



Synnyttäjien kokemuksia ja syitä synnytysinterventioista kieltäytymiseen

Sara Jaskari

Tea Nevanpää

OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2020

Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilö (AMK)

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilö (AMK)

JASKARI, SARA & NEVANPÄÄ, TEA:
Synnyttäjien kokemuksia ja syitä synnytysinterventioista kieltäytymiseen

Opinnäytetyö 75 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Toukokuu 2020

Opinnäytetyön tavoitteena oli ymmärtää synnyttäjien syitä kieltäytyä synnytyksen aikaisista interventioista. Tavoitteena oli myös kuulla päätökseen johtaneiden syiden taustoista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Tarkoituksena oli lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta siitä, millaisten syiden vuoksi naiset ovat kieltäytyneet synnytyksen aikaisista interventioista. Opinnäytetyössä kuvattiin synnyttäjien kokemuksia synnytyksen aikaisista interventioista kieltäytymisestä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sähköistä kyselylomaketta, joka sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tietoa kerättiin Facebookin Aktiivinen synnytys ry:n suljetusta keskusteluryhmästä. Kyselyn kohderyhmänä oli viimeisen viiden vuoden aikana säännöllisesti alateitse synnyttäneet naiset, jotka olivat kieltäytyneet jostakin synnytyksen aikaisesta interventiosta. Kyselystä saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisen temaattisen analyysin menetelmin.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että synnyttäjät kieltäytyivät pääsääntöisesti rutiininomaisista interventioista ja halusivat odottaa synnytyksen luonnollista etenemistä. Synnyttäjät kokivat, ettei toimenpiteitä kohdennettu synnyttäjien yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Kättilöltä kaivattiin enemmän perusteluita ja avointa keskusteluyhteyttä interventioihin liittyen.

Tutkimustulokset tukevat ajatusta siitä, että kättilöiden kannustava ja kunnioittava asenne synnyttäjän toiveita kohtaan sekä synnyttäjän yksilöllisten tarpeiden huomioiminen tuo turvallisuuden tunnetta synnyttäjälle sekä myötävaikuttaa hyvän synnytyskokemuksen muodostumiseen. Hoitohenkilökunnan negatiivinen tai vähättelevä käytös luo epäluottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan ja aiheuttaa stressiä ja ahdistusta synnyttäjissä sekä vaikuttaa negatiivisesti synnytyskokemukseen.

Jatkotutkimusehdotuksena on haastatella hoitohenkilökuntaa heidän näkemyksistään synnyttäjän kieltäytymisestä synnytyksen aikaisista interventioista sekä selvittää sen mahdollisia vaikutuksia työskentelyyn.

Asiasanat: interventio, synnytys, normaali synnytys, synnytyskokemus

ABSTRACT

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

JASKARI, SARA & NEVANPÄÄ, TEA:
Maternal Experiences and Reasons for Refusing Interventions During Labour

Bachelor's thesis 75 pages, appendices 6 pages
May 2020

The aim of this study was to understand the reasons for mothers to refuse interventions during labour and to examine the causes and the factors influencing to the decision. The purpose of the study was to increase nursing staff's knowledge of about the reasons why mothers have refused interventions during labour.

The study was conducted with a qualitative approach. The data were collected through an electronic questionnaire. The target group of the questionnaire was mothers who had given birth normally in the last five years and who had refused for some interventions during labour. The obtained data was analysed by means of thematic analysis methods.

The results showed that the mothers generally refused routine interventions and wanted to wait for natural progression of the childbirth. Interventions during labour were considered routine and non-specific to individual needs of the mothers and more justification and open discussion about interventions were needed.

The results support the idea that the midwives' encouraging and respectful attitude towards the mothers' wishes as well as paying attention to the maternal individual needs brings a sense of security to the mother and contributes to a good childbirth experience. Nursing staff's negative or dismissive attitude creates distrust between nursing staff and mothers. This causes both stress and anxiety in mothers which negatively affects their childbirth experience.

A suggestion for further studies is to interview nursing staff about the same topic and find out their thoughts and views on the refusal of interventions during labour to determine its potential effects on work.

Key words: intervention, birth, normal birth, childbirth experience

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	NORMAALI SYNNYTYS	8
	2.1 Normaali alatiesynnytys.....	8
	2.2 Normaali synnytyksen kulku	9
	2.2.1 Avautumisvaihe	10
	2.2.2 Ponnistusvaihe	11
	2.2.3 Jälkeisvaihe	12
	2.3 Pitkittänyt synnytys	13
3	SYNNYTYSINTERVENTIOT.....	14
	3.1 Synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuminen	14
	3.2 Kardiotokografia	15
	3.3 Sisätutkimus	19
	3.4 GBS -profylaksia.....	21
	3.5 Oksitosiini	21
	3.6 Sikiökalvojen puhkaisu	24
	3.7 Mikroverinäyte	25
	3.8 Episiotomia	27
	3.9 Ohjattu ponnistaminen.....	28
	3.10 K-vitamiini.....	29
	3.11 Muut interventiot	30
4	HYVÄ SYNNYTYSKOKEMUS	32
	4.1 Synnytyskokemus.....	32
	4.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveys.....	33
	4.3 Itsemääräämisoikeus synnytyksessä	34
5	TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	36
6	TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSI	37
	6.1 Menetelmälliset lähtökohdat	37
	6.2 Kohderyhmän valinta ja kuvaus.....	38
	6.3 Aineistonkeruu.....	39
	6.4 Toteutus ja tutkimusprosessi	40
	6.5 Aineiston analyysi.....	41
7	TUTKIMUSTULOKSET	43
	7.1 Vastaajien taustatiedot	43
	7.2 Synnyttäjien syytä kieltäytymiseen	43
	7.3 Synnytyksen aikaisista interventioista kieltäytyminen	46
	7.4 Synnyttäjien kokemuksia	47

7.5 Yhteenveto tuloksista	50
8 POHDINTA.....	52
8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	52
8.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	55
8.3 Opinnäytetyön arviointi	57
8.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	60
LÄHTEET	62
LIITTEET	70
Liite 1. Julkaisu Facebook-ryhmässä	70
Liite 2. Kyselylomake.....	71
Liite 3. Esimerkki temaattisesta analyysistä	74

1 JOHDANTO

Synnytys on naisen elämän yksi merkittävimmistä kokemuksista. Odottajalle ja perheelle synnytys on luonnollinen ja ainutlaatuinen tapahtuma. Synnyttäjällä tulisi olla merkittävä rooli itseään ja synnytyksen kulkua koskevissa päätöksissä. Keskeisiä synnytystä koskevia päätöksiä on synnytykseen puuttuminen lääketieteellisin interventioin. Normaalia synnytystä hoidettaessa pyritään välttämään rutiininomaisia ja siten turhia toimenpiteitä, mikä on usein myös synnyttäjän toiveenmukaista. Yksilöllinen asiakkaan kohtaaminen ja asiakkaan toiveiden kuunteleminen muodostavat kättilön ammattietiikan perustan. (Kättilöliitto 1999.)

Normaalin synnytyksen hoidossa on kuitenkin yleistyneet käytänteet, joilla tavanomaisesti hoidetaan komplisoitunutta synnytystä. Yksi syy interventioiden määrän lisääntymiseen on se, että synnytys voidaan todeta säännölliseksi tai epäsäännölliseksi vasta synnytyksen jälkeen. (Raussi-Lehto 2017b, 217–218.) Synnytyksen aikaiset interventiot voivat vähentää mahdollisuuksia luonnollisesti etenevään alatiesynnytykseen sekä vaikuttaa negatiivisesti naisen synnytyskokemukseen (WHO 2018a, 1). Negatiivisella synnytyskokemuksella voi lisäksi olla merkittävä vaikutus synnyttäjän ja tämän perheen tulevaisuuteen, sillä siitä voi seurata esimerkiksi synnytyksen jälkeistä masennusta (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 109).

Opinnäytetyön aiheena on synnytyksenaikaisista interventioista kieltäytyminen. Aihe valittiin sen kiinnostavuuden ja ajankohtaisuuden vuoksi. Viime vuosina on myös Suomessa uutisoitu runsaasti synnyttäjien oikeuksista päättää synnytyksen aikaisista tapahtumista ja toimenpiteistä. Näiden pohjalta toukokuussa 2019 on kehitetty Minä myös synnyttäjänä -kampanja, jonka tavoitteena on vahvistaa synnyttäjän itsemääräytymisoikeuden toteutumista. (Minä myös synnyttäjä n.d.) Synnytyksen aikaisista interventioista kieltäytymistä ei juurikaan ole aikaisemmin tutkittu, mikä entisestään vahvisti aihevalintaa.

Opinnäytetyön tavoitteena on ymmärtää synnyttäjien syitä kieltäytyä synnytyksen aikaisista interventioista sekä selvittää päätökseen johtaneiden syiden taustoista

ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Tarkoituksena on lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta siitä, millaisten syiden vuoksi naiset ovat kieltäytyneet synnytyksen aikaisista interventioista.

2 NORMAALI SYNNYTYKSEN

2.1 Normaali alatiesynnytys

Maailman terveysjärjestö World Health Organization (WHO) on määritellyt, että kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa. Synnytys katsotaan täysiaikaiseksi, kun raskaus on kestänyt vähintään 37 viikkoa, ja yliaikaiseksi, kun sen kesto on yli 42 viikkoa. (WHO 1996, 4.)

WHO on määritellyt normaalin synnytyksen määritelmän ja hoito-ohjeet. Synnytys määritellään normaaliksi, kun se käynnistyy spontaanisti raskausviikoilla 37–42. Synnytys on alkaessaan matalariskinen ja pysyy sellaisena koko synnytyksen ajan ja synnytys päättyy alatiesynnytykseen. Synnytyksen jälkeen synnyttäjät ja vastasyntyneet voivat hyvin. (WHO 1996, 3.)

Normaali synnytys on käsitteenä kuin yläotsikko, jonka alle voidaan jaotella eri käsitteitä. NICE eli National Institution of Health and Care Excellence (2014) on luonut määritelmän matalan riskin synnytykselle, joka mukailee normaalin synnytyksen käsitettä tarkennetuilla kriteereillä. Matalan riskin synnyttäjällä ei ole aikaisempia obstetrisia komplikaatioita, tarjoutuvana osana on pää, avautumis- ja ponnistusvaiheen aikana ei ilmene riskitekijöitä, synnyttäjät ovat perusterve eikä raskaus ole komplisoitunut. Riskiä arvioidaan aina tilanne- ja synnyttäjakohtaisesti koko synnytyksen ajan. (WHO 1996, 4; NICE 2014, 22–23, 35; Raussi-Lehto 2017a, 216.) On myös hyvä tiedostaa, että matalan riskin synnytys voi muuttua korkean riskin synnytykseksi synnytyksen aikana komplikaatioiden ilmetessä. Korkean riskin synnytys voi myös edetä ilman, että synnytyksen kulkuun puututaan tai synnytyksen aikana ilmenee komplikaatioita. (WHO 1996, 2–4.)

Käsitteinä normaali synnytys, säännöllinen alatiesynnytys ja matalan riskin synnytys ovat lähellä toisiaan, vaikka tarkoittavatkin käsitteinä eri asioita. Kaikkien käsitteiden taustalla on komplisoitumaton alatiesynnytys, jossa sekä synnyttäjät että vastasyntyneet ovat synnytyksen jälkeen hyvävointisia. Tavallisesti synnytys

etenee itsestään, sitä ei tarvitse käynnistää tai jouduttaa. Säännöllisesti etenevään synnytykseen ei tarvitse puuttua hoitotoimenpitein missään synnytyksen vaiheessa. (WHO 1996, 4.)

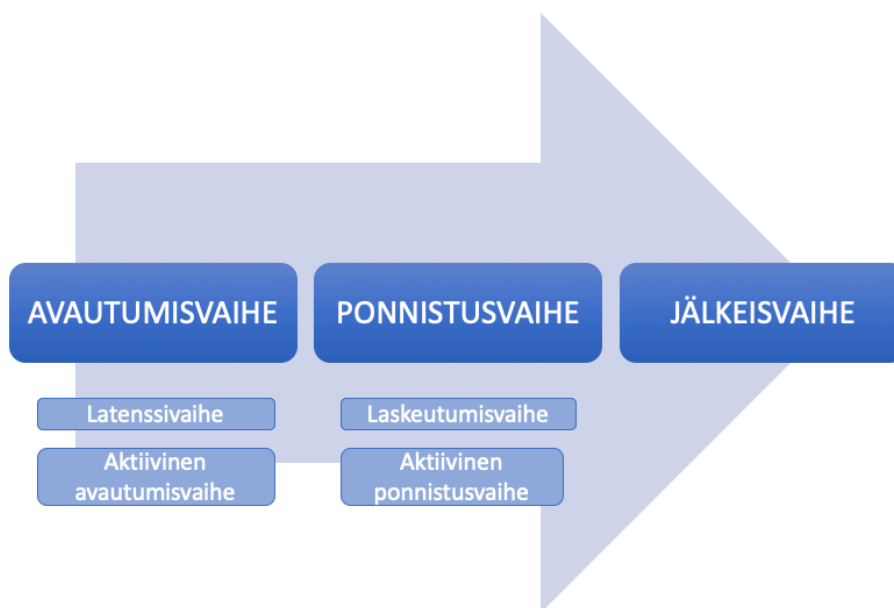
Normaalia, matalan riskin synnytystä määriteltäessä olennaista on riskitekijöiden puuttuminen (Kukko & Stenfors 2017, 113). Suomessa ei ole määritelty yhteisiä hoitosuosituksia matalan riskin synnytykselle ja sen hoidolle. Näin ollen matalan riskin synnytyksen määrittelyynkään ei ole yhteneviä kriteereitä. (Filppu 2017, 2.) Eri sairaanhoitopiireissä Suomessa käytetään kuitenkin erilaisia malleja matalan riskin synnytyksen hoidossa, joiden pohjana käytetään WHO:n ja NICE:n hoito-ohjeita (Tampereen Yliopistollinen sairaala n.d.; Saari-Kemppainen, 2016; Kemppainen ym. 2017).

Säännöllisellä synnytyksellä tarkoitetaan spontaanisti käynnistynyttä, komplisoi-tumatonta alatiesynnytystä. Epäsäännöllisen synnytyksestä tekee se, että synnytys joudutaan käynnistämään, synnyttäjän verenvuoto synnytyksen aikana on yli 500 millilitraa tai synnytyksen aikana turvaututaan päästäviin toimenpiteisiin. Synnytyksen säännöllisyys tai epäsäännöllisyys määritellään syntymän jälkeen, eikä se ole riippuvainen synnyttäjän raskausviikoista synnytyshetkellä. (WHO 1996, 2–4; Raussi-Lehto 2017a, 216; Raussi-Lehto 2017b, 217–220; Kukko & Stenfors 2017, 116.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä normaali synnytys säännöllisestä alatiesynnytyksestä, jossa raskaus on ollut täysiaikainen, synnytys on käynnistynyt spontaanisti eikä synnytyksen aikana ilmene komplikaatioita.

2.2 Normaali synnytyksen kulku

Synnytys jaetaan avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaiheeseen (kuvio 1). Synnytys voi käynnistyä supistuksilla tai spontaanilla lapsivedenmenolla. Synnytyksen katoaan olevan käynnissä, kun supistuksia tulee säännöllisesti alle 10 minuutin välein ja ne ovat jatkuneet vähintään kaksi tuntia. (Raussi-Lehto 2017c, 222–223.)



KUVIO 1. Synnytyksen vaiheet

2.2.1 Avautumisvaihe

Avautumisvaihe voidaan jakaa kahteen eri osaan, latenssvaiheeseen ja aktiiviseen avautumisvaiheeseen (Tihtonen & Uotila 2019, 570). Latenssvaiheessa kohtu supistelee epäsäännöllisesti ja heikommin, kuin aktiivisessa avautumisvaiheessa. Latenssvaiheessa kohdunkaula pehmenee ja lyhenee sekä kohdunsuun avautuminen alkaa ja kohdunsuu siirtyy vähitellen johtoviivaan. (Tikkanen & Tekay 2019, 555.) Latenssvaiheessa kohdunsuu avautuu noin senttimetrin tunnissa tai hitaammin (WHO 2018a, 39). Latenssvaihe voi ensisynnyttäjällä olla pitkä ja kestää jopa 1-2 vuorokautta, mikä voi heikentää synnyttäjän voimavaroja ja jaksamista synnytyksen edetessä (Tikkanen & Tekay 2019, 555). Latenssvaiheessa synnyttäjää kannustetaan olemaan voimien ja kipujen sallimissa rajoissa kotona, sillä synnytys ei ole vielä kunnolla käynnistynyt ja etenee aktiivista avautumisvaihetta hitaammin. (Raussi-Lehto 2017c, 221.)

Aktiivinen avautumisvaihe lasketaan alkaneeksi, kun kohtu supistelee säännöllisesti, eli vähintään 10 minuutin välein, ja kohdunsuu on auennut 4-6 cm. Aktiivinen avautumisvaihe kestää ensisynnyttäjällä keskimäärin 7-9 tuntia. Uudelleen-

synnyttäjällä avautumisvaihe etenee usein ensisynnyttäjiä nopeammin. (Tikkanen & Tekay 2019, 555.) Supistukset ovat aktiivisen avautumisvaiheen aikana kipeämpiä, tiheämpiä ja kestoaltaan voimakkaampia kuin latenssivaiheessa. Hyvän ja tehokkaan supistuksen kesto on noin 40-60 sekuntia (Raussi-Lehto 2017c, 223). Sikiö laskeutuu avautumisvaiheen aikana alemmas synnytyskanavassa. Aktiivisen avautumisvaiheen aikana kohdunsuu avautuu kymmeneen senttimetriin, jolloin avautumisvaihe päättyy. (Raussi-Lehto 2017e, 248.)

2.2.2 Ponnistusvaihe

Avautumisvaiheen päätyttyä kohdunsuu on täysin auki, kohdunsuun reunat ovat hävinneet kokonaan. Synnyttäjä voi tuntea tarvetta ponnistamiseen, kun sikiön tarjoutuva osa painaa välilihalla. Ponnistusvaihe alkaa kohdunsuun ollessa kymmenen senttimetriä auki ja se päättyy lapsen syntymään. (Raussi-Lehto 2017e, 265-266.)

Ponnistusvaihe voidaan jakaa edelleen laskeutumis- ja ponnistusvaiheeseen. Sikiön laskeutumista synnytyskanavassa voidaan odottaa, jos sikiön tarjoutuva osa on vielä korkealla, eikä lakisauma ole suorassa mitassa. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 108; Raussi-Lehto 2017e, 270, 265-266.) Ponnistusvaiheen kesto voi olla minuuteista muutamaan tuntiin. Tilannetta arvioidaan jatkuvasti sikiön ja synnyttäjän voinnin sekä jaksamisen mukaan. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 107.) Ponnistusvaiheeseen ja sen keston vaikuttavat supistusten tiheys, synnyttäjän työntöjen tehokkuus, pehmytkudosvastus ja sikiön koko (Raussi-Lehto 2017e, 265-266).

Aktiivisen ponnistusvaiheen alussa on tärkeää varmistaa, että kohdunsuu on täysin avautunut kymmeneen senttimetriin ja tarjoutuva osa on matalalla lantion loukossa. Sikiön passiivinen laskeutuminen synnytyskanavassa lisää edellytyksiä spontaanille synnytykselle. Lisäksi varmistetaan, että sikiön tarjoutuva osa painaa välilihalla ja on näkyvissä. Takaraivotarjonnassa varmistetaan, että lakisauma on suorassa mitassa. (Raussi-Lehto 2017e, 270, 265-266.)

Synnyttäjä voi joskus tuntea voimakasta ponnistamisen tarvetta, vaikka kohdunsuu ei ole täysin avautunut tai kohdunsuun reunaa on vielä jäljellä. Ponnistamisen tarve voi johtua esimerkiksi sikiön virhetarjonnasta tai laskeutumisesta matlalle lantioon, vaikka kohdunsuun reunaa on vielä jäljellä. Jos ponnistaminen aloitetaan liian aikaisin voi kohdunsuunreuna turvota ja aiheuttaa synnytysessteen kiilautuessa sikiön pään ja lantion luuston väliin. (WHO 1996, 24; Raussi-Lehto 2017e, 265.)

2.2.3 Jälkeisvaihe

Synnytyksen ponnistusvaihe päättyy lapsen syntymään, jonka jälkeen alkaa synnytyksen viimeinen eli jälkeisvaihe. Kun lapsi on syntynyt, napanuora katkaistaan tavallisesti noin 1-2 minuutin kuluttua. Tämän jälkeen odotetaan jälkeisten eli istukan ja sikiökalvojen syntymistä. (Tikkanen & Tekay 2019, 558.)

