

Timlin Johanna & Ukskoski Saara

SAIRAALASSA TAPAHTUVA SYNNYTYSVALMENNUS

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ensisynnyttäjäperheiden kokemuksista ja odotuksista

Opinnäytetyö

KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Kesäkuu 2011



TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksikkö	Aika Kesäkuu 2011	Tekijä/tekijät Timlin Johanna Ukskoski Saara
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi SAIRAALASSA TAPAHTUVA SYNNYTYSVALMENNUS. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ensisynnyttäjäperheiden kokemuksista ja odotuksista		
Työn ohjaaja Yliopettaja, KL Maunula Maija	Sivumäärä 62 + 1	
Työn tarkastaja Kehityspäällikkö Hiironen Marja-Liisa		
<p>Opinnäytetyömme aiheena oli sairaalassa tapahtuva synnytysvalmennus rajattuna ensisynnyttäjäperheiden kokemuksiin ja odotuksiin. Aihe nousi Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysten- ja naistentautien vuodeosaston tarpeesta saada synnytysyksikön toimintaa ja synnytystapahtumaa käsittelevä esittely-DVD, jota hyödynnetään tulevaisuudessa odottavien äitien ja heidän puolisoitensa ohjauksessa ja valmennuksessa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaalassa tapahtuvaa synnytysvalmennusta kartoittamalla teoria- ja tutkimustiedon avulla, millaista kohderyhmäänsä hyvin palveleva synnytysvalmennus on. Tavoitteena oli luoda hyvä ja asiantunteva pohja tulevalle Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysyksikön esittely-DVD:lle, jonka avulla ensisynnyttäjäperhe tutustuu synnytysyksikköön ja saa tietoa synnytystapahtumaan kuuluvista asioista. Halusimme selvittää opinnäytetyömme tutkimuskysymysten avulla, mistä asioista sairaaloiden synnytysvalmennus on ensisynnyttäjäperheiden kertomusten mukaan koostunut ja millaisia asioita ensisynnyttäjäperheet odottavat sairaalan synnytysvalmennukselta.</p> <p>Toteutimme opinnäytetyömme systemaattinen kirjallisuuskatsaus -menetelmän avulla. Aineiston haussa lopullisia, sisäänotto- ja poissulkukriteerit täyttäviä alkuperäistutkimuksia löytyi yhteensä 11, jotka analysoitiin kuvailevan aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Opinnäytetyömme keskeisimpien johtopäätösten mukaan synnytyssairaalaan tutustuminen oli merkittävä ja odotettu tapahtuma, joka vahvisti vanhempien turvallisuuden tunnetta - ajankohdaksi toivottiin iltaa. Synnytysvalmennukseen toivottiin yhteneviä ohjauskäytäntöjä ja kiireetöntä ilmapiiriä. Vanhemmat odottivat henkilökohtaista, konkreettista ohjausta ja tietoa etenkin oman sairaalan synnytysten hoitotavoista, jolloin hallinnantunne vahvistui ja päätöksenteko helpottui. Äidit halusivat harjoitella käytännön tilanteita etukäteen, isille oli tärkeää tietää, milloin ja mihin lähteä tuomaan synnyttävää puolisoaan. Sekä äidit että isät halusivat tietää enemmän isän roolista synnytyksessä.</p>		
Asiasanat		
Ensisynnyttäjät, Sairaalat, Synnytys, Synnytysvalmennus		

ABSTRACT

Central Ostrobothnia University of Applied Sciences School of health, welfare and culture	Date June 2011	Author Timlin Johanna Ukskoski Saara
Degree programme Degree programme of nursing		
Name of thesis ANTENATAL CLASSES ORGANIZED IN HOSPITAL. Systematic Literature Review About First-Time Parents' Experiences and Expectations		
Instructor Principal Lecturer, Lic.Ed. Maunula Maija	Pages 62 + 1	
Supervisor Development Manager Hiironen Marja-Liisa		
<p>The subject of our thesis was antenatal classes organized in hospital delimited to first-time parents' experiences and expectations. The theme emerged from Central Ostrobothnia Central Hospital's obstetrics and gynecology ward's need to receive a DVD which presents the procedures of Obstetric Unit and describes the childbirth. The presentation DVD can be used in guiding and coaching pregnant mothers and their husbands in the future.</p> <p>The purpose of our thesis was to describe antenatal classes organized in hospital via theory and research information and which matters well-serving antenatal classes consisted of. The aim was to create a good and competent base is for Central Ostrobothnia Central Hospital's Obstetric Unit's presentation-DVD. First-time parents can familiarize themselves with the Obstetric Unit and childbirth with the help of the DVD. We wanted to find out with our study questions which matters the antenatal classes in hospital consisted of according to first-time parents' descriptions and what kind of matters the first-time parents are expecting from the antenatal classes organized in hospital.</p> <p>Our thesis was accomplished using the systematic literature review method. All in all 11 studies were found in the end of the data research and they all fulfilled the acceptance criteria. The data was analyzed with descriptive content analysis.</p> <p>According to the conclusions of our thesis the visit to the obstetric unit was remarkable and long-awaited event that fortified parents' feeling of confidence - evening was wished to be the point of time for the visit. Compatible guidance procedures and peaceful ambience were wished for the antenatal classes. Parents expected personal, concrete guidance and information especially from their own hospital's practice of taking care of childbirths - that made the feeling of control stronger and decision-making easier. The mothers wanted to rehearse practical situations beforehand and fathers needed to know when and where to bring their wife for the delivery - both of them wanted to know more about husband's role in childbirth.</p>		
Key words		
Antenatal classes, Childbirth, Hospital, Primigravida women		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 SAIRAALAN SYNNYTYSVALMENNUS	4
2.1 Synnytystapahtuma	5
2.1.1 Synnytystavat	7
2.1.2 Synnytyksen kulku	9
2.1.3 Synnytysasennot	11
2.2 Kivunlievitys synnytyksessä	13
2.2.1 Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät	16
2.2.2 Ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät	21
2.3 Synnytyksen aikana käytettävät valvontalaitteet	23
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	26
4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	26
4.2 Aineiston haku ja valinta	27
4.3 Sisällön analyysi	35
5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	39
6 TUTKIMUSTULOKSET	42
6.1 Sairaalan synnytysvalmennuksen sisältö	42
6.1.1 Tutustumiskäynti	42
6.1.2 Hoitohenkilökunnan antama ohjaus	44
6.2 Ensisynnyttäjäperheiden odotukset sairaalan synnytysvalmennukselta	47
6.2.1 Vanhempien odotukset sairaalan synnytysvalmennukselta	47
6.2.2 Kehittämisehdotukset	50
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	53
LÄHTEET	58
LIITTEET	
KUVIOT	
KUVIO 1. Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi	29
KUVIO 2. Sairaalan synnytysvalmennuksen sisältö ja ensisynnyttäjäperheiden odotukset	52
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Käytetyt hakusanat tietokannoittain	28
TAULUKKO 2. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit	28
TAULUKKO 3. Käytetyt tietokannat ja alkuperäistutkimusten määrät	31
TAULUKKO 4. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt alkuperäis- tutkimukset (luetteloitu laadun mukaan)	32

1 JOHDANTO

Synnytysvalmennuksen muotoutuminen osaksi nykypäivän kokonaisvaltaista perhevalmennusta on ollut vuosien kuluessa monivaiheinen prosessi, joka muuttuu yhä perheiden tarpeiden mukaan (Haapio, Koski, Koski & Paavilainen 2009, 184; STM 2009, 87). Suomessa äitien valmentaminen synnytystä varten alkoi jo 1940-luvun loppupuolella. Tällöin ensimmäisenä valmennusmenetelmänä hyödynnettiin hengitys- ja rentoutumismenetelmiin perustuvaa valmennusmenetelmää, jolla pyrittiin mahdollistamaan synnytyksen aikainen täydellinen rentoutuminen ja hapensaanti. (Eskola, Hytönen, Komulainen 1990, 60.) Menetelmästä muotoutui kuitenkin ajan saatossa äitiysvoimistelukurssi, jonka tarkoituksena oli valmentaa äitiä kestämään synnytyksen fyysiset rasitukset kehittämällä lihasvoimaa (Eskola ym. 1990, 60; Haapio ym. 2009, 185).

Äitiysvoimistelu muuttui 1950–60 -lukujen taitteessa äitiysvalmennukseksi, jonka tarkoituksena oli valmentaa äitejä kokonaisvaltaisesti vastaanottamaan vauva osaksi tulevaa elämää – myös raskauden aiheuttamien mielialamuutosten huomiointi korostui. Tämä valmennusmuoto levisi hiljalleen koko maahan ja sitä järjestettiin yhteensä 6-8 kertaa yhtä ryhmää kohden. (Haapio ym. 2009, 185.) Vuonna 1964 otettiin käyttöön psykoprofylaktinen synnytysvalmennus, jonka päätavoitteena oli lievittää synnytyskipuja (Eskola ym. 1990, 60).

Synnytysvalmennus laajeni perhevalmennukseksi 1970-luvulla. Tällöin synnytystä alettiin pitää perheen yhteisenä tapahtumana ja myös isän osallistuminen valmennukseen sekä synnytykseen oli tärkeää. (Viljamaa 2003, 37.) Perhevalmennus on tarkoitettu lasta odottaville, synnyttävälle sekä alle vuoden ikäisen lapsen vanhemmille ja sen tarkoituksena on tarjota perheille ohjausta ja valmennusta lapsen odotukseen, synnytykseen ja lapsen hoitoon. (Haapio ym. 2009, 9; STM 2009, 87.) Perhevalmennus on yksi neuvolan ja synnytyssairaalan työmuodoista (Haapio ym. 2009, 9). Kunnat ovat velvollisia järjestämään moniammatillista perhevalmennusta ensimmäistä lastaan odottaville perheille – valmennukseen on myös sisällyttävä vanhempainryhmätoimintaa (STM 2009, 87).

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan nykyisen perhevalmennuksen synnytystä käsittelevässä teemassa tulisi käsitellä synnytystapahtumaa, erityistilanteita, synnytykseen valmentautumista, isän/tukihenkilön roolia, synnytyskipua ja -pelkoa, varhaista vuorovaikutusta, imetystä sekä synnytyssairaalaan liittyvää tietoa. (STM 2007, 62.)

Nykyisen synnytysvalmennuksen järjestämisestä tulee sosiaali- ja terveysministeriön mukaan vastata joko synnytyssairaala tai asiantunteva kätilö (Haapio ym. 2009, 9, 110; STM 2007, 61). Synnytysvalmennus on tarkoitettu ensisijaisesti ensisynnyttäjille ja sen päätarkoituksena on luoda vanhempiin usko omasta pärjäämisestään synnytyksessä (Haapio ym. 2009, 109, 111).

Synnytysvalmennusta on tutkittu useista näkökulmista jo monen vuoden ajan, mutta tieteellisten tutkimusten näkökulma kohdistuu kuitenkin usein neuvolan järjestämään kokonaisvaltaiseen perhevalmennukseen, joissa sairaalan järjestämä synnytysvalmennus ei toimi päätutkimuskohteena tai sitä vain sivutaan. Väitöskirja ja pro gradu -tutkielma -tasoiset julkaisut ovat vielä melko harvinaisia, mutta yleistyneet 2000-luvun alussa. Näiden tutkimusten näkökulma keskittyy olemassa olevien synnytys- ja perhevalmennusjärjestelmien toimivuuden arviointiin niihin osallistuneiden äitien ja isien sekä tukihenkilöiden mielipiteiden ja kehittämissuositusten pohjalta. Sen sijaan varsinaista sairaalaan järjestämää synnytysvalmennusta, sen sisältöä, toimivuutta ja kehittämistä on tutkittu ensimmäistä kertaa äidiksi ja isäksi tulevien naisten ja miesten näkökulmasta lukuisissa, sekä laadullisin että määrällisin tutkimusmenetelmin toteutetuissa, opinnäytetyöissä. Synnytysvalmennusta käsitteleviä opinnäytetöitä ovat julkaisseet laajasti ympäri Suomea eri ammattikorkeakoulujen hoitotyön opiskelijat. Lisäksi perhe- ja synnytysvalmennusta käsittelevien tutkimusten näkökulma on nykykehityksen mukana siirtynyt käsittelemään yhä enemmän isän tai synnytykseen osallistuvan tukihenkilön roolia synnytykseen valmistautumisessa, synnytyksen aikana ja sen jälkeen.

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysten ja naistentautien vuodeosaston osastonhoitaja lähestyi kouluamme ehdottamalla opiskelijoiden opinnäytetyöaiheeksi videoprojektia, joten opinnäytetyömme taustalla on Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysyksikön tarve saada heidän yksikkönsä toiminnasta ja synnytystapahtumasta kertova esittely-DVD. Tätä DVD:tä voidaan helposti hyö-

dyntää odottavien äitien ja heidän puolisoitensa ohjauksessa ja valmennuksessa. Edellinen synnytysyksikön tilojen esittelyyn keskittynyt VHS-video on vuodelta 1998, joten on tarve uudelle, päivitetylle versiolle, jossa kerrotaan myös itse synnytystapahtumasta ja äidin saapumisesta, viipymisestä sekä kotiutumisesta. Päätimme jakaa aiheen käsittelyn kahteen osaan: opinnäytetyömme toimi kokoavana kirjallisuuskatsauksena aiheeseen ja sen pohjalta tulevia terveydenhoitajaopintoja varten suunniteltava kehittämistehtävä varsinaisena tuotoksenamme eli DVD:nä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sairaalassa tapahtuvaa synnytysvalmennusta kartoittamalla aikaisempien tutkimusten avulla, millaista on kohderyhmäänsä hyvin palveleva synnytysvalmennus. Tavoitteena on luoda hyvä ja asiantunteva pohja tulevalle Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysyksikön DVD:lle, jonka avulla ensisynnyttäjäperhe tutustuu synnytysyksikköön ja saa tietoa synnytystapahtumaan kuuluvista asioista. Toteutamme opinnäytetyömme kirjallisuuteen ja tutkimustietoon pohjautuvan systemaattinen kirjallisuuskatsaus - menetelmän avulla ja analysoimme keräämämme aineiston käyttämällä kuvailevaa aineistolähtöistä sisällön analyysiä.

Tarkastelemme opinnäytetyössämme laajan perhevalmennuksen sijaan vain sairaalassa tapahtuvaa synnytysvalmennusta rajattuna ensisynnyttäjäperheiden näkökulmaan. Nykyään synnytysvalmennusta järjestetään pääosin ensimmäistä lastaan odottaville perheille, joille synnytystapahtuma on uusi kokemus ja jotka hyötyvät valmennuksesta eniten. Tutkimuksen rajauksen tarkoituksena on saada kehittämistehtävänä tuottamastamme DVD:stä selkeä ja paremmin ensisynnyttäjäperheiden tarpeita palveleva kokonaisuus.

Opinnäytetyömme alun teoriaosuudessa on esitetty yleiskatsaus aihepiiriin, jossa esitellään tutkimus- ja teoretiedon pohjalta, mitä kuuluu sairaalan synnytysvalmennukseen. Pääosa koostuu puolestaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja kuvailevan aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla muodostetuista tutkimustuloksista: ensisynnyttäjäperheiden kertomuksista heidän saamastaan synnytysvalmennuksesta sekä odotuksistaan valmennusta kohtaan.

2 SAIRAALAN SYNNYTYSVALMENNUS

Sairaalan synnytysvalmennus on osa perhevalmennuksen synnytysvalmennusosuutta (Haapio ym. 2009, 117; Haapio & Pietiläinen 2009, 203). Sosiaali- ja terveysministeriön (2007, 61) suositusten mukaan synnytysvalmennus tulisi järjestää synnytyssairaalassa tai valmennuksen antajan tulisi olla synnytyksiä hoitava kätilö, koska hänellä on ajankohtaista tietoa synnytyksestä ja sairaalan hoitokäytännöistä. (Haapio ym. 2009, 117.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan nykyisen perhevalmennuksen synnytystä käsittelevässä teemassa tulisi tarkastella synnytystapahtumaa, synnytyksen erityistilanteita, synnytykseen valmentautumista, synnytyskipua ja -pelkoa, isän/tukihenkilön roolia synnytyksessä, varhaista vuorovaikutusta, imetystä sekä synnytyssairaalaan liittyvää tietoa – myös tutustumiskäynnin järjestämistä tulevaan synnytyssairaalaan suositellaan. (STM 2007, 62.) Sairaalan tutustumiskäynnin toteutustapa vaihtelee sairaalakohtaisesti: toisissa sairaaloissa se on lähinnä pelkkää tiloihin ja ympäristöön tutustumista, mutta toisissa sitä täydentämään on järjestetty luentomainen synnytysvalmennus. (Haapio ym. 2009, 117.)

Synnytysvalmennus on tarkoitettu lähinnä ensisynnyttäjäperheille ja sitä tulisi tarjota vähintään kerran raskauden aikana (Haapio ym. 2009, 109). Synnytykseen liittyvä valmennus sijoittuu yleensä kahden viimeisen raskauskuukauden ajalle (Haapio & Pietiläinen 2009, 202). Omaan synnytyssairaalaan tutustumisella on koettu olevan myönteisiä vaikutuksia synnytykseen valmistautumiseen ja se on koettu tärkeäksi. (Haapio ym. 2009, 109, 117.) Sairaalan synnytysvalmennukseen kuuluu tutustuminen synnytyssympäristöön (Haapio ym. 2009, 117; Haapio & Pietiläinen 2009, 205), synnytyksiä hoitaviin kätilöihin (Haapio ym. 2009, 117) ja siellä saadaan tietoa erilaisista avautumis- ja ponnistusvaiheen toteutusvaihtoehdoista sekä synnytyksen hoitotavoista. (Haapio & Pietiläinen 2009, 205.) Synnytysvalmennuksessa annetaan ensisynnyttäjäperheille tärkeä ja oleellinen tieto synnytyksestä (Haapio ym. 2009, 120) ja annetaan vastauksia heidän mieltään askarruttaviin asioihin (Haapio & Pietiläinen, 2009, 203).

