa tuli esille se, että synnytyksen olisi hyvä olla käynnissä.

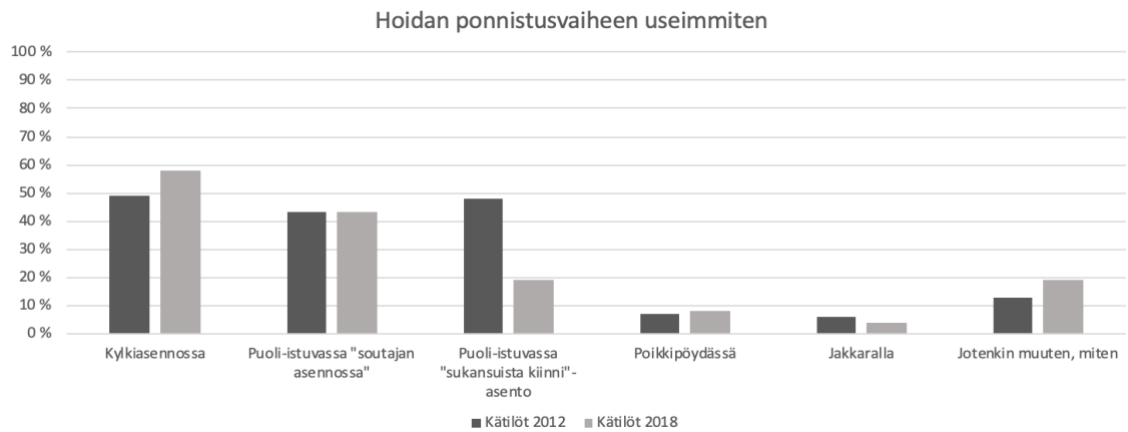
”Tilanteen mukaan potilaan kanssa keskustellen”

” Tilanteesta riippuen, yhteisymmärryksessä perheen kanssa. Kipua kuitenkin tulee hoitaa ja mikäli useita lääkkeettömiä menetelmiä on jo kokeiltu voi epiduraalipuudutus olla vaihtoehto, vaikka ks ei olisi 3 cm auki.”

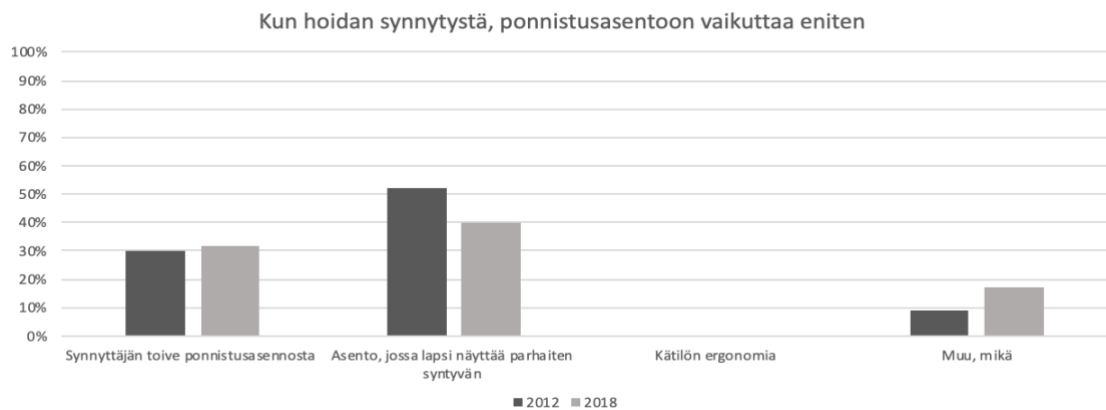
”Synnytys on käynnissä ja synnyttäjä sitä toivoo, lääkkeettömiä useimmiten sitä ennen tarjottu etenkin ensisynnyttäjälle”

5.3.4 Ponnistusvaiheen hoito

Tutkimuksessa kartoitettiin, onko ponnistusvaiheen hoito muuttunut. Kysymykset tarkastelivat, kuinka synnyttäjää ohjataan ponnistusvaiheessa, millaisessa asennossa ponnistusvaihe hoidetaan, mitkä seikat vaikuttavat ponnistusasettoon ja kuinka välilihaa suojellaan ponnistusvaiheessa.



KUVIO 4. Kätilöiden vastauksia ponnistusvaiheen asennosta



KUVIO 5. Kätilöiden vastauksia ponnistusasentoon vaikuttavista tekijöistä

Synnytysasunnoista kysyttäessä ponnistusasennon valintaan vaikutti eniten se, miten lapsi näytti parhaiten syntyvän. Vuonna 2012 52% ja vuonna 2018 40% kätilöistä oli valinnut tämän vaihtoehdon. Synnyttäjän toiveen huomioinen ponnistusasennossa oli kätilöiden vastauksissa pysynyt melkein sama vuonna 2012 (30%) ja vuonna 2018 (32%). Muu mikä- vaihtoehdon prosenttimäärä oli noussut, vuonna 2012 se oli kätilöillä 9% ja vuonna 2018 17%. Muu, mikä vastausvaihtoehdossa kätilöt kommentoivat esimerkiksi näin:

”Sikiön vointi”

”Sikiön hyvinvointi eli sykekäyrä”

WHO:n normaalisyntyksen hoitosuositus mainitsee todistettavasti hyödylliseksi käytännöksi synnytyksessä kätilöä rohkaisemaan synnyttäjää valitsemaan synnytysasennon synnyttäjälle mieluisaksi (Liite1). Kysyttäessä asentoa, jossa kätilö

hoitaa ponnistusvaiheen useimmiten, vastausprosentit jakautuivat seuraavasti. Tässä kysymyksessä oli mahdollista valita useampia vastauksia. Vuonna 2012 49% oli vastannut kylkiasento, vuonna 2018 prosentti oli hieman noussut 58%. Puoli-istuvassa ”soutajan asennossa vastausprosentti oli sama. Puoli-istuvassa ”sukansuista kiinni”-asennon käyttö oli laskenut, vuonna 2012 prosentti oli 48% ja vuonna 2018 19%. Poikkiöydän ja jakkaran käyttö oli vähäistä niin vuonna 2012 kuin 2018. Muiden ponnistusasettojen käyttö oli noussut vuonna 2012 13% vuoden 2018 19%:iin. Kätilöt kertoivat käyttävänsä esimerkiksi seuraavanlaisia ponnistusasettoja:

”polviseisonta”

”nelinkontin”

”Miten synnyttäjää toivoo”

Ponnistamisen ohjauksessa kätilöt käyttivät edelleen eniten Valsalva- menetelmää. Vuonna 2012 Valsalva- menetelmää käytti 70% vastanneista kätilöistä, vuonna 2018 prosentti oli 45%. Synnyttäjän omien tunteiden mukaan vuonna 2012 vastausprosentti oli 13% ja vuonna 2018 19%. WHO:n normaalisyntytyksen hoitosuosituksen todistettavaksi hyödylliseksi käytännöksi, joiden käyttöön tulisi rohkaista lukeekin, että rohkaistaisiin synnyttäjää ponnistamaan oman tarpeen mukaan. (Liite 1). Jotenkin toisin, miten vaihtoehto oli noussut, vuonna 2012 vastausprosentti oli 7% ja vuonna 2018 21%. Avoimia vastauksia kohtaan jotenkin toisin, miten? tuli seuraavanlaisia:

”Synnyttäjää saa omien tunteiden mukaan ponnistaa, tarvittaessa annetaan ohjausta, mikäli tuntuu siltä että ponnistaminen ei omien tunteiden mukaan edisty”

”Riippuu käyrästä jos sikiön vointi vaatii niin puutun enemmän ohjaamiseen ja kannustamiseen”

Kysyttäessä välilihan tukemisesta vastausprosentit olivat lähes samoja. Vuonna 2012 79% kätilöistä vastasi huolehtivansa välilihan tukemisesta ja vuonna 2018 83%.

5.3.5 Interventiot ja synnytys

Interventiot tarkoittavat puuttumista synnytyksen kulkuun. Tässä kohdassa esitetään kättilöiden ja lääkäreiden käsityksiä rutiininomaisen iv-kanyylin laittamiseen, kalvojen puhkaisun perusteista ja oksitosiinin käyttöperusteista.

Synnyttäjälle laitetaan aina saliin tultaessa iv-kanyyli 62% vuonna 2012 kättilöistä vastasi tähän olevan täysin eri mieltä ja vuonna 2018 53%. Osin eri mieltä kättilöistä oli vuonna 2012 23% ja vuonna 2018 30%. Lääkärit vuonna 2012 täysin samaa mieltä vastausprosentti oli 33% ja vuonna 2018 19%. Lääkärit ja kättilöt olivat sitä mieltä, että kalvojen puhkaisulle tulee olla lääketieteellinen peruste. Kalvojen puhkaisu kohdassa vastausprosentit olivat aika samaa luokkaa kuin vuonna 2012.

Synteettistä oksitosiinia voidaan käyttää synnytyksen käynnistämiseen tai synnytyksen vauhdittamiseen. Kysymyksessä: useimmiten aloitan oksitosiinin synnytyksen edistämiseksi, vastausprosentit jakautuivat seuraavanlaisesti. Kättilöistä vuonna 2012 24% aloitti oksitosiinin käytön, jos kohdunsuu aukeaa hitaammin kuin 1cm/ 2 tuntiin ja vuonna 2018 vastaava luku oli 19%. Supistusten tullessa alle 3 kymmeneen minuuttiin oksitosiinin aloitti vuonna 2012 22% ja vuonna 2018 11%. Puudutusten jälkeen rutiinisti oksitosiinin aloitti vuonna 2012 3% ja vuonna 2018 0% sekä kollegan kehotuksesta vuonna 2012 2% ja vuonna 2018 0%. Avoimeen kohtaan kysymykseen koska, kättilöistä vuonna 2012 oksitosiinin aloitti 34% ja vuonna 2018 55%. Kättilöt perustelivat aloitusta seuraavin kommentein:

” Mikäli synnytys etenee hitaasti ja puudutus ja lisäyksiä on jo käytetty. Mahdollisesti myös alkavassa infektiotilanteessa.”

” harkinnan mukaan sairaalan ohjeistusten mukaan ”

” Jos supistukset ovat heikkoja eivätkä edistä kohdunsuuta”

” synnytys ei etene tai puudutuksen jälkeen siinä tapauksessa, että latenssi vaihe on ollut erittäin pitkä, esim. 2 vrk”

5.3.6 Avoimet vastaukset

Avoimiin kysymyksiin kättilöt sekä lääkärit olivat voineet vastata vapaasti. Useissa vastauksissa painottui ensisijaisesti sikiön sekä synnyttäjän turvallisuuden takaaminen. Tärkeänä tekijänä nousi myös esille toiveiden toteuttaminen niiden osalta kuin se oli mahdollisesta ja turvallista. Myöskin yksilöllisyyden huomioiminen ja synnytyksen ennakoimattomuus nousi esille.

”Synnyttäjää tuetaan ja kuunnellaan ja toiveita noudetaan, mutta turvallisuus on tärkeintä, jonka vuoksi kaikki toiminta on myös hyvin perusteltua.”

”Jokainen synnytys arvioidaan tilanteen, asiakkaan ja perheen toiveiden, synnytyksen etenemisen ja kättilön ammattitaidon mukaan”

”Synnytyksen hoidossa on vaikea antaa kovin yksiselitteisiä vastauksia, koska tilanteet vaihtelevat suuresti. Jokaista synnyttäjää hoidan kuitenkin parhaalla mahdollisella tavalla yrittäen ottaa toiveet huomioon. Nykypäivänä useiden synnyttäjien toiveet ajavat kuitenkin sikiön turvallisen hoidon ja ylipäätään sairaalan ohjeita ja tutkimustietoa vastaan.”