Jälkeiset voivat syntyä spontaanisti. Sille on edellytyksenä säännöllinen synnytys, eikä tiedossa ole riskitekijöitä runsaalle syntymän jälkeiselle verenvuodolle. Spontaanissa jälkeisten syntymässä synnytyksen kolmas vaihe on hieman keskivertoa pidempi. Jos tiedossa on riskejä syntymän jälkeiselle verenvuodolle, ei spontaania jälkeisten syntymää suositella. Synnytyksen aikana käytetty oksitosiini, epiduraalipuudutus tai suuri määrä lääkkeitä voivat lisätä kasvaneen verenvuodon riskiä. (Raussi-Lehto 2017e, 276–277.) Jälkeiset autetaan ulos synnyttäjän ponnistaessa kevyesti supistuksen aikana, jolloin kätilö voi kevyesti napanuorasta tukemalla ohjata jälkeisiä syntymään (Raussi-Lehto 2017e, 276–277). Kätilö voi hieroa kohtua vatsan ulkopuolelta, jotta kohtu jaksaisi supistua ja istukka irtoaisi täydellisenä, jolloin välttyttäisiin isommilta verenvuodoilta (Tikkanen & Tekay 2019, 558–559).

Istukkaa kutsutaan täydelliseksi, kun se on poistunut kohdusta kokonaan eikä kohtuun jää istukkamateriaalia. Kätilö tarkastaa istukasta, onko se täydellinen vai epätäydellinen, lohkoinen vai kalkkeutunut, onko siinä hematoomia tai merkkejä infarktista. Etenkin istukan reunoihin kiinnitetään erityistä huomiota, jotta varmistetaan ettei reunoista puutu istukkamateriaalia. (WHO 1996, 33; Raussi-Lehto 2017e, 276–277.) Kohdun sisälle jäänyt istukkakudos voi aiheuttaa verenvuotoa,

huonontaa kohdun supistumista ja aiheuttaa infektoita (Uotila & Tihtonen 2019, 584). Istukasta tarkastetaan myös napanuoran lähtöpaikka, pituus ja napasuonien lukumäärä. Tarkastamisen jälkeen istukka, sikiökalvot ja napanuora punnitaan. Normaali verenvuodon määrä alatiesynnytyksessä on korkeintaan 500ml. (Raussi-Lehto 2017e, 276–277; Tikkanen & Tekay 2019, 559.)

2.3 Pitkittynyt synnytys

Synnytyksen aktiivinen avautumisvaihe on pitkittynyt, kun se on kestoaltaan ensisynnyttäjällä yli 20 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä yli 14 tuntia. Kun aktiivisessa avautumisvaiheessa kohdunsuun tilanteessa ei tapahdu etenemistä kahteen tuntiin eikä sikiön tarjoutuva osa ei laskeudu synnytyskanavassa alaspäin, synnytys on pysähtynyt. Jos ensisynnyttäjän ponnistusvaiheessa sikiön tarjoutuva osa ei laskeudu tunnin aikana ollenkaan, ponnistusvaihe on pysähtynyt. Uudelleensynnyttäjällä ponnistusvaihe on pysähtynyt, kun sikiön tarjoutuvan osan korkeus pysyy samana yli puoli tuntia. (Äimälä 2017b, 538.) Hitaasti etenevästä tai kokonaan pysähtyneestä synnytyksestä käytetään usein nimitystä dystokia (Kjærgaard ym. 2008, 1). Nimitystä käytetään myös silloin, kun synnytykseen liittyy jokin häiriö, kuten sikiön virheasento, lantion ahtaus, sikiön suuri koko tai häiriöt sikiön laskeutumisessa (Äimälä 2017b, 537). Jälkeisvaiheen päätyä 30 minuutin kuluessa lapsen syntymästä. Mikäli jälkeisten syntymä kestää kauemmin, on jälkeisvaihe pitkittynyt sekä ensi- että uudelleensynnyttäjällä. (Uotila 2017c, 557.)

3 SYNNYTYKSINTERVENTIOT

3.1 Synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuminen

Viime vuosikymmenien aikana kehitetty lääketieteellisiä käytäntöjä ja toimenpiteitä, joiden avulla synnytys voidaan käynnistää, kontrolloida, monitoroida tai nopeuttaa sen luonnollista kulkua (WHO 1996, 1). Synnytyksen aikainen interventio tarkoittaa synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttumista. Siihen puuttuminen lisää aina riskiä uusille toimenpiteille. Normaaliin, luonnollisesti etenevään synnytykseen ei tulisikaan puuttua ilman lääketieteellistä syytä, ellei synnyttäjää tai sikiötä ole vaarassa. (Rahkonen & Heinonen 2019, 564.)

Oikein ajoitettu interventio voi pelastaa sekä synnyttäjän että sikiön. Toisaalta interventio on aina riski etenkin, jos päätös tehdään ilman kunnollista indikaatiota. (Kıymet, Özlem & Canan 2018, 1–2.) Synnytyksen teknologinen seuraaminen on parantunut viime vuosina. Sillä on ollut huomattava positiivinen vaikutus vastasyntyneen sekä synnyttäjän terveyteen erityisesti korkean riskin synnytyksissä ja ennenaikaisten synnytysten seurannassa. Teknologian parantumisen myötä myös interventioiden määrä on kuitenkin ollut kasvussa, sillä yksi interventio voi johtaa sekä synnyttäjälle että sikiölle haitalliseen interventioiden ketjureaktioon. (WHO 1996, 1-2; Kıymet ym. 2018, 2.)

Olennaista synnytykseen puuttumisessa on tunnistaa normaali tilanne. Jos synnytyksen kulussa ilmenee jotain patologista, tulee valita sellainen interventio, joka palauttaa tilanteen normaaliksi tai lähelle normaalia sekä synnyttäjän että sikiön kannalta. Kaikilla interventioilla on vaikutus synnytyksen kulkuun. Joissain tapauksissa interventio voi lisätä patologisten muutosten ilmenemistä tilanteen edetessä. (Kıymet ym. 2018, 3, 6.) WHO onkin laatinut luokituksen, jossa synnytyksen hoitoon käytettävät interventiot on luokiteltu niiden hyödyllisyyden, tehokkuuden tai haitallisuuden perusteella. Tehottomina tai haitallisina käytäntöinä WHO mainitsee muun muassa rutiininomaisen selinmakuuasennon synnytyksen aikana sekä välilihan venyttelyn tai hieromisen ponnistusvaiheessa. Kohdunpohjasta painamista eli niin kutsuttua fundus-tukea ponnistamisen aikana ei suosi-

tella käytettävän synnytyksessä. WHO:n mukaan tarpeettomasti käytettyjä toimenpiteitä ovat muun muassa välilihan leikkaaminen rutiininomaisesti ja synnyttäjän ohjattu ponnistaminen (Valsava manööveri), etenkin silloin kun synnyttäjä ei vielä tunne ponnistamisentarvetta. (WHO 1996, 1; WHO 2008, 133–135, 150–154, 155–158; WHO 2018, 1–7.)

Synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuminen esimerkiksi synnytyksen käynnistämiseksi, edistämiseksi, seuraamiseksi tai lopettamiseksi voivat vaikuttaa negatiivisesti naisen synnytyskokemukseen sekä heikentää mahdollisuuksia säännöllisesti etenevään alatiesynnytykseen. WHO onkin vuonna 2018 antanut suosituksen, jossa tarkastellaan synnytyksen aikaisen hoidon ja positiivisen synnytyskokemuksen välistä suhdetta (WHO 2018a, 1).

3.2 Kardiokografia

Sikiön sydänäänien seuranta synnytyksen aikana on erityisen tärkeää. Kohdun supistukset ja sikiön laskeutuminen synnytyskanavassa ovat sikiölle rasite. (Timonen 2019, 380.) Kardiokografialla (KTG) voidaan rekisteröidä samanaikaisesti sekä sikiön sydämen lyöntitiheyttä että sykevälivaihtelua suhteessa synnyttäjän supistustoimintaan (Tikkanen & Tekay 2019, 559; Timonen 2019, 379). KTG:n avulla arvioidaan sikiön hapettumista ja hyvinvointia (Raussi-Lehto 2017e, 252). Sikiön hapettumiseen ja lyöntitiheyden muutoksiin vaikuttavat supistukset, synteettisen oksitosiinin käyttö, istukan toiminta, kaasujen vaihto, pään puristuminen synnytyskanavassa ja napanuoran kompressio. Lisäksi synnyttäjän mahdolliset perussairaudet ja käytössä oleva lääkitys voivat vaikuttaa sikiön hapettumiseen ja sydämen lyöntitiheyteen. Äkillisesti romahtava sikiön syketaso saattaa vaatia välitöntä interventiota ja lapsen synnytystä joko sektiosynnytyksellä tai alatietoimenpiteellä. Synnyttäjän asennon muuttaminen, synnyttäjän verenpainetason nostaminen, kuumeen alentaminen tai oksitosiini-infuusion tauottaminen saattavat kuitenkin palauttaa sikiön sykkeen normaalitasolle. Myös tokolyyttinen eli supistustoimintaa salpaava lääkitys voi olla tarpeen, jotta sikiön syke palautuu normaalitasolle. (Sarvilinna ym. 2016, 1338.)

Sikiön sydämen sykekäyrä on herkkä, mutta jokseenkin epätarkka sikiön hyvinvoinnin analysointi menetelmä. Sydämen sykkeen rekisteröintiä voidaan toteuttaa jaksottaisena tai jatkuvana seurantana. Jatkuvaa KTG-seurantaa suositellaan riskiraskauksissa tai tilanteissa, joissa sikiön sykekäyrässä on todettu poikkeavuuksia. (Sarvilinna ym. 2016, 1336–1337.) Sikiön sykkeen jatkuva seuranta ei kuitenkaan ole WHO:n mukaan suositeltava toimenpide, kun synnyttäjällä ei ole perussairauksia ja synnytys on käynnistynyt spontaanisti. Sikiön sykkeen jatkuva seuranta altistaa sektiosynnytykselle ja muille synnytysinterventioille. (WHO 2018a, 4.)

Sikiön sykkeen säännöllinen jaksottainen seuranta koko synnytyksen ajan on elintärkeä ja olennainen osa laadukkaan ja turvallisen synnytyksen hoitoa. (WHO 2018a, 64.) Jaksoittainen sykeseuranta tulee WHO:n 2018 vuoden ohjeiden mukaan toteuttaa synnytyksen aktiivisen avautumisvaiheen aikana 15-30 minuutin välein ja ponnistusvaiheessa viiden minuutin välein. Sikiön sydänääniä voidaan kuunnella KTG:n, dopplerin tai Pinardin torven avulla. Yksittäisen kuuntelun tulisi kestää vähintään yhden minuutin ajan ja sikiön sykkeen tulisi kuuntelun aikana sijoittua normaalille (110-160 lyöntiä/minuutissa) sykealueelle. Kuuntelu tulee tehdä supistuksen aikana ja sykettä tulee kuunnella vähintään 30 sekuntia supistuksen loppumisen jälkeen. Mikäli sikiön syke ei ole normaalialueella kuuntelun aikana, tulee sitä jatkaa vähintään kolmen supistuksen ajan. (WHO 2018a, 74.)

Sikiön sydämen sykettä rekisteröidään ensisijaisesti ulkoisella seurantalaitteella etenkin, jos sikiökalvot ovat ehjät. Rekisteröinti- eli doppler- anturit asetetaan synnyttäjän vatsan päälle siten, että dopplertekniikkaa käyttävä anturi voi rekisteröidä sikiön sykettä synnyttäjän vatsanpeitteiden läpi. (Sarvilinna ym. 2016, 1337; Timonen 2019, 380.) Synnyttäjän runsaat vatsanpeitteet, sikiön runsas liikkuminen tai sikiön liikkuminen pois päin doppler -anturista voivat heikentää ulkoisen rekisteröinnin laatua. Sydänäänten ulkoinen rekisteröinti on herkkä signaalimenetykselle ja artefaktoille kuten esimerkiksi signaalin puoliintumiselle tai kahdentumiselle. (Sarvilinna ym. 2016, 1337; Timonen 2019, 380.) Sykemittauksen virhemahdollisuuksia vähentää kuitenkin se, että KTG-laitteella voidaan rekisteröidä erikseen myös synnyttäjän sykettä. Jos ulkoinen sykeseuranta osoittautuu haastavaksi tai epäluotettavaksi, sikiön tarjoutuvan osan ihoon kiinnitettävä

scalp-elektrodi usein parantaa rekisteröinnin laatua. Scalp-elektrodi mittaa kammioiden depolarisaatiosyklejä ja tunnistaa QRS-kompleksin Q-aallot. (Sarvilinna ym. 2016, 1337–1338.)

Sikiön sydämen sykekäyrä voidaan luokitella normaaliin, poikkeavaan tai patologiseen (FIGO The International Federation of Gynecology and Obstetrics 2015). Luokittelua varten kardiokografiaa rekisteröidään vähintään kymmenen minuutin ajan, miltä ajalta arvioidaan sikiön sydämen sykkeen perustaso eli sikiön keskimääräistä sykettä, johon ei lasketa sykkeen hidastumisia tai nopeutumisia. Normaaliksi sykkeen perustasoksi luetaan 110-160 lyöntiä minuutissa. Jos sikiön sydämen lyöntitiheys on 160 lyöntiä/minuutti tai yli, perustaso on takykardinen eli tiheälyöntinen. Syke on bradykardinen eli harvalyöntinen, jos sikiön sydämen lyöntitiheys on 100 lyöntiä minuutissa tai alle. Yliaikaisissa raskauksissa ja lähellä yliaikaisuutta sikiön perustaso voi olla matalampi, 100-110 lyöntiä/minuutti, mikä katsotaan normaaliksi löydökseksi (Ayres-de-Campos, Y.Spong, & Chandraran 2015, 16; Sarvilinna ym. 2016, 1338; Timonen 2019, 380).

Sykekäyrästä arvioidaan myös sykkeen amplitudia eli vaihtelevuutta. Se arvioidaan mittaamalla korkeimman ja matalimman sykkeen välinen ero minuutin aikavälillä. (Timonen 2019, 381.) Normaali vaihtelevuus on 5-25 lyöntiä minuutissa (Ayres-de-Campos ym. 2015, 16; Sarvilinna ym. 2016, 1338).

Sykkeen nopeutuminen eli akseleraatio tarkoittaa sitä, että sikiön sydämen syke nousee perustasosta vähintään 15 lyöntiä/minuutissa vähintään 15 sekunnin ajaksi, mutta ei yli kymmenen minuutin ajaksi (Ayres-de-Campos ym. 2015, 18). Akseleraatio on merkki sikiön toimivasta keskushermostosta, autonomisesta hermostosta sekä toimivasta kardiovaskulaarisesta järjestelmästä. Sykekäyrän reaktiivisuus on normaali, kun akseleraatioita tulee vähintään kaksi 20 minuutin ajanjakson aikana ja sykekäyrän vaihtelevuus on normaali. (Raussi-Lehto 2017e, 254–255; Timonen 2019, 382.)

Hidastumisiksi eli deceleraatioiksi kutsutaan sykkeen hidastumia perustasosta. Sikiön syke laskee perustasosta mitattuna vähintään 15 lyöntiä/minuutissa vähintään 15 sekunnin ajaksi. Deceleraatiot jaetaan varhaisiin, vaihteleviin ja myöhäisiin hidastumiin. (Raussi-Lehto 2017e, 252–254; Timonen 2019, 382.)

Varhaisen hidastumisen syynä on sikiön pään puristuminen lantiota vasten supistuksen aikana. Syke palautuu perustasolle jo usein ennen supistuksen loppumista. Varhaiset hidastumat kuuluvat normaaliin synnytykseen, eivätkä ne yksinään viittaa sikiön hapenpuutteeseen. (Ayres-de-Campos ym. 2015, 18; Raussi-Lehto 2017e, 254–255.) Vaihtelevat hidastumiset liittyvät napanuoraan ja napanuorakomplikaatioihin, kuten napanuoran puristumiseen sikiön jalan ja kohdun seinämän väliin, jolloin verenkierto sikiöön heikkenee hetkeksi. Vaihtelevien hidastumisten suhde supistuksiin vaihtelee, eikä hidastuman syvyys ole yhteydessä supistuksen voimakkuuteen. Vaihtelevissa hidastumissa sikiö palauttaa sykkeensä perustasolle nopeasti ja hidastumisen alkamisaika ja kesto vaihtelevat. (Ayres-de-Campos ym. 2015, 18; Raussi-Lehto 2017e, 254–255.)

Myöhäiset hidastumiset alkavat supistuksen ollessa voimakkaimmillaan ja palautuminen perustasolle tapahtuu hitaasti supistuksen laukeamisen jälkeen. Myöhäisten hidastumisten taustalla voi olla istukan toiminnan vajaus, jolloin riski sikiön hapenpuutteen kehittymiselle kasvaa. (Raussi-Lehto 2017e, 254–255.)

Synnytyksen aikana rekisteröidään myös kohdun supistustiheyttä, jotta havaitaan liian tiheät, harvat tai voimakkaat supistukset. Ne voivat vaikuttaa sikiön sydämen lyöntitiheyteen ja johtaa jopa sikiön hapenpuutteeseen, istukan ennenaikaiseen irtoamiseen tai kohtulihaksen repeämiseen. (Ayres-de-Campos ym. 2015, 20; Sarvilinna ym. 2016, 1338; Timonen 2019, 382–383.) Kohdulle optimaalinen supistustiheys, jolla synnytys etenee tehokkaasti, on 4-5 supistusta kymmenen minuutin aikana. Tällöin supistukset ovat tarpeeksi tiheitä synnytyksen edistymiseksi, mutta kohtu pystyy kuitenkin lepäämään supistusten välissä. (Äimälä 2017c, 542.) Kohdun hyperstimulaatio eli takysystolesta supistuksia tulee viisi tai enemmän kymmenen minuutin aikana tai yksittäinen supistus on kestoltaan kaksi minuuttia tai kauemmin (Ayres-de-Campos ym. 2015, 20; Sarvilinna ym. 2016, 1338; Timonen 2019, 382–383).

Supistukset mitataan ensisijaisesti synnyttäjän vatsanpeitteiden päältä toko-anturilla. Ulkoiseen rekisteröintiin luotettavuuteen vaikuttavat synnyttäjän vatsanpeitteiden paksuus, synnyttäjän asento, anturin kiristysvyön kireys sekä sikiön

liikkeet. (Sarvilinna ym. 2016, 1337; Raussi-Lehto 2017e, 252–253; Timonen 2019, 382–383.)

Supistuksia voidaan mitata myös kohdunsisäisesti painekatetrin avulla eli intrauteriinisesti. IUP eli intrauteriininen painekatetri voidaan asettaa kohtuun, kun sikiökalvot ovat puhjenneet. Sen hyödyistä ulkoiseen rekisteröintiin verrattuna ei juurikaan ole tieteellistä näyttöä. (Sarvilinna ym. 2016, 1338.) Ulkoisella rekisteröinnillä ei voida mitata supistusten intensiteettiä tai kohdun perustonusta, joiden mittaaminen kohdunsisäisellä painemittauksella on mahdollista. Tämä informaatio on tärkeää, jos synnytys on pysähtynyt, etenee hitaasti tai jos synnytyksessä on käytössä synteettinen oksitosiini. Synteettisen oksitosiinin vastetta voi olla helpompi analysoida kohdunsisäisen paineenmittaamisen avulla. (Rood 2012, 1–2.)

Intrauteriinista paineenmittaamista ei suositella rutiininomaiseen supistusten seurantaan. Kateterin asettamiseen liittyy harvinainen kohdun perforaation eli repeämän riski. (Rood 2012, 1.) Jos ulkoisella paineanturilla ei saada luotettavaa tietoa supistuksista ja avautumisvaihe pitkittyy, etenee hitaasti tai kättilöllä herää epäily heikosta supistustoiminnasta, voidaan käyttää intrauteriinista paineenmittausta. (Äimälä 2017c, 540–541.)

3.3 Sisätutkimus

Synnytyksen aikana sisätutkimuksen eli vaginaalisen tutkimuksen suorittaa kättilö tai lääkäri. Emättimen kautta tunnustellen arvioidaan synnytyksen edistymistä eli kohdunsuun avautumista ja tarjoutuvan osan laskeutumista synnytyskanavassa. Ensisynnyttäjällä kohdunkaulakanava lyhenee ja häviää, jonka jälkeen kohdunsuu avautuu. Uudelleen synnyttäjällä kanavan häviäminen ja kohdunsuun avautuminen voi tapahtua samanaikaisesti. (Raussi-Lehto 2017c, 242.)