Valmennuksen päätarkoituksena on luoda vanhemmille usko omasta pärjäämisestään synnytyksessä. Tavoitteena on saada äideille myönteinen halu synnyttää ja antaa vanhemmille riittävästi tietoa, jotta he osaavat tehdä omaa synnytystään koskevia päätöksiä (Haapio ym. 2009, 111). Tavoitteena on myös valmistaa vanhempia tulevaan synnytystapahtumaan sekä pyrkiä vähentämään ja jopa estämään synnytyspelkoja psyykkisen valmentautumisen avulla (Haapio ym. 2009, 112–113; Haapio & Pietiläinen, 2009, 203).

2.1 Synnytystapahtuma

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009, 89) on antanut suosituksen siitä, millaista terveysneuvontaa vanhemmille tulisi järjestää synnytykseen valmistautumisesta jo odotusaikana. Suosituksen mukaisiin asioihin lukeutuvat muun muassa tieto synnytyksen alusta ja kulusta, synnytystavoista, -peloista ja -kivuista, kivunlievitysmenetelmistä, synnytykseen liittyvistä toimenpiteistä, mahdollisista normaalin synnytyksen ongelmista, yliaikaisuudesta, isän/tukihenkilön roolista synnytyksessä sekä synnytyksestä toipumisesta ja jälkitarkastuksesta. (STM 2009, 89.)

Synnytyksen käynnistyminen on monivaiheinen prosessi, eikä sen aiheuttajaa varmuudella tiedetä (Tiitinen 2010a). Yleisimmin synnytys käynnistyy joko supistuksilla tai lapsivedenmenolla (Haukkamaa & Sariola 2001, 310; Raussi-Lehto 2009a, 210; Stakes 2008, 38; Tiitinen 2010a). Synnytys on käynnistynyt, kun säännölliset ja vähintään kymmenen minuutin välein tulevat supistukset ovat kestäneet kaksi tuntia (Raussi-Lehto 2009a, 211) ja kun supistukset voimistuvat (Raussi-Lehto 2009a, 211; Tiitinen 2010a) ja tihentyvät vähitellen (Tiitinen 2010a) sekä kestävät aina lapsen syntymään saakka (Raussi-Lehto 2009a, 211). Supistukset lyhentävät kohdunkaulaa ja avaavat kohdunsuuta, jonka seurauksena saatetaan esiintyä myös verensekaista vuotoa. Lapsivedenmenon jälkeen synnytys käynnistyy yleensä itsestään 24 tunnin kuluttua. Limatulpan irtoaminen kohdunsuulta on merkki siitä, että synnytys käynnistyy todennäköisesti viikon sisällä. (Tiitinen 2010a.)

Synnytyksen käynnistyttyä sairaalaan lähtemisen oikeaa ajankohtaa on vaikea tarkasti määritellä. Jos raskaus on edennyt normaalisti ja äiti on terve, sairaalaan lähtemisen kanssa ei tarvitse kiirehtiä, vaan kotona saa olla niin kauan kuin äiti pärjää kipujen kanssa. Ensisynnyttäjien synnytyksen käynnistyminen on yleensä pitkä prosessi, joten senkään vuoksi sairaalaan lähdön kanssa ei tarvitse kiirehtiä. (Haapio ym. 2009, 120–121.) Ensisynnyttäjän kannattaa lähteä sairaalaan vasta, kun säännölliset, 5-10 minuutin välein tulevat ja keskimäärin 45 sekuntia kestävät supistukset ovat jatkuneet samanlaisina noin kaksi tuntia (Stakes 2008, 38). Sairaalaan tulee lähteä mahdollisimman pian, jos lapsivesi menee enneaikaisesti, eikä se ole kirkasta (Haapio ym. 2009, 122) tai mikäli äiti vuotaa runsaasti verta, on tosi kipeä, eikä kipu hellitä tai kun (Haapio ym. 2009, 122; Raussi-Lehto 2009a, 210) sikiön liikehdintä on normaalia vähäisempää. (Raussi-Lehto 2009a, 210.)

Sairaalaan tullessa kätilö ottaa vastaan synnyttävän pariskunnan ja samalla arvioi tilanteen kiireellisyyden. Hän myös tarkistaa esitietokaavakkeesta ja neuvolakortista synnytyksen kannalta oleelliset tiedot sekä tekee tarvittavat synnytysvalmistelut. Ulkotutkimuksella kätilö arvioi sikiön koon ja tarjonnan ja sisätutkimuksella synnytyksen vaiheen – myös sikiön sydänäänet kuunnellaan. (Raussi-Lehto 2009a, 210.)

Isän tai tukihenkilön läsnäolo synnytyksessä nopeuttaa tutkitusti synnytystä, vähentää lääkityksen ja synnytykseen puuttumisen tarvetta, pienentää sektion mahdollisuutta sekä edistää vastasyntyneen hyvinvointia (Deans 2005, 182). Isän rooli synnytyksessä on olla synnyttävän puolisonsa tukena ja kannustajana. Jo pelkkä isän läsnäolo vahvistaa äidin turvallisuuden tunnetta synnytystilanteessa (Stakes 2008, 35). Isän kannattaa kysellä äidiltä jo etukäteen, miten hän haluaa itseään autettavan synnytyksessä (Deans 2005, 182; Haapio ym. 2009, 13). Isä voi auttaa synnyttävää puolisoa esimerkiksi olemalla lähellä, hieromalla äidin kipeää selkää, tarjoamalla hänelle juotavaa, pyyhkimällä hikeä (Deans 2005, 182; Haapio ym. 2009, 131; Stakes 2008, 35) sekä auttamalla äitiä rentoutumaan (Deans 2005, 182; Raussi-Lehto 2009c, 254; Stakes 2008, 35). Kalliovalkaman (2001, 64–65) tutkimuksen mukaan isät haluavat olla tukena ja turvana puolisolle myös sektion aikana, eivätkä he välttämättä koe tukihenkilön tehtävää erilaiseksi kuin alatiesynnytyksessä – mies istuu sektion ajan puolisonsa vierellä, pitää vaimoaan kädestä, keskustelee hänen kanssaan tai on vain läsnä.

2.1.1 Synnytystavat

Vuonna 2010 Suomessa syntyi 61 371 lasta (THL 2011). Keisarinleikkausten määrä oli tuolloin 15,5 % kaikista synnyttäjistä ja 19,6 % ensisynnyttäjien synnytyksistä. Vastaavat luvut imukuppisynnytyksiä olivat 8,4 % ja 15,4 %. Tilaston mukaan noin neljännes kaikista synnytyksistä ja kolmannes ensisynnyttäjien synnytyksistä tapahtui muulla tavalla kuin spontaanina alatiesynnytyksiä. (THL 2010, 1.)

Alatiesynnytys on normaali silloin, kun se käynnistyy itsestään, eikä sen kulkuun tarvitse suuremmin puuttua (Haukkamaa & Sariola 2001, 310; Tiitinen 2010a). Normaaliin alatiesynnytykseen kuuluu kolme eri vaihetta: avautumis- ponnistus- ja jälkeisvaihe (Haukkamaa & Sariola 2001, 310; Raussi-Lehto 2009a, 210) – neljänneksi vaiheeksi voidaan lukea myös synnytyksen jälkeinen tarkkailuvaihe (Raussi-Lehto 2009a, 210). Kätilö hoitaa normaalin alatiesynnytyksen ja seuraa äidin ja sikiön vointia synnytyksen eri vaiheissa, jotta mahdolliset häiriöt huomataan mahdollisimman pian (Haukkamaa & Sariola 2001, 310; Tiitinen 2010a). Tarkkailemalla sydämen sykettä, liikehdintää ja lapsiveden väriä, saadaan tietoa sikiön voinnista. Synnytyksen etenemistä puolestaan seurataan tarkkailemalla kohdunsuun tilannetta, supistusten laatua ja tiheyttä sekä sikiön laskeutumista synnytyskanavassa (Raussi-Lehto 2009c, 236, 238). Sikiö syntyy normaalissa alatiesynnytyksessä takaraivotarjonnassa, kasvot äidin selkään päin (Haukkamaa & Sariola 2001, 312–313).

On tärkeä tiedostaa se mahdollisuus, että normaali alatiesynnytys saattaa syystä tai toisesta muuttua epäsäännölliseksi. **Epäsäännöllisestä synnytyksestä** puhutaan silloin, kun synnytyksen kulussa tapahtuu jotakin epänormaalia, mikä on usein myös vaikeasti ennakoitavissa. (Haapio ym.2009, 127.) Epäsäännöllisestä synnytyksestä puhutaan esimerkiksi silloin, kun vauvaa pitää avustaa ulostulossa imukupilla, pihdeillä tai jollakin muulla toimenpiteellä (Ekblad 2009), kun alatiesynnytys muuttuu sektiksi tai kun äiti vuotaa runsaasti verta. Synnytyksen epäsäännöllisyys voi olla myös ennalta suunniteltu – esimerkkejä tällaisista tilanteista ovat muun muassa perätilassa olevan sikiön ulosautto, suunniteltu sektio sekä kaksosten alatiesynnytys. (Haapio ym. 2009, 127.)

Imukuppisynnytys on toiseksi yleisin operatiivisen synnytyksen muoto (Uotila 2009, 494). Äidin perussairaus, jonka takia ponnistusta tulee välttää, kuuluu tilanteisiin, joissa imukupilla avustamisen tarve tiedetään jo etukäteen. (Raussi-Lehto 2009b, 232; Uotila 2009, 494.) Muita syitä imukuppisynnytykselle ovat normaalin alatiesynnytyksen pysähtyminen, äidin väsyminen ponnistamiseen tai sikiöllä ilmenevä äkillinen hätätila kohdunsuun ollessa täysin auki (Tiitinen 2010b; Uotila 2009, 494). Ennen imukuppisynnytyksen harkitsemista ja toteuttamista, tulee kohdunsuun olla täysin auki, alatiesynnytyksen mahdollinen, kalvot puhkaistut tai puhjenneet, sikiön tarjoutuva osa spinatasossa tai sen alapuolella sekä toimenpiteen tekijällä kokemusta toimenpiteestä sen vaativuuden takia (Uotila 2009, 496). Imukuppisynnytyksessä sikiön päähän laitetaan imukuppi, joka kiinnittyy alipaineen avulla ja jonka jälkeen imukupista vetämällä autetaan sikiö syntymään. Välilihaa joudutaan leikkaamaan lähes aina imukuppisynnytyksen yhteydessä. (Tiitinen 2010b; Tuimala 2001, 470.) Myös lantion tulee olla tarpeeksi iso, jotta imukuppia voidaan käyttää (Tiitinen 2010b).

Perätilassa olevia sikiöitä on noin 4 % kaikista täysiaikaisista sikiöistä (Tiitinen 2010c; Tuimala 2001, 467), mutta ennenaikaisesti syntyneillä se on yleisempää (Tiitinen 2010c; Äimälä 2009, 449). Perätilassa olevaa sikiötä voidaan yrittää kääntää ulkokäännöksen avulla 35.–36. raskausviikon aikana (Tiitinen 2010c; Uotila 2006, 1857; Äimälä 2009, 450). Tilanteissa, joissa sikiö ei käänny ulkokäännösytyksestä huolimatta, voidaan vauva äidin toiveiden mukaan synnyttää joko alateitse, mikäli siihen on hyvät edellytykset tai suorittaa sektio. Alatiesynnytykseen voidaan päätyä, jos lapsi painaa alle neljä kiloa, sikiön ryhti on hyvä ja synnyttäjän lantio tarpeeksi tilava. (Tiitinen 2010c; Uotila 2006, 1859.) Perätilassa olevan vauvan alatiesynnytykseen ei liity äidille sen isompia riskejä, kuin raivotarjonnassa olevan sikiön synnytykseenkään, mutta sikiöllä on suurentunut riski (Uotila 2006, 1857) saada traumoja tai kärsiä hapenpuutteesta, jonka vuoksi synnytystapaa tulee harkita huolella (Äimälä 2009, 449). Alatiesynnytyksestä on syytä siirtyä sektioon, mikäli sikiöllä ilmenee sykekäyrässä merkkejä ahdingosta tai jos synnytys pitkittyy. Lastenlääkärin on hyvä olla seuraamassa perätilassa olevan lapsen syntymää. (Uotila 2006, 1859–1860.)

Sektiot eli keisarileikkaukset jaotellaan elektiivisiin eli suunniteltuihin sekä päivytyksellisiin eli kiireellisiin ja hätäsektioihin. Elektiivisiä sektioita on noin puolet

kaikista sektioista ja siihen saatetaan päätyä silloin, kun aiemmat synnytykset ovat olleet sektioita, äidin lantio on ahdas (Raussi-Lehto 2009b, 232; Tuimala 2001, 472–473; Uotila 2009, 490), vauva on virhetarjonnassa tai äidillä on kovat pelot alatiesynnytystä kohtaan (Tuimala 2001, 472–473; Uotila 2009, 290). Muita syitä elektiiviselle sektiolle ovat äidin krooninen sairaus tai vaikeutunut raskauskomplikaatio, aiemmassa synnytyksessä ilmennyt ongelma, kuten laaja repeämä, synnytyksen käynnistymättömyys, istukan heikko toiminta tai sikiön sairaus. (Uotila, 2009, 491.) Päivystykselliseen sektioon voidaan joutua, jos sikiöllä ilmenee hapenpuutetta, sikiö on virhetarjonnassa tai kun synnytyksessä ilmenee muita ongelmia, kuten napanuoran esiinluiskahtaminen (Tuimala 2001, 472–473; Uotila 2009, 491). Yleensä päivystykselliset sektiot voidaan tehdä kiireettömästi, jos sikiön vointi sen sallii. Hätäsektioon päädytään, jos sikiöllä tai äidillä on akuutti hätätilanne, kuten esimerkiksi istukan äkillinen irtautuminen. Sektiot tehdään yleensä spinaalipuudutuksessa, mutta joskus käytetään myös epiduraalipuudutusta. Yleisanestesiaan päädytään yleensä vain hätäsektioissa. (Uotila 2009, 491–492.)

2.1.2 Synnytyksen kulku

Synnytys katsotaan jakautuvan kolmeen eri päävaiheeseen, joita ovat avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaihe (Stakes 2008, 39). **Avautumisvaihe**, synnytyksen ensimmäinen vaihe, voidaan jakaa vielä itsessään kahteen osaan: latenssvaiheeseen sekä aktiivisen avautumisen vaiheeseen. Latenssvaiheen supistukset tulevat silloin tällöin ja ovat epäsäännöllisiä ja sen aikana kohdunkaula lyhenee ja häviää. (Raussi-Lehto 2009a, 210.) Latenssvaihe voi kestää jopa pari vuorokautta, joten se voi kuluttaa synnyttäjän voimia jo ennen kuin synnytys on edes kunnolla käynnistynyt (Haukkamaa & Sariola 2001, 312). Aktiivisessa vaiheessa supistukset tulevat säännöllisesti ja ne tihenevät ja muuttuvat koko ajan voimakkaammiksi (Raussi-Lehto 2009a, 210). Avautumisvaihe alkaa virallisesti, kun säännölliset supistukset alkavat ja kestää aina siihen asti, kunnes kohdunsuu on täysin eli kymmenen senttimetriä auki ja (Raussi-Lehto 2009c, 236; Tiitinen 2010a) kun sikiön

tarjoutuva osa on laskeutunut äidin lantion pohjalle (Haukkamaa & Sariola 2001, 312; Tiitinen 2010a). Avautumisvaiheen kesto vaihtelee paljon kestäen yleensä useita tunteja – ensisynnyttäjällä se voi kestää jopa 7-9 tuntia, mutta uudelleen-synnyttäjällä se on huomattavasti lyhyempi. (Tiitinen 2010a.)

Ponnistusvaihe on synnytyksen toinen vaihe ja se alkaa siitä, mihin avautumisvaihe päättyy – tällöin kohdunsuu on täysin auki (Haukkamaa & Sariola 2001, 314; Raussi-Lehto 2009c, 253). Ponnistusvaihe kestää aina vauvan syntymään saakka. Kohdunsuun ollessa täysin auki ja vauvan tarjoutuvan osan ollessa korkealla, puhutaan siirtymävaiheesta. Tuolloin on vielä liian aikaista ponnistaa. Joskus äiti voi tuntea tarvetta ponnistaa, vaikka kohdunsuun reunaa on vielä jäljellä. Liian aikaisesta ponnistamisesta tulee kuitenkin välttää, koska äiti voi väsyttää itsensä ja joissakin tapauksissa liian aikainen ponnistaminen voi muodostua jopa synnytysesteeksi. (Raussi-Lehto 2009c, 253.) On tavallista, että äidille tulee pakonomainen tarve saada ponnistaa supistuksen aikana, kun sikiö on tarpeeksi matalalla ja painaa peräsuolta ja välilihaa. (Haukkamaa & Sariola 2001, 314; Raussi-Lehto 2009c, 253; Tiitinen 2010.)

Ponnistamisen aloittamista edeltävästi kättilö kuitenkin tarkistaa, että sikiön tarjoutuva osa on hyvin näkyvässä ja pään lakisauma suorassa (Raussi-Lehto 2009c, 253). Äidille annetaan mahdollisuus valita itse asento, jossa hänen mielestään on hyvä ponnistaa. Ponnistukset tapahtuvat supistusten aikana ja vauvan pää syntyy pikkuhiljaa kättilön huolehtiessa, ettei se synny kuitenkaan liian nopeasti ja aiheuta repeämiä. (Haukkamaa & Sariola 2001, 314; Tiitinen 2010a.) Ponnistusvaiheen kesto vaihtelee paljon – joskus se saattaa olla pari minuuttia ja joskus taas pari tuntia (Tiitinen 2010a). Jos vaihe kuitenkin kestää uudelleensynnyttäjällä yli tunnin ja ensisynnyttäjällä yli kaksi tuntia, tulee synnytyksen avustamista harkita (Raussi-Lehto 2009c, 255).