6 POHDINTA

Kato tulee ottaa huomioon aina tutkimusta tehdessä, koska se vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Vastauksia saatiin Webropol – palvelimelle 20.12.18 mennessä 69 kappaletta (23,31%). Kato oli 76,69%, sähköposti välitettiin kättilöille (N=241) ja lääkäreille (N=55). Katoa voidaan yrittää pienentää lähettämällä muistutuksia tai uusintakyselyitä. Lähetimme kyselyn aikana muistutuksia sähköpostitse ja kerroimme suullisesti kyselystä osastoilla, joita se koski. Muistutuksista huolimatta kato jäi melko suureksi. Kyselyä pidettiin auki kuukauden ajan, ajanjakso oli loppuvuonna. Aikataulun vuoksi emme voineet pitää kyselyä pidempään auki. Havaitimme kyselyn aikana, että huomattava osa vastaajista vastasi heti kyselyyn ja muistutuksien jälkeen saimme vain muutamia vastaajia lisää. Päädyimme siihen, että vastaajien määrään ei olisi tullut merkittävää muutosta, vaikka kyselyä olisi pidetty pidempään auki.

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön eettisyys

Kyselylomake sisälsi Kukon tekemän mittarin, jonka ajatuksena oli jokaisen vastaajan kuvaavan omia hoitokäytäntöjä suhteessa annettuun normaalisynnytyksen määritelmään. Mittari oli laadittu puolistrukturoiduksi kyselylomakkeeksi, koska synnytyksestä on olemassa paljon tutkimustietoa. Lähetimme kyselyn kaikille samaan aikaan. Opinnäytetyön kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista, tästä oli maininta saatekirjeessä (liite 3).

Kyselyyn vastanneiden henkilöllisyyttä ei pysty tunnistamaan vastauksista. Internet-pohjaisen verkkolomakkeen käyttö toi myös yksityisyyttä, koska kyselyyn vastannutta tekijää ei voinut tunnistaa käsialan perusteella.

Opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, joka tarkoittaa, että toimimme rehellisesti, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen tulostemme esittämisessä ja tallentamisessa sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Sovellamme työhön eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Noudatamme työtämme julkaistaessa avoimuutta ja vastuullisuutta. Otamme muiden tutkijoiden työn kunnioittavasti ja arvoa antavalla asianmukaisella tavalla huomioon omassa opinnäytetyössämme niihin viitatessamme. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Noudatimme huolellisuutta opinnäytetyössämme tiedonhankinnassa ja olemme merkinneet tekstiin ja lähdeluetteloon tarkasti käyttämämme lähteet. Mitään opinnäytetyön menetelmää ei ole salattu ja tulokset on esitelty todenmukaisesti. Opinnäytetyön tulokset on havainnollistettu taulukoiden avulla.

Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla Tampereen ammattikorkeakoulun viralliselle opinnäytetyöpohjalle. Opinnäytetyöhän haettiin tutkimuslupa (liite 2). Opinnäytetyömme tullaan, tallentamaan Theseukseen, ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistoon, jossa se on vapaasti kaikkien luettavissa ja arvioitavissa.

6.2 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, tämänhetkistä käsitystä normaalisyntytyksen hoitamisesta Tays:ssa. Opinnäytetyön tehtävä oli toistaa Sanna-Kaisa Kukon vuonna 2012 tekemä kysely normaalisyntytyksen hoitamisesta ja vertailla vastauksia.

Tulokset olivat suurelta osin pysyneet lähes samoina verrattuna vuoden 2012 tehtyyn kyselyyn. Suurin osa kätilöistä 58% ja lääkäreistä 63% vuonna 2018 luokitteli normaalisyntytyksen spontaanisti alkaneeksi, jossa tarvittaessa synnytyksen

edistämiseksi voidaan käyttää oksitosiinia, kalvojen puhkaisua ja eri lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä.

Edelleen synnyttäjän hoidossa hoitohenkilökunta tarjosi empaattista tukea, annettiin mahdollisuus syömiseen ja liikkumiseen synnytyksen aikana. Jatkuvaa ktg-seurantaa synnytyksen aikana ei myöskään vuoden 2018 vastauksissa kannatettu normaalisynnytyksen hoidossa. Yli 80% vuonna 2012 kuin 2018 kättilöistä ja lääkäreistä kannatti synnyttäjän tullessa sairaalaan ktg: ottoa. Lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä kivunlievityskäytöksiä tarjottiin. Sisätutkimuksen tekemisessä vastaukset olivat pysyneet samana, korostuneesti nousi esille sen tekeminen vain tarpeen. Kysyttäessä välilihan tukemisesta vastausprosentit olivat lähes samoja.

WHO (2018) ei suosittele Valsalva- tekniikkaa ponnistusvaiheessa. Valsalva-tekniikka tarkoittaa, kohdennettua työntämistä toisen vaiheen aikana ja se on luokiteltu interventioksi. Valsalva-menetelmää käytettiin edelleen ponnistamisen ohjauksessa eniten. Vuonna 2012 Valsalva- menetelmää käytti 70% vastanneista kättilöistä, vuonna 2018 prosentti oli 45%. Valsalva- tekniikan käyttö on vähentynyt ja avointen vastausten perusteella kättilöt toimivat nykyisin enemmän yksilöllisesti tilanteen vaatimalla tavalla. ”Omien tunteiden mukaan ponnistamisen” vastausprosentti oli hieman noussut.

Synnyttäjän kohtaamisessa oli tapahtunut muutoksia verrattuna vuoden 2012 kyselyyn. Isompi osa vastaajista näki tärkeänä synnyttäjän pitämistä ajan tasalla ja lisäksi oikeus kättilön läsnäoloon oli noussut. Kaiken kaikkiaan synnyttäjän toiveita pyritään ottamaan enemmän huomioon, mutta turvallisuus nähdään edelleen tärkeimpänä. Yksilöllinen hoito nähtiin tärkeänä ja tarvittaessa suunnitelmia muutetaan tilanteiden vaihtuessa. Synnyttäjän yksilöllisyys ja huomioiminen ovat nousseet suurempaan rooliin vuoden 2018 kyselyssä.