Sisätutkimuksessa viedään etu- ja keskisormi synnyttäjän emättimeen ja varoitaan painamasta tai hieromasta klitorista tutkimuksen aikana. Sisätutkimuksessa tarkistetaan silmämääräisesti myös ulkosynnyttimien alue, introitus ja väliliha. Samalla arvioidaan kudosten myötävyvyyttä ja kudosten vastusta. (Downe ym 2013, 5; Raussi-Lehto 2017c, 242.) Sisätutkimuksessa arvioidaan myös synnyttäjän luisen lantion rakennetta ja tilavuutta sekä pehmytösten vastusta. Sisätutkimuksella

saadaan tietoa siitä, mikä sikiön osa on tarjoutuvana ja ovatko sikiökalvot ehjät vai puhjenneet. Jos kalvot ovat puhjenneet, kiinnitetään huomioita lapsiveden määrään, hajuun ja väriin. Sikiökalvot voidaan myös puhkaista sisätutkimuksen yhteydessä. (Downe ym 2013, 5; Raussi-Lehto 2017c, 242.)

Sisätutkimuksessa tarjoutuvan osan korkeutta arvioidaan tunnustelemalla sen suhdetta istuinkärkien tasoon eli spina-tasoon nähden. Korkeuden arvioinnissa tulee aina ottaa huomioon synnytyspahkan muodostuminen siten, että korkeutta arvioidaan tarjoutuvan osan, ei muodostuneen pahkan mukaisesti. (Raussi-Lehto 2017c, 243.) Sisätutkimuksessa arvioidaan myös sikiön sisärotaatiota synnytyskanavassa, tarjoutuvan osan ryhtiä sekä tarjoutuvan osan muovaantumista tai synnytyspahkan muodostumista (Downe ym 2013, 6).

Johtoviivan voidaan ajatella kulkevan ristiluun etupinnan suuntaisesti lantion suorien mittojen keskipisteiden kautta. Johtoviivan pisteeseen verrataan, kumpi sikiön pään aukileista on tätä lähempänä. Näin selvitetään tarjoutuvan osan suuntapisteen asema. On hyvä huomioida, että yliaikaisen sikiön pää on kovempi ja muovautuu heikommin. Luiden väliset saumat voivat tuntua leveämmiltä ja olla heikommin tunnusteltavissa. (Raussi-Lehto 2017c, 242–243.)

Sisätutkimuksen teko vaatii kätilöltä sensitiivisyyttä ja synnyttäjän psykoseksuaalista ja emotionaalista huomioimista, koska tutkimus ja huomio kohdistetaan synnyttäjän genitaalialueelle, joka liittyy naisen seksuaaliseen intimitettiin (Downe ym. 2013, 6; Raussi-Lehto 2017c, 240–241). Toistuvia ja lyhyellä aikavälillä tehtyjä sisätutkimuksia voidaan pitää synnyttäjään kohdistuvina invasiivisina interventioina, joten sisätutkimuksen tekemiselle täytyy aina olla peruste. Sisätutkimukseen liittyy myös infektion riski, etenkin jos sikiökalvot ovat puhjenneet ja synnytys on kestänyt pitkään. (Downe ym. 2013, 1-2; Raussi-Lehto 2017c, 241; WHO 2018a, 69.) WHO (2018a, 69) kuitenkin suosittelee sisätutkimuksen tekoa synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa neljän tunnin välein.

3.4 GBS -profylaksia

Ryhmän B streptokokki (GBS) on osa joidenkin ihmisten kehossa elävää normaalia bakteerikantaa. Synnyttäjälle GBS voi joskus aiheuttaa virtsa- tai kohtutulehduksia. Se voi alatiesynnytyksen kautta tarttua vastasyntyneeseen ja aiheuttaa vakaviakin infektioita. GBS infektio voi aiheuttaa vastasyntyneessä muun muassa kellastumista, käsittelyarkuutta, syömishaluttomuutta, itkuisuutta ja tihentynyttä hengitystä tai hengitystaukoja. (Järvenpää & Tommiska 2017, 312.) Infektio voi johtaa vastasyntyneellä yleisinfektioon, keuhkokuumeeseen tai jopa verenmyrkytykseen eli sepsikseen tai meningiittiin eli aivokalvontulehdukseen ja vaatia suonensisäistä antibioottihoitoa. Vaikeimmissa tapauksissa infektio voi aiheuttaa kehityshäiriöitä, kuulon tai näön heikentymistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos n.d.) GBS on vastasyntyneiden yleisin infektioiden aiheuttaja Suomessa. Oireisen infektion saa noin yksi sadasta vastasyntyneestä, jonka äidillä on todettu GBS-positiivisuus. Useimmiten tartunta on kuitenkin vastasyntyneillä oireeton. (Lyytikäinen ym. 2006, 2.)

Suomessa lähes kaikki raskaana olevat testataan raskausviikoilla 35-37 emättimestä ja peräaukolta vanupuikolla otettavan näytteen avulla (Lyytikäinen ym. 2006, 4822; Raussi-Lehto 2017d, 245). Mikäli raskaana oleva on ryhmän B streptokokin kantaja, synnytyksen aikana suositellaan annettavaksi suonensisäistä antibioottihoitoa, jolla voidaan ehkäistä suurin osa vastasyntyneiden tartunnoista sekä taudeista (Alanen 2011). Vuosina 1997-2014 Suomessa todettiin varhaisia, alle 7-vuorokauden ikäisiltä vastasyntyneiltä löytyneitä vakavia GBS-tartuntoja keskimäärin 31 kappaletta vuodessa. Vuosina 2015-2017 tartuntojen määrä oli enää 8-13 kappaletta, mikä on mahdollisesti seurausta parantuneesta antibiootitihoidosta synnytyksen aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

3.5 Oksitosiini

Oksitosiini on synnytyksen kannalta tärkeä hormoni, sillä se käynnistää synnytyksen, saa kohdun supistelemaan synnytyksen aikana sekä supistaa kohtua syntymän jälkeen, jotta istukka irtoaa ja verenvuoto loppuisi (Khajehei 2017,

232). Oksitosiini on aivojen hypotalamuksessa muodostuva hormoni. Hypotalamuksesta oksitosiini erittyy aivolisäkkeen takalohkoon ja sieltä verenkierron mukana kohde-elimille, kuten kohtuun ja rintojen maitorauhasiin sekä koko elimistön käyttöön. (Kortesuoma & Karlsson 2011, 912.)

Synnytyksen aikana oksitosiinia erittyy sekä synnyttäjän että sikiön aivolisäkkeistä. Oksitosiinireseptoreita löytyy ympäri kehoa ja pitoisuudet ovat voimakkaimmillaan etenkin kohdun, rintojen, aivojen, immuunikudoksen, sydämen, aivojen, selkärangan ja suolen alueilla. Loppuraskaudessa nouseva estrogeenitaso lisää kohdun oksitosiinireseptoreiden määrää. (Bell, Erickson, & Carter 2014, 35; Khajehei 2017, 232.) Sikiön tarjoutuvan osan laskeutuessa synnytykskanavassa ja painaessa kohdunsuuta, aivot saavat viestin erittää lisää oksitosiinia elimistön ja kohdun käyttöön. Tätä tapahtumaa kutsutaan myös Fergusonin refleksiksi. (Russel, Leng & Douglas 2002, 32.) Oksitosiinilla onkin suuri merkitys supistusten tiheyteen, voimakkuuteen ja tehokkuuteen. Kun synnyttäjä kokee olonsa synnytyksen aikana turvalliseksi, se lisää luontaisen oksitosiinin eritystä. Oksitosiinin tiedetään vähentävän tulehduksia, kipuaistimusta, stressiä sekä stimuloivan parantumiseen ja kasvuun liittyviä toimintoja. (Oscarsson, Amer-Wählin, Rydhstroem, & Källen 2006, 1097; Moberg & Prime 2013, 204.)

Synnytyksinterventio voi olla keinotekoisena oksitosiinin käyttöä synnytyksen vauhdittamiseksi tilanteissa, joissa synnytys ei ole vielä kunnolla käynnissä tai jossa synnyttäjän omat supistukset ovat heikkoja, eivätkä edistä synnytystä ja kohdunkaulan kypsymistä. Oksitosiinia voidaan käyttää myös tukemaan synnyttäjän omaa supistustoimintaa, esimerkiksi tilanteessa, jossa synnyttäjä on saanut selkäpuudutteen, kuten epiduraali- tai spinaalipuudutuksen. Puudutteet voivat laimata synnyttäjän oman luonnollisen oksitosiinin eritystä, minkä vuoksi supistustoiminta saattaa heiketä. Selkäpuudutteet ovatkin yksi syy oksitosiinin käytölle, sillä puudutteiden tiedetään hidastavan synnytystä. (Costley & East 2013, 1.)

Oksitosiinia voidaan antaa myös lapsen syntymän jälkeen, jotta kohtu supistuisi hyvin ja istukan syntyminen tapahtuisi nopeammin sekä välttyttäisiin synnytyksen jälkeisiltä verenvuodoilta (Khajehei 2017, 230). Synnytyksen jälkeisestä runsaasta verenvuodosta kärsii 5 % synnyttäneistä, ja se on neljänneksi suurin synnyttäjien kuolemaan johtava syy. Siksi WHO on suositellut synnytyksen jälkeen

pistettävää oksitosiinia synnytyksen jälkeisen verenvuodon hoidossa. (WHO 2018b, 1). Suomessa vuosina 2012 -2013 synnyttäjistä 56 % sai oksitosiinia synnytyksensä aikana (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014, 41).

Oikein käytettynä keinotekoisien oksitosiinien käyttöä pidetään suhteellisen turvalisena toimenpiteenä synnytyksen aikana (Khajehei 2017, 230). Keinotekoinen oksitosiini ei vaikuta kuitenkaan samalla tavoin kuin luonnollinen oksitosiini (Khajehei 2017, 231). Keinotekoisien oksitosiinien käyttöön onkin sairaaloissa selkeät ohjeet. Oksitosiini aloitetaan tietyllä annoksella, jonka jälkeen sikiön vointia sekä supistusten tiheyttä tulee seurata. Keinotekoinen oksitosiini voi aiheuttaa kohdun hyperstimulaatiota, mikä voi aiheuttaa sikiölle hapenpuutetta. Käytön suhteen tulee olla varovainen ja miettiä sen tarve tarkkaan. Oksitosiini- infuusio tulee lopettaa, mikäli sikiön voinnissa havaitaan muutoksia tai kohtu alkaa supistella liian tiheästi. (Äimälä 2017c, 542.)

Hyperstimulaation lisäksi keinotekoisien oksitosiinien käyttö synnytyksessä altistaa toimenpidesynnytyksille sekä kiireelliselle sektiosynnytykselle, episiotomialle sekä synnytyksen jälkeiselle verenvuodolle (Bugg ym. 2006, 39; Svärdby, Nordström & Sellström 2007, 183; Kjærgaard ym. 2009, 02; Bernitz ym. 2014, 369). Lisäksi oksitosiinin käytöllä voi olla vaikutuksia vastasyntyneen vointiin. Oksitosiinin käytöllä on suurempi riski metaboliseen asidoosiin, pienempiin apgar-pisteisiin 5 minuutin iässä sekä lisääntynyt riski vastasyntyneen tehohoidolle synnytyksen jälkeen. (Oscarsson ym. 2006, 1096; Selin, Almström, Wallin & Berg 2009, 1357.) Lisäksi sikiöiden resurssit käsitellä kohdun tiheää supistustoimintaa vaihtelevat (Oscarsson ym. 2006, 1096).

Oksitosiinin käytön tiedetään kuitenkin lyhentävän jonkin verran synnytyksen kestoa ja nopeuttavan kohdunsuun avautumista (Blanch ym. 1998, 105). Pitkittyneellä synnytyksellä taas tiedetään olevan negatiivisia vaikutuksia naisten synnytyskokemukseen ja tämä voi vaikuttaa voimakkaasti naisen elämänlaatuun ja uuteen mahdolliseen raskauteen tulevaisuudessa (Gottvall & Waldenström 2002, 259; Nystedt, Högberg & Lundman 2005, 580).

3.6 Sikiökalvojen puhkaisu

Synnytys voi käynnistyä luonnollisesti joko supistuksilla tai sikiökalvojen puhkeamisella eli lapsivedenmenolla. Supistuksilla luonnollisesti käyntiin lähtenyt synnytys voi edetä jopa ponnistusvaiheeseen saakka ilman lapsivedenmenoa ja sikiö voi jopa syntyä omissa sikiökalvoissaan lapsiveden ympäröimänä. Kun synnytys käynnistyy sikiökalvojen puhkeamisella, lapsivettä virtaa ulos kohdusta. Istukka muodostaa lapsivettä koko ajan, minkä vuoksi lapsivettä tihkuu ulos kohdusta usein synnytyksen loppuun saakka. Lapsivedenmeno käynnistää usein kohdun supistustoiminnan tai voimistaa olemassa olevia supistuksia. (Uotila 2017a, 359.)

Synnytyksen edistämiseksi lääkäri tai kätilö voi puhkaista sikiökalvot siihen tarkoitetulla koukulla. Sikiökalvot voidaan puhkaista, kun kohdunsuu on avautunut tarpeeksi. Kalvojen puhkaisulla voidaan auttaa synnytystä käynnistymään kunnona, kun kohtu alkaa supistella voimakkaammin. Sikiökalvot puhkaistaan usein sisätutkimuksen yhteydessä, jolloin myös tarkkaillaan lapsiveden väriä ja laatua. Samalla sikiön päähän voidaan kiinnittää sisäinen scalp-elektrodi, jonka avulla sikiön sykettä voidaan seurata luotettavammin. (Raussi-Lehto 2017d, 246–247; Raussi-Lehto 2017e, 253.) Joskus sikiökalvojen puhkaisun aiheuttamat supistukset voivat olla voimakkaita tai ne voimistuvat sikiökalvojen puhkaisun jälkeen. Tämä johtuu siitä, että lapsiveden poistumisen myötä sikiön pää laskeutuu kohdunsuuta vasten ja painaa sitä voimakkaammin. Sikiön pään laskeutuessa synnytyskanavassa pää stimuloi kohdun venytysreseptoreita ja aivojen hypotalamuksesta erittyy lisää oksitosiinia. (Khajehei 2017, 232.) Sikiökalvojen puhkeamisen myötä oksitosiinin ja prostaglandiinejen paikallinen tuotanto ja erityis lisääntyvät, mikä saa kohtua supistelemaan tehokkaammin (Smyth, Markham & Dowswell 2013, 3). Samaa ideologiaa käytetään synnytyksen edistämisessä tilanteissa, joissa synnytys on jo luonnollisesti lähtenyt käyntiin kohdun supistumisella, mutta joissa toiveena on nopeuttaa synnytystä. Tilanne voi olla esimerkiksi synnyttäjän väsymys jo pitkään kestäneisiin supistuksiin, jotka eivät riittävän tehokkaasti ole auttaneet kohdunsuuta avautumaan. Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, ettei sikiökalvojen puhkaisulla ole merkittävää vaikutusta synnytyksen kestoon sen ensimmäisessä vaiheessa. Ensisynnyttäjillä sikiökalvojen puhkaisu voi lyhentää synnytyksen kestoa keskimäärin 60-120 minuutilla. (Smyth

ym. 2013, 2; Raussi-Lehto 2017, 246d.) WHO ei suosittele sikiökalvojen rutiininomaista puhkaisua synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa (WHO 1996, 123).

Sikiökalvojen puhkaisu aiheuttaa aina infektoriskin, joka aiheutuu kohdun ja emättimen suorasta yhteydestä. Kun sikiökalvot eivät kalvojen puhkaisun jälkeen suojaa kohtuonteloa emättimen kautta tulevilta bakteereilta, infektoriski kasvaa. Joissain tilanteissa tarvitaan synnytyksen käynnistämiseksi tai synnytyksen edistämiseksi sikiökalvojen puhkaisun lisäksi myös muita toimenpiteitä. Infektion ehkäisy onkin yksi suurimmista syistä synnytyksen käynnistämiseen sikiökalvojen puhkeamisen jälkeen, mikäli synnytys ei luonnollisesti lähde käyntiin. Synnyttäjän ja sikiön vointia seurataankin tarkkaan lapsivedenmenon jälkeen ja kiinnitetään huomiota tekijöihin, jotka viittaavat infektion kehittymiseen kohdussa. (Äimälä 2017c, 540.)

Sikiökalvojen puhkaisulla ole suurta vaikutusta sektiosynnytysten lisääntymiseen, spontaanisti käyntiin lähteneen synnytyksen nopeutumiseen synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa, synnyttäjien tyytyväisyyteen synnytyskokemukseen tai vastasyntyneen viiden minuutin apgar-pisteisiin (Smyth ym. 2013, 2). Sikiökalvojen puhkaisun jälkeen on kuitenkin todettu sikiön sykkeen poikkeavuuksia sekä lisääntynyttä kipulääkityksen tarvetta synnyttäjillä (Raussi-Lehto 2017d, 246).

Sikiökalvojen puhkaisulla voi olla sikiölle mahdollisia, mutta harvinaisia riskejä, jotka on otettava huomioon suunniteltaessa sikiökalvojen mekaanista puhkaisua. Napanuoraprolapsin riski sekä napanuoran puristumisen riski kasvavat etenkin, jos sikiökalvot puhkaistaan sikiön ollessa liikkuvana lantiossa. (Smyth ym. 2013, 3, 7, 14, 21; Raussi-Lehto 2017d, 246.)

3.7 Mikroverinäyte

Mikroverinäytteen otossa tarkastellaan sikiön kapillaariveren pH-arvoa (Keski-Niisula 2000, 474). Mikroverinäytteen avulla on tarkoitus diagnosoida sikiön asfyksian eli hapenpuutteen mahdollisuutta pienen verinäytteen avulla, joka kertoo happamien aineenvaihduntatuotteiden kertymisestä synnytyksen aikana (Uotila 2017b, 532). Mikroverinäytteen indikaationa pidetään poikkeavaa tai patologista

kardiotokografia käyrää. Mikroverinäyte otetaan ennen kaikkea KTG:n tulkinnan perusteella, jotta voidaan selvittää sikiön vointi ja mahdollinen hapenpuute kohdussa. (Uotila 2017b, 532; Tekay 2019, 384.) Mikroverinäytteelle ei ole perustetta, mikäli sikiön sydänäänikäyrä on normaali tai KTG:ssä on vain muutama poikkeava ilmiö. Mikäli sikiön sydänäänikäyrä on syvästi patologinen tai on selkeästi kliinisen tilanteen perusteella näyttöä siitä, että sikiöllä on vakava asfyksia, on järkevämpää tehdä sektiopäätös kuin ottaa mikroverinäyte. (Uotila 2017b, 532.)

Hapenpuutteen aikana sikiön elimistö käynnistää erilaisia mekanismeja keskeisten elinten ja kudoshapetuksen turvaamiseksi. Jos hapenpuute syvenee entisestään, sikiön raajojen, ihon ja lihasten aineenvaihdunta alkaa toimia osittain happeuttomasti, jolloin sivutuotteena syntyy maitohappoa, joka laskee veren sekä kudosten pH-arvoa. Mikroverinäytteestä voidaan selvittää pH:n lisäksi myös täydellinen verikaasuanalyysi tai laktaattipitoisuus. (Uotila 2017b, 532.)

Mikroverinäyte otetaan amnioskoopin avulla sikiön tarjoutuvasta osasta, yleensä päästä. Jotta mikroverinäyte voidaan ottaa, tulee sikiökalvojen jo olla puhjennut ja synnyttäjän kohdunsuun avautunut riittävästi. Amnioskooppi asetetaan näköyhteydessä sikiön päätä vasten, päänahka kuivataan ja siihen tehdään pieni viilto pienellä terällä, jonka jälkeen veripisaroita kerätään kapillaariputkeen. (Sarvilinna ym. 2016, 1339.) Kapillaarista verinäyte analysoidaan, jotta saadaan lisää tietoa sikiön hapettumisesta (Uotila 2017b, 533).

Synnytyksessä sikiön veren pH:n ajatellaan olevan normaali, kun se on yli 7,25. Vaikka KTG:ssä olisikin muutoksia, voidaan normaalin pH:n avulla päätellä, että sikiö voi hyvin eikä kärsi hapenpuutteesta näytteenottohetkellä. Mikroverinäyte voidaan myös uusina useampaan otteeseen synnytyksen aikana, mikäli KTG:ssä ilmenee uusia poikkeavuuksia, tai aikaisempaan mikroverinäytteen ottoon liittyvät muutokset jatkuvat edelleen. Mikäli pH on alle 7,25, lääkärin arvioi, onko synnytystä järkevää jatkaa alateitse ja missä vaiheessa sektiosynnytys olisi turvallisempi vaihtoehto sikiölle. Mikäli sikiö hapettuu huonosti jo synnytyksen alkuvaiheessa ja KTG:ssä on poikkeavuuksia, sikiön hapettuminen synnytyksen edetessä ei välttämättä muutu parempaan suuntaan. Jos pH on vain hieman normaalia matalampi, normaalisti etenevälle alatiesynnytykselle voi olla edellytyksiä,

eikä sikiön hapettumisessa välttämättä tapahdu mitään sikiön vointiin vaikuttavia muutoksia. (Uotila 2017b, 533–534.) Jos veren pH-arvo on alle 7,20, synnytys on pyrittävä päättämään joko sektiosynnytyksellä tai esimerkiksi ponnistusvaiheessa imukupilla (Sarvilinna ym. 2016, 1339). Pysyvien neurologisten vaurioiden todennäköisyys kasvaa, mikäli pH on alle 7,05 (Uotila 2017b, 533).