Jälkeisvaihe, synnytyksen kolmas vaihe, alkaa vauvan synnyttyä ja kestää jälkeisten eli istukan ja sikiökalvojen syntymiseen saakka (Raussi-Lehto 2009a, 210; Raussi-Lehto 2009c, 262; Tiitinen 2010a). Vauvan syntymän jälkeen äidille voidaan antaa lääkettä, joka lisää kohdun supistelua. Lääke annetaan joko lihakseen tai suonensisäisesti ja sen tarkoituksena on nopeuttaa istukan irtoamista ja jälkeisten syntymistä sekä vähentää runsaita jälkivuotoja. (Haukkamaa & Sariola 2001,

315; Raussi-Lehto 2009c, 262.) Tavallisesti istukka irtoaa itsestään noin 5-10 minuutin kuluttua vauvan syntymästä äidin ponnistaessa jälkisupistuksen aikana. Joskus jälkeisiä joudutaan kuitenkin avustamaan aktiivisesti, mikäli ne eivät synny itsestään. (Raussi-Lehto 2009c, 262–263; Stakes 2008, 40.) Äiti vuotaa tavallisesti noin 500 millilitraa jälkeisvaiheen aikana (Haukkamaa & Sariola 2001, 315; Raussi-Lehto 2009c, 263; Tiitinen 2010a). Lisäksi mahdolliset repeämät ja episiotomiat eli välilihanleikkaushaavat ommellaan jälkeisvaiheen aikana (Stakes 2008, 40).

Tarkkailuvaihetta pidetään joskus myös synnytyksen neljäntenä vaiheena. Äiti ja vauva ovat aktiivisen tarkkailun alla noin kaksi tuntia synnytyksen jälkeen – tuolloin he ovat usein vielä synnytyssalissa. Kätilö tarkkailee vauvan ja äidin vointia ja äidin palautumista synnytyksestä sekä tukee perhettä varhaisessa vuorovaikutuksessa. Kätilö tekee myös tarvittavat tarkastukset äidille ja vauvalle, ja sen aikana äiti käy yleensä suihkussa ja imettää vauvaa ensimmäisen kerran. (Raussi-Lehto 2009c, 266–267.)

2.1.3 Synnytysasennot

Synnytys on naiselle suuri koitos, joka vaatii sekä fyysisiä, että henkisiä voimavaroja, ja tämän vuoksi olisi tärkeää tehdä naisen olosta mahdollisimman mukava koko synnytyksen ajaksi. Synnyttäjällä on oikeus päättää synnytykseen liittyvistä asioista, niin myös sopivasta ponnistusasennosta. (Missonen & Väisänen 2008, 58.) Synnyttäjä tietää itse yleensä parhaiten myös sopivimman avautumisvaiheen asennon (Raussi-Lehto 2009b, 236).

Avautumisvaiheessa äidin olisi hyvä etsiä itselleen asento, jossa hänen on hyvä olla. Kätilö avustaa tarvittaessa äitiä löytämään itselleen hyvän asennon. Pystyasennolla on todettu olevan hyviä vaikutuksia synnytyksen kulkuun. Äiti voi avautumisvaiheen aikana, sikiön ja oman vointinsa salliessa, muun muassa istua tuolilla, keinussa sekä jumppapallon päällä tai seisoa ja käveleskellä synnytyssalissa. (Raussi-Lehto 2009b, 236.)

Ponnistusasennot voidaan jaotella kolmeen eri pääasentoon, joita ovat makuu-, pysty- ja puoli-istuva -asento. Eniten käytetty ponnistusasento Suomessa on puoli-istuva asento. (Missonen & Väisänen 2008, 58.) Ponnistusasentoja on hyvä ko-keilla jo etukäteen, jotta löytää itselleen sopivan asennon – ponnistusvaiheen al-kaessa tarvittavat välineet, kuten esimerkiksi synnytysjakkara ja puolison tuoli tu-lee olla valmiina lähellä. Suositeltavia ponnistusasentoja ponnistamisen aktiivisessa vaiheessa ovat seisoma-, istuma- tai puoli-istuva asento sekä kyykky-, kylki- ja konttausasento. Ponnistusasennon valintaan vaikuttaa myös mahdollinen suonensisäinen infuusio, kivunlievitysmuoto sekä sikiön monitorointi, joten synnyt-täjän tulee olla myös näistä tietoinen tehdessään valintoja eri hoitotapojen välillä. (Raussi-Lehto 2009c, 254.)

Ponnistamisen **pystyasennossa** on todettu olevan monella tapaa sekä synnyttä-jälle, että lapselle hyvä vaihtoehto. Tällöin ponnistusvaiheen on todettu olevan ly-hyempi, episiotomiat ja toisen asteen repeämät vähäisemmät (Missonen & Väisä-nen 2008, 58; Raussi-Lehto 2009c, 254), supistukset voimakkaammat, mutta kivut vähäisemmät, vauvan lantioon laskeutumis -mahdollisuudet paremmat tilavuuden lisääntyessä ja painovoiman ollessa apuna, sikiön epänormaalit sykekäyrät harvi-naisempia sekä avustaminen välineellisesti vähäisempää. (Missonen & Väisänen 2008, 58.) Pystyasennon haittapuolina ovat vuotoriskin lisääntyminen (Missonen & Väisänen 2008, 58; Raussi-Lehto 2009c, 254) sekä joidenkin tutkimusten mukaan isojen repeämien mahdollisuus (Missonen & Väisänen 2008, 58).

Puoli-istuva asento on hyvä silloin, kun äiti on väsynyt, koska siinä on myös mahdollisuus tarkkailla sikiön vointia tarpeen mukaan. Äiti voi olla puoli-istuvassa asennossa joko sängyllä tai hän voi tukea asennon laittamalla selän taakse tyyny-jä. (Deans 2005, 221.) Puoli-istuvasta asennosta ponnistaessa lantion saa laajalle joko laittamalla jalat jalkatelineisiin tai pitämällä sukansuista tai polvitaiteista kiinni ponnistaessa. Isällä on tärkeä rooli olla tukemassa synnyttäjää pään tai hartioiden alta. (Raussi-Lehto 2009c, 254.)

Kyykkyasennossa synnyttäminen on hyvin yleistä. Asento voi avata lantiota jopa kaksi senttimetriä ja se myös auttaa vauvaa laskeutumaan nopeasti. Asennon säi-lyttäminen on raskasta, joten puolison tuki ja synnytysjakkara ovat hyödyllisiä.

Kyykkyasennosta ponnistaminen ei vaadi yhtä suurta ponnistusvoimaa, sillä painovoima on apuna. (Deans 2005, 220.)

Tuettu polviasento voi auttaa vauvaa kiertymään oikeaan asentoon, mikäli vauvan pää on kiertynyt epätäydellisesti synnytyskanavassa. Tuetussa polviasennossa synnyttäjällä on polvillaan synnytyssängyllä, tukihenkilöiden keskellä ja kädet heidän olkapäillään – tällöin ponnistaessaan hän saa otettua käsillään tukea tukihenkilöistä. (Deans 2005, 221.)

Kylkiasennossa äiti makaa yleensä synnytyssängyllä tyynyjen tukemana. Puoliso voi kannatella päällimmäistä jalkaa, kun se alkaa väsyä. Kylkiasento on hyvä, jos synnyttäjällä on saanut epiduraalipuudutuksen tai jos hän alkaa väsyä. Väsyneelle äidille asento on supistusten tehostumisen ja vauvan liian nopean laskeutumisen hidastamisen vuoksi hyvä. (Deans 2005, 221.)

Selinmakuulta ponnistaessa painovoimasta ei ole apua ponnistustyöhön. Vauva myös painaa äidin selkää vasten ja voi tästä syystä lisätä välilihan repeämisen riskiä sekä aiheuttaa äidille selkäsärkyjä. Selinmakuu on asentona kuitenkin turvallisin – etenkin voimakkaasti kipulääkitylle äidille. (Deans 2005, 220.)

2.2 Kivunlievitys synnytyksessä

Synnytyskipu on yksi naisen elämän voimakkaimmista kipukokemuksista ja sitä on aikojen saatossa lievitetty mitä erilaisimpien loitsujen ja manausten sekä huumaita vaikutuksia aiheuttavien yrttien ja alkoholin avulla. Synnytyskipun hoidon historiassa käännteentekevä kohta oli Iso-Britannian kuningatar Viktorian viimeisten synnytysten hoidossa käytetty kloroformi 1850-luvulla, jonka myötä synnytyskipujen hoidosta tuli hyväksyttyä. Tästä johtuen hoidon tutkiminen ja kehittäminen otti suuren harppauksen 1900-luvun aikana. USA:ta voidaan Iso-Britannian ohella pitää edelläkävijänä synnytyskipun hoidossa ja kehittämisessä nopeasti kohonneen elintason ja vaurauden takia – jo 1930-luvulla epiduraalipuudutuksen käyttö oli näissä maissa yleistä, kun taas Suomessa ja muissa Pohjoismaissa yksistään

vaatimus synnytyskipun hoidon kehittamisestä tuli ajankohtaiseksi vasta 1960-luvun aikana. (Jouppila 2007, 203.)

Vuonna 1970 Arno Hollmén julkaisi ensimmäisen suomalaisen synnytyskipujen esiintymiseen liittyvän tutkimuksen, jossa valtaosan synnytyksistä todettiin olevan kivuliaita ja pahin kipu ilmeni avautumisvaiheen aikana. Tuloksista ilmeni myös, että kivuliaan synnytyskokemuksen läpikäynyt nainen suhtautui pelokkaasti tulevia synnytyksiä kohtaan. (Jouppila 2007, 204.) Tutkimustulokset yhdessä määrätietoisten synnyttäjien vaatimusten kanssa saivat aikaan tarpeen panostaa entisestään synnytysoppiin ja -kivunlievitykseen omana tieteenalanaan, jolloin tavanomaisten käytössä olleiden kipulääkkeiden, ilokaasun ja rentoutusmenetelmien ohelle vaadittiin turvalliseksi ja tehokkaiksi todistettuja puudutusmenetelmiä. (Jouppila 2007, 205.)

Synnytyskipun intensiteetti eli voimakkuus on yksilökohtainen – siihen vaikuttavat äidistä ja sikiöstä johtuvat anatomiset, fysiologiset ja psykologiset tekijät, kuten äidin lantion ja vauvan koko, vauvan synnytyksenaikainen tarjonta sekä äidin aiemmat kipukokemukset ja pelko synnytystapahtumaa kohtaan. Synnytyskipun voimakkuutta ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä on tutkittu ja on havaittu viitteitä siitä, että ensisynnyttäjät kokisivat sen voimakkaampana – synnytys kestää kuitenkin tavallisesti huomattavasti pidempään ensisynnyttäjillä ja sitä kautta myös kipukokemus pitkittyy aiheuttaen mahdollisesti kipukokemuksen voimistumisen. (Sarvela & Nuutila 2009, 1881.)

Synnyttäjät käsittelevät kivun tunnetta eri tavoin. Kivunlievityksestä ollaankin synnyttäjien keskuudessa montaa mieltä: toiset kokevat muun muassa onnistuvansa synnytyksessä paremmin kivun myötä, kun taas toisille kivun kokeminen saattaa aiheuttaa pelkkää kärsimystä ja pelkoa tulevia synnytyksiä kohtaan. Jokaisella synnyttäjällä on oikeus saada asianmukaista kivunlievitystä ja myös jokaisella on oikeus kieltäytyä siitä. (Sarvela & Nuutila 2009, 1881–1882.)

Kivun muoto vaihtelee synnytyksen vaiheiden mukaan. Avautumisvaiheen kipu johtuu kohdun supistuksista, kohdun alaosan ja kaulakanavan venymisestä ja on muodoltaan viskeraalista eli sisäelimissä, alavatsalla ja -selän alueella tuntuva, jomottavaa ja epämiellyttävää tylpänomaista kipua. Aktiivivaiheessa, kohdun kaulakanavan avautuessa yli neljä senttimetriä, kipu voimistuu, laajenee ja muuttuu

terävämmäksi, ja supistukset pidentyvät. (Jaakola 2008, 30.) Ponnistusvaiheessa kipu aiheutuu syntyvän lapsen tarjoutuvan osan painumisesta lantion kipuherkkiin alueisiin, jolloin hermot joutuvat puristuksiin, kudokset venyvät ja saattavat jopa repeytyä – tällöin kipu on polttavaa, terävää ja helposti paikallistettavissa reisien, emättimen ja välilihan alueelle. (Jaakola 2008, 30; Sarvela & Nuutila 2009, 1882.)

Synnytyskipu aiheuttaa haittavaikutuksia niin äidille kuin vauvallekin. Se aktivoi voimakkaasti äidin sympaattista hermostoa, jonka myötä sydämen työmäärä kasvaa. (Jaakola 2008, 30; Sarvela & Nuutila 2009, 1882.) Äidin hengitys voimistuu ja tihenee taajuudeltaan 60–70 kertaan minuutissa (Sarvela & Nuutila 2009, 1882) – hapenkulutus kasvaa jopa 40 %, kun käytössä ei ole minkäänlaista kivunlievitysmenetelmää (Jaakola 2008, 30). Etenkin supistusten aikana hengitys tiheenee ja muuttuu helposti hyperventilaatioksi. Supistuksen jälkeen synnyttävän äidin elimistö alkaa korjata aiheutunutta tilaa kompensoivan hypoventilaation avulla, jolloin sekä äiti että vauva altistuvat väliaikaiselle hypoksialle, kudosten hapen niukkuudelle. (Jaakola 2008, 30.)

Sympaattisen hermoston aktivoituminen ja synnytystilanteesta aiheutunut stressi lisäävät plasman katekoliamiinien pitoisuutta, jonka seurauksena kohdun supistustoiminta saattaa heikentyä (Sarvela & Nuutila 2009, 1882) ja verenvirtaus kohtuvaltimossa – ja samalla myös istukkaverenkierrossa – vähentyä. Tällöin vauvan hapensaanti heikkenee. (Jaakola 2008, 30.) Tehokas kivunlievitys, etenkin epiduraali- tai spinaalipuudutuksen käyttö, vähentää plasman katekoliamiinien pitoisuutta 50 %:lla ja parantaa samalla vauvan sekä synnyttävän äidin hapensaantia. (Jaakola 2008, 30; Sarvela & Nuutila 2009, 1882.)

Synnytyskipu saattaa kivunlievitysmenetelmän käytöstä riippumatta aiheuttaa synnyttävän äidin uupumista, jolloin pelko hallinnan tunteen menettämisestä kasvaa ja saattaa käydä toteenkin. (Jaakola 2008, 30.)

Kivulla on tunnetusti myös psykologisia vaikutuksia, joiden takia on erittäin tärkeää valmentaa odottava äiti synnytystapahtumaa varten: kivun voimakkuudesta, kestosta ja sen hoitomahdollisuuksista on annettava todenmukaista tietoa jo hyvissä ajoin, jotta tieto ehditään sisäistää ja soveltaa yksilöllisesti omalle kohdalle. Oman synnytyssairaalan synnytysvalmennukseen osallistuminen lievittää usein kipua pahentavia pelkoja ja ahdistusta. (Sarvela & Nuutila 2009, 1882.)

2.2.1 Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät

Suomessa vuosien 2008 ja 2009 välillä alateitse ensimmäisen lapsensa synnyttäneistä äideistä noin 96 %:lla ja noin 90 %:lla uudelleensynnyttäjistä oli käytössään vähintään yksi kivunlievitysmenetelmä (THL 2010, 2). Käytetyimmät lääkkeelliset synnytyskivun lievitysmenetelmät ovat Suomessa ehdottomasti typpioksiduuli, parenteraaliset opioidit sekä puudutukset, joita ovat epiduraali- ja spinaalipuudutus joko yhdistettyinä tai erikseen sekä pudendaali- ja paraservikaalipuudutukset. (Jaakola 2008, 31–33.)

Typpioksiduuli eli ilokaasu on ollut pitkään yksi käytetyimmistä synnytyskivun lievitysmenetelmistä, mutta sen käyttö on kuitenkin hieman vähentynyt vuosien 2004–2005 tasolta ja vuosina 2008–2009 sitä hyödynsi kivunlievitysmenetelmänä 62,7 % ensisynnyttäjistä (THL 2010, 4). Se on limakalvoja ärsyttämätön, turvallinen ja yksinkertaisesti annosteltava epäorgaaninen kaasu, jonka teho synnytyskivun lievityksessä on vaihteleva. (Ahonen, Tarvonen & Sainio 2009, 1061; Jaakola 2008, 31.) Jaakolan (2008, 31) mukaan joka kolmas synnyttävä kokee typpioksiduulin hyödylliseksi synnytyskivun lievityksessä, mutta vain joka kymmenes käyttäisi sitä ainoana kivunlievitysmenetelmänä. Ahosen, Tarvosen ja Sainion (2009, 1062–1063) kartoittamien tutkimusten mukaan typpioksiduulin hyödyllisyys vaihteli laidasta laitaan, mutta suurin osa tutkimuksiin osallistuneista naisista koki sen tehon vähintäänkin hyväksi. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat pahoinvointi ja oksentelu – jotka ovat synnytyksen aikana muutenkin yleisiä – sekä uneliaisuus, huimaus ja amnesia, joiden on todettu lisääntyvän typpioksiduulipitoisuuden kasvun myötä. (Ahonen ym. 2009, 1063.)