Eroja oli huomattavissa esimerkiksi oksitosiinin käytössä. Tähän uskomme uuden ohjeistuksen vaikuttaneen, sillä oksitosiinin käyttöohje on muuttunut Tays:ssa kyselyiden välissä. Oksitosiinia aloitettaessa monen vastauksista tuli ilmi kokonaistilanteen tilanteen huomioiminen eikä niinkään yhden tekijän vuoksi päädytty lisäämään sitä. Oksitosiinin käyttöön oli paremmat perustelut nyt, kuin vuoden 2012 kyselyssä. Oksitosiinin käyttö perustui enemmän näyttöön kuin tapoihin ja asenteisiin vuoden 2018 kyselyssä.

Synnytysasentojen suhteen oli muutoksia verrattuna vuoden 2012 vastauksia. Erilaisia ponnistusasettoja oli tullut lisää kyselyiden välisenä aikana. Edelleen eniten synnytysasennon valintaan vaikutti se, miten lapsi näytti parhaiten syntyvän.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että edelleen normaalisynnytys voi tarkoittaa eri ihmisille eri asioita. Eri synnytyskäsitteistä huolimatta, hoito edelleen tapahtuu pääosin WHO:n suositusten mukaisesti, kuten vuoden 2012 kyselyn aikana. Matalan riskin synnytyksen projektin tultua käyttöön, voidaan tehdä tulovaiheen riskin arviointi, joka yhdenmukaistaa ja tukee normaalisynnytystä. Vuoden 2012 kyselyn jälkeen muutamat kohdat normaalisynnytyksen hoidossa ovat muuttuneet parempaan suuntaan ja tukevat normaalisynnytystä, mutta edelleen parantamisen varaa on. Synnytyksen kulkuun puuttuminen on entistä perustellumpaa ja sitä tapahtuu harvemmin. Käytetään enemmän näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa ja kuunnellaan enemmän synnyttäjää normaalisynnytyksen aikana. Näyttöön perustuva työ on keino, jolla päästään laadukkaisiin ja hyviin tuloksiin. Kustannussäästöjäkin saadaan kun, harkitaan ja perustellaan hyöty, milloin tarkemmat (kalliimmat) seurannat ovat tarpeellisia.

6.3 Kehittämisehdotukset

Normaalisynnytyksen määritelmää tulisi tarkentaa ja yhtenäistää kansallisesti. Määritelmän tarkentaminen ja yhtenäistäminen vähentäisi mahdollisesti interventioiden määrää ja samalla se oletettavasti vähentäisi menoja taloudellisella puolella. Hoidon yhtenäistyminen selkeyttäisi mahdollisesti hoitoa.

LÄHTEET

Aune, I., Torvik, H., Selboe, S., Skogås, A., Persen, J. & Dahlberg, U. 2015. Promoting a normal birth and a positive birth experience -- Norwegian women's perspectives. *Midwifery*. 31 (7), 721-727.

Cheyne, H., Abhyankar, P. & McCourt, C. 2013. Empowering change: Realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth. *Midwifery*. 29 (10), 1110-1121.

Hamilton, C. 2016. Using the Valsalva technique during the second stage of labour. *British Journal Of Midwifery* 24 (2), 90-94.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hunter, M., Pairman, S., Benn, C., Baddock, S., Davis, D., Herbison, P., Dixon, L., Wilson, D. & Anderson, J. 2011. Do low risk women actually birth in their planned place of birth and does ethnicity influence women's choices of birthplace? *New Zealand College Of Midwives Journal*. 44, 5-11.

Klemetti, R. & Raussi- Lehto E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere.

Kukko, S-K. 2013. Nykytilan kartoitus normaalisyntymyksen hoitamisessa. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Tampereen ylempi ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsma, A., Coubrough, M. & Hutton, E. 2014. Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery* 30 (7), 969-976.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, R. 2017. Synnytyksen käynnistyminen. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) *Kätilötyö*. Keuruu: Otava Oy.

Raussi-Lehto, E. 2017. Syntymän aikainen kätilötyö. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) *Kätilötyö*. Keuruu: Otava Oy.

Supine lying during pregnancy. 2018. Journal of Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy 122, 77-83. https://pogp.csp.org.uk/sites/default/files/journal/2018-08/15_14301043.pdf

TAYS. 2017. Matalan riskin synnytys. Luettu 30.5.2018. [https://www.tays.fi/fi-FI/Raskaus_ja_synnytys/Synnytys/Matalan_riskin_synnytys\(50158\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Raskaus_ja_synnytys/Synnytys/Matalan_riskin_synnytys(50158))

Timonen, S. 2007. Synnytyksen hoito. Duodecim 123, 2289-2290.

Tiitinen, A. 2017. Normaali synnytys. Luettu 31.5.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160

Tiitinen, A. 2018. Raskaus (normaali kulku). Luettu 15.4.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Luettu 7.3.2019. www.tenk.fi

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. 1 painos. Helsinki: Tammi.