Mikroverinäytteen avulla voidaan määrittää myös veren laktaatti, joka on maitohappojen hajoamistuote. Normaaliarvot laktaattimäärityksessä vaihtelevat hie-man sairaaloiden tutkimuslaitteiden mukaan, mutta alle 4,2 mmol/l arvoa pidetään normaalina ja yli 4,8 mmol/l poikkeavana. (East ym. 2010, 19.)

3.8 Episiotomia

Episiotomia eli välilihan leikkaus on kirurginen toimenpide, jonka avulla emättimen aukkoa suurennetaan. Episiotomia tehdään, jos vaarana on sikiön hapenpuute. Lisäksi synnyttäjän väsyminen pitkän ponnistusvaiheen aikana, iso sikiö tai sikiön virheasento, synnyttäjän kudოსvastus, suurempien, peräaukon sulkijalihakseen ulottuvien repeämien ehkäisy tai imukuppiavusteinen synnytys voivat olla syitä episiotomialle. (Raussi-Lehto 2017e, 271.)

Episiotomia tehdään synnytyksen toisen vaiheen lopulla leikkaamalla saksilla välilihaa sikiön jo painaessa välilihaa ohuemmaksi (Raussi-Lehto 2017e, 272). Kätilön etu- ja keskisormet viedään sikiön pään vierestä emättimeen, ja sormien välistä leikataan riittävän kokoinen haava (Saarikoski 1994, 130–131). Mediolateraalinen episiotomia leikataan välilihan keskiviivan oikealle puolelle 45 asteen kulmasta. Mediaalinen välilihan leikkaus sen sijaan kulkee välilihan keskiviivalla. Lateraalinen episiotomia tehdään kellon suuntaan seitsemän-kahdeksan kohdalta viistosti välilihalle. (Raussi-Lehto 2017e, 264.) Suomessa episiotomia tehdään välilihalle medio-lateraalisesti, kuvitteellisesti kello 19-20 välille välilihaan (Tikkanen & Tekay, 2019, 558). Väliliha puudutetaan aina ennen leikkausta (Raussi-Lehto 2017e, 272).

Välilihan leikkauksien määrä on vähentynyt Suomessa reilusti viime vuosina. Vuonna 1997 episiotomia tehtiin 42% kaikille alateitse synnyttäneistä naisista,

kun taas osuus vuonna 2018 oli 21%. (Kiuru & Gissler 2019, 9.) Toisaalta taas isompien synnytys- ja peräaukon sulkijalihasten repeämien määrä on kasvanut, sillä vuonna 1997 Suomessa määrä oli 0,2%, mutta vuonna 2007 se oli 0,9% (Räisänen, Vehviläinen-Julkunen, Gisler & Heinonen 2011, 27). Synnytyksen aikana kättilön tehtäviin kuuluu tarkkailla välilihan joustavuutta, kudosten vastusta ja repeämisen mahdollista riskiä arvioidakseen episiotomian tarvetta (Raussi-Lehto 2017e, 272).

3.9 Ohjattu ponnistaminen

Ohjattu ponnistaminen, jossa selinmakuulla olevaa synnyttäjää ohjataan keräämään keuhkot täyteen ilmaa, pidättämään hengitystä ja ponnistamaan voimakkaasti 10-30 sekunnin ajan kaksi-neljä kertaa supistuksen aikana, tulisi hylätä tekniikan hyödyttömyyden vuoksi (WHO 1996, 24-25; WHO 2018a, 133–135). Tämä tekniikka vähentää laskimoveren paluuta sydämeen, alentaa veren valtimopainetta ja keuhkojen hapensaantia (Medforth ym. 2017, 292).

Synnyttäjää kannustetaan työntämään silloin, kun hän itse tuntee ponnistamisen tarvetta (NICE 2014 163–164). Synnyttäjän spontaani työntäminen omien tunteiden mukaan on aktiivista ohjattua ponnistamista suositeltavampaa (WHO 1996, 25). Ohjatun ponnistamisen on todettu vaikuttavan sikiön hapetukseen negatiivisesti, etenkin huonokuntoisilla sikiöillä ja sikiöillä, joiden resurssit ovat heikentyneet (Kiymet ym. 2018, 7–8). Spontaani ponnistaminen synnyttäjän omien tunteiden mukaan mahdollistaa paremman kaasujen vaihdon sikiön lisäksi myös synnyttäjälle. Lisäksi se ennaltaehkäisee mahdollista hyperventilaatiota ja hengityksen pidättämisestä aiheutuvaa huimausta (Medforth ym. 2017, 292). Aktiivisesti ohjattuna synnyttäjän ponnistukset ovat huomattavasti pidempiä 10-13 sekunnin mittaisia, jonka aikana synnyttäjä pidättää hengitystä. Spontaanisti työntäessä synnyttäjän ponnistukset ovat vain neljän-kuuden sekunnin pituisia. (WHO 1996, 24–25; Kiymet ym. 2018, 7.)

3.10 K-vitamiini

1800-luvulla on havaittu, että vastasyntyneillä on lisääntynyt riski verenvuodoille ensimmäisten elinviikkojensa aikana ja 1940-luvulla huomattiin, että verenvuototaipeumus johtuu K-vitamiinin puutteesta. Tämän vuoksi K-vitamiinia alettiin pistämään rutiininomaisesti 1950-luvulta alkaen kaikille vastasyntyneille pistoksena lihakseen pian syntymän jälkeen, jonka ansiosta verenvuototautien määrä väheni merkittävästi. (Järvenpää 2002.)

Vastasyntynyt tarvitsee K-vitamiinia hyytymistekijöiden muodostukseen. K-vitamiini onkin tärkeää, sillä istukka läpäisee K-vitamiinia huonosti, minkä vuoksi vastasyntyneiden veressä olevan K-vitamiinin määrä on huomattavasti pienempi myöhempään lapsuuteen verrattuna. Suurentunut riski verenvuodoille muun muassa aivoissa ja sisäelimissä voi kestää kolme kuukautta lapsen syntymästä. Kehitysmaissa verenvuototauti onkin suurin vastasyntyneiden kuolleisuuden aiheuttaja, kun K-vitamiinia ei käytetä rutiinisti vastasyntyneiden hoidossa. (Waseem 2006, 1199.) K-vitamiinipistoksen antaminen kaikille vastasyntyneille on WHO:n mukaan suositeltava toimenpide ehkäisemään sisäisiä verenvuotoja (WHO 2018a, 164).

K-vitamiinin voi antaa lihakseen pistämisen sijaan myös suun kautta, mutta annostuksen tulee olla suurempi ja sitä tulee antaa myös sairaalasta kotiuduttua (Van Winckel, De Bruyne, Van De Velde & Van Biervliet 2009, 127). Suun kautta annettava K-vitamiini ei imeydy ja vaikuta lapsen elimistössä yhtä tehokkaasti, kuin lihakseen pistettävä K-vitamiini, jonka vuoksi suun kautta annettava K-vitamiini tulee uusia useamman kerran suojan saavuttamiseksi (Marchili ym. 2018). Suomessa normaalipainoisille vastasyntyneille lihakseen pistettävän K-vitamiinin määrä on 1 mg, joka hitaasti vapautuu lapsen elimistön käyttöön. Suun kautta annosteltuna K-vitamiinin määrä on 2 mg x3. Viimeisen annoksen voi jättää antamatta, mikäli lapsi syö äidinmaidonkorviketta. (Konakion Novum... 2018.) Suun kautta oikein annosteltu K-vitamiini suojaa lasta lähes yhtä hyvin kuin lihakseen pistetty K-vitamiini, vaikkakin suun kautta annosteltu K-vitamiini on vaihtoehtona työläämpi (Ranta & Petäjä 2015).

Vastasyntynyt saa äidin rintamaidosta K-vitamiinia, mutta pitoisuudet ovat hyvin pienet. Rintamaidosta saatavan K-vitamiinin pitoisuus on yksilöstä ja tämän ruokavaliosta vaihdellen keskimäärin 1-2 µg/l, kun vastasyntyneen tarve K-vitamiinille on 1 µg painokiloa kohden päivässä (Greer 1999, 96). Korvikemaidosta saatava K-vitamiinin määrä on vähintään 4 µg/100kcal kohti, sillä siihen lisätään Suomessa K-vitamiinia, (Kauppa- ja teollisuusministeriö, 1994).

3.11 Muut interventiot

Aikaisemmissa luvuissa kerrotaan niistä synnytyksen aikaisista interventioista, joihin tässä opinnäytetyössä ja siihen liittyvässä kyselyssä keskitytään. Synnytyksen aikana on myös muita interventioita, joita tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan käsitellä. Aiemmin kerrotut interventiot valikoituivat tähän opinnäytetyöhön mielenkiinnon sekä interventioiden lääketieteellisesti tutkitun tiedon perusteella. Tässä opinnäytetyössä keskitytään vain säännöllisiin alatiesynnytyksiin, sillä usein epäsäännöllisissä synnytyksissä interventioiden määrä lisääntyy tai tiedossa voi alusta asti olla, että jotain interventiota joudutaan käyttämään synnytyksen aikana. Tämän vuoksi tässä opinnäytetyössä ei käsitellä monikko- tai perätilasynnytyksiä, imukuppi- tai pihtisynnytyksiä tai sektiosynnytyksiä.

Synnytyksen aikana muita kuin tässä opinnäytetyössä käsiteltäviä interventioita tai synnyttäjän itsemääräämisoikeuden rajoittavia tekijöitä on monia. Itsemääräämisoikeutta rajoittavia tekijöitä ovat esimerkiksi synnyttäjän liikkumisen tai synnytysasennon valitsemisen rajoittaminen. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen luetaan myös syömisen ja juomisen rajoittaminen. Muihin interventioihin voidaan lukea rutiininomainen suonyhteys, synnyttäjän kanylointi, verinäytteen otto synnyttäjältä, rutiininomainen peräruiske, erilaiset kivunlievitysmenetelmät tai synnyttäjän katetrointi. Rutiinisti annettava peräruiske on maailmalla vielä laajasti käytössä, koska tyhjä suoli antaa sikiölle paremmin tilaa laskeutua synnytyskanavassa. Peräruiske rutiininomaisesti on nähty tarpeettomaksi, mutta synnyttäjän toiveesta se voidaan antaa.

Sairaalassa rutiinitoimenpiteisiin voidaan lukea lämmön seuranta, verenpaineen ja pulssin tarkkailu. Nämä ovat toimenpiteitä, joita kättilö ei voi sivuuttaa, sillä ne

kuuluvat synnytyksen etenemisen seuraamiseen. Myös näiden mittausten merkitys synnytyksen kulkuun tulee selittää sekä synnyttäjälle että tukihenkilölle. (WHO 1996, 8–9.)

4 HYVÄ SYNNYTYSKOKEMUS

4.1 Synnytyskokemus

Hyvän ja ammattitaitoisen kliinisen hoidon rinnalla pidetään tärkeänä kunnioittavaa hoitoa ja viestintää sekä hyvää emotionaalista tukea ja läsnäoloa synnytyksen aikana. WHO:n listaamassa hyvän synnytyksen hoidon ohjeistuksissa mainitaan muun muassa toimiva kommunikointi henkilökunnan kanssa, synnytyksen asianmukainen seuranta ja dokumentointi, tarkkailu ja palaute, mutta myös kunnioittava kohtelu sekä synnyttäjän henkinen tukeminen. (WHO 2018a, 8.)

WHO nostaakin vuoden 2018 suosituksessaan esille positiivisen synnytyskokemuksen, jolla on myönteisiä vaikutuksia muun muassa synnyttäjän ja vastasyntyneen väliseen suhteeseen, synnyttäjän itsetuntoon sekä käsitykseen vanhemmuudesta (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 109; WHO 2018a, 8–9). Synnytys on hyvin mullistava ja merkittävä tapahtuma naisen elämässä. Synnytyksessä koettu turvattomuuden tunne tai ylikävelemisen kokemus voivat vaikuttaa pitkälle koko perheen yhteiseen tulevaisuuteen, naisen henkiseen hyvinvointiin sekä seksuaalisuuteen ja naiseuteen. (WHO 2018a, 8–9.)

Synnyttäjän kokemukseen synnytyksestä ei kuitenkaan vaikuta vahvimmin se, miten synnytti, toteutuiko synnyttäjän toiveet ja ajatukset tai minkälaisiin kivunlievitysmenetelmiin synnyttäjä päätyi. Suurimpana vaikuttajana synnytyskokemukseen on katsottu vaikuttavan synnyttäjän kohtelu, kuunteleminen ja se, miten synnyttäjä on saanut olla mukana tekemässä häneen kohdistuvia päätöksiä. (Simkin 1991, 205–206.)

Kielteisen synnytyskokemuksen muodostumiseen voivat vaikuttaa kommunikointivaikeudet hoitohenkilökunnan kanssa, odottamattomat tapahtumat synnytyksessä sekä hallinnan puute (Turtiainen 2014, 3). Tämän takia onkin tärkeää, että synnyttäjän toiveita kuunnellaan ja huomioidaan sekä synnyttäjää ja tämän voimavaroja tuetaan. Läsnäolon merkitys on myös tärkeää ja synnyttäjän sekä perheen tulee tuntea olonsa turvalliseksi, lempeäksi ja yksilölliseksi synnytyksen aikana. (Raussi-Lehto 2017b, 219–220.)

4.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Seksuaali- ja lisääntymisterveys ovat osa jokaista ihmistä, läpi heidän elämänsä. Näin ollen se on myös tärkeä osa kansanterveyttä (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 10). Kätilötyön ammatillisen osaamisen kuvauksessa kätilö on seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntija ja kätilötyön perusta on yksilön, naisen ja perheen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä (Pienimaa 2014).

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee seksuaaliterveyden olevan seksuaalisuuteen liittyvä hyvinvoinnin tila, johon kuuluu fyysinen, emotionaalinen, psyykinen ja sosiaalinen puoli. Seksuaaliterveys vaatii positiivista ja kunnioittavaa lähestymistapaa seksuaalisuuteen ja sukupuolisuhteisiin sekä mahdollisuuden saada miellyttäviä ja turvallisia seksuaalisia kokemuksia ilman pakkoa, syrjintää ja väkivaltaa. Seksuaaliterveyden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi kaikkien ihmisten seksuaalisia oikeuksia on kunnioitettava, suojeltava ja toteutettava. (WHO 2002, 5–6.)

Lisääntymisterveys on WHO:n (2002) määritelmän mukaan täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei pelkästään taudin tai heikkouden puuttumista. Lisääntymisterveys tarkoittaa, että ihmisillä on mahdollisuus tyydyttävään ja turvalliseen seksielämään. Lisäksi ihmisillä tulee olla vapaus päättää, kuinka usein ja milloin seksuaalinen kanssakäyminen tapahtuu, riippumatta heidän iästään, elämäntilanteestaan tai mistään muusta tekijästä. Lisääntymisterveys on myös sitä, että ihmisillä on oikeus turvallisiin ja itse valittuihin ehkäisy menetelmiin. Ihmisillä tulee olla myös pääsy palveluihin, jotka takaavat turvallisen raskauden ja synnytyksen, ne mahdollistavat parhaat mahdolliset keinot saada terve vastasyntynyt. (WHO 2002, 4.)

Synnytys itsessään on suuri, voimakas ja intiimi osa naisen seksuaalielämää. Kätilön tehtävänä onkin olla synnyttäjän tukena synnytyksen aikana sekä antaa synnyttäjälle mahdollisuus päättää synnytystään koskevista asioista ja varmistaa, että hallinnan tunne synnyttäjällä säilyy koko synnytyksen ajan. Ponnistusvaiheessa synnyttäjä saa valita ponnistusasennon ja kätilön tehtävänä on ehkäistä

välilihan repeämiä hoitosuosituksia noudattaen. Myös tarpeetonta välilihan leikkausta tulee välttää, jotta synnyttäjän genitaalien alue säilyisi mahdollisimman luonnollisena. (Pietiläinen 2017, 59.)

Synnytyksen jälkeen kätilön tehtävänä on tukea synnyttäjää ihokontaktiin ja imeytukseen vastasyntyneen kanssa ja näin tukea lapsen sekä äidin välistä varhaista vuorovaikutussuhdetta. Synnytyksen jälkeen kätilö tukee naisen seksuaalisuutta sekä antaa tarvittaessa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista, sillä synnytyksen jälkeen seksuaalielämä voi muuttua vahvastikin. (Väestöliitto n.d.; Pietiläinen 2017, 59–60.)

4.3 Itsemääräämisoikeus synnytyksessä

Synnyttäjällä on oikeus osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin ja hoidon toteutukseen. Päätöksenteon pohjalla synnyttäjällä tulee olla tarvittava tieto, joka on luotettavaa ja tarpeeksi ymmärrettävää, jotta potilas voi osallistua päätöksentekoon. Kätilön tehtävänä on tukea potilasta päätöksenteossa ja varmistaa, että synnyttäjällä on tarvittava tieto päätökseen liittyvissä asioissa. (Laatua kätilötyöhön- kätilötyön laadulliset ja eettiset periaatteet 1999; WHO 2017, 5.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista momentista 5, "potilaan tiedonsaantioikeus" käy ilmi, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista §5 1992). Mikäli potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista §6 1992).

Synnytyksen aikana kätilön tulee seurata synnytyksen etenemistä sekä kiinnittää huomiota mahdollisiin vaaratilanteisiin. Joskus itsemääräämisoikeuden toteuttaminen ja synnytyksen turvallinen eteneminen voivat olla ristiriidassa keskenään. Turvallisuuden takaamiseksi synnytyksen aikana voidaan joutua tekemään inter-

ventioita tai tarkkailemaan sikiön vointia tarkemmin, mikä voi olla synnyttäjän toiveiden vastaista. (Äimälä 2017a, 402.) Siksi onkin tärkeää keskustella avoimesti synnyttäjän kanssa, antaa riittävän informatiivista tietoa ja perustella tutkimusten tai toimenpiteiden merkitys synnytyksen turvallisen etenemisen kannalta synnyttäjälle ja perheelle. Usein avoin keskustelu ja riittävän tiedon saaminen vaikuttavat myös näissä tilanteissa synnyttäjän kokemuksiin synnytyksestä sekä kokemuksesta tulleen hyvin hoidetuksi synnytyksen aikana. (Äimälä 2017a, 402; WHO 2017, 5.)

5 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ymmärtää synnyttäjien syitä kieltäytyä synnytyksen aikaisista interventioista. Tavoitteena on myös kuulla päätökseen johtaneiden syiden taustoista ja niihin vaikuttavista tekijöistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta siitä, millaisten syiden vuoksi naiset ovat kieltäytyneet synnytyksen aikaisista interventioista.

Tutkimuskysymykset:

1. Miksi synnyttäjä kieltäytyy synnytyksen aikaisista interventioista?
2. Mistä synnytyksen aikaisista toimenpiteistä synnyttäjät kieltäytyvät?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSI

6.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyön tavoitteena on ymmärtää synnyttäjien syitä kieltäytyä synnytyksen aikaisista interventioista. Tavoitteena on myös kuulla päätökseen johtaneiden syiden taustoista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Tarkoituksena on perehtyä synnyttäjien omiin kokemuksiin ja heidän perusteluihinsa. Tarkoituksena ei ollut löytää tai saada yleistettyä tietoa aiheesta. Yksilökohtaisia ajatuksia ja kokemuksia ei yleensä pyritäkään yleistämään, koska tutkimus kertoo tilanteesta tutkimushetkellä ja valitussa tutkimusjoukossa.

Tutkimuksen metodologisessa lähestymistavassa mukailtiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on olla kiinnostunut tutkittavan kohteen laadusta, ei niinkään määristä. (Tuomivaara 2005, 39) Kvalitatiivinen tutkimus tutkimusmetodina palvelee parhaiten, kun tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään ja tulkitsemaan tutkittavaa asiaa (William & Trochim 2006). Usein kvalitatiivista tutkimusmenetelmää on käytetty tutkimuksissa, joista ei joko ole aikaisempaa tutkimusmateriaalia tai aiempi tutkimustieto ja -materiaali on vähäistä (Elo & Kyngäs 2008, 107). Kvalitatiivinen tutkimus tarvitsee tutkimuskohteen ja sen osallistujien lisäksi rinnalleen vahvan teoreettisen osuuden, joka toimii tutkimuksen viitekehystenä. Viitekehyksessä kuvataan tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä asioita. Jotta tutkimuskokonaisuus voidaan hahmottaa, tarvitaan myös teoretietoja metodeista, eettisyydestä ja luotettavuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 23–24.)