Jotta typpioksiduulin paras mahdollinen hyöty saadaan käyttöön, tulee synnyttäjälle opettaa oikea annosteluajankohta ja -tekniikka. Typpioksiduulin sisäänhengittäminen tulee ajoittaa heti supistuksen alkuun, sillä sen täysi kivunlievitysteho saavutetaan noin 45 sekunnin kuluttua hengittämisen aloituksesta. Supistusten välillä hengitetään normaalia huoneilmaa. (Ahonen ym. 2009, 1062; Jaakola 2008, 31.) Tekniikan opettelu ja inhalaation oikea ajoitus vaativat harjoittelua eikä kipua lievitävä teho välttämättä tunnu ensimmäisten supistusten aikana, minkä vuoksi osa synnyttäjistä on jo kokeiluvaiheessa valmis luopumaan sen käytöstä. Menetelmän

etuihin kuuluu se, että sitä voidaan hyödyntää tarpeen mukaan synnytyksen kaikissa vaiheissa, eri asennoissa sekä samanaikaisesti jopa vesiammeen yhteydessä. Se ei myöskään vaikuta osaltaan synnytyksen etenemiseen. (Ahonen ym. 2009, 1062–1063.)

Opioidit tarjoavat vaihtoehdon synnytyskivun lievitykseen silloin, kun muita menetelmiä ei voida hyödyntää (Jaakola 2008, 32). Synnytyskivun lievitykseen käytetyistä parenteraalisista opioideista tavallisin on ehdottomasti ollut petidiini, jonka käyttö on vähentynyt huomattavasti sen tunnettujen haittavaikutusten sekä tehokkaampien ja turvallisempien kivunlievitysmenetelmien myötä (Jaakola 2008, 31; Kokki, Ahonen & Palomäki 2010a, 114). Oksikodonia on käytetty Suomessa yleisesti akuutin kivun hoidossa ja sen tehoa ja käyttömahdollisuuksia on tutkittu lähinnä synnytyksen jälkeen ilmenevän kivun lievityksessä episiotomia- ja keisarinleikkauspotilailla. (Kokki ym. 2010a, 114.) Lyhytvaikutteisista opioideista fentanyyli on yleisin synnytyskivun lievityksessä käytetty lääke ja sen on todettu olevan muun muassa petidiiniä parempi vaihtoehto (Jaakola 2008, 31; Kokki ym. 2010a, 114–115). Uusi lyhytvaikutteinen opioidi, remifentaniili, tarjoaa houkuttelevan vaihtoehdon synnytyskivun lievitykseen, mutta vaatii henkilökunnalta päivitettyä osaamista käyttötapansa vuoksi (Kokki ym. 2010a, 114). Parenteraalisten opioidien käyttö lukeutuu tilastoissa muihin lääkkeellisiin kivunlievitysmenetelmiin, joita käytti vuosien 2008–2009 välillä 27,5 % ensisynnyttäjistä (THL 2010, 4).

Petidiini kulkeutuu istukan kautta vauvan verenkiertoon. Toistuvan ja 2–3 tuntia ennen syntymää tapahtuneen annostelun on todettu aiheuttavan vastasyntyneellä uneliaisuutta, imemisrefleksin heikkenemistä ja jopa hengityslamaa, joka ilmenee matalina happisaturaatioarvoina ja säännöllisen hengityksen alkamisen viiveenä, jolloin myös Apgarin pisteet ovat pienemmät (Nikkola 2007, 216). (Jaakola 2008, 31; Kokki ym. 2010a, 114.) Lääkkeen aiheuttaman kouristusriskin vuoksi sen käyttöä tulee välttää synnyttäjillä, joilla on todettu pre-eklampsia (Jaakola 2008, 31). Petidiinin käyttöä on suositeltu vain avautumisvaiheen kivunlievitykseen vastasyntyneeseen kohdistuvien haittojen vuoksi. Onnistuneen lihaspiston jälkeen petidiini imeytyy hitaasti, 30–45 minuutin sisällä. Sen vaikutusaika on lyhyt, 90–120 minuuttia ja teho tutkitusti vain kohtalainen. (Kokki ym. 2010a, 114.)

Oksikodonin on todettu petidiinin tavoin läpäisevän istukan, mutta vähäisen synnytyksen aikaisen käytön vuoksi sen haittavaikutuksia vastasyntyneeseen ei ole tarpeeksi tutkittu. Kun lääkettä annetaan synnytyksen aikana äidille, sen tiedetään kuitenkin erittyvän äidinmaitoon 24 tunnin ajan. Tavallisimmat äidille aiheutuneet haittavaikutukset ovat monien muiden opioidien tapaan pahoinvointi, huimaus, väsymys ja kutina. (Kokki ym. 2010a, 114.) Kokki, Gonzalez Franco, Raatikainen, Heinonen, Sankilampi, Neuvonen ja Kokki (2010b, 333) ovat tutkineet laskimoon annettavan oksikodonin tehoa ja turvallisuutta ensisynnyttäjillä ja tulosten mukaan oksikodonin todettiin olevan tehokas synnytyksen avautumisvaiheen kivunlievityksessä, kun kerta-annos oli 5mg tai vähemmän – tällöin lääkkeellä ei todettu olevan juurikaan vaikutusta vastasyntyneeseen tai hänen vireyteensä.

Myös **fentanyyli** aiheuttaa vastasyntyneessä haittoja, vaikka varsin kattavaa tutkimusnäyttöä aiheesta ei ole saatu (Nikkola 2003, 2067). Nikkolan (2003, 2066–2067) väitöskirjan pohjalta tehdyn tutkimusartikkelin mukaan merkittävimpiin vauvalle aiheutuviin haittoihin kuuluvat synnytyksen aikaisten hengitys- ja vartalon liikkeiden vähentyminen lääkkeen annon jälkeen. Vastasyntyneillä on tutkittu esiintyvän yhtä paljon vähäisiä Apgar-pistemääriä, kuin muiden opioidien annon yhteydessä. Verrattuna puuduteanalgesiaan, fentanyyliä synnytyksen aikana saaneiden äitien vauvoilla on tutkittu olevan alhaisempi happisaturaatio, usein alle 90 % (Kokki ym. 2010a, 115). Lisäksi naloksonin eli opioidin vastavaikuttajalääkeaineen tarve fentanyyliä saaneiden äitien vauvoilla oli mainittava, mutta petidiiniin verrattuna vähäinen (Nikkola 2003, 2067). Fentanyyli annostellaan kerta-annoksina suonensisäisesti – sen vaikutusaika on lyhyt ja kivunlievitysteho huipussaan 3–4 minuutissa. (Jaakola 2008, 31.)

Remifentaniilin haittavaikutukset vastasyntyneessä jäävät vähäisiksi lääkkeen nopean eliminaation vuoksi (Kokki ym. 2010a, 114), mutta tutkimukset sen turvallisuudesta on vielä puutteellisia (Volmanen 2010, 105). Liiallinen sedaatio, pahoinvointi ja oksentelu ovat synnyttävällä äidillä tyypillisimmät haittavaikutukset ja vastasyntyneellä voi lisäksi olla matalia happisaturaatioarvoja. Remifentaniili voidaan annostella PCA-kipupumpun avulla: tutkimusten mukaan PCA:n avulla annosteltu remifentaniili on puolet tehokkaampi kuin typpioksiduuli ja epiduraalianalgesiaan verrattuna sen kivunlievitystehoa pidettiin yhtä hyvänä, vaikka kipuarvojen raportoitiin olevan korkeammat. (Kokki ym. 2010a, 114; Volmanen 2010, 105.)

Puudutusten käyttö synnytyskivun lievityksessä on lisääntynyt merkittävästi. Vuosina 2008–2009 epiduraalipuudutuksen sai 45 % kaikista Suomessa synnyttäneistä naisista ja ensisynnyttäjistä jopa 71,2 % hyödynsi epiduraalipuudutusta synnytyksessään kivunlievitysmenetelmänä. (THL 2010, 2-3.) Sairaaloissa, joissa on tilastoitu alle 750 synnytystä vuodessa, oli niin ensi- kuin uudelleensynnyttäjienkin spinaalipuudutuksen käyttö noussut vuosien 2006–2007 tasolta viisi prosenttiyksikköä. Eniten spinaalipuudutusta hyödynsivät uudelleensynnyttäjät, joista 21,6 % sai kyseisen puudutuksen vuosien 2008–2009 välillä. (THL 2010, 3.) Epiduraali- ja spinaalipuudutuksen yhdistelmää käytettiin erittäin vähän koko maassa: eniten sitä hyödynnettiin yli 1500 synnytyksen vuositason sairaaloissa, ja niissäkin ainoastaan 0,7 %:lla kaikista synnyttäjistä (THL 2010, 3-4). Paraservikaalipuudutuksen suosio on vaihdellut vuosien mittaan ja vuosina 2008–2009 sitä hyödynsi 17,1 % kaikista synnyttäjistä sekä ensisynnyttäjistä 12,3 %. Pudendaalipuudutuksen suosio on säilynyt Suomessa vähäisenä, mutta hieman kasvusuuntaisena: vuosina 2008–2009 sen sai 6,2 % kaikista synnyttäjistä. (THL 2010, 4.)

Sentraalisiin puudutuksiin lukeutuvat epiduraali- ja spinaalipuudutus sekä niiden yhdistelmä ovat tutkitusti tehokkaimpia synnytyskivun lievitysmenetelmiä (Jaakola 2008, 32; Kokki ym. 2010a, 112; Sarvela & Nuutila 2009, 1885). Näiden puudutuksien etuihin kuuluu se, että synnyttäjän vireystila ei heikkene verrattuna esimerkiksi opioidien käyttöön. Puudutuksen mahdollistaman tehokkaan kivunlievityksen ansiosta ei äidin eikä vauvan hapensaanti heikkene ja vähentynyt stressihormonin erityys lieventää synnytyksen aiheuttamaa kuormitusta. Puudutusta ei voida hyödyntää kivunlievitysmenetelmänä, mikäli äidillä on alaselän iholla jokin infektio, käytössä veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys tai veren hyytymisvajausta – alaselän tatuointi ei estä puudutuksen laittoa, mutta juuri tatuoinnin kohdalta ei epiduraalilinjaa voida pistää läpi. (Sarvela, Viitanen & Toivonen 2009.)

Epiduraalipuudutuksen tarkoituksena on säilyttää synnyttäjän liikuntakyky sekä ponnistusvoima, joka mahdollistuu epiduraalitilaan annosteltavan puudutekipuläläkeseoksen koostumuksen säätelyllä (Jaakola 2008, 32; Sarvela & Nuutila 2009, 1885). Puudutus voi toimia joko kertaluontoisena pistoksena tai sitä voidaan jatkaa epiduraalitilaan jätettävän katetrin avulla, jolloin puudutekipuläläkeseosta voidaan annostella pieninä kerta-annoksina tai jatkuvana infuusiona – myös synnyttäjän itse annostelema kivunhoito epiduraalikatetriin liitettävällä PCEA-laitteella

(patient controlled epidural analgesia) on tehokas valinta niille synnyttäjille, jotka hyötyvät itse annostellun lääkkeen tuottamasta hallinnan tunteesta. (Jaakola 2008, 32; Sarvela & Nuutila 2009, 1885–1886; Sarvela ym. 2009.) Kivunlievitysteho alkaa noin 5–15 minuutin kuluessa ja kestää keskimäärin kaksi tuntia (Sarvela ym. 2009). Mahdollisiin haittavaikutuksiin lukeutuvat refleksinomaisen ponnistustarpeen ja -kyvyn heikkeneminen sekä supistusten heikkeneminen liiallisen puutumisen seurauksena, jolloin synnytys ja sikiön tarjoutuvan osan laskeutuminen saattavat pitkittyä. (Nuutila & Halonen 2003, 51.)

Spinaalipuudutusta hyödynnetään pääasiassa uudelleensynnyttäjillä: erityisesti äideillä, joiden synnytys on tavallisesti edennyt nopeasti. Myös silloin, kun äiti toivoo hyvää kivunlievitystä etenkin ponnistusvaiheessa, on spinaalipuudutus paras valinta. (Jaakola 2008, 32–33; Sarvela & Nuutila 2009, 1886.) Spinaalipuudutus on kertaluontoinen, mistä johtuu myös sen rajallinen kesto: kivunlievitysteho saavutetaan erittäin nopeasti ja se säilyy hyvänä maksimissaan kaksi tuntia. Puudutteen ja vahvan kipulääkkeen muodostama seos annostellaan selkäydinnesteen täyttämään tilaan ohuella neulalla, jonka käytön myötä postspinaalipäänsäryn esiintyminen on huomattavasti vähentynyt. (Jaakola 2008, 33; Sarvela ym. 2009.) Päänsäryn ohella haittavaikutuksina voidaan pitää lyhyttä kestoäidille aiheutuvaa kutinaa sekä etenkin ensisynnyttäjillä ilmenevää ponnistusvoiman vähentymistä, joka lisää imukupin käyttöriskiä synnytyksessä. (Viitanen 2002, 248–249.)

Yhdistetyssä epiduraali- ja spinaalipuudutuksessa voidaan hyödyntää epiduraalipuudutuksen jatkuvuutta ja spinaalipuudutuksen tuomaa, lähes välitöntä kivunlievitystehoa. Puudute asetetaan kertapistoksena: se aloitetaan laittamalla puudute selkäydintilaan spinaalineulan avulla, jonka jälkeen epiduraalikatetri asetetaan epiduraalitilaan, neula-neulan läpi -tekniikalla. (Jaakola 2008, 33; Sarvela & Nuutila 2009, 1886.)

Paraservikaali- eli kohdunkaulanpuudutus soveltuu hyvin uudelleensynnyttäjille sekä äideille, joiden synnytys etenee nopeasti, sillä puudutuksen vaikutus alkaa nopeasti ja kestää korkeintaan reilun tunnin – puudutus voidaan äidin toiveen mukaan myös uusida. (Jaakola 2008, 32; Kokki ym. 2010a, 112–113; Sarvela & Nuutila 2009, 1886.) Puudutuksen tehon on kuitenkin todettu olevan paras ensisynnyttäjillä (Kokki ym. 2010a, 113). Puudutusta suositellaan avautumisvaiheen

kivunlievitykseen: edellytyksenä on, että sikiön sydänäänikäyrä on normaali, tarjoutuva osa laskeutunut äidin lantioon painaen kohdunsuuta ja että supistukset ovat voimakkaita ja säännöllisiä (Kokki ym. 2010a, 113). Gynekologi asettaa puudutteen mahdollisuuksien mukaan supistusten välissä, pistämällä puudutusainetta emättimen pohjukan alaosaan kahteen eri kohtaan. Toimenpiteen ajaksi äiti ohjataan selinmakuulle ja jalat koukistetaan haara-asentoon. (Kokki ym. 2010a, 113.)

Pudendaali- eli häpyhermon puudutus soveltuu puolestaan ponnistusvaiheen kivunlievitykseen, kun muita puudutuksia ei ole asetettu (Sarvela & Nuutila 2009, 1886). Puudutuksen tehoon vaikuttaa eniten oikea pistotekniikka. Gynekologi asettaa puudutuksen aivan avautumisvaiheen lopussa emättimen kautta ja äiti ohjataan samaan asentoon kuin paraservikaalipuudutusta laitettaessa. (Jaakola 2008, 32; Kokki ym. 2010a, 113.)

2.2.2 Ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät

Tavallisimpia ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä synnytyksessä ovat vesi (Nylund, Tunnela & Valtonen 2009; Raussi-Lehto & Melender 2008), lämpö- (Raussi-Lehto & Melender 2008) ja kylmähoidot (Hautaniemi & Lamberg 2010; Raussi-Lehto & Melender 2008), akvarakkulat (Kokki ym. 2010a; Nylund ym. 2009; Raussi-Lehto & Melender 2008) ja akupunktio (Nylund ym. 2009; Silvola 2003) sekä rentoutusmenetelmistä hieronta (Nylund ym. 2009; Raussi-Lehto & Melender 2008), asento- ja liikehoito (Nylund ym. 2009; Raussi-Lehto & Melender 2008) sekä hengitysharjoitukset (Raussi-Lehto & Melender 2008; Rautaparta 2008; Rautaparta 2004).

Vesi muuttaa kivuntunteen siedettäväksi (Nylund ym. 2009, 14). Lämpimän kylvyn ja suihkun on todettu lieventävän synnyttäjän kokemia kipuja sekä vähentävän muiden kivunlievitysmenetelmien tarvetta etenkin synnytyksen avautumisvaiheen aikana (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36). Vesi itsessään ei aiheuta haittoja synnytyksen kulkuun tai vastasyntyneen vointiin (Raussi-Lehto & Melender 2008,

36), mutta liian aikaisessa, synnytyksen latenttivaiheessa, aloitettu kylpeminen tai suihkuttelu saattaa vähentää tai jopa hetkellisesti lopettaa supistelun (Nylund ym. 2009, 14). Veden käyttö suositellaan aloitettavan, kun kohdunsuu on vähintään viisi senttiä auki ja jatkettavan yhtäjaksoisesti enintään kaksi tuntia, sillä kivunlievitysteho ei kestä usein tuntia kauempaa (Nylund ym. 2009, 14).

Lämpöhoitoa voidaan antaa kuumavesipullon, kauratyynyn, lämpöhuovan tai kuumaan veteen kasteltujen kääreiden avulla. Hoito kohdistetaan suoraan välilihan ja nivusten tai selän ja alavatsan alueelle. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36.) Suurin hyöty saadaan avautumisvaiheen lopussa, jolloin vauvan tarjoutuva osa painaa välilihaa, mistä aiheutuu kipua (Raussi-Lehto & Melender 2008, 37).

Kylmähoitoa annetaan kylmägeeli- tai jääpussien sekä kylmien kääreiden avulla niin synnytyksen aikana – selän, kasvojen ja rinnan alueelle – kuin sen jälkeenkin – välilihan alueelle (Hautaniemi & Lamberg 2010, 8; Raussi-Lehto & Melender 2008, 37). Avautumisvaiheessa kylmähoito tulee kohdistaa selän ja vatsan alueelle, ja ponnistusvaiheessa kasvojen ja rinnan alueelle (Hautaniemi & Lamberg 2010, 8). Mikäli kylmä- tai lämpöhoitoa käytetään yhdessä puudutusten kanssa, on varmistettava, ettei synnyttäjälle aiheudu palo- tai paleltumavammoja alavartalon puutteellisen lämpöaistin takia (Hautaniemi & Lamberg 2010, 8; Raussi-Lehto & Melender 2008, 37). Kylmähoito on tehokas episiotomiahaavan ja repeämien hoidossa, sillä kylmä supistaa verisuonia, vähentää kudosturvotusta ja hidastaa kipupulssien johtumista (Hautaniemi & Lamberg 2010, 8).