WHO. 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Tulostettu 25.5.2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=89A8DE824D013687AC956ECF104C12F8?sequence=1>

LIITTEET

Liite 1. WHO:n suositukset positiivisen synnytyskokemuksen saamiseksi

1 (5)

Summary list of recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Care throughout labour and birth		
Respectful maternity care	1. Respectful maternity care - which refers to care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth - is recommended.	Recommended
Effective communication	2. Effective communication between maternity care providers and women in labour, using simple and culturally acceptable methods, is recommended.	Recommended
Companionship during labour and childbirth	3. A companion of choice is recommended for all women throughout labour and childbirth.	Recommended
Continuity of care	4. Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes. ^a	Context-specific recommendation
First stage of labour		
Definitions of the latent and active first stages of labour	5. The use of the following definitions of the latent and active first stages of labour is recommended for practice. <ul style="list-style-type: none"> — The latent first stage is a period of time characterized by painful uterine contractions and variable changes of the cervix, including some degree of effacement and slower progression of dilatation up to 5 cm for first and subsequent labours. — The active first stage is a period of time characterized by regular painful uterine contractions, a substantial degree of cervical effacement and more rapid cervical dilatation from 5 cm until full dilatation for first and subsequent labours. 	Recommended
Duration of the first stage of labour	6. Women should be informed that a standard duration of the latent first stage has not been established and can vary widely from one woman to another. However, the duration of active first stage (from 5 cm until full cervical dilatation) usually does not extend beyond 12 hours in first labours, and usually does not extend beyond 10 hours in subsequent labours.	Recommended
Progress of the first stage of labour	7. For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.	Not recommended
	8. A minimum cervical dilatation rate of 1 cm/hour throughout active first stage is unrealistically fast for some women and is therefore not recommended for identification of normal labour progression. A slower than 1-cm/hour cervical dilatation rate alone should not be a routine indication for obstetric intervention.	Not recommended
	9. Labour may not naturally accelerate until a cervical dilatation threshold of 5 cm is reached. Therefore the use of medical interventions to accelerate labour and birth (such as oxytocin augmentation or caesarean section) before this threshold is not recommended, provided fetal and maternal conditions are reassuring.	Not recommended

^a Integrated from *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.

2 (5)

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Labour ward admission policy	10. For healthy pregnant women presenting in spontaneous labour, a policy of delaying labour ward admission until active first stage is recommended only in the context of rigorous research.	Research-context recommendation
Clinical pelvimetry on admission	11. Routine clinical pelvimetry on admission in labour is not recommended for healthy pregnant women.	Not recommended
Routine assessment of fetal well-being on labour admission	12. Routine cardiotocography is not recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission in healthy pregnant women presenting in spontaneous labour. 13. Auscultation using a Doppler ultrasound device or Pinard fetal stethoscope is recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission.	Not recommended Recommended
Perineal/pubic shaving	14. Routine perineal/pubic shaving prior to giving vaginal birth is not recommended. ^a	Not recommended
Enema on admission	15. Administration of enema for reducing the use of labour augmentation is not recommended. ^b	Not recommended
Digital vaginal examination	16. Digital vaginal examination at intervals of four hours is recommended for routine assessment of active first stage of labour in low-risk women. ^a	Recommended
Continuous cardiotocography during labour	17. Continuous cardiotocography is not recommended for assessment of fetal well-being in healthy pregnant women undergoing spontaneous labour.	Not recommended
Intermittent fetal heart rate auscultation during labour	18. Intermittent auscultation of the fetal heart rate with either a Doppler ultrasound device or Pinard fetal stethoscope is recommended for healthy pregnant women in labour.	Recommended
Epidural analgesia for pain relief	19. Epidural analgesia is recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Opioid analgesia for pain relief	20. Parenteral opioids, such as fentanyl, diamorphine and pethidine, are recommended options for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Relaxation techniques for pain management	21. Relaxation techniques, including progressive muscle relaxation, breathing, music, mindfulness and other techniques, are recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Manual techniques for pain management	22. Manual techniques, such as massage or application of warm packs, are recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Pain relief for preventing labour delay	23. Pain relief for preventing delay and reducing the use of augmentation in labour is not recommended. ^b	Not recommended
Oral fluid and food	24. For women at low risk, oral fluid and food intake during labour is recommended. ^b	Recommended
Maternal mobility and position	25. Encouraging the adoption of mobility and an upright position during labour in women at low risk is recommended. ^b	Recommended
Vaginal cleansing	26. Routine vaginal cleansing with chlorhexidine during labour for the purpose of preventing infectious morbidities is not recommended. ^a	Not recommended
Active management of labour	27. A package of care for active management of labour for prevention of delay in labour is not recommended. ^b	Not recommended

^a Integrated from *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*.

^b Integrated from *WHO recommendations for augmentation of labour*.

3 (5)

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Routine amniotomy	28. The use of amniotomy alone for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Early amniotomy and oxytocin	29. The use of early amniotomy with early oxytocin augmentation for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Oxytocin for women with epidural analgesia	30. The use of oxytocin for prevention of delay in labour in women receiving epidural analgesia is not recommended. ^a	Not recommended
Antispasmodic agents	31. The use of antispasmodic agents for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Intravenous fluids for preventing labour delay	32. The use of intravenous fluids with the aim of shortening the duration of labour is not recommended. ^a	Not recommended
Second stage of labour		
Definition and duration of the second stage of labour	33. The use of the following definition and duration of the second stage of labour is recommended for practice. <ul style="list-style-type: none"> — The second stage is the period of time between full cervical dilatation and birth of the baby, during which the woman has an involuntary urge to bear down, as a result of expulsive uterine contractions. — Women should be informed that the duration of the second stage varies from one woman to another. In first labours, birth is usually completed within 3 hours whereas in subsequent labours, birth is usually completed within 2 hours. 	Recommended
Birth position (for women without epidural analgesia)	34. For women without epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended
Birth position (for women with epidural analgesia)	35. For women with epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended
Method of pushing	36. Women in the expulsive phase of the second stage of labour should be encouraged and supported to follow their own urge to push.	Recommended
Method of pushing (for women with epidural analgesia)	37. For women with epidural analgesia in the second stage of labour, delaying pushing for one to two hours after full dilatation or until the woman regains the sensory urge to bear down is recommended in the context where resources are available for longer stay in second stage and perinatal hypoxia can be adequately assessed and managed.	Context-specific recommendation
Techniques for preventing perineal trauma	38. For women in the second stage of labour, techniques to reduce perineal trauma and facilitate spontaneous birth (including perineal massage, warm compresses and a "hands on" guarding of the perineum) are recommended, based on a woman's preferences and available options.	Recommended
Episiotomy policy	39. Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth.	Not recommended
Fundal pressure	40. Application of manual fundal pressure to facilitate childbirth during the second stage of labour is not recommended.	Not recommended

^a Integrated from *WHO recommendations for augmentation of labour*.