Kvalitatiivinen tutkimus on aina omanlaisensa versio tutkittavasta ilmiöstä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 1). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkittavaa ryhmää heidän omista lähtökohdistaan ja näkökulmistaan. Tällöin tutkimuksen lähtökohtana on se, mitä ihmiset omasta näkökulmastaan ymmärtävät ja pyrkimyksenä on selittää tai tulkita ihmisten “taustalla” olevia syvempiä sosiaalisia ja kulttuurisia yhteyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 33–34.) Kvalitatiivinen tutkimus on hypoteesiton, eli tutkijalla ei pitäisi olla lukkoon lyötyjä ennako-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimuksen tuloksista (Eskola & Suoranta 1998).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on päästä lähelle tutkimuksen kohdetta, kuten ihmisten tapaa kokea asioita tai ihmisten niille antamia merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 33). Nämä ovat asioita, joista ei pystytä tekemään yleistettävää tutkimustulosta tai mitattavaa tulosta, koska vastaukset ovat enemmänkin tunneperäisiä ja tutkittavien mielipiteitä sekä näkökulmia (William & Trochim 2006). Tutkimuksen taustalla pidetään kuitenkin vahva ja vankka teoriapohja tutkittavasta asiasta, sillä muuten tutkijalle voi muodostua aiheesta asenteisiin ja luuloihin perustuva näkemys (Tuomivaara 2005, 30).

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu työhön hyvin myös siksi, että aiheesta ei ole paljon aikaisempaa tutkimusmateriaalia. Valinta tutkimusmenetelmästä oli helppo ja luonteva, koska tutkimuksessa ei ole aineistoa, jota voisi vertailla tai laskennallisesti päästä lopputulemaan vaan tarkoituksena on päästä lähelle ihmisten tapaa kokea asioita ja pyrkiä ymmärtämään ja tulkitsemaan tutkittavaa ilmiötä.

Tutkimusaineistoa kuvailtiin myös määrällisesti, vaikka tutkimusotteiden yhdistämisestä ei aina olla yksimielisiä (Eskola & Suoranta 1998). Määrällinen aineiston kuvaus antaa kuitenkin lisäinformaatiota tutkimuskohteesta, joten lähestymistavat ovat tässä tutkimuksessa toisiaan täydentäviä (Johnson & Christensen 2004, 49). Aineiston määrällisessä tarkastelussa oli tarkoitus selvittää vastausten yleisyyttä kohdejoukossa.

6.2 Kohderyhmän valinta ja kuvaus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään keskittymään pieneen määrään tapauksia ja analysoimaan aineistoa mahdollisimman perusteellisesti (Eskola & Suoranta 1998). Osallistujiksi kvalitatiiviseen tutkimukseen valikoituvat ne henkilöt, joiden oletetaan tietävät eniten tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Pope & Mays 1995, 43; Munhall 2001, 83).

Tutkimuskohderyhmäksi valikoitui synnyttäneet naiset, joiden synnytys on ollut spontaani, säännöllinen, yhden lapsen alatiesynnytys raskausviikoilla 37+0–41+6, jossa sikiön pää on ollut tarjoutuvana osana, ja he ovat kieltäytyneet

jostain synnytyksen aikaisesta toimenpiteestä tai tutkimuksesta ja synnyttäneet viimeisen viiden vuoden sisällä.

6.3 Aineistonkeruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmät aineistokeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely ja havainnointi sekä erilaisista dokumenteista koottu tieto. Kun halutaan tietää, miksi ihminen ajattelee tai toimii tietyllä tavalla, on järkevintä kysyä asiaa häneltä itseltään. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 83–84.)

Aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui sähköinen kyselylomake. Aineistonkeruumenetelmää pohdittiin tutkimuskysymyksen perusteella ja päädyttiin anonyymiin kyselylomakkeeseen. Puolistrukturoitu haastattelu aineistonkeruumenetelmänä olisi voinut tuoda syvällisempiä vastauksia, mutta kaventaa vastaajien määrää huomattavasti. Lisäksi intiimin aiheen tutkiminen haastattelumenetelmällä olisi voinut kaventaa aineistoa. Haastattelu suljettiin pois vaihtoehdoista, koska ajateltiin, että vastauksia saadaan monipuolisemmin ja runsaammin kyselylomakkeella. Kyseessä on herkkä ja henkilökohtainen aihe, joten anonyymisti vastaaminen voi madaltaa kynnyistä kyselyyn osallistumiselle.

Vastauksia tarkastellessa aineistosta karsiutuivat pois ne, jotka eivät vastanneet valittua kohderyhmää. Kaksi vastaajista oli synnyttänyt yli viisi vuotta sitten, joten nämä rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Lisäksi tutkimuksen ulkopuolelle rajautuivat neljä vastausta, joissa synnytys oli ollut epäsäännöllinen tai vastaaja ei osannut sanoa oliko synnytys ollut säännöllinen vai epäsäännöllinen. Kolme vastaajista ei ollut kieltäytynyt synnytysten aikaisista toimenpiteistä tai tutkimuksista ja yksi vastaajista ei tiennyt oliko kieltäytynyt ollenkaan, joten nämäkin rajautuivat tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimukseen hyväksyttiin mukaan loppujen lopuksi 50 vastausta.

6.4 Toteutus ja tutkimusprosessi

Tutkimusmenetelmäksi opinnäytetyöhön valikoitui kysely, joka koostui pääasiassa suljetuista kysymyksistä. Tämän lisäksi lomakkeessa oli avoimia kysymyksiä, joilla annettiin vastaajalle mahdollisuuden tarkentaa oman vastauksensa sisältöä. Pyrkimyksenä oli, että vastausvaihtoehdot olivat riittävän laajoja, jotta vastausten sisältö ei kaventuisi liian paljoa. Kyselyyn vastaaminen tapahtui täysin anonymisti. Kyselyyn pääsi Facebook -sivustolla jaetun internet linkin kautta, joka ei vaatinut vastaajalta tunnistautumista.

Kysely julkaistiin (liite 1) Facebook-ryhmässä ”Aktiivinen synnytys”, ryhmän nimen julkaisuun on ylläpidolta lupa. Ryhmä on valtakunnallisen Aktiivinen synnytys ry:n ylläpitämä ryhmä, jonka tavoitteena on muun muassa synnyttäjä- ja perhelähtöisen synnytyskulttuurin vahvistaminen sekä synnytystiedon jakaminen. Ryhmän jäsenet eivät välttämättä ole yhdistyksen jäseniä. Ryhmässä käsitellään muun muassa synnytykseen ja raskauteen liittyviä asioita. Ryhmä on suljettu, ja se on suunnattu odottaville ja synnyttäneille naisille sekä heidän perheilleen, mutta myös hoitoalan ammattilaisille. Kyselyn julkaisuun ryhmässä saatiin lupa ryhmän ylläpidolta. Ryhmän kuvauksen perusteella arvioitiin, että ryhmän kautta tavoitettiin oikeanlainen kohderyhmä vastaamaan kyselyyn. Vastaajamäärä oli tutkimuksessa maltillinen.

Kyselylomakkeen (liite 2) muodostamisessa käytettiin apuna tutkimuksen teoreettista osuutta. Kyselylomake annettiin arvioitavaksi ennen sen julkaisua ohjaavalle opettajalle ja siihen tehtiin muokkauksia opettajalta saadun palautteen perusteella. Vastaajille pyrittiin antamaan erilaisia vastausvaihtoehtoja, jotta aineiston analysointi olisi selkeämpää. Kyselylomakkeessa oli myös kohta, jossa annettiin vapaus kertoa interventioista kieltäytymisen syistä ja kokemuksista avointen vastausten muodossa. Kysymykset pyrittiin muotoilemaan siten, että vastaajilta ei oleteta mitään tiettyä vastausta. Avoimien kysymysten myötä pyrittiin vielä pienentämään olettamuksen vaikutelmaa, sillä tutkimukseen haluttiin rehellisiä mielipiteitä, kokemuksia ja syitä kieltäytymisistä. Kyselylomake julkaistiin Facebookissa aktiivinen synnytys -ryhmässä, jotta kohderyhmä vastaisi aihetta mahdollisimman hyvin.

6.5 Aineiston analyysi

Aineiston analyysissä hyödynnettiin temaattista analyysia, joka yksinkertaisimmillaan kuvaa ja järjestää aineistoa. Temaattinen analyysi sopi analyysimenetelmänä aineistoon, koska tutkimusaineisto sisältää kokemuksia, joiden ymmärtämisessä oleellista on kokemuksen konteksti. (Braun & Clarke 2006, 6.) Analyysin lähtökohtana ja viitekehystenä pidettiin aineistoa eli vastaukset analysoitiin induktiivisen temaattisen analyysin mukaisesti, joka koostuu erilaisista vaiheista (Braun & Clarke 2006, 5; Tuomi & Sarajärvi 2018, 144).

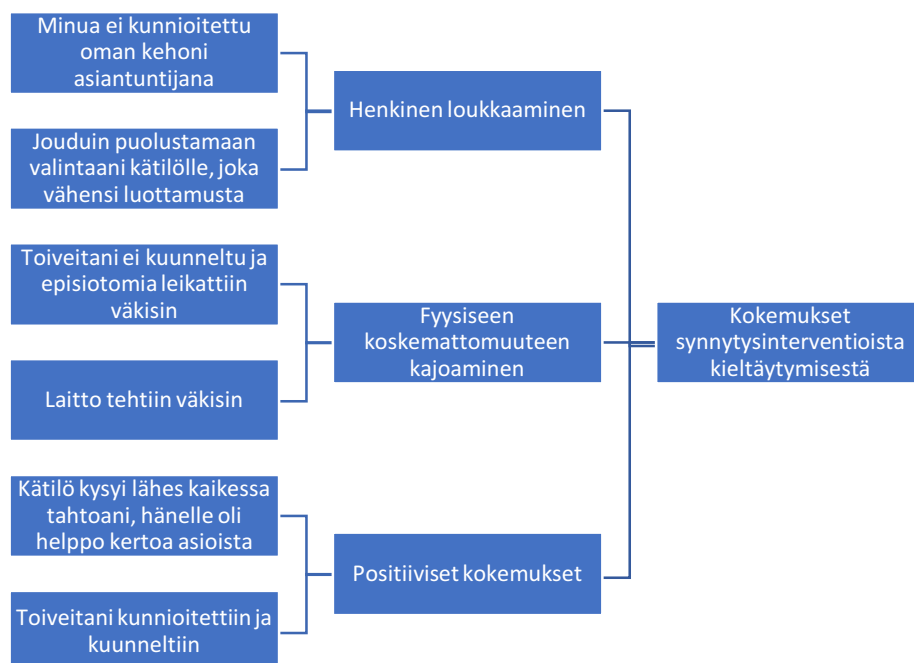
Temaattisessa analyysissä aineistosta tunnistetaan perus- tai johtoajatukset, joiden ympärille lähdetään kokoamaan temaattisen kartan avulla teemaan liittyvää kokonaisuutta. Teemoja lähtee rakentumaan joko ilmisisältöjen tai piilomerkityksien kautta ja eteneminen tapahtuu alateemojen, teemojen ja pääteemojen avulla, jotka tiivistävät ilmaisua ja muodostuvat sisällöltään johdonmukaisiksi teemoiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 142.)

Teemoittelussa kyse on aina tutkijan aktiivisuudesta aineistoa kohtaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 143). On tärkeää rakentaa teemat niin, ettei yhteys aineistoon ja sen merkityksiin katoa. Vaikka teemoittelussa kaivataankin aktiivisuutta aineistoa kohtaan, teemojen tulee nousta esille aineistosta, kun kyseessä on induktiivinen temaattinen analyysi. (Braun & Clarke 2006, 7.) Apuna teemoittelussa voidaan käyttää käsite- tai teemakarttaa sekä taulukoita (Tuomi & Sarajärvi 2018, 143).

Temaattinen analyysi käynnistyy siitä, että tehdään päätös, koodataanko eli etsitäänkö aineistosta ilmisisältöjä vai piilomerkityksiä. Eli etsitäänkö aineistosta selkeää viestiä, jonka vastaaja on selkeästi välittänyt vai keskitytäänkö etsimään niin sanotusti rivien välistä luettavaa viestiä. Koodataan eli merkitään tutkimuksen kannalta merkityksellisiä seikkoja. (Braun & Clarke 2006, 8, 11.) Tarvittaessa voidaan pelkistää ilmaisuja analyysin helpottamiseksi, kuitenkin niin, että aineiston merkitys ei muutu (Tuomi & Sarajärvi 2018, 142). Seuraavaksi järjestellään aineistoa teemoittain ja haetaan seikkoja, jotka yhdistävät monia näkökulmia samasta ilmiöstä toisiinsa. Teemojen tulee rakentua niin, että aineisto sopii teemoi-

hin, eikä yhteys aineistoon ja sen merkityksiin katoa. Lopulliseen teemaan edetään ala- ja yläteemojen kautta. (Braun & Clarke 2006, 10–11; Tuomi & Sarajärvi 2018, 142.)

Aineiston analyysin aloitettiin siten, että tehtiin päätös keskittyä vastausten ilmisältöihin, jotta kokemus ja sen konteksti pysyisi mahdollisimman muuttumattomana. Vastauksista merkittiin eli koodattiin ilmisältöjä. Ilmisällöiksi merkittiin vastauksista ja aineistosta selkeästi esille nousevia seikkoja, jotka vastasivat työn tutkimuskysymykseen parhaiten. Avoimia vastauksia pelkistettiin eli vastaukset tuotiin yksinkertaisempaan muotoon analyysin helpottamiseksi. Seuraavaksi ilmisältöjä järjesteltiin alateemoiksi. Aineistosta haettiin sisältöjä ja ilmaisuja, joissa näkökulmat olivat yhteneväisiä, mutta ne kuvasivat samaa ilmiötä. Alateemojen kautta edettiin tiivistämään ilmaisua yläteemoiksi. Aineistosta tunnistettiin useampia teemoja, joita tarkasteltiin temaattisen kartan avulla. Tässä työssä on esitetty teemojen rakentuminen myös taulukkomuodossa (liite 3), joka on lukijaystävällisempi tapa ilmaista teemojen rakentuminen. (Tuomi & Saarijärvi 2019, 142–143.) Temaattisen kartan kautta tiivistettiin ilmaisuja vielä entisestään pääteemojen kautta ja lopulta määriteltiin ja nimettiin teemat (kuvio 2).



KUVIO 2. Esimerkki teemoittelusta

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kysely herätti paljon mielenkiintoa ja riittävä määrä vastauksia saatiin kerättyä nopeasti. Opinnäytetyön rajallisten resurssien ja aikataulun vuoksi päätettiin etukäteen, että tutkimukseen hyväksytään maksimissaan kuusikymmentä vastausta. Tavoitteena oli saada otannaksi 40 vastaajaa, mutta vähintään kaksikymmentä vastausta. Vastauksia kertyi nopeasti yhteensä 61.

Lopulliseen tutkimusaineistoon valikoitui 50 vastausta. Vastaajat olivat synnyttäneen viimeisen viiden vuoden aikana säännöllisesti alatiesynnytyksellä. Vastaajista ensisynnyttäjiä oli 34% (n=17) ja uudelleensynnyttäjiä 66% (n=33). Ikä vastaajien keskuudessa sijoittui 24- ja 41-vuotiaiden välille. Vastaajista yhden lapsen oli synnyttänyt 16% (n=8), kaksi lasta 42% (n=21), kolme lasta 28% (n=14), neljä lasta 6% (n=3) ja viisi tai enemmän lasta 8% (n=4).

7.2 Synnyttäjien syitä kieltäytymiseen

Suurin osa kyselyyn vastanneista kertoi kieltäytyneensä synnytyksen aikaisesta interventtiosta, koska koki omalla kohdallaan haitan suuremmaksi kuin hyödyn. Osa vastaajista kertoi kieltäytyneensä interventtiosta, sillä ei kokenut sitä tarpeelliseksi omalla kohdallaan. Moni vastanneista oli puntaroinut erilaisia vaihtoehtoja omalla kohdallaan ja perehtynyt ennalta tarkasti muun muassa synnytyksen luonnolliseen fysiologiseen kulkuun. Vastaajien syitä kieltäytyä synnytyksen aikaisesta interventtiosta on kuvattu alla kuviossa (kuvio 3).

En kokenut tarpeelliseksi antaa oksitosiinia heti vauvan synnyttyä, kun fyysistä perustetta sille ei ollut. Toivoin, että kehoni saisi itse tehdä työn ilman ylimääräisiä aineita (jos fyysisesti siihen mahdollisuus).



KUVIO 3. Syitä synnytyksinterventioista kieltäytymisen taustalla

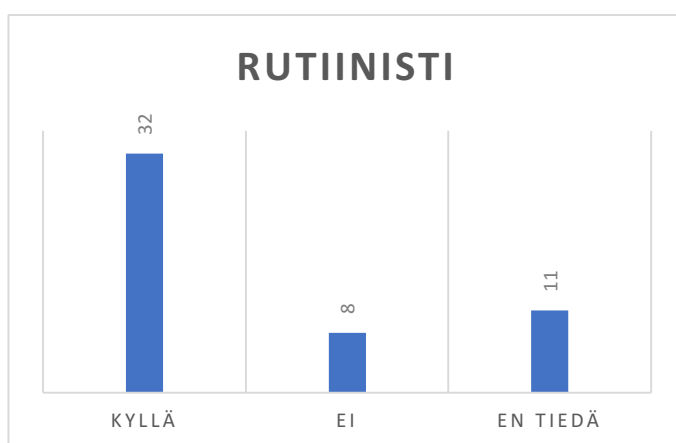
Valtaosa kieltäytymisistä perustui siihen, että vastaaja halusi antaa synnytykselle tai jälkeisvaiheelle sen tarvitseman ajan, eikä halunnut jouduttaa synnytyksen luonnollista kulkua tai puuttua synnytyksen luonnolliseen kulkuun, jos sitä ei nähdä tarpeelliseksi. Vastaajat kuvasivat myös, että halusivat antaa omalle keholleen mahdollisuuden liikkua sekä tehdä työtä luonnollisesti ja lääkkeettömästi.

En nähnyt mitään tarvetta oksitosiinitipalle tai yleensäkkään puuttumiselle synnytyksen normaaliin kulkuun. Vauvalla eikä minulla ollut mitään hätää eikä sen vuoksi kiirettä nopeuttaa synnytyksen kulkua. onneksi en suostunut lääkärin useasta painostuksesta huolimatta, koska synnytys eteni loppuun asti normaalisti ilman lääkkeitä.

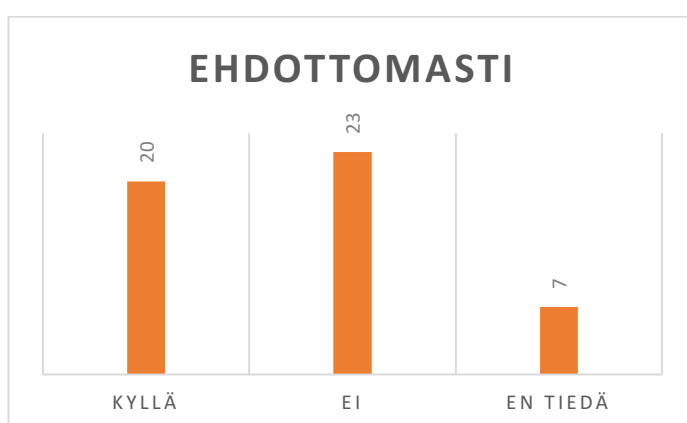
Ennalta hankittu tai edelliseen kokemukseen perustuva tieto ohjasi vastausten perusteella interventioista kieltäytymiseen. Osa vastaajista kertoi, että oli kuullut tai aktiivisesti itse etsinyt ja löytänyt jotain sellaista tietoa toimenpiteestä, jonka perusteella päätyi itse kieltäytymään oman synnytyksensä kohdalla toimenpiteestä. 12% (n=6) vastaajista kertoi interventioista kieltäytymisen liittyneen edellisessä synnytyksessä koettuun traumaan.