Akvarakkuloita käytetään synnytyksen avautumisvaiheen alussa lievittämään tavallisimmin alaselässä tuntuvaa pahinta kipukohtaa (Nylund ym. 2009, 14; Raussi-Lehto & Melender 2008, 37). Menetelmässä pistetään nopeasti steriiliä vettä ihon sisään muutamaan eri kohtaan, jolloin kivulias injisointi saa aikaan paikallisen ärsytyksen, jonka myötä menetelmän onnistuttua kivuntunne helpottaa keskimäärin yhden tunnin ajaksi (Kokki ym. 2008, 115; Nylund ym. 2009, 14; Raussi-Lehto & Melender 2008, 37).

Akupunktiossa iholle kipualueen akupisteisiin – ja synnytyskipua hoidettaessa etenkin käsien, jalkojen ja korvien pisteisiin – asetellaan akupunktioneuloja (Nylund ym. 2009, 14). Ne saavat aikaan muun muassa hermostimulaation ja elimistön endorfiinien erityksen tehostumisen, jotka selittävät osittain akupunktion vaiku-

tusta, vaikka tarkkaa vaikutusmekanismia ei tunneta – vaikutus perustuu osittain myös psyykkisiin mekanismeihin (Silvola 2003,111). Menetelmä on tehokkain synnytyksen avautumisvaiheen aikana (Silvola 2003,112), ja sen myötä muiden kivunlievitysmenetelmien tarve on vähentynyt (Nylund ym. 2009, 14).

Hieronta on yksi tavallisimmista rentoutumismenetelmistä – paikallinen paine ja kosketus kipeytyneessä kohdassa estävät kipuimpulssin kulkeutumisen hermoraotoja pitkin, jolloin viesti kivun tunteesta ei etene aivoihin yhtä voimakkaasti ja kipu helpottaa hetkellisesti (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36). Hieronta myös rauhoittaa sekä edistää turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hieronnan antajaan (Nylund ym. 2009, 14). **Liikkuminen ja itselle sopivan asennon hakeminen** lievittävät myös synnytyskipua ja auttavat rentoutumaan. Avautumisvaiheen asennoista pysty- ja istuva-asento ovat tutkitusti kivun kannalta parhaimmat vaihtoehdot ja ne nopeuttavat synnytyksen kulkua – myös kevyt liikehdintä edistää supistustoimintaa. (Nylund ym. 2009, 14; Raussi-Lehto & Melender 2008, 36.)

Hengitysharjoitukset auttavat rentoutumismenetelmien ohella siirtämään ajatukset pois kivuntunteesta ja luomaan olosta olosuhteisiin nähden mahdollisimman hyvän (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36). Synnytyskipun lieventämisen kannalta on tärkeintä muistaa hengittää normaalisti, syvään ja rauhalliseen tahtiin (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36; Rautaparta 2004, 101). Kivun takia voi tuntua vaikealta rauhoittaa omaa hengitystä, mutta muun muassa erilaisten äänteiden – ”aaaa”, ”mmmm” – ja synnytykslaulun on tutkittu helpottavan siinä (Rautaparta 2008, 62).

2.3 Synnytyksen aikana käytettävät valvontalaitteet

Tärkein synnytyksen aikana käytettävä valvontalaite on ehdottomasti joko ulkoisesti tai sisäisesti sikiön sykekäyrää ja kohdun supistustiheyttä reaaliajassa rekisteröivä KTG- eli kardiotokografialaite (Timonen & Erkkola 2004, 2417; Tihtonen ym. 2009, 1758), jolla saatavaa tietoa voidaan täydentää mahdollisuuksien mukaan käytettävissä olevan STAN-laitteen avulla, joka analysoi sisäisesti sikiön sy-

dämen elektrokardiogrammia (EKG) eli sydänsähkökäyrää (Tihtonen, Grahn & Kaila 2009, 1757). Sikiön voinnin laitteellinen valvonta on tärkeää, jotta havaitaan ajoissa, mikäli syntymän aiheuttama rasitus käy liian voimakkaaksi sikiölle – liiallinen rasitus saa aikaan elimistön selviytymismekanismien käyttöönoton, jolloin riski kehityksen vaurioille kasvaa (Timonen 2007, 2289).

KTG-rekisteröinti synnytyksen aikana on vuosikymmenien varrella vähentänyt huomattavasti vastasyntyneiden kuolleisuutta Suomessa, ja sen avulla löydetään helposti tapaukset, joissa sikiön seurantaan tarvitaan täydentäviä menetelmiä (Timonen & Erkkola 2004, 2417). KTG:a voidaan käyttää ulkoisesti äidin vatsalle asetettavien elektrodien avulla tai se voidaan vaihtaa sikiökalvojen puhjettua sisäisesti toteutettavaan rekisteröintiin, jossa sikiön päänahkaan kiinnitetään niin sanottu pinni eli elektrodi, joka mittaa samalla tavalla sikiön sykekäyrää, mutta on kuitenkin hieman luotettavampi kuin ulkoinen rekisteröinti (Timonen & Erkkola 2004, 2417; Tihtonen ym. 2009, 1758). KTG-käyrää voidaan pitää normaalina, kun sikiön syketaajuus on 110–150 kertaa minuutissa ja syketaajuus riittävän vaihteleva, 5–25 kertaa minuutissa (Timonen & Erkkola 2004, 2417–2418).

STAN-laite kertoo sikiön voinnista vain sisäisen rekisteröinnin avulla, sikiön tarjoutuvaan osaan asetetun elektrodin avulla (Timonen & Erkkola 2004, 2419; Tihtonen ym. 2009, 1757). Sen avulla saadaan myös reaaliaikaista tietoa, joka kohdistuu tarkemmin sikiön sydämen läpikäymiin reaktioihin, joita itse syntymä aiheuttaa. Tulkinnessa muun muassa hapenpuute ilmenee sikiön sydänsähkökäyrässä näkyvän T-aallon kohoamisena tai kaksivaiheisena ST-segmenttinä. (Timonen 2007, 2289.) Menetelmää käytetään lähinnä riskiryhmille, joita ovat yli- tai ennenaikaiset synnytykset, ennustettu lapsen pienipainoisuus ja sairaalassa käynnistetyt synnytykset. (Tihtonen ym. 2009, 1757.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sairaalassa tapahtuvaa synnytysvalmennusta kartoittamalla aikaisempien tutkimusten avulla, millaista on kohderyhmäänsä hyvin palveleva synnytysvalmennus. Tavoitteena on luoda hyvä ja asiantunteva pohja tulevalle Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysyksikön DVD:lle, jonka avulla ensisynnyttäjäperhe tutustuu synnytysyksikköön ja saa tietoa synnytystapahtumaan kuuluvista asioista.

Tässä opinnäytetyössä haemme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin kirjallisuuden ja tutkimustiedon pohjalta:

1. Mistä asioista sairaaloiden synnytysvalmennus on ensisynnyttäjäperheiden kertomusten mukaan koostunut?
2. Millaisia asioita ensisynnyttäjäperheet odottavat sairaalan synnytysvalmennukselta?

Koska opinnäytetyömme taustalla on Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysyksikön tarve saada synnytysvalmennuksessa apuna käytettävä synnytysyksikön esittely-DVD, olemme rajanneet aihepiirin koskemaan sairaalassa tapahtuvaa synnytysvalmennusta. Lisäksi tarkastelemme synnytysvalmennusta ensisynnyttäjäperheiden näkökulmasta, sillä nykyään synnytysvalmennusta järjestetään pääosin ensimmäistä lastaan odottaville perheille, joille synnytystapahtuma on uusi kokemus ja joille hyöty valmennuksesta on suurin. Tutkimuksen rajauksen tarkoituksena on saada kehittämistehtävänä tuottamastamme DVD:stä selkeä ja paremmin ensisynnyttäjäperheiden tarpeita palveleva kokonaisuus.

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Toteutamme opinnäytetyömme kirjallisuuteen ja tutkimustietoon pohjautuvan systemaattinen kirjallisuuskatsaus -menetelmän avulla ja analysoimme vuoden 2010 aikana keräämämme ja lopullisesti kevään 2011 aikana valitsemamme tutkimusaineiston käyttämällä kuvailevaa induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysi -menetelmää.

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyömme toteutetaan systemaattisen kirjallisuuskatsaus -menetelmän avulla, joka mahdollistaa jo olemassa olevan tutkimustiedon tunnistamisen, keräämisen ja laadun arvioinnin rajaamiemme tutkimuskysymysten näkökulmasta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan selvittää, kuinka paljon kyseiseen aihepiiriin liittyviä tutkimuksia on tehty ja millaisia tutkimusmenetelmiä, näkökulmia ja rajauksia tutkimusten sisällöissä ja toteutuksessa on käytetty. Tavallisesta kirjallisuuskatsauksesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa sen tarkkaan määritellyn tarkoituksen, yksityiskohtaisesti kuvatun alkuperäistutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessin vuoksi. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytetään vain korkealaatuisia tutkimuksia, jotka ovat aiheen kannalta olennaisia ja tarkoituksenmukaisia. (Johansson 2007, 3–5.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen päävaiheisiin lukeutuvat varsinainen katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen tutkimussuunnitelman pohjalta, aineiston analysointi ja lopullisen synteetin eli tutkimustulosten muodostaminen sekä valmiin katsauksen raportointi. Katsauksen suunnitteluvaihe sisältää aihepiirin rajauksen ja tutkimussuunnitelman laatimisen, ja tekovaihe aineiston haku- ja valinta-prosessin. Katsauksen toistettavuuden ja virheiden välttämisen takia jokainen

vaihe tulee määrittää tarkasti sekä dokumentoida huolellisesti, jotta lukija pystyy ikään kuin seuraamaan tutkimusprosessia sen vaiheiden mukaan ilman, että tietää tutkimuksesta ja sen kulusta alun perin mitään. (Johansson 2007, 3–5; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–41.)

4.2 Aineiston haku ja valinta

Alustava aineiston haku ja valinta tapahtui vuoden 2010 aikana rajaamiemme tutkimuskysymysten pohjalta pääosin elektronisesti, mutta myös manuaalista tiedonhakuja hyödyntäen. Manuaalinen aineiston haku tapahtui syksyllä 2010 Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun koulutuskirjastossa, jossa kävimme läpi kaikki Kätilölehdet vuosilta 2001–2010. Elektronisesti toteutetussa aineiston haussa käytimme Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun koulutuskirjaston Colibri-aineistotietokantaa, suomalaista terveystieteiden Medic-artikkeliviitetietokantaa, kansallista hoitotieteiden Cinahl-viitetietokantaa, yliopistokirjastojen Linda-yhteistietokantaa, kotimaisten aikakaus- ja sanomalehtien Aleksiviitetietokantaa sekä elektronista Theseus-verkkokirjastoa. Viimeinen tiedonhaku tapahtui maaliskuussa 2011 yhteistyössä Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun koulutuskirjaston informaattikon kanssa. Opinnäytetyömme aineisto on monipuolinen ja se koostuu väitöskirjoista, pro gradu -tutkielmista, hoito- ja lääketieteellisten lehtien tutkimusartikkeleista sekä laadullisin että määrällisin tutkimusmenetelmin toteutetuista opinnäytetöistä.

Aineistoa etsiessämme hakusanoina käytimme seuraavia sanoja sekä niiden yhdistelmiä: synnytysvalmennus, synnytys, sairaalat, prenatal care, Finland, antenatal class(es) ja childbirth education. Käytetyt hakusanat tietokannoittain on esitelty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Käytetyt hakusanat tietokannoittain

Tietokanta/ Manuaalinen haku	HAKUSANA*						
	Synnytytys- valmennus	Synnytys	Sairaalat	Prenatal care	Finland	Antenatal class(es)	Childbirth education
Aleksi	+	+	+				
Cinahl				+	+	+	+
Colibri	+	+	+				
Kättilölehti	+						
Linda	+	+	+	+		+	+
Medic	+	+	+				
Theseus	+						

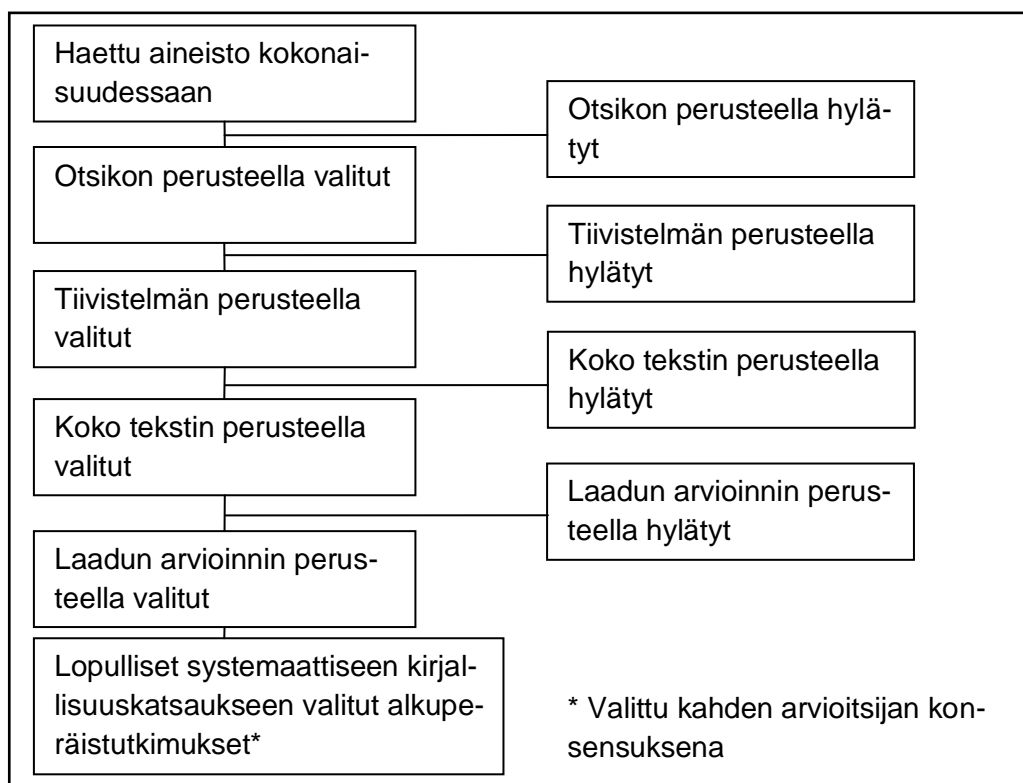
*Käytimme 22.3.2011 tapahtuneessa viimeisessä tiedonhaussa valitsemisamme tietokannoissa hakusanoja yksin ja yhdistelminä sekä fraaseina ja lainausmerkeissä. Tietokannasta riippuen hyödynsimme tiedonhaussa mahdollisuutta etsiä aineistoa hakusanoja vastaavilla synonyymeillä.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää määritellä tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit alkuperäistutkimuksia varten. Määrittelimme kriteerit ennen tutkimusaineiston hakua ja valintaa, ja ne perustuvat tutkimuskysymyksiimme. (Stolt & Routasalo 2007, 58–59; Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2003, 29–34.) Opinnäytetyömme alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit on määriteltä taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit
Tutkimukset ja niistä tehdyt tieteelliset artikkelit on julkaistu vuosina 2000–2011.
Tutkimusten ja niistä tehtyjen artikkeleiden ja teosten julkaisukieli on suomi tai englanti.
Aineisto on saatavissa kokonaan joko elektronisessa (Full Text) tai kirjallisessa muodossa.
Tutkimukset ja niistä tehdyt tieteelliset artikkelit, jotka käsittelevät synnytytysvalmennusta Suomen oloissa.
Hoito- ja lääketieteelliset tutkimukset sekä niistä tehdyt artikkelit, joissa käsitellään synnytytysvalmennusta sairaalassa ensisynnyttäjäperheiden kokemana niin, että ne vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin.
Aineisto, jossa esiintyy yksi tai useampi hakusanoista: ”synnytytysvalmennus”, ”synnytys”, ”sairaalat”, ”prenatal care”, ”Finland”, ”antenatal class(es)”, ”childbirth education”.
Pelkkää perhevalmennusta käsittelevät tutkimukset rajataan aineiston ulkopuolelle.

Lopullinen opinnäytetyöhömmme hyväksyttävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtui vaiheittain siten, että alkuperäistutkimukset vastasivat asettamiimme sisäänottokriteereitä. Tarkastelimme alkuperäistutkimusten vastaavuutta portaittain (KUVIO 1.). Aluksi alkuperäistutkimuksista luettiin otsikot ja valittiin tutkimukset, joiden otsikko vastasi sisäänotto- ja poissulkukriteereitä, mutta mikäli vastaavuus ei selvinnyt otsikosta, luettiin abstrakti tai koko teksti, joiden perusteella valinta suoritettiin. Lopullinen valinta tapahtui tutkimusten laadun arvioinnin perusteella. (Khan ym. 2003, 22, 31–32; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41–43.)



KUVIO 1. Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi (mukaillen Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2003, 22.)

Sekä alkuperäistutkimusten vastaavuutta että niiden laatua ja sitä kautta luotettavuutta tulee arvioida kaksi henkilöä, joten suoritimme aluksi itsenäisen, toisistamme riippumattoman arvioinnin kuvion 1 osoittamalla tavalla. Lopuksi muodostimme itsenäisten arviointiemme pohjalta yhteisen, molempien hyväksymän arvion, jonka perusteella lopulliset alkuperäistutkimukset hyväksyttiin opinnäytetyön aineistoksi.