4 (5)

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Third stage of labour		
Prophylactic uterotonics	41. The use of uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage (PPH) during the third stage of labour is recommended for all births. ^a	Recommended
	42. Oxytocin (10 IU, IM/IV) is the recommended uterotonic drug for the prevention of postpartum haemorrhage (PPH). ^a	Recommended
	43. In settings where oxytocin is unavailable, the use of other injectable uterotonics (if appropriate, ergometrine/methylergometrine, or the fixed drug combination of oxytocin and ergometrine) or oral misoprostol (600 µg) is recommended. ^a	Recommended
Delayed umbilical cord clamping	44. Delayed umbilical cord clamping (not earlier than 1 minute after birth) is recommended for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. ^b	Recommended
Controlled cord traction (CCT)	45. In settings where skilled birth attendants are available, controlled cord traction (CCT) is recommended for vaginal births if the care provider and the parturient woman regard a small reduction in blood loss and a small reduction in the duration of the third stage of labour as important. ^a	Recommended
Uterine massage	46. Sustained uterine massage is not recommended as an intervention to prevent postpartum haemorrhage (PPH) in women who have received prophylactic oxytocin. ^a	Not recommended
Care of the newborn		
Routine nasal or oral suction	47. In neonates born through clear amniotic fluid who start breathing on their own after birth, suctioning of the mouth and nose should not be performed. ^c	Not recommended
Skin-to-skin contact	48. Newborns without complications should be kept in skin-to-skin contact (SSC) with their mothers during the first hour after birth to prevent hypothermia and promote breastfeeding. ^d	Recommended
Breastfeeding	49. All newborns, including low-birth-weight (LBW) babies who are able to breastfeed, should be put to the breast as soon as possible after birth when they are clinically stable, and the mother and baby are ready. ^e	Recommended
Haemorrhagic disease prophylaxis using vitamin K	50. All newborns should be given 1 mg of vitamin K intramuscularly after birth (i.e. after the first hour by which the infant should be in skin-to-skin contact with the mother and breastfeeding should be initiated). ^d	Recommended
Bathing and other immediate postnatal care of the newborn	51. Bathing should be delayed until 24 hours after birth. If this is not possible due to cultural reasons, bathing should be delayed for at least six hours. Appropriate clothing of the baby for ambient temperature is recommended. This means one to two layers of clothes more than adults, and use of hats/caps. The mother and baby should not be separated and should stay in the same room 24 hours a day. ^f	Recommended

^a Integrated from *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*.

^b Integrated from the *WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*.

^c Integrated from *WHO Guidelines on basic newborn resuscitation*.

^d Integrated from *WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations*.

^e Integrated from *WHO recommendations on newborn health*.

^f Integrated from *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*.

5 (5)

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Care of the woman after birth		
Uterine tonus assessment	52. Postpartum abdominal uterine tonus assessment for early identification of uterine atony is recommended for all women. ^a	Recommended
Antibiotics for uncomplicated vaginal birth	53. Routine antibiotic prophylaxis is not recommended for women with uncomplicated vaginal birth. ^b	Not recommended
Routine antibiotic prophylaxis for episiotomy	54. Routine antibiotic prophylaxis is not recommended for women with episiotomy. ^b	Not recommended
Routine postpartum maternal assessment	55. All postpartum women should have regular assessment of vaginal bleeding, uterine contraction, fundal height, temperature and heart rate (pulse) routinely during the first 24 hours starting from the first hour after birth. Blood pressure should be measured shortly after birth. If normal, the second blood pressure measurement should be taken within six hours. Urine void should be documented within six hours. ^c	Recommended
Postnatal discharge following uncomplicated vaginal birth	56. After an uncomplicated vaginal birth in a health care facility, healthy mothers and newborns should receive care in the facility for at least 24 hours after birth. ^{c,d}	Recommended

^a Integrated from *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*.

^b Integrated from *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*.

^c Integrated from *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*.

^d For the newborn, this includes an immediate assessment at birth, a full clinical examination around one hour after birth and before discharge.

Liite 2. Tutkimuslupa

2 (1)



Tampereen yliopistollinen sairaala

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

15.11.2018

82 §
OPINNÄYTETYÖLUPA

Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Martta Laaksonen, Maria Roos ja Matilda Saarisalo hakevat lupaa opinnäytetyönsä toteuttamiseksi yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Toimialueen 4, naistentautien- ja synnytysten vastuualueen kanssa.

Opinnäytetyön työnimi on . " Normaalisynnytyksen hoito- ja nykykäsitely. Vertaileva tutkimus normaalisynnytyksen hoidon nykykäsitelyksestä 2013 ja 2018."

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa naistentautien- ja synnytysten vastuualueella työskentelevien kätilöiden ja lääkäreiden nykykäsitelyä normaalisynnytyksen hoidosta.

Aineistonkeruun menetelmänä on sähköinen kysely ja kohdejoukon muodostavat naistentautien- ja synnytysten vastuualueella työskentelevät kätilöt ja lääkärit. Opinnäytetyössä toistetaan asiantuntijahoitaja Sanna-Kaisa Kukon vuonna 2012 toteuttama kartoitus normaalisynnytyksen hoitoon liittyen ennen Matalan riskin synnytyksen projektin käynnistämistä ja toteuttamista.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen sekä työelämälähtöinen ja sen toteuttamisesta on sovittu yhteistyössä työelämätahon kanssa Kyselyn kohdentuessa myös lääkärihenkilöstöön, on kyselyn toteuttamisesta keskusteltu ja toteuttamisesta sovittu vastuualuejohtaja Kirsi Kuismasen kanssa.