Vastauksista nousi selkeästi esiin koettu rutiininomaisuus ja rutiinitoimenpiteet synnytyksissä. Jopa 64% (n=32) kyselyyn vastanneista oli kieltäytynyt jostain interventioista nimenomaan rutiininomaisena toimenpiteenä, mutta suurin osa näin

vastanneista olisi kuitenkin hyväksynyt toimenpiteen lääketieteellisesti perustellussa tilanteessa. Rutiininomaisesta toimenpiteestä kieltäytymistä ja ehdottomasti toimenpiteestä kieltäytymistä on vertailtu alla olevissa kuviossa (kuvio 4; kuvio 5). Vastauksista ilmeni, että uudelleensynnyttäjät olivat aikaisemmissa synnytyksissään kokeneet jälkeisvaiheen oksitosiinin aiheuttavan voimakkaampia jälkisupistuksia, jonka vuoksi kieltäytyivät rutiinisti annettavasta oksitosiinipistoksestä. Osa vastanneista kertoi, että olisi voinut suostua niin sanotusti rutiinitoimenpiteeseenkin, jos kätilö olisi perustellut toimenpidettä paremmin tai selkeämmin. Vastajat miettivät vastauksissaan myös sitä, onko riittävä peruste tehdä toimenpidettä kysymättä, vain sen takia, että se on synnytysairaalan käytäntö.



KUVIO 4. Rutiininomaisesta toimenpiteestä kieltäytyneet vastaajat



KUVIO 5. Toimenpiteestä ehdottomasti kieltäytyneet vastaajat

Lähestulkoon puolet tutkimukseen vastanneista koki, että interventio tai toimenpide olisi vaikuttanut negatiivisesti synnytyskuplaan eli tilaan, jossa synnyttäjä

kokee olevansa yhteydessä syntymättömän lapsen sekä oman kehonsa kanssa. Interventioiden koettiin myös rajoittavan synnytyksen aikana liikkumista.

7.3 Synnytyksen aikaisista interventioista kieltäytyminen

Tässä opinnäytetyössä keskitytään seuraaviin invasiivisiin interventioihin: GBS-profylaksiaan, jälkeisvaiheen oksitosiinipistokseen, oksitosiini -infuusion käyttöön synnytyksen edistämiseksi ja sikiökalvojen puhkaisuun synnytyksen edistämiseksi, sisätutkimukseen, kohdunsisäiseen paineenmittaukseen ja episiotomiaan. Lisäksi työssä on keskitytty myös sikiöön liittyviin interventioihin, joita ovat scalp -elektrodin asentaminen, sikiön mikroverinäytteenotto ja sikiön K-vitamiinin antaminen. Non-invasiivisista interventioista työssä käsitellään ohjattua ponnistamista ja jatkuvaa sikiön syke-seuranta ulkoisten mittausantureiden avulla.

Suurin osa tähän työhön valituista interventioista oli invasiivisia toimenpiteitä. Non-invasiivisista toimenpiteistä kuten sikiön jatkuvasta kardiokografia rekisteröinnistä kieltäytyi 18% (n=9) kyselyyn vastannutta ja ohjatusta ponnistamisesta kieltäytyi 24% (n=12) vastaajista.

Toimenpide, josta kieltäydyttiin eniten, oli synnytyksen jälkeen annettava oksitosiinipistos, josta jopa 72% (n=36) oli kieltäytynyt. Kaikista vähiten vastaajat kieltäytyivät sikiön mikroverinäytteen ottamisesta, josta oli kieltäytynyt vain kaksi tutkimukseen vastanneista (4%).

Vastauksista oli huomattavissa myös selkeä ero sikiötä ja synnyttäjiä koskevissa interventioissa. Eniten kieltäydyttiin synnyttäjiä koskevista interventioista, kuten synnytyksen jälkeisestä oksitosiinista 72% (n=36) ja välilihan leikkauksesta 36% (n=18). Kolmanneksi eniten vastaajat olivat kieltäytyneet sikiökalvojen puhkaisuista 30% (n=15) ja synnytyksen edistämiseen käytetystä suonensisäisestä oksitosiinista 30% (n=15). Sikiötä koskevissa interventioissa kieltäytymisiä oli vähiten. Mikroverinäytteestä kieltäytyneitä vain 4% (n=2) ja sikiön K-vitamiinipistoksesta 12% (n=6). Toimenpiteitä, joista vastaajat kieltäytyivät synnytyksen aikana, on kuvattu alla kuviossa (kuvio 6).



KUVIO 6. Interventiot, joista kieltäydyttiin synnytyksen aikana

7.4 Synnyttäjien kokemuksia

Vastauksista kokemuksiin synnytyksen aikaisista interventioista oli löydettävissä kolme selkeää teemaa. Yksi teemoista oli synnyttäjän henkinen loukkaaminen, jossa kätilön käytös interventiosta kieltäytymiseen koettiin vähättelevänä, uhkaavana ja röyhkeänä.

Koin, että minua ei kunnioitettu oman kehoni asiantuntijana. Kätilö oli aivan ihmeissään, kun synnytys etenikin vastoin hänen oletuksiinsa luonnonmukaisesti ja hänelle tuli jo kiire "ottaa koppi" kun ponnistusvaihe sitten alkoikin.

Koin toisen kätilön toiminnan sillä hetkellä tungettelevana ja röyhkeänä, koska hänellä oli jo piikki kädessä, kun ilmoitti iskevänsä sen reiteeni.

Kieltäytymisistä aiheutuneet kätilön reaktiot koettiin stressaavina ja luottamusta heikentävänä tekijänä, joilla oli vaikutusta myös naisten synnytyskokemuksen muodostumiseen ja synnytyksen aikaisen synnytyskuplan hajoamiseen. Osa vastaajista koki, ettei heidän päätöksiään kunnioitettu ja turhaa energiaa kului kätilön kanssa väittelyyn ja omien päätösten perusteluun. Vastaajat kertoivat, että

olisivat kaivanneet kättilöltä parempaa informaatiota ja perusteluja interventioihin liittyen.

Taisteleminen, puolustautuminen, väittely lisää adrenaliinia ja rikkoo kuplaa, lisää kipuja ja tuhoaa kaiken turvallisuudentunteen.

– – mutta se että jouduin puolustamaan valintaani, aiheutti stressiä ja vähensi luottamusta kättilöön.

Toinen teema oli fyysiseen koskemattomuuteen kajoaminen, joissa vastaajat kuvailivat invasiivisten toimenpiteiden tekemistä väkisin ja kysymättä lupaa. Vastaajat kokivat väkisin tehtyjen toimenpiteiden lupaa kysymättä ahdistavana ja henkisiä ja fyysisiä traumoja jättäneenä kokemuksena. Vastauksista ilmeni, että osalle synnytyksen jälkeinen oksitosiini pistos oli laitettu lupaa kysymättä, minkä vuoksi vastaajat kokivat, ettei heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitettu. Vastauksista kävi ilmi, ettei kättilö perustellut toimenpiteitä tarpeeksi, jonka vuoksi tehty toimenpide aiheutti traumoja. Vastaajat kertoivat, että jos interventiosta olisi kerrottu ja siitä olisi keskusteltu etukäteen, voisi toimenpiteen jättämä trauma olla pienempi.

Olin kirjoittanut synnytystoiveilistaani, että oksitosiinia ei tarvitse pistää, mutta synnytys eteni niin hurjaa vauhtia, etten koko kirjettä ehtinyt antaa henkilökunnalle. Kun sitä oltiin pistämässä, kysyin mitä teet ja siinä samalla hän jo ehti tuikkaamaan sen oikeaan reiteeni, mitään sanomatta. – – Siis se selittämättä jättäminen (mitä aikoo tehdä) vaikutti huonontavasti synnytyskokemukseen, oisin voinut jopa antaa pistää, mutta ahdistavaa oli se, et se tehtiin kertomatta/kysymättä.

En ehtinyt edes hengitystäni tasaamaan, kun yksi paikalle tulleista hoitajista lähestyi minua piikin kanssa. Kieltäydyin, mutta hämmästykseni hän vain tokaisi, että laitetaan tämä nyt vain, kun on jo valmiina ja samantien pisti oksitosiinipistoksen.

Yhtenä teemana toisaalta havaittiin kieltäytymisestä jäänyt positiivinen kokemus, jolloin vastaajat kokivat oman kieltäytymisensä ja kättilön siihen suhtautumisen

positiivisena ja asiantuntijuutta omaan kehoon kasvattavana tekijänä. Vastauksista ilmeni, että synnyttäjät halusivat luottaa omaan kehoonsa ja antaa synnytyksen edetä luonnollista tahtia.

Olin esittänyt etukäteen toiveen mahdollisimman luonnonomukaisesta synnytyksestä. Toivoin, että minuun ja kehooni luotetaan ja annetaan synnytyksen edetä ilman turhaa puuttumista. Toiveitani kunnioitettiin ja tietyt toimenpiteet esitettiin vaihtoehtona, ei pakollisena.

Kätilön luottaminen synnyttäjään sekä synnytyksen luonnolliseen etenemiseen koettiin itseluottamusta vahvistavana tekijänä. Vastaajat kokivat oman mielipiteensä pitämisen ja siihen luottamisen positiivisena tekijänä synnytyksen aikana. Kätilön myönteinen suhtautuminen ja perehtyminen vastaajan synnytystoiveisiin sekä avoin keskustelu koettiin vahvistavan luottamusta synnyttäjän ja kätilön välillä. Interventioiden esittäminen vaihtoehtona, muttei pakollisena toimenpiteenä koettiin positiivisesti vaikuttaneena tekijänä. Kätilön reaktiot kieltäytymiseen koettiin kunnioittavana ja hyväksyväenä.

Kieltäydyin episiotomiasta, jota suositeltiin vahvasti edellisessä synnytyksessä tulleen 4. asteen repeämän takia, perehdyttyäni kansainväliseen tutkimustietoon aiheesta. Sain vain pienen repeämän (2 tikkiä), mitä kätilökin kiitteli jälkikäteen, vaikka ponnistusvaiheen aikana olisikin kuulemma tehnyt episiotomian ellen olisi sitä erikseen kieltänyt.

Kysymyslomakkeessa kysyttiin myös sitä, vaikuttiko jostain interventiosta kieltäytymisen synnytyskokemukseen. Suurin osa 56% (n=28) vastasi kieltäytymisen vaikuttaneen positiivisesti omaan synnytyskokemukseen, yksi viidesosa 22% (n=11) kieltäytymisen vaikuttaneen synnytyskokemukseen negatiivisesti. Kudessa vastaajassa kieltäytymisellä ei ollut vaikutusta synnytyskokemukseen ja kahdeksan vastaajista ei osannut sanoa, oliko kieltäytymisellä ollut vaikutusta.

Vastaajien näkemykset kätilöiden perusteluista interventioille jakaantuivat melko tasaisesti. Vastaajista 52% (n=26) koki, että kätilö oli perustellut intervention tarkoituksen ja merkityksen hyvin, kun taas 42% (n=21) vastaajista koki, ettei ollut

saanut perusteluja. Vastaajista 6% (n=3) ei osannut sanoa, oliko saanut riittävät perustelut interventioon.

7.5 Yhteenveto tuloksista

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta synnyttäjän ja kätilön välisen avoimen ja rehellisen kommunikaation olevan yhteydessä synnyttäjien kokemaan kohteluun synnytyksen aikana sekä vaikuttavan positiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen. Rutiininomaisista toimenpiteistä pidättäytyminen, synnyttäjän toiveiden kuuntelu ja kunnioitus sekä synnytyksen fysiologiseen kuluun luottaminen ja uskomisen vahvistavat synnytyksen aikana turvallisuuden ja positiivisuuden tunteita.

Toiveiden kuuntelun rinnalle tärkeänä tekijänä nousi kätilön riittävän tiedollisen tuen antaminen toimenpiteisiin tai tutkimuksiin liittyen. Tiedottamatta jättäminen ennen interventiota koettiin itsemääräämisoikeutta loukkaavana ja negatiivisena tekijänä synnytyksen aikana. Moni vastaajista kertoi, ettei kätilö arvostanut synnyttäjää hänen oman kehonsa asiantuntijana. Osa vastaajista koki myös, että synnytystä olisi haluttu kiirehtiä ilman riittäviä perusteluita.

Kätilön kohtaamisella koettiin olevan suuri merkitys synnytyksen aikaisiin tunteisiin ja kokemuksiin, joilla voi olla vaikutuksia koko kokemukseen synnytyksestä. Synnyttäjän tarve perustella omia toiveitaan henkilökunnalle sekä henkilökunnan negatiivinen ja syyllistävä kohtaminen koettiin ahdistavana ja omia voimavaroja kuluttavana sekä negatiivisesti synnytyskokemukseen vaikuttavana tekijänä.

Synnytysinterventioiden kieltäytymisen taustalla on toive fysiologisesti luonnollisen synnytyksen etenemisestä ja rutiininomaisten interventioiden välttämisestä. Synnyttäjät haluavat luottaa omaan kehoonsa ja sen toimintaan synnytyksen aikana. Synnytysinterventioista kieltäytymiseen vaikutti myös synnyttäjien kokemus interventioiden tuottamasta suuremmasta haitasta kuin hyödystä. Osalla synnyttäjistä kieltäytymiseen oli vaikuttanut aikaisemman synnytyksen jättämät traumat.

Kyselylomakkeessa kysyttiin myös vastaajien lasten lukumääriä tarkoituksena pohtia, onko tietyillä interventioilla yhteyttä lasten lukumääriin nähden. Nähdäänkö siis selkeää yhteyttä useamman synnytyskokemuksen ja jonkun intervention välillä. Tässä ei kuitenkaan aineiston perusteella havaittu eroja, vaan interventiot jakaantuivat tasaisesti vastaajien välillä, eikä mikään interventioista nousut esille.

Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää, nouseeko aineistosta ilmi jotain tiettyjä interventioita, joista ensi- tai uudelleensynnyttäjät kieltäytyvät toisiaan enemmän ja onko ensi- tai uudelleensynnyttäjäisyys merkittävä tekijä synnytyksen aikaisista interventioista kieltäytyessä. Vastaukset olivat kuitenkin jakautuneet tasaisesti ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä. Suurimmat erot havaittiin jälkeisvaiheen oksitosiini pistoksessa. Vastaajista, jotka olivat kieltäytyneet synnytyksen jälkeisestä oksitosiini pistoksesta, kaksi kolmasosaa oli uudelleensynnyttäjiä. Syyt selvisivät myös avointen kysymysten vastauksista, joissa muun muassa kivuliaat jälkisupistukset koettiin entistä pahempina oksitosiini pistoksen kanssa, joka oli-kin syynä pistoksesta kieltäytymiseen.

Tutkimuksen vastauksien vertailua ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä on toisaalta tässä vastaajien määrässä mahdotonta yleistää otannan ollessa maltillinen kvalitatiiviseen tutkimukseen sopien. Tarvittaisiin määrällinen tutkimus ja suurempi otanta, mikäli haluttaisiin ainoastaan vertailla, onko eri interventioiden välillä eroa ensi- tai uudelleensynnyttäjillä.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä perehdyttiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ”Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely” ohjeistukseen, jonka mukaan tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavana ja vastauksia uskottavana, kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön (HTK) ohjeiden perusteella (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkija itse on vastuussa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150). Tässä tutkimustyössä on noudatettu Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene Ry:n (2019) eettisiä suosituksia ja TENK:in ohjeistuksia eettisesti hyväksyttävästä ja luotettavasta tutkimustyöstä. Arene Ry:n (2019) ohjeissa on kuvattu suositukset eettisestä ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesta opinnäytetyöstä ja sen prosessista. Hyvän tieteellisen käytännön ohjeiden mukaan tutkimuksessa sekä tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimuksen tulosten arvioinnissa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, jotta tutkimus on hyvän tieteellisen käytännön mukaista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Arene Ry 2019, 8–9.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tulosten tallentamisessa ja säilyttämisessä on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta. Opinnäytetyö on suunniteltu, toteutettu sekä raportoitu Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeistusta noudattaen. (Tampereen ammattikorkeakoulu n.d.; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös muiden tutkijoiden työn ja saavutuksien kunnioittaminen asianmukaisella tavalla niin, että tutkija antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen myös omassa tutkimuksessaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8–9). Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen opinnäytetyön lähdeluettelo ja tekstiviittaukset on tehty ja tarkistettu huolellisesti ja kaikkien lähteiden alkuperäisyys on varmistettu. Aikaisempiin tutkimustuloksiin ja materiaaleihin on viitattu asianmukaisesti.

Tutkimustulosten käsittelyssä tulee ottaa huomioon luottamuksellisuus ja tutkittavien anonymiteetti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tutkimuksen tuloksista ei voi tunnistaa yksittäisiä vastaajia, koska vastaajat pääsivät kyselyyn linkin kautta, eikä tunnistautumista vaadittu. Vastaajien anonymiteetti säilyi koko tutkimusprosessin ajan. Tuloksia on käytetty vain tämän opinnäytetyön tekemiseen. Vastaukset on käsitelty asianmukaisesti ja luottamuksellisesti, eikä vastauksia ole luovutettu ulkopuolisille. Vastaukset ja kerätty materiaali hävitettiin tulosten analysoinnin jälkeen. Tutkimukseen osallistujia informoitiin tutkimuksesta saatekirjeen muodossa. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja osallistujille kerrottiin, että vastauksia tullaan käyttämään ainoastaan tutkimuksen aineistona ja niitä säilytetään ja käsitellään asianmukaisella tavalla. Vastaajille kerrottiin jo Facebookin -julkaisussa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että kyselyyn vastaamalla antaa tutkijoille luvan käyttää vastauksia opinnäytetyön aineistona. Osallistujille informoitiin opinnäytetyön tarkoitus selkeästi.

Yksittäisessä tutkimustyössä on tärkeää arvioida myös tehdyn työn luotettavuutta, koska tutkimusta tehdessä pyritään välttämään virheitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158.) Isossa kuvassa nähdään, että metodikirjallisuudessa tutkimusmenetelmää arvioidaan usein validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Eli tutkija on tutkinut tutkimuksessaan sitä, mitä on luvannut ja tutkimustulokset ovat toistettavissa. Validiteetin ja reliabiliteetin käyttöä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan kritisoitu, koska niiden käyttö vastaa pääasiallisesti kvantitatiivisen tutkimuksen tarpeita. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat mukautuneet ja tarkentuneet sekä saaneet uusia tulkintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160–161.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit pohjautuvat Guban ja Lincolnin (1985, 290) määrittelemiin arviointikriteereihin. Suomenkielisessä menetelmäkirjallisuudessa kvalitatiivisen tutkimuksen arviointikriteerit ovat muovautuneet uskottavuuden, vahvistettavuuden, riippuvuuden ja siirrettävyyden arviointiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 162–163).

Kyselylomakkeeseen päätyneitä kysymyksiä mietittiin tarkkaan, jotta kysymysten vastaukset vastaisivat parhaalla mahdollisella tavalla tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykset itsestään olivat muokkautuneet jo ennen kyselyn aloittamista, eikä tutkimuskysymyksiä ollut tarpeen muuttaa, koska kerätty aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin.

Kerättyä aineistoa on käyty tarkasti läpi ja analysoitu huolellisesti temaattisen analyysin menetelmin. Opinnäytetyön raporttiin on liitetty (liite 3) havainnollistava kuvaus teemoittelusta, jotta voidaan osoittaa mitä kautta tutkijat ovat päässeet tai päätyneet tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Tämä lisää työn uskottavuutta. Opinnäytetyössä on tuotu esille suoria lainauksia aineistosta tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 162, 182–183.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija on keskeisessä asemassa ja omalla aktiivisuudellaan aineistoansa kohtaan löytää tutkimuksesta myös omia tulkintojansa ja ymmärtää niiden vaikutukset tutkimusprosessiin ja aineistoon (Tuomi & Sarajärvi 2018, 142). Kuitenkin tutkijan täytyy pyrkiä pitäytymään puolueettomana. Havaintojen luotettavuus ja puolueettomuus on varmistettu opinnäytetyössä siten, että tutkija on pyrkinyt ymmärtämään ja kuuntelemaan vastauksia niin, ettei tieto suodatu ja muutu. Vastausten tarkastelussa on pidetty huolta siitä, ettei vastauksen sanoma muutu. Erityistä huolellisuutta on noudatettu vastausten pelkistämävaiheessa siihen, ettei tieto suodatu. Tuomen ja Sarajärven (2018, 160) mukaan tämä ei kuitenkaan ole täysin ongelmaton, vaan tutkijan omat kokemukset, sukupuoli tai ikä voi vaikuttaa siihen, miten hän aineistoa tulkitsee tai havainnoi.