Tällä menetelmällä opinnäytetyönämme toteuttamaan systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoituva aineisto vastaa parhaalla mahdollisella tavalla asetamiimme tutkimuskysymyksiin ja noudattaa sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. (Khan ym. 2003, 32; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41–42; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51–54.) Alkuperäistutkimusten laadun arviointi vaikuttaa lopullisten tutkimusten valintaan ja lisää tutkimuksen luotettavuutta. Laatua tarkastellaan ja arvioidaan esimerkiksi alkuperäistutkimusten tutkimusmenetelmien ja alkuperäistutkimusten sovellettavuuden kannalta, joiden pohjalta voidaan laatia alkuperäistutkimusten laatua arvioiva tarkistuslista. (Khan ym. 2003, 35–37; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41–43.)

Arvioimme opinnäytetyöhömmme otettavien alkuperäistutkimusten laatua erillisellä laadunarviointi-kaavakkeella (LIITE 1). Kaavakkeen maksimipistemäärä on laadullisten tutkimusten kohdalla 16 ja määrällisten tutkimusten kohdalla 15, sillä kaavakkeessa on yksi kriteeri, joka koskee vain laadullisia tutkimuksia. Opinnäytetyöhömmme hyväksyttiin mukaan ne tutkimukset, jotka saivat vähintään puolet näistä pisteistä. Hyväksyimme alkuperäisaineistoon yhden määrällisellä tutkimusmenetelmällä toteutetun tutkimusartikkelin, joka sai laadun arvioinnissa yhteensä 7 pistettä eli juuri alle vaaditun pistemäärän. Artikkelin valittiin, koska siinä käsiteltyä tutkimusta ei ollut kokonaisuudessaan saatavilla ja koska sen tuottama tieto oli opinnäytetyömme kannalta merkityksellistä. Useissa tutkimuksista tehdyissä artikkeleissa etenkin tutkimusmenetelmien sekä tutkimuksen taustan ja tarkoituksen kuvaukset ovat puutteellisia, joten mielestämme hylkääminen niiden perusteella olisi ollut tutkimuksella saadun tiedon kannalta väärin.

Tutkimuskysymyksiimme vastaavia alkuperäistutkimuksia löytyi hajanaisesti, joten jouduimme käyttämään useampaa eri tietokantaa alustavassa tiedonhaussa. Käytettyjen tietokantojen valinta varmistui viimeisen tiedonhakukerran yhteydessä. Tietokantojen valinnan perusteena käytettiin yksinkertaisesti sitä, kuinka paljon tutkimuskysymyksiimme vastaavia ja alkuperäistutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteereitä noudattavia tutkimuksia käytetyillä hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä löytyi. Käytetyt tietokannat ja niistä kuvion 1 perusteella saadut alkuperäistutkimusten määrät on esitelty taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Käytetyt tietokannat ja alkuperäistutkimusten määrät

Tietokanta / Manuaalinen haku	Tuloksia yhteensä	Otsikon perusteella hyväksytyt	Tiivistelmän perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt	Laadun arvi- oinnin perus- teella hyväk- sytyt	Tutkimuk- seen hy- väksytyt
Aleksi	99	1	1	0	0	0
Cinahl	62	3	0	0	0	0
Colibri	13	6	4	4	4	(4)
Kättilölehti	3	3	2	2	1	1
Linda	62	7	3	3	3	(3)
Medic	11	7	4	4	4	(4)
Theseus	41	3	2	1	1	1
Yhteensä	290	28	15	13	13	11*

*Hausssa yksi tutkimus löytyi sekä Colibrista, Lindasta ja Medicista. Tutkimus on laskettu kunkin tietokannan kohdalla, mutta lopullinen tutkimusten yhteenlaskettu määrä on kuitenkin pienempi, koska kyseinen tutkimus on huomioitu vain kerran.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus -menetelmällä toteuttamaamme opinnäytetyöhön hyväksytyt alkuperäistutkimukset on esitelty taulukossa 4. Alkuperäistutkimukset on luetteloidu taulukossa laadun perusteella siten, että laadukkain (laadun arvioinnissa yhteensä täydet 16 pistettä saanut alkuperäistutkimus) on taulukossa ensimmäisenä ja heikkolaatuisin (laadun arvioinnissa 7 pistettä saanut alkuperäistutkimus) viimeisenä. Jokaisen tutkimuksen kohdalla on selostettu lyhyesti tutkimuksen tekijä tai tekijät, tutkimustyyppi, tutkimuksen toteutuspaikka ja -vuosi, käytetty aineisto ja tutkimusmenetelmät sekä keskeisimmät tulokset. Lisäksi jokaisen tutkimuksen kohdalta löytyy aineiston analyysivaiheessa käytetty värikoodi.

TAULUKKO 4. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt alkuperäistutkimukset (luetteloitu laadun mukaan)

Tekijä(t), tutkimus	Paikka, vuosi	Tarkoitus/ tavoite	Aineisto/tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Haapio, S. Pro gradu-tutkielma Laadullinen tutkimus 16 pistettä ●	Helsinki, 2006	Tarkoituksena kuvata valmennuksessa käytetyn opetusmenetelmän toimivuutta ja käytännön toteutusta sekä vanhempien kokemuksia sairaalassa tapahtuvasta synnytysvalmennuksesta. Tavoitteena tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää äitiyshuoltoa ja synnytysvalmennusta vastaamaan entistä paremmin vanhempien tarpeisiin.	6 ensisynnyttäjäpariskuntaa (N=12) Teemahaastattelu Sisällön analyysi	Valmennusympäristö hyvä ja tutustumiskäynti turvallisuuden tunnetta lisäävä. Kätilöön tutustuminen tärkeää. Synnytyksen hoitotapoihin tutustuminen vahvisti synnytyksen aikaista hallinnan tunnetta. Henkiseen valmentautumiseen enemmän ohjausta. Synnytyksestä konkreettista tietoa. Sairaalan valmennuksen koettiin täydentävän neuvolan valmennusta, mutta samojen asioiden toistamista ei haluttu.
Mesiäislehto-Soukka, H. Väitöskirja Laadullinen tutkimus 13,5 pistettä ●	Suomi, 2005	Tarkoituksena kuvata isien kokemuksia perheenisäydestä. Tavoitteena tuottaa isien kokemuksellista tietoa perheenisäydestä.	15 isää (N=15) Avoin haastattelu Sisällön analyysi	Perheen kohtaaminen ja sairaalahoito äitisuuntautunutta ja isät ohittavaa. Perhevalmennukselta odotettiin tiedon saamista, tunteiden ja kokemusten käsittelyä ennen ja jälkeen synnytyksen sekä valmentautumista isyyteen. Valmennukset koettiin puutteellisena, kun niissä ei keskusteltu, eikä niissä ollut kokenutta isää mukana. Tieto ei ole yksilökohtaista.
Ranta-Valkama, P., Saukкориipi, M. & Väyrynen, V. Opinnäytetyö Määrällinen tutkimus 13,5 pistettä ●	Lappi, 2005	Tarkoituksena kehittää osaston ja synnytyslinjan ohjausta ensisynnyttäjiä varten. Tavoitteena selvittää, minkälaista ohjauksen tarvetta ensisynnyttäjillä on ja miten nykyinen synnytysvalmennus vastaa ensisynnyttäjien tarpeita.	62 ensisynnyttäjää (N=62) Strukturoitu kyselylomake Tilastollinen analyysi	Suurin osa pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Ohjaus pääosin yhteneväistä, vaikka sitä antoi useampi hoitaja. Eniten ohjausta synnytyksen kulusta ja lapsen vointiin liittyvistä asioista. Suurimpana puutteena koettiin ohjaus asentojen, hengitystekniikan ja rentoutumismenetelmien kohdalla.
Hirvikallio, S., Malinen, M. & Väkevähenttu, E. Opinnäytetyö Laadullinen tutkimus 13 pistettä ●	Etelä-Karjala, 2009	Tarkoituksena kuvata ensisynnyttäjävanhempien kokemuksia synnytysvalmennuksesta. Tavoitteena arvioida synnytysvalmennuksen sisältöä ja kehittää sitä tulosten perusteella.	11 ensisynnyttäjävanhempaa ja 16 ensisynnyttäjää äitiä (N=27) Kyselylomake Sisällön analyysi	Synnytysvalmennukseen oli tiin pääosin tyytyväisiä. Suurin osa piti sitä hyödyllisenä. Myös synnytyslinjassa tutustumisella oli positiivinen vaikutus vanhempiin. Tiedonsaantia pidettiin pääosin riittävänä. Lisätietoa supistuksista, synnytyksen käynnistämisestä, synnytyksen vaiheista, erityistilanteista, erilaisista ki-

(jatkuu)

TAULUKKO 4. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt alkuperäistutkimukset (luetteloitu laadun mukaan) (jatkuu)

Tekijä(t), tutkimus	Paikka, vuosi	Tarkoitus/ tavoite	Aineisto/tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
				vunlievitysmenetelmistä ja rentoutumisesta. Synnytysvalmennus toi varmuutta ja lievensi jännitystä. Monet kokivat valmennuksesta olleen hyötyä synnytyksessä.
Kemppainen, J. Pro gradu-tutkielma Määrällinen tutkimus 13 pistettä ●	Kainuu, 2005	Tarkoituksena kuvata kainuulaisten synnyttäjien näkemyksiä saamastaan perhevamennuksesta. Tavoitteena saada tietoa perhevalmennuksen kehittämisajatuksista äideiltä sekä Mannerheimin lastensuojeluliiton äitiryhmiin ja perhetapaamisiin osallistumisesta.	84 äitiä, joista noin ½ uudelleensynnyttäjiä ja ½ ensisynnyttäjiä (N=84) Kyselylomake Tilastollinen analyysi	Synnytysvalmennuksessa haluttiin käsiteltävän kivunlievitystä, synnytyksen alkua, lähtöä sairaalaan ja vastasyntyneen hoitoa. Lisäksi pidettiin tärkeinä synnytyksen jälkeisen aikaan liittyvien asioiden käsittelyä, kuten imeytystä ja äidin vointia. Isän osuutta odotusaikana ja synnytyksessä toivottiin tuotavan paremmin esille. Materiaalina toivottiin käytettävän jaettavaa monistetta tai videomateriaalia/ DVD:tä.
Haapio, S., Tarkka, M-T. & Mäenpää, T. Tutkimusartikkeli Laadullinen tutkimus 12,5 pistettä ●	Helsinki, 2008	Tarkoituksena kehittää sairaalassa tapahtuvaa synnytysvalmennusta. Tavoitteena tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää äitiyshuoltoa ja synnytysvalmennusta vastaamaan entistä paremmin vanhempien tarpeita.	6 ensisynnyttäjäpariskuntaa (N=12) Teemahaastattelu Sisällön analyysi	Sairaalan synnytysvalmennus merkitsi kokonaisvaltaista synnytyksympäristöön tutustumista ja synnytykseen valmentautumista sekä tiedollisesti että henkisesti. Sairaala ja synnytyssali erittäin hyvä valmennus- ja oppimisympäristö. Synnytysvalmennukseen osallistumista tukevat asiakaslähtöiset järjestelyt. Valmennuksessa hyödynnettyyn osallistavan opetusmenetelmän käyttöön liittyi niin positiivisiksi kuin negatiivisiksi koettuja piirteitä.
Haavisto, H. & Sironen, R. Opinnäytetyö Laadullinen tutkimus 11,5 pistettä ●	Lapua, 2000	Tarkoituksena kuvaila isien kokemuksia isyysvalmennuksesta ja kehittää isyysvalmennustoimintaa. Tavoitteena tuottaa isyysvalmennuksesta tietoa, joka pohjautuu isien kokemuksiin ja herättää keskustelua hoitotyöntekijöiden keskuudessa.	6 isää (N=6) Teemahaastattelu Sisällön analyysi	Valmennukseen oltiin pääosin tyytyväisiä. Tietoa koettiin saadun riittävästi. Asioita käsiteltiin isänäkökulmasta hyvin. Tietoa raskausajasta, synnytyksestä ja raskauden jälkeisestä ajasta sekä isän merkityksestä perheessä pidettiin tärkeänä.
Rauhala, L. Tutkimus-	Helsinki, 2001	Tarkoituksena selvittää ohjauksen sisältöä, ymmärrettävyyttä sekä	15 koe- ja 13 vertailuryhmään osallistunutta ensisynnyty-	Ohjaus sitä huonompaa, mitä useampi henkilö sitä antoi. Isän huomioimista valmen-

(jatkuu)

TAULUKKO 4. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt alkuperäistutkimukset (luetteloitu laadun mukaan) (jatkuu)

Tekijä(t), tutkimus	Paikka, vuosi	Tarkoitus/ tavoite	Aineisto/tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
projekti Määrällinen tutkimus 11 pistettä ●		tuloksellisuutta. Tavoitteena , että tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä sairaalan antamaa ohjausta.	täijää (N=28) Kyselylomake Tilastollinen analyysi	nuksessa ja synnytyksessä tulee vielä kehittää. Parempaa ohjausta kaivattiin kivunlievityksestä, synnytyksen aikaiseen ohjaukseen ja tiedonantoon liittyvistä asioista sekä komplikaatioista. Oikea-aikaisella ohjauksella päästään parhaisiin tuloksiin.
Huttunen, M. & Mikkola, A. Opinnäytetyö Laadullinen tutkimus 10,5 pistettä ●	Kokkola, 2005	Tarkoituksena selvittää ensisynnyttäjäperheiden kokemuksia perhe- ja synnytysvalmennuksesta Kokkolan alueella sekä kartoittaa kehittämistarpeita. Tavoitteena kehittää perhe- ja synnytysvalmennusta Kokkolan alueella.	5 ensisynnyttäjääitiä ja 4 isää (N=9) Teemahaastattelu Sisällön analyysi	Synnytyksikköön tutustuminen hyvä ja tärkeä asia. Käynnillä kerrotut asiat lisäsivät turvallisuuden tunnetta. Suurin osa piti valmennusta kattavana. Osa äideistä pettyneitä synnytysvalmennukseen. Kätilön kiire vaikutti asiaan negatiivisesti.
Kuikka, T. & van der Lubben, S. Opinnäytetyö Määrällinen tutkimus 10 pistettä ●	Savonlinna, 2005	Tarkoituksena tutkia synnyttävän perheen tutustumiskäyntiä Savonlinnan keskussairaalan synnytys- ja naistentautien osastoon ja selvittää, kuinka vuonna 2000 uudistettu tutustumiskäynti vastaa tarkoitustaan. Tavoitteena kehittää tutustumiskäyntiä edelleen.	34 äitiä ja 27 isää/tukihenkilöä (N=61) Puolistrukturoitu kyselylomake Tilastollinen analyysi	Tutustumiskäynnin sisältöön, järjestylihin sekä käytettyihin menetelmiin oltiin pääosin tyytyväisiä. Lisätietoa synnytyksivuista ja niiden lievittämisestä, avautumisvaiheesta, synnytyksen käynnistämisestä, epäsäännöllisistä synnytyksistä sekä vastasyntyneiden ongelmista ja tehohoidosta. Enemmän tietoa myös hengitystekniikasta avautumis- ja ponnistusvaiheessa.
Aumo, O. Tutkimusartikkeli Määrällinen tutkimus 7 pistettä ●	Kanta-Häme, 2002	Tarkoituksena tutkia synnytysvalmennukseen osallistuvien tyytyväisyyttä sairaalassa järjestettävän valmennuksen kohdalla.	52 ensisynnyttäjäpariskuntaa ja 7 ensisynnyttäjääitiä (N=59) Kyselylomake, jossa erikseen osiot äideille ja isille Analysointimenetelmää ei mainittu	Pääosa tyytyväisiä järjestettyyn valmennukseen, mutta pienempiä ryhmäkokoja toivottiin. Lisätietoa poikkeavista synnytyksistä sekä äidin mahdollisuudesta vaikuttaa synnytyksen kulkuun. Lisätietoa myös imetyksestä, synnytyksen jälkeisistä tapahtumista sekä vuodeosastolla oloajasta ja etenkin siellä vauvalle tehtävistä tutkimuksista. Isien osuutta synnytyksessä toivottiin käsiteltävän lisää

4.3 Sisällön analyysi

Koska opinnäytetyömme aineisto on erittäin heterogeeninen ja alkuperäistutkimukset ovat eritasoisia, käytämme analysointimenetelmänä kuvailevaa induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jolla pystytään vastaamaan mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti sekä tarkasti asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi pyrkii saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin yhdistelemällä aineistosta nousevia käsitteitä aina suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Menetelmä perustuu tutkijan aineistosta tekemiin päätelmiin ja tulkintoihin sekä itsenäisiin päätöksiin. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi koostuu karkeasti jaoteltuna kolmesta päävaiheesta: redusoinnista eli aineiston pelkistämisestä, klusteroinnista eli ryhmittelystä ja abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109, 112.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus -menetelmän avulla tehdyssä opinnäytetyösämme aineiston pelkistäminen tapahtui siten, että katsaukseen hyväksytyjen alkuperäistutkimusten tulos-osioista karsittiin pois katsauksen kannalta epäolennainen tieto ja niistä etsittiin tutkimuskysymyksiimme vastaavia alkuperäisilmaisuja, jotka kirjoitimme tekstimuotoon erilliselle asiakirjalle. Alkuperäistutkimusten tuloksista kirjoitettua tekstiä kertyi yhteensä 21 tietokoneella kirjoitettua sivua, rivivälin ollessa 1. Alkuperäisilmaisujen auki kirjoittamisen jälkeen muunsimme ne pelkistetyiksi ilmaisuiksi lauseiden sisällön perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.)