Päätös

Päätän myöntää luvan opinnäytetyölle seuraavilla edellytyksillä:

- opinnäytetyössä yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ellei työelämätahon kanssa toisin sovita
- opinnäytetyön aineistonkeruusta informoidaan osallistujia tutkimusprotokollan mukaisesti ja osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen
- opinnäytetyön tuloksia raportoidaessa yksittäisiä osallistujia ei voida tunnistaa
- ennen opinnäytetyön julkaisemista annetaan siitä työelämälausunto
- opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyötaholle ja sen tulokset esitellään erikseen sovittavalla tavalla
- opinnäytetyön valmistumisesta informoidaan opetusylihoitajaa.

Arkistotunnus: 430

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi



PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

Tampereen yliopistollinen sairaala

15.11.2018

A handwritten signature in blue ink that reads "Susanna Teuvo".

Susanna Teuvo
Opetusylihoitaja
Osaamisen kehittämissyksikkö

Päätösvalan perusteet
ja sovelletut oikeus-
ohjeet

Hallintoylihoitajan päätöspöytäkirja 1§/2010

Liitteet

Opinnäytetyön suunnitelma liitteineen
Hakemus

Jakelu

Opiskelijat Martta Laaksonen, Maria Roos, Matilda Saarisalo

Osastonhoitaja Terhi Päivinen
Osastonhoitaja Taina Lampu
Osastonhoitaja Riitta Saarela
Asiantuntijahoitaja, työelämäohjaaja Sanna-Kaisa Kukko
Ylihoitaja Anne Kalvas
Vastuualuejohtaja Kirsi Kuismann
Koulutuskoordinaattori Hanna Kulla-Numminen
Ohjaava opettaja Marika Mettälä

Tiedoksi

Arkistotunnus: 430

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi

Nykytilanteen kartoitus normaalisyntyksessä

Taustakysymykset

1. Ammatti: *

- kätilö
- lääkäri
- perinatologian erikoislääkäri (suppea tai lisäkoulutus)
- naistentautien erikoislääkäri
- erikoistuva lääkäri

2. Ikäsi *

- alle 25 vuotta
- 25-35 vuotta
- yli 35-45 vuotta
- yli 45-55 vuotta
- yli 55 vuotta

Kysymykset 3-4 ovat kätilöille

3. Kuinka monta vuotta sinulla on työkokemusta synnyttäjien hoidosta (svo, 4a, synnytyssali tai jokin vastaava yksikkö)

- alle 1 vuotta
 - 1-5 vuotta
 - yli 5-10 vuotta
 - yli 10-15 vuotta
 - yli 15 vuotta
-

4. Oletko hoitanut synnytyksiä viimeisen 12 kuukauden aikana? *

- kyllä
 ei

Kysymykset 5-6 ovat lääkäreille

5. Kuinka monta vuotta sinulla on työkokemusta synnytyksenhoitotyöstä?

- alle 1 vuotta
 1-5 vuotta
 yli 5-10 vuotta
 yli 10-15 vuotta
 yli 15 vuotta

6. Oletko ollut mukana hoitamassa synnytyksiä viimeisen 12 kuukauden aikana?

- kyllä
 ei

NORMAALISYNNYTYKSEN HOITO

seuraavissa kysymyksissä puhuttaessa normaalisyntyksestä viitataan WHO:n (1996) määritelmään

- Synnyttäjä on perusterve
- Raskausviikoiltaan 37-41+6
- Sikiö on yksisikiöinen ja raivotarjonnassa
- Synnytys käynnistyy spontaanisti
- Etenee normaalisti päätyen alatiesynnytykseen

7. Mikä seuraavista vastaa parhaiten omaa käsitystäsi normaalisyntyksestä?

- spontaanisti käynnistynyt synnytys, etenee ilman kalvojenpuhkaisua tai oksitosiinia, ei lääkkeellisiä
-

kivunlievityksiä käytössä ja lapsi syntyy alateitse spontaanisti

- spontaanisti käynnistynyt synnytys, käytössä tarvittaessa edistämiseksi kalvojenpuhkaisu tai oksitosiini ja tarvittava kivunlievitys, syntyy alateitse spontaanisti
- mikä tahansa alateitse tapahtunut synnytys ilman imukuppia, pihtejä tai perätilan ulosauttoa (myös käynnistykset)
- mikä tahansa synnytys, jos äiti kokee, että synnytys on ollut normaali

Kysymykset 8-26 on tarkoitettu kaikille vastaajille. Seuraavassa kohdassa esitetään normaalisyntyksen hoitoon liittyviä väittämiä. Vastaa, kuinka sinä toimit hoitaessasi synnyttäjää

Osassa kysymyksiä ja kyselyn lopussa on avoin kenttä, jonne voit lisätä vapaita kommentteja.

8. Synnyttäjän toiveita kuunnellaan synnytyksen hoidossa

- täysin sama mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

9. Synnyttäjän toiveita pyritään toteuttamaan synnytyksen hoidossa

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

10. Synnyttäjän saapuessa sairaalaan otetaan aina tulovaiheen ctg

- täysin samaa mieltä
- _____
- osin samaa mieltä

3 (4)

ei samaa eikä eri mieltä

osin eri mieltä

täysin eri mieltä

11. Kun tulovaiheen ctg on otettu, sikiön sydänääniä voidaan seurata synnytyksen ajan vain sikiöstetoskoopilla

täysin samaa mieltä

osin samaa mieltä

ei samaa eikä eri mieltä

osin eri mieltä

täysin eri mieltä

12. Kun tulovaiheen ctg on otettu, sikiön sydänääniä seurataan koko synnytyksen ajan jatkuvalla ctg:llä

täysin samaa mieltä

osin samaa mieltä

ei samaa eikä eri mieltä

3 (5)

osin eri mieltä

täysin eri mieltä

13. Synnyttäjälle kerrotaan koko synnytyksen ajan, miten synnytys etenee

- täysin samaa mieltä
 osin samaa mieltä
 ei samaa eikä eri mieltä
 osin eri mieltä
 täysin eri mieltä