Lähteinä on käytetty mahdollisimman uusia tieteellisiä ja kansainvälisiä lähteitä, jolloin vältetään mahdollisesti jo vanhentuneen ja virheellisen tiedon käyttäminen. Tiedonhaussa on pyritty rajaamaan pois yli kymmenen vuotta vanhat lähteet. Opinnäytetyössä on käytetty myös yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, mutta lähteiden luotettavuus on varmistettu, eikä lähteistä löytynyt tieto ole vanhentunut vuosien saatossa. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2018, 183) vanhempia lähteitä voidaan käyttää, jos ne ovat alan klassikoita ja myös uudemmat tutkijat ovat näihin nojautuneet. Lähteiden hakuprosessissa on käytetty erilaisia asiasanoja ha-

kusanoina ja myös sanojen synonyymeja, jotta lähteitä löydetään mahdollisimman monipuolisesti. Lähteet ovat vertailukelpoisia ja ne on haettu luotettavista tietokannoista. Tiedonhaku toteutettiin muun muassa Cinahl Complete (EBSCO) ja PubMed-tietokantoja käyttäen.

Kyselylinkki jaettiin Facebook -ryhmään, joka on suunnattu odottaville ja synnyttäneille naisille sekä heidän perheilleen, mutta myös hoitoalan ammattilaisille. Valittu aineiston keräämistapa on voinut vaikuttaa tuloksiin, koska kysely jaettiin nimenomaan Facebookissa linkkinä, eikä näin ollen tavoita potentiaalisia vastajia, jotka eivät tätä sosiaalisen median alustaa käytä tai kuulu kyseiseen ryhmään. Lisäksi ryhmä on suljettu, joten isommalle yleisölle linkkiä ei voinut ryhmästä jakaa. Tämä omalta osin auttoi tutkijoita tavoittamaan haluamaansa kohderyhmää, mutta saattoi myös rajata sitä. Ryhmässä on noin 10 000 jäsentä, joten kyselyn ajateltiin tavoittavan riittävän suuri yleisö.

8.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada lisää tietoa naisten kieltäytymisistä synnytyksen aikaisista interventioista ja kieltäytymisen syistä. Tutkimus tuotti määrällistä tutkimustietoa kieltäytymisen yleisyydestä sekä syistä. Lisäksi avoimien vastausten kautta saatiin kokemukseräistä tietoa synnytyksen aikaisista interventioista kieltäytymisestä.

WHO:n 2018 julkaiseman suosituksen mukaan synnyttäjien positiiviseen synnytyskokemukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja varmistaa synnytyksen aikana emotionaalinen tuki ja avoin viestintä synnyttäjän ja kättilön välillä. Kättilön työskentelyllä ja kohtaamisella on suuri merkitys synnyttäjän synnytyskokemuksen muodostumisessa ja turvallisuuden tunteen sekä luottamussuhteen luomisessa synnyttäjän ja kättilön välillä. (WHO, 2018a, 8–24.) Opinnäytetyön tulosten analysoinnissa kävi selkeästi ilmi synnyttäjien hyvin erilaiset kokemukset synnytysinterventioista, niistä kieltäytymisestä sekä niihin johtaneista syistä. Avoimella keskustelulla ja synnyttäjän oman kehon toimintaan luottamisella oli positiivisia

vaikutuksia synnytysinterventioiden yhteydessä. Negatiivisten kokemusten taustalta löytyi syitä synnyttäjän ja kätilön välisen huonosta kommunikoinnista ja synnytysinterventioiden toteuttamisesta synnyttäjän lupaa kysymättä.

Opinnäytetyön aineistosta käy ilmi, että lähes kaikki kyselyyn vastanneista olivat kieltäytyneet sellaisesta synnytysinterventiosta, jolla on suurempi vaikutus synnyttäjään, kuin sikiöön tai vain välillinen vaikutus sikiöön. Suoraan sikiöön tai sikiön voinnin tarkkailemiseen vaikuttavista interventioista, kuten sikiön mikroverinäytteen otosta oli kyselyyn vastanneista kieltäytynyt vain kaksi. Vastaajista valtaosa oli kieltäytynyt jälkeisvaiheen oksitosiinista, ja osa näistä vastaajista tarkoitti vielä kieltäytyneensä rutiininomaisesta jälkeisvaiheen oksitosiinista.

Vastauksista selvisi, että synnytyksen luonnolliseen kulkuun ei haluttu puuttuvan liian aikaisin, vaan toivottiin synnytyksen luonnollista etenemistä ja haluttiin antaa omalle keholle aikaa, ennen kuin puututaan synnytyksen etenemiseen. Vastaajat halusivat luottaa synnytyksen fysiologiseen etenemiseen. Selkeästi eniten vastaajat olivat kieltäytyneet interventioista, joiden vaikutus suurempi synnyttäjälle kuin sikiölle esimerkiksi episiotomian leikkaaminen.

Vastaajien kokemukset synnytysinterventiosta kieltäytymisen vaikutuksesta synnytyskokemukseen jakaantuivat myös merkittävästi. Osa vastaajista kuvasi, että kieltäytymisellä synnytyksen aikaisesta interventiosta oli positiiviset vaikutukset synnytyskokemukseen. Kätilön reagointi oli ollut positiivista ja kannustavaa. Kätilöiden hyväksyvä ja positiivinen reagointi kasvatti synnyttäjän omaa itsetuottamusta sekä samalla myötävaikuttii positiivisen ja hyvän synnytyskokemuksen muodostumiseen. Näiden vastaajien vastauksista kävi myös ilmi, että kätilön kanssa toiveista ja ajatuksista oli keskusteltu avoimesti. Kätilön kanssa oli esimerkiksi tehty joku toimintasuunnitelma sen varalta, jos synnytyksen aikana tulee tilanne, että synnyttäjän toivetta ei pystytä noudattamaan turvallisuussyistä.

Toisaalta taas osa vastaajista koki kätilön suhtautumisen tuomitsevana ja stressaavana tekijänä, joka söi luottamusta, energiaa ja jaksamista synnytyksen aikana ja vaikutti osaltaan negatiivisesti synnytyskokemuksen muodostumiseen. Osa vastaajista kertoi, että kätilön tai lääkärin suhtautuminen oli jopa epäasiallista, hyökkäävää tai alentavaa.

8.3 Opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyön aihe valittiin, koska haluttiin selvittää synnyttäjien syitä ja kokemuksia synnytysinterventioista kieltäytymisestä. Aiheen valintaan vaikutti myös aiheen ajankohtaisuus, vähäinen aikaisempi tutkimustieto sekä kirjoittajien työelämästä lähtöisin oleva ammatillinen mielenkiinto aihetta kohtaan. Aihe herättää tutkijoissa ammatillista mielenkiintoa kättilökoulutukseen liittyvien orientoivien harjoitteluiden ja niissä usean synnytyksen hoitoon osallistumisen vuoksi (Tampereen Ammattikorkeakoulu n.d.). Aiheen ajankohtaisuutta kuvaa esimerkiksi se, että Suomessa ja maailmalla on noussut viime vuosina paljon keskustelua synnyttäjien oikeuksista synnytyksen aikana. Tutkimalla aihetta voidaan lisätä kättilöiden tietoisuutta ja sitä kautta jopa parantaa käytössä olevia toimintatapoja ja asenteita. Opinnäytetyön kyselyn tuloksia voidaan hyödyntää lisäämällä kättilöiden tietoisuutta synnyttäjien erilaisista syistä kieltäytyä synnytysinterventioista. Tuloksien avulla voidaan myös korostaa synnytysinterventioiden käytön merkitystä synnyttäjän kokemukseen synnytyksestä sekä kättilön yksilöllisen kohtaamisen vaikutuksista synnytyskokemukseen ja sen muodostumiseen. Normaalista, matalan riskin synnytystä hoidettaessa turhia ja rutiininomaisia interventioita tulee välttää, mutta nykyään normaalia synnytystä hoidetaan yhä enemmän samoin käytäntein kuin korkean riskin synnytystä. Tämä johtuu siitä, että vasta synnytyksen jälkeen voidaan todeta synnytyksen säännöllisyys tai epäsäännöllisyys, mikä on lisännyt useita turhia interventioita synnytysten hoidossa. Tällä voi olla negatiivisia vaikutuksia siihen, onko kättilöillä edelleen luottamus normaalisti etenevään synnytykseen ja naisen kehon kykyyn synnyttää (Raussi-Lehto 2017b, 217–218.) Myös tämän vuoksi kättilön on tärkeää muistaa normaalin synnytyksen hoito-ohjeet ja synnytysinterventioiden oikea tarve ja arviointi jokaisen synnytyksen kohdalla.

Opinnäytetyön avulla voidaan lisätä kättilöiden tietoisuutta normaalisti etenevän synnytyksen hyödyistä ja sitä kautta mahdollisesti vähentää turhien synnytysinterventioiden käyttöä.

Synnytysinterventioista kieltäytymiseen liittyvä tutkimus koettiin tärkeänä, koska tutkittua tietoa synnyttäjien kokemuksista löytyy varsin vähän. WHO:n (1996) mu-

kaan synnytysyksiköissä muodostuu tietynlaisia hoitorutiineja etenkin, kun samassa yksikössä hoidetaan sekä korkean että matalan riskin synnytyksiä. Tällaisessa tilanteessa voi helposti lisääntyä matalan riskin synnytysten ylihoitaminen. (WHO 1996, 3, 10.) Normaalin, matalan riskin ja säännöllisen synnytyksen määrittely tuotti haasteita termien päällekkäisyyden vuoksi. Opinnäytetyön yhtenä heikkoutena on se, että tuloksista ei ole nähtävillä oliko vastaajan synnytys korkea- vai matalariskinen. Kyselylomakkeessa ja kohderyhmän valinnassa on keskitytty normaaliin säännöllisesti edenneeseen alatiesynnytykseen.

Tässä opinnäytetyössä on paneuduttu normaali synnytyksen määritelmään, kriteereihin, yleisimpiin hoitokäytänteisiin sekä synnytyksen aikaisiin interventioihin. Tietoa on haettua synnytyksen hoidosta ja raskaudesta, joissa ei ilmene riskitekijöitä. Tietoa on kerätty synnytyksen aikaisista interventioista ja niiden vaikutuksista sekä sikiöön että synnyttäjään. Operatiiviset ja epäsäännölliset synnytykset kuten imukuppisynnytys on jätetty työn ulkopuolelle, koska niihin liittyy suurempi interventioiden riski.

Tutkimusraportti on kuvattu selkeästi ja niin, että lukija saa käsityksen tapahtumista. Tyyllillisesti opinnäytetyö on pyritty säilyttämään yhteneväisenä, mutta kahden kirjoittajan yhteisessä työssä tyylieroja voidaan havaita. Tutkimuksen teoreettinen osuus on selkeästi ilmaistu, informatiivinen, looginen ja reflektiivinen aineistoon nähden. Tuomen ja Sarajärven (2018, 147) mukaan kvalitatiivinen tutkimus on joustavampi kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen verrattuna, mutta siitä huolimatta kvalitatiivisenkin tutkimuksen on noudatettava analyyttistä tarkkuutta ja teoreettisen osuuden tulee olla yhteneväinen. Teoreettista viitekehystä on täydennetty aineiston keräämisen jälkeen, koska aineiston perusteella siinä nähtiin puutteita. Työn teoreettisessa osuudessa olisi voinut käsitellä enemmän synnyttäjien tunnekokemuksia ja niiden merkityksiä interventioihin, sillä tutkimustuloksissa tunnekokemusten rooli osoittautui merkittäväksi.

Aineiston analyysimenetelmänä olisi voitu käyttää myös sisällönanalyysia. Aineistoa ei kuitenkaan haluttu pilkkoa pieniin osiin, vaan sen avulla haluttiin kuvata isompia kokonaisuuksia ja laajempia kertomuksia. Tästä syystä aineiston analyysimenetelmäksi sopi paremmin temaattinen- kuin sisällönanalyysi. Aineiston analyysivaiheessa olisi voinut hyödyntää enemmän tarjolla ollutta ohjausta.

WHO:n (2017) mukaan synnyttäjän ja perheen kunnioittava kuunteleminen ja sensitiivinen kohtaaminen kasvattavat synnyttäjän luottamusta kättilöön, mutta myös kättilön kunnioittava läsnäolo kasvattaa myös synnyttäjän omaa itseluottamusta. Synnyttäjällä on oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa koskeviin päätöksiin ja olla mukana tekemässä niitä. Kättilön tulee myös kunnioittaa naisen päätöstä kieltäytyä hoidosta tai toimenpiteistä. (WHO 2017, 5–6) Suomen kättilöliitto painottaa samoja teemoja myös vuonna 1999 julkaisemassaan ”Laatua kättilötyöhön – kättilötyön eettiset ja laadulliset periaatteet” -julkaisussaan, jossa kättilöliitto määrittelee kättilötyön keskeiset arvot ja periaatteet, joihin lukeutuu esimerkiksi itsemääräämisoikeus ja kokonaisvaltaisuus kättilötyössä (Suomen Kättilöliitto, 1999). Sekä WHO (1996, 18; 2017, 9) että Suomen kättilöliitto (1999) nostavat esiin, että jokaisella synnyttäjällä on oikeus saada korkealaatuista, turvallista hoitoa ja tulla kohdatuksi omassa synnytyksessään yksilönä. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli ymmärtää synnyttäjien syitä kieltäytyä synnytyksen aikaisista interventioista ja kuulla päätökseen johtaneiden syiden taustoista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta siitä, millaisten syiden vuoksi naiset ovat kieltäytyneet synnytyksen aikaisista interventioista. Tutkimuksesta nousee esille synnyttäjän kunnioittavan kohtelun vaikutus positiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen synnytyksessä. Tutkimuksessa nousee esille siis tärkeitä teemoja kättilötyön eettisten ja laadullisten perusteiden ja kättilötyötä ohjaavien arvojen kannalta.

Tämän opinnäytetyön toteuttaminen on tukenut ammatillista kasvua ja antanut valmiuksia ja rohkeutta puhua avoimesti synnytyksen aikaisista interventioista myös työelämässä. Interventioista keskustelu avoimesti ja tuomitsematta voi vaikuttaa suuresti synnyttäjän kokemukseen kättilöstä ja koko synnytyksestä ja myötävaikuttaa hyvän synnytyskokemuksen muodostumiseen. Myös synnytyksen jälkeinen synnytyskeskustelu synnytystä hoitaneen kättilön ja synnyttäjän välillä korostuu, kun pohditaan synnytyskokemuksen merkitystä naisen tulevaisuuteen, omaan vanhemmuuteen. On hyvä, että synnyttäjällä on mahdollisuus läpikäydä synnytystä kättilön kanssa heti synnytyksen jälkeen ja myöhemminkin, jos perheelle herää kysymyksiä synnytyksenkulusta tai synnytyksen aikaisista tapahtumista. On tietysti muistettava, että välillä synnytysinterventiot ovat perusteltuja ja

välttämättömiä, jonka vuoksi riittävän tiedon antaminen on tärkeää, jotta naisilla on valmius tehdä päätökset oman ja sikiön turvallisuuden takaamiseksi.

Opinnäytetyöprosessi on opettanut paljon sekä matalan riskin synnytyksistä että synnytysinterventioista ja niiden vaikutuksesta synnytyksen kulkuun ja esimerkiksi synnytyskokemukseen. Opinnäytetyön ansiosta on helpompi asettua interventioista kieltäytyvien naisten asemaan, ymmärtää heidän toiveitaan ja päätöksiään, sekä ennen kaikkea syitä, miksi interventioista halutaan kieltäytyä. Opinnäytetyön tekeminen on edistänyt kättilöksi kasvamista, tukenut ammatillista kehittymistä ja tuonut paljon sisältöä kättilöopintoihin. Lisäksi opinnäytetyön tekeminen on avannut ymmärrystä tutkimuksen tekemisestä sekä antanut valmiuksia tutkimustiedon hyödyntämiseen kättilötyössä.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Synnytyksen aikaisista interventioista on tehty Suomessa vasta vähän tutkimuksia, jonka vuoksi aiheetta tulisi tarkastella laajemmin.

Jatkotutkimuksena kohderyhmäksi voisi valita hoitohenkilökuntaa ja tutkia heidän ajatuksiaan ja kokemuksia aiheeseen liittyen. Synnyttäjän yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja toiveiden kuuntelu synnytyksen aikana sekä synnytysinterventioista kieltäytyminen ja niiden mahdolliset vaikutukset kättilön työskentelyyn antaisivat uutta tietoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksen sisältöä olisi hedelmällistä vertailla jo tehdyn tutkimuksen kanssa ja etsiä sekä eroavaisuuksia, että samankaltaisuuksia vastauksista.

Hyvän synnytyskokemuksen muodostuminen vaatii luottamusta ja avointa keskustelua synnyttäjän ja kättilön välillä. Uusia tutkimuksia tarvitaan selvittämään interventioista kieltäytymisen aiheuttamia laajempia vaikutuksia naisen elämässä esimerkiksi seksuaalisuuteen, synnytyksenjälkeisen minäkuvan muodostumiseen tai mahdollisten myöhempien raskauksien kulkuun.

Tutkimuksen kohderyhmän rajaaminen tai laajentaminen voisi tuottaa lisätietoa aiheesta vastauksiin. Esimerkiksi voitaisiin tarkastella, muuttuisivatko samojen

tutkimuskysymyksien vastaukset, jos kohderyhmä rajattaisiin alle vuoden sisään synnyttäneisiin naisiin. Toisaalta kohderyhmän laajentaminen koskemaan kaikkia tietyn ajanjakson aikana synnyttäneitä voisi laajentaa käsitystä interventioiden yleisyydestä. Lisäksi synnyttäjien kokemusten vertailu eri sairaaloiden hoitokäytännöistä voisi tuoda lisäarvoa kokemusten analysointiin ja niistä tehtäviin johtopäätöksiin.

LÄHTEET

Alanen, A. 2011. Bakteeri-infektiot raskauden aikana. Infektiosairaudet. Kustannus oy Duodecim. Luettu 15.01.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04491>

Arene Ry. 2019. Opinnäytetyön eettiset suositukset 1–25. Luettu 23.04.2020. <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Ayres-de-Campos, D., Y.Spong, C. & Chandrachan, E. 2015. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131, 13–24.

Bell, A., Erickson, E. & Carter, S. 2014. Beyond labor: The role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of midwifery & women's health* 59, 35-42.

Bernitz, S., Øian, P., Rolland, R., Sandvik, L. & Blix, E. 2014. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery* 30, 364–370.

Blanch, G., Lavender, T., Walkinshaw, S. & Alfirevic, Z. 1998. Dysfunctional labour: a randomised trial. *British journal of obstetrics gynaecology* 105, 117–120.
Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2), 77–101.

Bugg, GJ., Stanley, E., Baker, PN., Taggart, MJ. & Johnston, TA. 2006. Outcomes of labours augmented with oxytocin. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology* 124, 37–41.

Costley, PL. & East, CE. 2013. Oxytocin augmentation of labour on women with epidural analgesia fir reducing operative deliveries. *Cochrane database of systematic reviews* 7, 1–19.

Downe, S., Gyte, GML., Dahlen, HG., & Singata, M. 2013. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7, 1–37.

East, CE., Leader, LR., Sheehan, P., Henshall, NE. & Colditz, PB. 2010. Intrapartum fetal scalp lactate sampling for fetal assessment in the presence of a non-reassuring fetal heart rate trace. *Cochrane Database Systematic Reviews* 5, 1–39.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing* 62 (1), 107–115.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu 21.02.2020. <https://www.elibslibrary.com/fi/book/978-951-768-035-6>

FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2015. FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Guidelines. Luettu 01.05.2020. <https://www.figo.org/news/available-view-figo-intrapartum-fetal-monitoring-guidelines-0015088>

Filppu, R. 2017. Kätilöiden asenteet ja näkemykset matalan riskin synnytysten hoitamisesta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu –tutkielma 1–55.

Gottvall, K. & Waldenström, U. 2002. Does traumatic birth experience have an impact on future reproduction? International journal of obstetrics and gynecology 109, 254–260.

Greer, FR. 1999. Vitamin K status of lactating mothers and their infants. Acta paediatrica 430, 95–103.

Guban, E. & Lincoln, Y. 1985. Naturalistic Inquiry. United States of America: Sage Publications 290.

Johnson, B. & Christensen, L. 2004. Educational research. Quantitative, qualitative, and mixed approaches. 2. painos. Boston: Allyn and Bacon.

Järvenpää, A-L. & Tommiska, V. 2017. Vastasyntyneen hoito ja tarkkailu synnytyksen jälkeen. Teoksessa Paananen, U K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M (toim.) Kätilötyö. 6.-7. painos. Helsinki: Edita 304–323.

Järvenpää, A-L. 2002. Vastasyntyneen K-vitamiini. Suomen lastenlääkäriyhdistys ry. HUS Naistensairaala, Kätilöopiston sairaala. Luettu 09.02.2020. https://www.lastenlaakariyhdistys.fi/@Bin/180077/SLY_vastasyntyneen_K-vitamiini.pdf.

Kauppa- ja teollisuusministeriön päätös äidinmaidonkorvikkeesta ja vierotusvalmisteesta. 1994. Luettu 17.02.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940339>.