Aineiston käsittelyn ja analyysin helpottamiseksi sekä alkuperäisilmaisujen tunnistettavuuden ja toisten tutkijoiden työn kunnioituksen vuoksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133; Vilka 2007, 30–31) määritimme jokaiselle tutkimukselle oman värikoodin (TAULUKKO 4.). Käytimme kunkin tutkimuksen omaa värikoodia alkuperäisilmaisujen sekä pelkistettyjen ilmaisujen fontin värinä aina alaluokkien muodostamiseen asti, jotta viittaaminen oikeaan tutkimukseen olisi helpompaa – alaluokkien sisältämät värikoodatut pelkistetyt ilmaisut säilyivät tallessa erillisellä asiakirjalla, joten värikoodeja ei enää

yläluokkien muodostamisessa tarvinnut, vaan pystyimme varmistamaan ne analyysin lopussa kyseisestä asiakirjasta. Seuraavaksi esimerkki alkuperäisilmaisujen pelkistämispöytäkirjasta:

ALKUPERÄISILMAISU

PELKISTETTY ILMAISU

Molemmat vanhemmat (kuvio 7.) kokivat saaneensa kivunlievityksestä tietoa hyvin (64 %) tai erittäin hyvin (36 %). Kukaan vastaajista ei kokenut saaneensa tietoa huonosti.

Äidit kokivat, että he olivat saaneet riittävästi tietoa -- kivunlievityksestä

Ohjausta hengityksestä vastaajista sai 25,8 % melko riittävästi ja 30,2 % riittävästi.

-- rentoutuminen -- perhevalmennuksessa oli vastannut parhaiten äitien toiveita

Rentoutumisesta ohjausta sai 67,9 % kohtalaisesti tai melko riittävästi.

Saatu ohjaus kivunlievitysmenetelmistä

Saatu ohjaus hengitysmenetelmistä

Saatu ohjaus rentoutumis-
menetelmistä

Aineiston ryhmittely-vaiheessa kävimme pelkistetyt ilmaisut tarkasti läpi ja etsimme samalla ilmaisujen välisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, jonka jälkeen yhdistimme kaikki samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut alaluokiksi, jotka nimesimme niiden sisältöä parhaiten kuvaavalla käsitteellä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Seuraavana esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelystä alaluokiksi:

PELKISTETTY ILMAISU

ALALUOKKA

Saatu ohjaus kivunlievitysmenetelmistä

Saatu ohjaus hengitysmenetelmistä

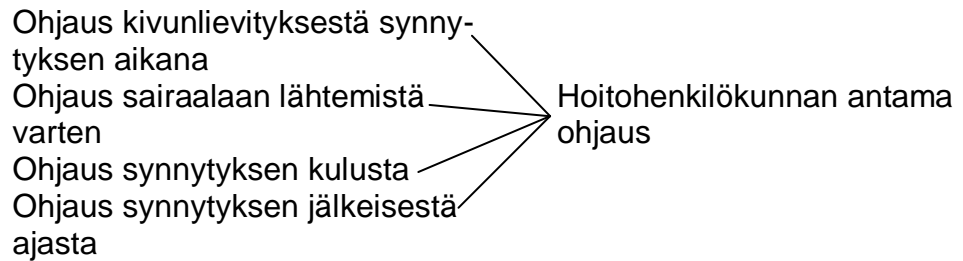
Saatu ohjaus rentoutumis-
menetelmistä

Ohjaus kivunlievityksestä synnytyksen aikana

Opinnäytetyössämme ryhmittely luetaan osaksi käsitteellistämisprosessia, jossa jatkoimme lukuisten alaluokkien yhdistelemistä, kunnes se ei aineiston näkökulmasta ollut enää tarkoituksenmukaista ja mahdollista. Käsitteellistämisen avulla saimme muodostettua samankaltaisista alaluokista yhdistelemällä aikaan yläluokkia, jotka taas sijoitimme yhden yhdistävän luokan eli sairaalan synnytysvalmennus -luokan alle. Lopullisia yläluokkia muodostui yhteensä 4 ja alaluokkia 13. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Alla esimerkki alaluokkien ryhmittelystä yläluokiksi:

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA



Ensimmäisen yläluokan nimeksi muodostui tutustumiskäynti, jonka alle sijoitimme yhden alaluokan: kokonaisvaltainen synnytysympäristöön tutustuminen. Toinen yläluokka sai nimekseen hoitohenkilökunnan antama ohjaus, ja alaluokiksi muodostui ohjaus kivunlievityksestä synnytyksen aikana, ohjaus sairaalaan lähtemistä varten, ohjaus synnytyksen kulusta ja ohjaus synnytyksen jälkeisestä ajasta. Kolmanneksi pääluokaksi nousi vanhempien odotukset sairaalan synnytysvalmennukselta, ja alaluokiksi muodostui tiedontarve sairaalaan lähtemistä varten, tiedontarve synnytyksen kulusta, tiedontarve kivunlievityksestä synnytyksen aikana, tiedontarve synnytyksen jälkeisestä ajasta, äitien erityisodotukset ja isien erityisodotukset. Kehittämisehdotukset muodostivat neljännen pääluokan ja kaksi alaluokkaa: sairaalan synnytysvalmennuksen toteutus sekä ohjaus tutustumiskäynnin aikana. Käsitteellistämisprosessin avulla muodostimme saamiemme käsitteiden avulla kuvauksen opinnäytetyömme tutkimuskohteesta. Työskentelyn aikana vertasimme jatkuvasti muodostamiamme johtopäätöksiä alkuperäistutkimusten tuloksista koostuvaan aineistoomme (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111).

Aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla ja alkuperäisaineiston perusteella muodostunut käsitejärjestelmä (KUVIO 2.) sekä ryhmittelyn pohjalta muodostetut alaja yläluokat esitetään tulos-osion yhteydessä. Luokkien sisällöt esitämme tulosoiossa sanallisessa muodossa. Tulosten ja johtopäätösten muodostamista varten olemme pyrkineet koko analyysiprosessin ajan ymmärtämään, mitä asiat merkitsevät opinnäytetyömme kohteelle: ensisynnyttäjäperheille. Näin tulokset ja johtopäätökset muodostuvat suoraan alkuperäisaineistossa esiintyvistä tarpeista eivätkä omista mielipiteistämme. Myös analyysiprosessi on edennyt opinnäytetyömme kohteen ehdoilla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää hoitaa ja arvioida jokainen tutkimusvaihe kriittisesti, jotta katsauksella koottu ja esiin nostettu tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Luotettavuuden arviointi alkaa aineiston hausta ja sen kannalta on tärkeää, että alkuperäistutkimuksia on etsitty useista eri tietokannoista mahdollisimman kattavasti, jotta aiheen kannalta tärkeää tietoa ei jäisi puuttumaan. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)

Aineiston valinnan luotettavuutta arvioidaan asetettujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien sekä aineiston valintaprosessin kuvauksen perusteella (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 54). Opinnäytetyössämme luotettavuuteen vaikuttaa sisäänotto- ja poissulkukriteereihin määritelty aineiston aikarajaus vuosien 2000 ja 2011 välille, jolloin saadaan tarkasteltua mahdollisimman tuoreita lähteitä sekä aineistoa koskeva kielirajaus suomen ja englannin kieliin, joka sinällään aiheuttaa niin sanotun kieliharhan. Kieliharhan myötä tutkimukseen valikoidaan vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia ja tästä johtuen on mahdollista, että tutkimuksen kannalta muilla kielillä julkaistua olennaista tietoa jää pois (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerien rajaukset ovat kuitenkin perustellut opinnäytetyön toteutukseen varatun ajan ja resurssien vähäisyyden vuoksi. Valikoimme opinnäytetyöhömme tutkimuksia, joissa sairaalan järjestämää synnytysvalmennusta on tutkittu Suomen olosuhteissa. Kieliharhaa lieventävänä tekijänä voidaan pitää sitä, etteivät sairaalat Suomen ulkopuolella tarjoa järjestelmällistä Suomen oloihin verrattavissa olevaa synnytysvalmennusta. Näin ollen aineistoa, joka on tuotettu kielirajauksesta poikkeavalla kielellä, ei välttämättä edes voida soveltumattomuutensa takia hyödyntää opinnäytetyössämme.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää huomioida se, että aihetta on tutkittu tarpeeksi paljon. Tällöin välttyään asiasisällöltään niin sanotusti tyhjiltä systemaattisilta kirjallisuuskatsauksilta, joissa tutkija syyllistyy tutkimuksen manipulointiin esittämällä omia johtopäätöksiään aineistosta nousevien asioiden sijaan aineiston puutteellisuuden vuoksi. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)

lin 2007, 54.) Synnytysvalmennusta on tutkittu useista näkökulmista jo monen vuoden ajan. Tieteellisten tutkimusten näkökulma kohdistuu kuitenkin usein neuvolan järjestämään kokonaisvaltaiseen perhevalmennukseen, joissa sairaalan järjestämä synnytysvalmennus ei ole tutkimusten pääkohteena. Luotettavuuden kannalta on haastavaa löytää tarpeeksi monta sisäänotto- ja poissulkukriteerit täyttävää tutkimusta, joiden näkökulma keskittyisi pääasiassa vain sairaalassa tapahtuvaan synnytysvalmennukseen ensisynnyttäjäperheiden kokemana.

Tutkimusta tehdessä on aina noudatettava hyvää tutkimusetiikkaa, joka sisältää yleisesti sovitut pelisäännöt suhteessa tutkimuksen kohteeseen, toimeksiantajiin, rahoittajiin, muihin tutkijoihin sekä yleisöön, jonka saavutettavissa tutkimus on valmistuttuaan. Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen eli eettisesti kestävien tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmien hyödyntäminen tutkimuksen alusta loppuun saakka. Tiedonhankinnan täytyy perustua tutkijan edustaman alan tieteellisen kirjallisuuden tuntemukseen sekä muihin asianmukaisiin lähteisiin, kuten ammattikirjallisuuteen. (Vilkkä 2007, 29–30.)

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijalta vilpitöntä ja luotettavaa käyttäytymistä toisia tutkijoita ja heidän saavutuksiaan kohtaan. Tutkijan on otettava huomioon toisten, samaa asiaa tutkineiden saavuttamat tulokset ja osoittaakseen kunnioituksensa heitä kohtaan, tutkijan on käytettävä tarkkoja lähdeviitteitä tekstissä. Tutkijan on myös esitettävä omat ja toisten tutkijoiden saavuttamat tutkimustulokset oikeassa valossa. Hyvästä tieteellisestä käytännöstä poikkeava epärehellinen käytös luokitellaan tutkimusetiikassa vilpiksi ja piittaamattomuudeksi: vilppi käsittää toiminnan, jossa vääristellään, sepitetään ja plagioidaan toisten tutkijoiden tuotoksia eli käytetään tietoa väärin häikäilemättä. Piittaamattomuudesta johtuvan tiedon väärinkäyttämisen katsotaan johtuvan tutkijan kokemattomuudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133; Vilkkä 2007, 30–31.)

Plagiointi käsittää asioiden suoran kopioinnin alkuperäisestä aineistosta ja yleensäkin toisen tutkijan tiedon esittämisen omanaan. Sen välttäminen on niin tutkimuksen luotettavuuden kuin eettisyydenkin kannalta erittäin tärkeää. Tutkijan onkin tunnistettava omat taitonsa suorittaa tieteellistä tutkimusta valitsemallaan tutkimusmenetelmällä, jotta kykenee tekemään eettisesti kestävästä tutkimusta.

(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 54; Vilka 2007, 31.)

Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkija on aidosti kiinnostunut siitä aiheesta, jota aikoo tutkia. Tutkijalta vaaditaan tunnollisuutta perehtyä aiheeseensa niin syvästi, että tutkimusta varten hankittava aineisto olisi mahdollisimman tieteellistä ja perusteltua, ja sitä kautta luotettavaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Tutkimusaiheen valintaa voidaan pitää myös eettisesti tärkeänä. Tutkijan on kyettävä perustelemaan, minkä takia tutkimus on päätetty toteuttaa ja kenen ehdoilla tutkimuksen aihe on valittu ja rajattu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129–130.)

Tutkijoina olemme vapaaehtoisesti valinneet opinnäytetyömme aiheen, joka nousi työelämästä ja tarkemmin sanottuna Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysyksikön tarpeesta saada synnytysvalmennuksessa apuna käytettävä synnytysyksikön esittely-DVD, jonka asiantuntevana pohjana opinnäytetyömme toimii. Tutkimusaihe oli aihepiiriltään kiinnostava sekä alueellisesti tärkeä ja se houkutteli meitä syventymään ja ottamaan tarkemmin selvää asioista, jotta kykenimme rajaamaan aiheen asianmukaisesti. Opinnäytetyömme käsittelee synnytysvalmennusta ensisynnyttäjäperheiden näkökulmasta, sillä nykyään synnytysvalmennusta järjestetään pääosin ensimmäistä lastaan odottaville perheille, joille synnytystapahtuma on uusi kokemus ja joille hyöty valmennuksesta on suurin. Tutkimuksen rajauksen tarkoituksena on saada kehittämistehtävänä tuottamastamme DVD:stä selkeä ja paremmin ensisynnyttäjäperheiden tarpeita palveleva kokonaisuus.

Alkuperäistutkimusten haussa, valinnassa, analysoinnissa sekä tulosten hyödyntämisessä noudatamme tarkkaa tutkimusetiikkaa: esitämme tutkimustiedot aina kyseisen tutkijan tutkimukseen viitaten ja lisäksi hyödynnämme tutkimusten tuloksia sellaisenaan kuin ne on alkuperäisissä tutkimuksissa esitetty, emmekä tee niistä omia johtopäätöksiä tai muuntele niitä omien tarkoitustemme mukaisiksi.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Sairaalan synnytysvalmennuksen sisältö

Ensimmäisen tutkimuskysymyksemme tarkoituksena oli kartoittaa teoria- ja tutkimustiedon pohjalta tietoa siitä, mitä asioita sairaalan synnytysvalmennukseen sisältyy. Vastaus tutkimuskysymykseen muodostui analyysiprosessin aikana syntyneistä kahdesta pääluokasta, tutustumiskäynnistä ja hoitohenkilökunnan antamasta ohjauksesta sekä niiden sisältämistä alaluokista.

6.1.1 Tutustumiskäynti

Kokonaisvaltainen synnytysympäristöön tutustuminen. Haapion (2006, 40–41) pro gradu -tutkielman mukaan synnytysympäristöön tutustuminen ennalta käsin oli sekä äitien että isien mielestä erittäin tärkeää sekä yksi sairaalan synnytysvalmennuksen merkittävimmistä osuuksista. Myös Mikkolan ja Huttusen (2005, 27) opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että etenkin kaikkien isien mielestä tutustumiskäynti oli perhe- ja synnytysvalmennuksen antoisin osuus. Tutustuminen synnytys sairaalaan ja etenkin synnytyssaliin pääseminen oli odotettu ja myönteinen tapahtuma (Haapio 2006, 42; Haapio, Tarkka & Mäenpää 2008, 21; Hirvikallio, Malinen & Väkevä-Henttu 2009, 28). Oli myös ehdottoman tärkeää päästä tutustumaan juurikin siihen synnytyssairaalaan, jossa oma synnytys tapahtuisi (Haapio 2006, 42).

Konkreettisiin tiloihin tutustuminen auttoi vanhempia yhdistämään omat synnytystapahtumaan ja -ympäristöön liittyvät mielikuvansa todelliseen ympäristöön – samalla mahdolliset vääristyneet mielikuvat korjaantuivat (Haapio 2006, 41; Haapio

ym. 2008, 21). Vanhempien oli myös helpompi hahmottaa omaa, vähitellen lähes-tyvää synnytystapahtumaa, kun ennalta käsin nähty synnytysympäristö toimi kiin-nekohtana mielikuville (Haapio 2006, 41–42). Tutustumiskäynti auttoi vahvista-maan vanhempien turvallisuuden tunnetta ja lieventämään jännitystä synnyttämään tullessa, sillä ympäristö oli jo entuudestaan tuttu ja turvallinen paik-ka (Haapio 2006, 42; Haapio ym. 2008, 21; Hirvikallio ym. 2009, 28; Huttunen & Mikkola 2005, 26). Tällöin voimavaroja pystyi suuntaamaan itse synnytystapahtu-maan ympäristöön tutustumisen sijaan (Haapio 2006, 42; Haapio ym. 2008, 21) ja synnyttämään tuleminen oli helppoa (Hirvikallio ym. 2009, 29).

Kuikan ja van der Lubbenin (2005, 33) opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että lähes kaikki äidit kokivat tutustumiskäynnin auttaneen heitä valmentautumaan synnytys-tä varten – vain noin puolet äideistä koki kuitenkin, että siitä oli ollut kohtalaisesti hyötyä itse synnytyksessä. Huttusen ja Mikkolan (2005, 27) opinnäytetyön tuloksi-en mukaan synnytykseen liittyvien konkreettisten asioiden käsittely toi kuitenkin varmuutta synnytykseen. Osa synnytyspelosta kärsivistä äideistä kertoi tutustu-miskäynnin vähentäneen pelkoja, koska konkreettisiin tiloihin tutustumisen lisäksi ystävällisten ja asiantuntevien kättilöiden tapaaminen lisäsi turvallisuuden tunnetta (Kuikka & van der Lubben 2005, 29).

Etenkin isät korostivat tutustumiskäynnin tärkeyttä synnytykseen valmentautumi-nessa (Haapio 2006, 46; Huttunen & Mikkola 2005, 27; Mesiäislehto-Soukka 2005, 148). Mesiäislehto-Soukan (2005, 124) väitöskirjan mukaan isät pitivät terveyden-huollon järjestämiä synnytykseen valmentavia palveluita tärkeinä. He myös odotti-vat saavansa niiden avulla synnytykseen valmentautumiseen tarvittavan tiedon (Haapio 2006, 47), jota ilman synnytykseen osallistuminen olisi huolestuttanut enemmän (Haapio 2006, 46–47) – tästä huolimatta pelkästä tutustumiskäynnistä saatu hyöty synnytykseen koettiin isien keskuudessa vain kohtalaiseksi (Kuikka & van der Lubben 2005, 34). Haaviston ja Sirosen (2000, 34) tutkimustulosten mu-kaan synnytystapahtuman korostamisesta isille järjestetyssä isyysvalmennukses-sa ei kuitenkaan kaikkien osallistujien mielestä ollut apua synnytyksessä, sillä oma rooli synnytyksessä ei hahmottunut kunnolla.