14. Synnyttäjälle tarjotaan lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä

- täysin samaa mieltä
 osin samaa mieltä
 ei samaa eikä eri mieltä
 osin eri mieltä
 täysin eri mieltä

15. Synnyttäjälle tarjotaan lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä

- täysin samaa mieltä
 osin samaa mieltä
 ei samaa eikä eri mieltä
 osin eri mieltä
 täysin eri mieltä

16. Synnyttäjälle laitetaan synnytyssaliin tullessa aina iv-kanyyli

3 (6)

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

17. Synnyttäjän tukihenkilölle/puolisolle kerrotaan koko synnytyksen kulun ajan, miten synnytys etenee

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

18. Synnyttäjällä on oikeus kättilön läsnäoloon

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

19. Synnytyksen ajan synnyttäjä saa liikkua vapaasti tuntemustensa mukaan

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

20. Synnytyksen aikana synnyttäjä saa halutessaan syödä

- täysin samaa mieltä
-

3 (7)

osin samaa mieltä

ei samaa eikä eri mieltä

osin eri mieltä

täysin eri mieltä

21. Synnytyksen aikana synnyttäjää saa halutessaan juoda

täysin samaa mieltä

osin samaa mieltä

ei samaa eikä eri mieltä

osin eri mieltä

täysin eri mieltä

22. Synnytyksen etenemistä seurataan ulkotutkimuksen avulla

täysin samaa mieltä

osin samaa mieltä

ei samaa eikä eri mieltä

osin eri mieltä

täysin eri mieltä

23. Supistuksia seurataan myös kohtua tunnustelemalla

täysin samaa mieltä

osin samaa mieltä

ei samaa eikä eri mieltä

3 (8)

- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

24. Synnytyksen ollessa käynnissä, sisätutkimus tehdään

- tunnin
- kahden tunnin
- kolmen tunnin
- neljän tunnin välein
- muu:

25. Synnytyksen aktiivisessa vaiheessa ensisynnyttäjällä kohdunsuun tulee edetä 1 cm kahden tunnin aikana

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä
- muu:

26. Kalvojenpuhkaisulla tulee aina olla perusteltu lääketieteellinen syy

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

Kysymykset 27-32 on tarkoitettu vain kätilöille:

27. Pyydän synnyttäjälle epiduraalipuudutuksen useimmiten

(voit valita useamman vaihtoehdon)

- tarjottuani sitä ennen lääkkeettömiä kivunlievitysvaihtoehtoja amme, aquarakkulat, suihku, geelipussit, hieronta ym)
- kun synnyttäjä sitä pyytää riippumatta synnytyksen vaiheesta
- kun kohdunsuu on auki 3 cm tai enemmän
- kun:

28. Useimmiten aloitan oksitosiinin synnytyksen edistämiseksi

- koska kohdunsuu aukeaa hitaammin kuin 1 cm/ 2 tuntia
- koska supistuksia tulee alle 3 / 10 minuuttia
- puudutusten jälkeen rutiinisti
- kollegan kehoituksesta

- koska:

29. Kun hoidan synnytystä, ponnistusasettoon vaikuttaa eniten

- synnyttäjän toive ponnistusasetannosta
- asento, jossa lapsi näyttää parhaiten syntyvän
- kätilön ergonomia
- muu, mikä

30. Hoidan ponnistusvaiheen useimmiten

(voit valita useamman vaihtoehdon)

3 (10)

- kylkiasennossa
- puoli-istuvassa "soutajan asennossa"
- puoli-istuvassa "sukansuista kiinni"- asennossa
- poikki-pöydässä
- jakkaralla
- jotenkin muuten, miten
- _____

31. Ohjaan synnyttäjää ponnistamaan

- Valsalva -menetelmällä (keuhkot täyteen ilmaa, pidä ilma keuhkoissa ja työnnä niin pitkään, kun ilmaa riittää, ota uusi ilma ja jatka niin pitkään, kun supistusta riittää)
 - Synnyttäjän omien tunteiden mukaan
 - jotenkin toisin, miten
- _____

32. Lapsen syntymävaiheessa huolehdin välilihan aktiivisesta suojelemisesta esimerkiksi tukemalla

- täysin samaa mieltä
- osin samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osin eri mieltä
- täysin eri mieltä

33. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos vastauksestasi!

Liite 3. Saatekirje

Hyvä naistentautien ja synnytysten vastuualueella työskentelevä kätilö tai lääkäri!

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulussa opiskelevia kätilöopiskelijoita. Opinnäyte-työnämme teemme kartoitusta nykyisestä normaalisyntytyksen hoidosta. Tarkoituksenamme on selvittää tämänhetkistä käsitystä normaalisyntytyksen hoidosta ja vertailla tuloksia Sanna-Kaisa Kukon vuonna 2013 tekemän kyselyn tuloksiin. Opinnäyte-työmme ohjaajana toimii TAMK:n kätilötyön lehtori Marika Mettälä. Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsumme teidät osallistumaan. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Osallistuminen tapahtuu alla olevan linkin kautta. Kyselyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia.

Opinnäytetyömme ”NORMAALISYNNYTYKSEN HOITO- NYKYKÄSITYS. Vertaileva tutkimus normaalisyntytyksen hoidon nykykäsityksestä 2013 ja 2018” – tutkimuksen tekemiseen ja siihen liittyvän kyselyn toteuttamiseen on saatu PSHP:n lupa.

Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Vastajien tiedot tai yksittäisen vastaajan käsitys normaalisyntytyksen hoidosta ei paljastu tuloksissa. Kyselyn vastaamiseen on aikaa (laitamme tarkan päivämäärän, kun saamme luvan kyselyn toteutukseen).

Ystävällisin terveisin

Martta Laaksonen, Maria Roos ja Matilda Saarisalo