Kemppainen, T., Lotvonen, P., Pietikäinen, J., Holappa, E. ja Kauppila, K. 2017. OMARI Oulun matalan riskin synnyttäjät. Oulun yliopistollinen sairaala. Luettu 13.02.2020. <https://www.ppshep.fi/dokumentit/Kehitys%20ja%20tutkimus%20sisltyyppi/OMARI-hoitolinja%20matalanriskin%20synnyttäjille.pdf>

Keski-Nisula, L. 2000. Sikiön voinnin seuranta synnytyksen aikana. SOAT luentolyhennelmä. Finnannest 33 (5), 473–474.

Khajehei, M. 2017. Labour and beyond: The roles of synthetic and endogenous oxytocin in transition to motherhood. British journal of Midwifery 25 (4), 230–238.

Kiuru, S. & Gissler, M. 2019. Perinataalitalasto- synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. Päivitetty 19.12.2019. Luettu 02.02.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138998/Tr49_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Çalik KY., Karabulutlu, Ö. & Yavuz, C. 2018. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy & Childbirth* 18 (1), 1–10.

Kjærgaard, H., Olsen, J., Ottesen, B., Nyberg, P. & Dykes, A-K. 2008. Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: A multi-centre cohort study. *BMC Pregnancy and childbirth* 8 (45), 1–8.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta. – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Konakion Novum 10 mg/ml injektioneste, liuos. 2018. Pakkausseloste: tietoa käyttäjälle. Vaikuttava aine fetymenadioni. Valmistaja Cheplapharm. Luettu 12.02.2020. <http://spc.nam.fi/indox/nam/html/nam/humpil/5/10740845.pdf>

Kortesluoma, S. & Karlsson, H. 2011. Oksitosiini, kiintymyksen ja sosiaalisuuden neuroeptidi. *Duodecim lääketieteellinen aikakauskirja* 127 (9), 911–918. Luettu 17.01.2020. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99526.pdf>

Kukko, S-K. & Stenfors, P. 2017. Mitä kaikkea on normaali synnytys? Teoksessa Tuomi, J. & Äimälä A-M. (toim.) Viisaat valinnat – terveenä raskaaksi, hyvä synnytys. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Tutkimuksia 22, 113-117.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lyytikäinen, O., Nuorti, P., Halmesmäki, E., Carlson, P., Uotila, J., Vuento, R., Kurkinen, M., Sarkkinen, H., Ämmälä, M. & Järvenpää, A-L. 2006. Vastasyntyneiden GBS-taudin ehkäisy - asiantuntijaryhmän suositus. *Suomen lääkärilehti*. 61 (46), 4821–4824.

Marchili, MR., Santoro, E., Marchesi, A., Bianchi, S., Rotondi Aufiero, L. & Villani, A. 2018. Vitamin K deficiency: a case report and review of current guidelines. *Italian journal of pediatrics* 44 (1), 36.

Medforth, J., Ball, L., Walker, A., Battersby, S. & Stables, S. 2017. *Oxford Handbook of Midwifery*. 3. painos. New York: Oxford University Press.

Minä myös synnyttäjä. n.d. Luettu 11.04.2020. <https://minamyossynnyttajana.fi/tiedote-minamyossynnyttajana-puhuu-synnytysvakivallasta-sen-oikealla-nimella/>

Moberg, K. & Prime, D. 2013. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 9 (6), 201–205.

Munhall, P. 2001. *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. 3. painos. 83.

National Institution of Health and Care Excellence. 2014. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 2. versio. NICE clinical guideline 190, 15794 1–295.

Nystedt, A., Högberg, U. & Lundman, B. 2005. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. Blackwell publishing ltd, Journal of clinical nursing 14, 579–586.

Oscarsson, ME., Amer-Wåhlin, I., Rydhstroem, H. & Källen, K. 2006. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. Acta Obstetrica et Gynecologica 85, 1094–1098.

Pienimaa, A-K. 2014. Kätilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kätilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Metropolia. Luettu 14.04.2020. <https://docplayer.fi/5574863-Katilon-ammattillisen-osaamisen-kuvaus-katilokoulutuksesta-valmistuvien-osaamisalueet-tavoitteet-ja-keskeiset-sisallot.html>.

Pietiläinen, S. 2017. Kätilö seksuaaliterveyden asiantuntijana. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7.painos. Keuruu: Edita 41–60.

Pope, C. & Mays, N. 1995. Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. BMJ Clinical Research 311 (6996), 42–45.

Rahkonen, L. & Heinonen, S. 2019. Synnytyksen käynnistäminen. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 564–568.

Ranta, S. & Petäjä, J. 2015. Verenvuototaipumus pediatriassa. Teoksessa Porkka, K., Lassila, R., Remes, K. & Savolainen, E-R. (toim.) Veritaudit. Kustannus oy Duodecim. Luettu 09.03.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04599>

Raussi-Lehto, E. 2017a. Matalan riskin synnytyksen määritelmä. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7.painos. Keuruu: Edita 216.

Raussi-Lehto, E. 2017b. Syntymän aikainen kätilötyö. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Edita 217–220.

Raussi-Lehto, E. 2017c. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Edita 221–243.

Raussi-Lehto, E. 2017d. Syntymän hoidon suunnittelu. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Edita 244–247.

Raussi-Lehto, E. 2017e. Syntymän toteutus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7. painos. Keuruu: Edita 248–281.

Rood, K. 2012. Complications Associated with Insertion of Intrauterine Pressure Catheters: An Unusual Case of Uterine Hypertonia and Uterine Perforation Resulting Fetal Distress after Insertion of an Intrauterine Pressure Catheter. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* 2012, 1–3.

Russel, JA., Leng, G. & Douglas, AJ. 2002. *Frontiers in neuroendocrinology* 24, 27–61.

Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Gisler, M. & Heinonen, S. 2011. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *International federation of gynecology and obstetrics* 115, 26–30.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. *KvaliMOTV -Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 26.04.2020. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Saari-Kemppainen, A. 2016. Matalan riskin synnytykset Haikaramalli. HYKS. Luettu 11.02.2020. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS-NaiS/luennot/Documents/Alueellinen%20koulutus%209.11.2016.pdf>

Saarikoski, S. 1994. *Synnytysopin perustiedot*. 2. painos. Tampere: Lege kustannus Oy.

Sarvilinna, N., Isaksson, C., Kokljuschkn, H., Timonen, S. & Halmesmäki, E. 2016. Sikiön voinnin seuranta synnytyksen aikana. *Lääketeollinen aikakauskirja Duodecim* 132 (15), 1336–1344.

Selin, L., Almström, E., Wallin, G. & Berg, M. 2009. Use and abuse of oxytocin for augmentation of labour. *Acta obstetrician et gynecologica scandinavica*. 88 (12), 1352–1357.

Simkin, P. 1991. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth* 18 (4), 203–210.

Smyth RMD., Markham C. & Dowswell, T. 2013. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library* 6, 1–103.

Suomen Kätilöliitto. 1999. *Laatua kätilötyöhön - kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Tiedolla, taidolla ja tunteella – kätilötyön eettiset ohjeet*. Luettu 07.04.2020. https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf.

Svärdby, K., Nordström, L. & Sellström, E. 2007. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. *Journal of clinical nursing* 16 (1), 179–184.

Tampereen Ammattikorkeakoulu. n.d. Kätilön tutkinto-ohjelma. Opetussuunnitelmat. Luettu 13.03.2020. <https://opinto-opas-ops.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/49593>

Tampereen Yliopistollinen sairaala. n.d. Matalan riskin synnytys. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 21.02.2020. Luettu 30.02.2020. [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))

Tekay, A. 2019. Sikiön kapillaariveriarvojen määrittäminen. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 384–385.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. GBS-taudin esiintyvyys Suomessa. Luettu 03.04.2020. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/b-ryhman-streptokokki/gbs-taudin-esiintyvyys-suomessa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. n.d. B-ryhmän streptokokki. Päivitetty 29.11.2019. Luettu 12.12.2019. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/b-ryhman-streptokokki>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2012-2013. 1–48. Luettu 14.03.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125344/Tr30_14.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Tihtonen, K. & Uotila, J. 2019. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 569–578.

Tikkanen, M. & Tekay, A. 2019. Synnytyksen vaiheet. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 552–563.

Timonen, S. 2019. Kardiotokografia. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 379–384.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomivaara, T. 2005. Kvantitatiivinen ja Kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet 28–40.

Turtiainen, S. 2014. Kielteinen synnytyskokemus ja synnytyksen jälkeinen tuen saanti. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma 1–60.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki 4–34. Luettu 11.03.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uotila, J. & Tihtonen, K. 2019. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 579–587.

- Uotila, J. 2017a. Riskiraskauden ennakointi ja seuranta. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7.painos. Keuruu: Edita 352–359.
- Uotila, J. 2017b. Sikiön ahdinko synnytyksen aikana. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7.painos. Keuruu: Edita Oy 526–536.
- Uotila, J. 2017c. Jälkeisvaiheen häiriöt. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7.painos. Keuruu: Edita 557–564.
- Van Winckel, M., De Bruyne, R., Van De Velde, S. & Van Biervliet, S. 2009. Vitamin K, an update for the paediatrician. *European journal of pediatrics* 168, 127–134.
- Waseem, M. 2006. Vitamin K and hemorrhagic disease of newborns. *Southern medical journal* 99 (11), 1199.
- WHO World Health Organization. 1996. *Care in Normal Birth. A practical guide*: Geneva: Department of Reproductive Health & Research. Report of Technical Working Group. 1–53.
- WHO World Health Organization. 2002. *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health* 1–26.
- WHO World Health Organization. 2017. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. 1–129.
- WHO World Health Organization. 2018a. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* 1–195.
- WHO World Health Organization. 2018b. *WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage* 1–43.
- William, MK. & Trochim. 2006. *Qualitative Measures*. Teoksessa *The Research Methods Knowledge*. 2. painos.
- Väestöliitto. n.d. *Seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen*. Luettu 14.04.2020. https://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/toimivasta_seksuaalisuudesta2/raskauden_aikana_ja_synnytyksen/
- Äimälä, A-M. 2017a. Varautuminen korkean riskin synnytykseen. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7.painos. Keuruu: Edita 400–403.
- Äimälä, A-M. 2017b. Pitkittynyt synnytys ja häiriöt synnytyksen etenemisessä. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7.painos. Keuruu: Edita 537–538.

Äimälä, A-M. 2017c. Avautumisvaiheen häiriöt. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. Kätilötyö. 6.-7.painos. Keuruu: Edita 539–548.

LIITTEET

Liite 1. Julkaisu Facebook-ryhmässä

Olemme kättilöopiskelijat Sara Jaskari ja Tea Nevanpää Tampereen ammatti-korkeakoulusta.

Teemme opinnäytetyötä aiheesta "Synnyttäjien kokemuksia synnytyksen aikaisista toimenpiteistä kieltäytymisestä."

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää mistä syistä synnyttäjä on kieltäytynyt synnytyksen aikaisista tutkimuksista tai toimenpiteistä.

Tässä kyselyssä keskitymme synnyttäjiin, joiden synnytys on ollut spontaani, säännöllinen, yhden lapsen alatiesynnytys raskausviikoilla 37+0 – 41+6, jossa sikiö on ollut pää alaspäin ja he ovat kieltäytyneet jostain synnytyksen aikaisesta toimenpiteestä tai tutkimuksesta ja synnyttäneet viimeisen viiden vuoden sisällä. Tässä kyselyssä olemme keskittyneet tarkemmin vain osaan synnytyksen aikaisista toimenpiteistä ja tutkimuksista.

Kyselyyn vastaaminen vie noin 15-20min. Vastaaminen on vapaaehtoista ja anonyymia. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja vastaajien anonymiteettiä suojellen

Kyselyyn pääset alla olevasta linkistä:

XXX

Kiitos vaivannäöstä ja vastaamisesta,
Sara Jaskari & Tea Nevanpää

Kyselyn julkaisuun on saatu lupa ryhmän ylläpidolta.

Liite 2. Kyselylomake

1(3)

Synnyttäjien kokemuksia synnytyksen aikaisista toimenpiteistä tai tutkimuksista kieltäytymisestä

Olemme kättilöopiskelijat Sara Jaskari ja Tea Nevanpää Tampereen ammattikorkeakoulusta.

Teemme opinnäytetyötä aiheesta "Synnyttäjien kokemuksia synnytyksen aikaisista toimenpiteistä kieltäytymisestä."

Tässä kyselyssä keskitymme synnyttäjiin, joiden synnytys on ollut spontaani, säännöllinen, yhden lapsen alatiesynnytys raskausviikoilla 37+0 – 41+6, jossa sikiö on ollut pää alaspäin ja he ovat kieltäytyneet jostain synnytyksen aikaisesta toimenpiteestä tai tutkimuksesta ja synnyttäneet viimeisen viiden vuoden sisällä. Tässä kyselyssä olemme keskittyneet tarkemmin vain osaan synnytyksen aikaisista toimenpiteistä ja tutkimuksista. Voi olla, että olet kieltäytynyt synnytyksesi aikana jostain tutkimuksesta tai toimenpiteestä, jota ei tässä kyselyssä mainita. Vastauksesi on silti tärkeä.

Kyselyyn vastaaminen vie noin 15-20min. Vastaaminen on vapaaehtoista ja anonymia. Vastauksista ei voi päätellä henkilöllisyyttäsi. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusaineistoa käytetään vain tätä opinnäytetyötä varten ja tutkimuksen valmistuttua tutkimusaineisto hävitetään. Vastaamalla tähän kyselyyn hyväksyt, että vastauksia käytetään opinnäytetyön tutkimusmateriaalina. Ryhmän ylläpidolta on lupa julkaista kysely.

Opinnäytetyö valmistuu toukokuussa 2020. Sen jälkeen opinnäytetyö on luettavissa Theseus -julkaisuarkistosta.

Opinnäytetyön ohjaajana on Tampereen ammattikorkeakoulun kättilötyön lehtori Marika Mettälä. (marika.mettala@tuni.fi)

Oranssin kysymysmerkin takaa löydät lisätietoa kysymykseen liittyen ja me vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin:

tea.nevanpaa@tuni.fi / sara.jaskari@tuni.fi

Lämpimät kiitokset vaivannäöstäsi!

Taustatiedot

Ikä *

Oletko synnyttänyt *

- Alle viisi vuotta sitten
 Yli viisi vuotta sitten

Kuinka monta lasta olet synnyttänyt? *

- 1
 2
 3
 4
 5 tai enemmän

Kieltäytyminen synnytyksen aikana tehtävästä toimenpiteestä / tutkimuksesta

Oletko kieltäytynyt synnytyksen aikana tehtävästä toimenpiteestä? *

- Kyllä
 Ei
 En tiedä

Olitko synnyttäessäsi *

- Ensisynnyttäjä
 Uudelleensynnyttäjä

2(3)

Oranssin kysymysmerkin takaa löydät lisätietoa kysymykseen liittyen.

Mistä toimenpiteestä tai tutkimuksesta kieltäydyit synnytyksen aikana? ? *

- Antibiootti
- Sikiön jatkuva sykkeen seuranta
- Suonensisäinen oksitosiini synnytyksen edistämiseksi
- Synnytyksen jälkeen annettava supistava oksitosiinipistos
- Vastasynntyneen K-vitamiinipistos
- Ohjattu ponnistaminen
- Välilihan leikkaus
- Sikiökalvojen puhkaisu synnytyksen edistämiseksi
- Sikiön mikroverinäyte
- Scalp-elektrodi sikiön sykkeen mittaamiseksi
- Sisätutkimus
- Supistusten seuranta kohdunsisäisellä anturilla
- Muu
- Ei koske minua

Jos vastasit edelliseen kysykseen "muu", mistä toimenpiteestä kieltäydyit?

Kieltäydytkö rutiinisti tehtävästä toimenpiteestä tai tutkimuksesta? (Ei lääketieteellisesti perusteltua sinun kohdallasi) *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Kieltäydytkö toimenpiteestä ehdottomasti? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Oliko synnytys, jossa kieltäydyit tehtävistä toimenpiteistä spontaani yhden lapsen alatiesynnytys raskausviikoilla 37+0 – 41+6? ? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Miksi kieltäydyit synnytyksen aikaisesta toimenpiteestä? *

- Edellinen synnytys oli aiheuttanut traumoja
- Olin kuullut huonoa kyseisestä toimenpiteestä esim. tuttavalta tai sosiaalisesta mediasta
- Haitta oli mielestäni suurempi kuin hyöty
- Koin, että tehtävä toimenpide vaikuttaisi synnytyskuplaani negatiivisesti
- Koin, että tehtävä toimenpide rajoittaisi liikkumistani synnytyksen aikana
- Koin, että tehtävä toimenpide loukkaisi itsemäärämisoikeuttani
- Muu syy
- En kieltäytynyt, mutta aion seuraavassa synnytyksessä kieltäytyä jostain toimenpiteestä
- Ei koske minua

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "muu syy" tai haluat tarkentaa vastaustasi, tässä voit vapaasti kertoa ajatuksistasi.

Sinun synnytyksesi

Perusteltiinko Sinulle hoitohenkilökunnan toimesta, miksi toimenpide tehtiin/olisi tehty? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Miten henkilökunta mielestäsi reagoi kieltäytymiseesi? *

- Erinomaisesti
- Hyvin
- En osaa sanoa
- Huonosti
- Erittäin huonosti

Vaikkotiko kieltäytyminen jostain toimenpiteestä synnytyskokemukseesi? *

- Kyllä vaikutti, positiivisesti
- Kyllä vaikutti, negatiivisesti
- Ei vaikuttanut
- En osaa sanoa

Voit halutessasi kertoa tähän vapaamuotoisesti kokemuksistasi. ?

Tietojen lähetyks

Tallenna

Kiitos ajastasi!

Sara Jaskari & Tea Nevanpää

Liite 3. Esimerkki temaattisesta analyysistä

PELKISTETTYJÄ ILMAUKSIA	TEEMA	PÄÄTEEMA
<ul style="list-style-type: none"> • Koin kätilön käytöksen tungettelevana ja röyhkeänä • Kätilö ei perustellut toimenpiteen tarvetta • Kätilön katseesta huomasin, mitä mieltä hän oli kieltäytymisestääni • Lääkäri oli hyökkäävä ja uhkaava, hän uhkaili ja painosti meitä lastensuojeluilmoituksella • Kätilö oli silminnähdessäni harmistunut kieltäytymisestääni • Jouduin puolustamaan valintaani kätilölle, joka vähensi luottamusta • Koin, että minua ei kunnioitettu oman kehoni asiantuntijana • Kätilön käytös minua kohtaan oli asiatonta ja riitelevää • Jouduin taistelemaan ja puolustamaan päätöstäni, mikä lisäsi kipua ja vei turvallisuudentunteen 	Henkinen loukkaaminen	Kokemukset synnytysinterventioista kieltäytymisestää
<ul style="list-style-type: none"> • Toiveitani ei kuunneltu ja episiotomia leikattiin väkisin, mikä jätti traumat • Kätilö ei kertonut mitä aikoo tehdä, vaan pisti kysymättä oksitosiinipistoksen, joka vaikutti huonontavasti synnytyskokemukseeni • Kieltäydyin oksitosiinipistoksesta, mutta kätilö pisti sen silti 	Fyysiseen koskemattomuuteen kaajoaminen	

<ul style="list-style-type: none"> • Vatsaani runnottiin istukan ulos saamiseen, vaikei lapsen syntymästä ollut kulunut vielä kauaa aikaa • Episiotomia, sikiökalvojen puhkaisu ja scalp-anturin laitto tehtiin väkisin, mikä aiheutti pysyvät henkiset ja fyysiset traumat 		Kokemukset synnytysinterventioista kieltäytymisestä
<ul style="list-style-type: none"> • Kieltäydyin välilihan leikkauksesta ja lapsi syntyi maailmaan ilman repeämiä • Olen toivonut, että synnytysten luonnolliseen kulkuun puututtaisiin mahdollisimman vähän ja näin on käynyt kaikissa synnytyksissäni • Olen kieltäytynyt synnytyksen jälkeisestä oksitosiinipistoksesta ja antibiootista ja kaikilla kerroilla asia on ollut kättilölle ok • Kättilö suhtautui kieltäytymiseeni synnytyksen jälkeisestä oksitosiinipistoksesta todella hyvin • Kättilöt olivat ihanasti perehtyneet synnytystoiveisiini ennen sairaalaan saapumista • Synnytin lääkkeettömästi ja synnytyskokemus oli upea • Toiveitani kunnioitettiin ja kuunneltiin • Kättilö kysyi lähes kaikessa tahtoani, hänelle oli helppo kertoa asioista ja kieltäytyä interventioista 	Positiiviset kokemukset	