Tutkimusten mukaan lähes kaikki sairaalan synnytysvalmennukseen osallistuneet vanhemmat pitivät tärkeänä kaikkiin tutustumiskäynnillä esiteltyihin tiloihin ja val-

vontalaitteisiin tutustumista (Hirvikallio ym. 2009, 28–29; Kuikka & van der Lubben 2005, 30–31) – erityisesti miehiä olisi kiinnostanut tutustua jopa tarkemmin tiettyjen valvontalaitteiden, kuten sikiön sydänääniä mittaavan laitteen toimintaan (Haapio 2006, 43; Haapio ym. 2008, 21). Tärkeimpänä pidettiin synnytyssaliin (Haapio 2006, 42; Hirvikallio ym. 2009, 29) ja synnyttäneiden vuodeosastoon tutustumista. (Kuikka & van der Lubben 2005, 30.) Lisäksi vanhemmille oli esitelty vastaanottotila, ammehuone ja joitakin rentoutumisvälineitä (Kuikka & van der Lubben 2005, 30), ja heille oli myös kerrottu vuodeosaston vierailu- ja ruokailuajoista sekä kerrottu, kuinka hoitajan voi tavoittaa osastolla ollessa (Ranta-Valkama, Saukkoriipi & Väyrynen 2005, 45). Ranta-Valkama ym. (2005, 45) opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että hoitajat olivat esittäytyneet lähes kaikille tutustumiskäynnillä olleille äideille. Myös Kuikan ja van der Lubbenin (2005, 32) tutkimuksessa vanhemmille oli jäänyt positiivinen kuva hoitohenkilökunnasta.

Vanhempien mielestä kätilön tapaamista pidettiin tärkeänä osana tutustumiskäyntiä (Haapio 2006, 45; Haapio ym. 2008, 21). Kätilön toiminta koettiin hyvin ammattilliseksi (Haapio 2006, 45; Haapio ym. 2008, 22; Kuikka & van der Lubben 2005, 32) ja sen myötä vanhempien luottamus (Haapio 2006, 45; Haapio ym. 2008, 22) ja turvallisuuden tunne lisääntyivät (Kuikka & van der Lubben 2005, 32). Saavutettu luottamuksen tunne koettiin kestävän aivan synnytykseen saakka ja sen myötä vanhempien huolet synnytystä kohtaan vähenivät (Haapio 2006, 45-46; Haapio ym. 2008, 22). Kätilön tapaamisen aikana oli myös oivallinen tilaisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista (Haapio 2006, 44–45).

6.1.2 Hoitohenkilökunnan antama ohjaus

Sairaalan synnytysvalmennuksessa tutustumiskäynnin aikana saatu toimintatapoja koskeva tieto ja konkreettinen ohjaus koettiin luotettavaksi ja ajantasaiseksi, sillä tiedonantajina toimivat päivittäin synnytysten parissa työskentelevät hoitajat. (Haapio 2006, 44–45; Haapio ym. 2008, 21.)

Ohjaus kivunlievityksestä synnytyksen aikana. Tutkimusten mukaan vanhemmat ja erityisesti äidit olivat saaneet mielestään tietoa hyvin ja jopa erittäin hyvin kivunlievitysmenetelmistä synnytysvalmennuksen aikana (Aumo 2003, 87; Hirvikallio ym. 2009, 37–38). Suurin osa äideistä koki saaneensa melko riittävästi ohjausta kivunlievitysmenetelminä käytetyistä hengitystekniikoista ja eri rentoutumismenetelmistä (Ranta-Valkaman ym. 2005, 40). Kemppaisen (2005, 32–33) pro gradu -tutkielman tulosten mukaan perhevalmennukseen sisällytetyssä synnytysvalmennuksessa kivunlievityksestä saatu tieto oli vastannut parhaiten äitien toiveita. Kaikkien vanhempien mielestä kivunlievitysmenetelmistä kertominen ja eri vaihtoehtoihin tutustuminen oli ehdottoman tärkeää (Haapio 2006, 50; Haapio ym. 2008, 21; Kuikka & van der Lubben 2005, 21) – tieto oman sairaalan kivunlievitysmenetelmistä lisäsi synnytyksenaikaista hallinnan tunnetta (Haapio ym. 2008, 21). Vanhemmat halusivat myös tietää tarkemmin, mitä haittoja eri menetelmiin sisältyy ja mitkä niistä olisivat juuri heille sopivia synnytyksen eri vaiheissa. Ennalta käsin saadun tiedon on tutkittu helpottavan synnytyksenaikaista päätöksentekoa. (Haapio 2006, 50, 52.)

Ohjaus sairaalaan lähtemistä varten. Vanhemmat kokivat saaneensa synnytysvalmennuksessa hyvin tietoa siitä, mistä tietää synnytyksen käynnistyneen ja milloin on syytä lähteä sairaalaan (Hirvikallio ym. 2009, 31, 34) ja tieto näistä asioista oli myös Kemppaisen (2005, 33) tutkimuksen mukaan vastannut parhaiten äitien odotuksia. Etenkin isien mielestä oli tärkeää tietää, milloin ja mihin paikkaan sairaalassa synnyttävä puoliso tuodaan (Haapio 2006, 50; Haapio ym. 2008, 21). Haapion (2006, 50) pro gradu -tutkielman mukaan synnytysvalmennuksen aikana oli tärkeää käsitellä sitä, miten vanhempien täytyisi toimia synnytyksen käynnistyttyä kotona – heidän oli hyvä tietää, että sairaalaan lähdöllä ei ollut kiirettä synnytyksen alkuvaiheessa silloin, kun raskaus oli edennyt normaalisti.

Ohjaus synnytyksen kulusta. Vanhempien mielestä oli tarpeellista saada tietoa eri synnytystavoista (Haapio 2006, 50). Alateitse synnyttäneet äidit kokivat saaneensa ohjausta synnytyksen kulusta melko riittävästi (Ranta-Valkama ym. 2005, 40). Äidit, joille oli suunniteltu synnytystavaksi sektiota, saivat pääosin riittävästi tietoa ja ohjausta toimenpidettä edeltävästi ja sen aikana (Ranta-Valkama ym. 2005, 43). Hirvikallio ym. (2009, 45–46) tutkimuksessa kävi ilmi, että vanhemmat

kokivat saaneensa joko hyvin tai huonosti yleistä tietoa vaihtoehtoisista synnytystavoista sen mukaan, mihin valmennusryhmään he olivat osallistuneet.

Synnytyksen vaiheista saatu tieto auttoi vanhempia pysymään mukana synnytyksen kulussa (Haapio 2006, 50) – etenkin äidit olivat saaneet mielestään riittävästi tietoa synnytyksen eri vaiheista (Aumo 2003, 87). Ohjausta niin avautumisvaiheesta (Hirvikallio ym. 2009, 35–36; Rauhala 2001, 225), ponnistusvaiheesta (Hirvikallio ym. 2009, 39–40; Rauhala 2001, 225) kuin myös jälkeisvaiheesta oli pääosin saatu riittävästi (Hirvikallio ym. 2009, 43–44).

Naisten mielestä oli hyödyllistä saada käytännön tietoa ja harjoitusta erilaisista synnytysasennoista, kuten ponnistusasennoista, ja ennakkoon saadun kokemuksen pohjalta heidän oli helpompaa tehdä omaa tulevaa synnytystään koskevia päätöksiä (Haapio 2006, 44, 50, 52). Avautumis- ja ponnistusvaiheen asennoista oli tutkimusten mukaan saatu riittävästi tietoa (Aumo 2003, 87; Ranta-Valkama ym. 2005, 40).

Ohjaus synnytyksen jälkeisestä ajasta. Synnytysvalmennuksen aikana sairaalassaoloajasta saatu ohjaus oli Hirvikallio ym. (2009, 47–48) tutkimuksen tulosten mukaan vanhempien mielestä riittävää. Vanhemmat saivat mielestään pääosin hyvin tietoa vastasyntyneestä, mutta suurin osa kyselyyn yksin vastanneista äideistä piti saatua tietoa jopa huonona (Hirvikallio ym. 2009, 41–42). Rauhalan (2001, 225) tutkimusprojektista kävi ilmi, että tutkimukseen osallistuneet äidit olivat saaneet ohjausta vauvaan tutustumisessa sekä äidin omien voimavarojen tunnistamisessa. Vauvan perushoitoon – etenkin navan hoitoon, kuivittamiseen, kylvetämiseen sekä nosto- ja kantotapoihin – ja imetykseen äidit kokivat saaneensa riittävästi ohjausta (Ranta-Valkama ym. 2005, 47). Myös synnytyksen jälkeisen itsehoidon: hygienian ja rintojen hoidon sekä liikkumisen aloittamisen ja synnytyksestä toipumisen ohjaus oli äitien mielestä pääosin riittävää (Ranta-Valkama ym. 2005, 50–51). Synnytyksen jälkeen ilmenevistä kivuista äidit kokivat saaneensa ohjausta riittävästi, mutta sen sijaan synnytyksen jälkeisistä mielialan vaihteluista kertomista tulee kehittää (Ranta-Valkama ym. 2005, 50–51).

6.2 Ensisynnyttäjäperheiden odotukset sairaalan synnytysvalmennukselta

Toisen tutkimuskysymyksemme tarkoituksena oli selvittää teoria- ja tutkimustiedon avulla, millaisia asioita ensisynnyttäjäperheet odottavat sairaalan synnytysvalmennukselta. Vastaus tutkimuskysymykseen muodostui analyysiprosessin aikana syntyneistä kahdesta pääluokasta, vanhempien odotuksista sairaalan synnytysvalmennusta kohtaan ja kehittämisehdotuksista sekä niiden sisältämistä alaluokista.

6.2.1 Vanhempien odotukset sairaalan synnytysvalmennukselta

Vanhemmat olivat innokkaita vastaanottamaan kaiken mahdollisen synnytykseen liittyvän konkreettisen tiedon ja halusivat ottaa selvää, miten käytännön asiat soveltuvat juuri heidän tilanteeseensa (Haapio ym. 2008, 22). Toisaalta tietoa haluttiin saada paljon, mutta liian yksityiskohtaista tietoa ei haluttu, sillä vanhemmat ajattelivat sen aiheuttavan vain turhaa pelkoa (Haapio 2006, 48–49; Haapio ym. 2008, 22) – myös liian suuren tietomäärän omaksuminen koettiin hankalaksi, sillä tärkeät asiat saattoivat helposti unohtua kaiken tiedon keskellä (Haapio 2006, 51; Haapio ym. 2008, 22). Vanhemmat kokivat, että tiedollinen valmentautuminen synnytykseen kasvatti itseluottamusta ja auttoi suhtautumaan tulevaan synnytykseen rauhallisemmin (Haapio ym. 2008, 22). Tiedollisen valmentautumisen lisäksi vanhemmille oli tärkeää valmentautua synnytykseen myös henkisesti, mutta se koettiin haastavaksi puutteellisen ohjauksen vuoksi (Haapio 2006, 47; Haapio ym. 2008, 22).

Tiedontarve sairaalaan lähtemistä varten. Tutkimusten mukaan vanhemmat pitivät erittäin tärkeänä tietää, milloin synnytyksen käynnistyttyä kannattaa lähteä sairaalaan ja minne siellä tulisi ensimmäisenä mennä (Haapio 2006, 50; Hirvikallio ym. 2009, 51–52; Huttunen & Mikkola 2005, 26; Kemppainen 2005, 28). Erityisesti isille oli tärkeää tietää konkreettisesti, mihin tulla puolison kanssa (Haapio 2006, 50; Haapio ym. 2008, 21) – he myös halusivat tietää tarkasti, miten asiat etenevät

ja mitä synnytysyksikössä on vastassa sinne saavuttaessa (Huttunen & Mikkola 2005, 27). Hirvikallio ym. (2009, 51) tutkimustulosten mukaan vanhemmat tarvitsivat myös tietoa siitä, miten toimia synnytyksen käynnistyttyä kotona. Myös tarkempaa lisätietoa synnytyksen käynnistymisestä, supistuksista sekä sairaalaan tulosta kaivattiin (Hirvikallio ym. 2009, 52). Vanhempien turvallisuuden tunne lisääntyi, kun heillä oli tieto, milloin ja mistä synnytysyksikköön saavutaan (Huttunen & Mikkola 2005, 26).

Tiedontarve synnytyksen kulusta. Vanhemmat kaipasivat lisää tietoa sekä alatesynnytyksen (Hirvikallio ym. 2009, 52; Ranta-Valkama ym. 2005, 39; Rauhala 2001, 225) että sektion kulusta (Ranta-Valkama ym. 2005, 42). Lisäksi äidit, joiden synnytystapa oli sektio, kokivat tarvitsevansa tietoa sektion kulusta myös itse toimenpiteen aikana (Ranta-Valkama ym. 2005, 42). Konkreettisen kuvan muodostamiseksi vanhemmat olisivat halunneet, että synnytys ja sen kulku olisi käyty tarkemmin läpi erilaisten video- ja kuvamateriaalien avulla (Hirvikallio ym. 2009, 52). Lisätietoa synnytysvalmennukseen kaivattiin synnytystavoista (Haapio 2006, 49–51; Hirvikallio ym. 2009, 52; Huttunen & Mikkola 2005, 26; Rauhala 2001, 225), synnytyksen vaiheista (Haapio 2006, 49–50; Kuikka & van der Lubben 2005, 35) ja synnytysasennoista (Haapio 2006, 64; Huttunen & Mikkola 2005, 26). Synnytystavoista, kuten erityisesti epäsäännöllisistä synnytyksistä – imukuppiavusteisesta synnytyksestä ja niin tavallisesta kuin hätäsektiosta – haluttiin saada varmuuden vuoksi lisää tietoa (Haapio 2006, 49–51; Hirvikallio ym. 2009, 52; Huttunen & Mikkola 2005, 26; Rauhala 2001, 225). Synnytyksen vaiheisiin, etenkin synnytyksen pysähtymiseen ja etenemiseen liittyvää tietoa olisi kaivattu lisää (Kuikka & van der Lubben 2005, 35). Äidit toivoivat synnytysasentojen konkreettista kokeilua jo synnytysvalmennuksessa, sillä se helpottaisi omaa toimintaa synnytyksessä (Haapio 2006, 64).

Tiedontarve kivunlievityksestä synnytyksen aikana. Tutkimusten mukaan synnytysvalmennukseen kaivattiin lisää tietoa sekä tarkempaa selostusta kivunlievitysmenetelmistä (Hirvikallio ym. 2009, 52; Huttunen & Mikkola 2005, 26; Kuikka & van der Lubben 2005, 35; Rauhala 2001, 225). Vanhemmat halusivat tietää kipujen kuvailun ohella myös, mitä kivunlievitystä he voisivat pyytää henkilökunnalta (Kuikka & van der Lubben 2005, 35). Kivunlievitysmenetelminä rentoutumisesta (Hirvikallio ym. 2009, 52; Ranta-Valkama ym. 2005, 39), kuten selän hieronnasta

(Haapio 2006, 50) sekä hengitystekniikasta kaivattiin lisää tietoa (Kemppainen 2005, 32; Ranta-Valkama ym. 2005, 39). Haapion (2006, 49) pro gradu -tutkielman mukaan isät halusivat synnytysvalmennuksen aikana valmentautua synnytyski-puun, jotta kykenisivät olemaan jo kotona puolisonsa tukena.

Tiedontarve synnytyksen jälkeisestä ajasta. Vanhemmat kokivat kaipaavansa enemmän tietoa etenkin vastasyntyneestä (Hirvikallio ym. 2009, 52). Mesiäislehto-Soukan (2005, 124) väitöskirjatutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että isät kaipasivat ohjausta etenkin vauvan perushoidosta ja imetyksestä niin synnytyssalissa kuin vierihoido-osastolla. Äidit kaipasivat myös tietoa vauvan hoidosta, navan hoidosta, kuivittamisesta, kylvettämisestä, nosto- ja kantotavoista sekä imettämisestä (Ranta-Valkama ym. 2005, 46). Tietoa kaivattiin myös itkuisen vauvan hoidosta, vauvan päivärytmistä sekä vauvan ja vanhempien välisestä vuorovaikutuksesta (Rauhala 2001, 226). Huttusen ja Mikkolan (2005, 26) opinnäytetyössä mainittiin myös tarve käydä vierailulla lastenosastolla, jotta tietoa olisi etukäteen, mikäli oma vauva täytyisi synnytyksen jälkeen sinne siirtää. Äidit kokivat tarpeelliseksi myös lisätiedon omasta psyykkisestä ja fyysisestä hyvinvoinnistaan synnytyksen jälkeen (Hirvikallio ym. 2009, 52; Ranta-Valkama ym. 2005, 49–50).

Äitien erityisodotukset. Äidit olisivat kaivanneet enemmän tietoa siitä, miten omalla toiminnallaan voisivat vaikuttaa synnytyksen kulkuun (Aumo 2003, 87). He olisivat halunneet saada enemmän tietoa epäsäännöllisistä (Aumo 2003, 87; Kuikka & van der Lubben 2005, 32) sekä luonnonmukaisista synnytyksistä (Kemppainen 2005, 34). Äidit olisivat toivoneet käsiteltävän myös enemmän isän roolia synnytyksessä (Aumo 2003, 87; Kemppainen 2005, 34). Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvistä asioista äidit olisivat halunneet enemmän tietoa etenkin vauvan hoidosta (Kemppainen 2005, 28, 34) ja imetyksestä (Aumo 2003, 87; Kemppainen 2005, 28, 32, 34). Äidit pitivät myös varhaisesta vuorovaikutuksesta (Kemppainen 2005, 28, 32), vastasyntyneen ongelmista (Kuikka & van der Lubben 2005, 32) ja vauvalle tehtävistä tavallisimmista toimenpiteistä kertomista tärkeänä (Aumo 2003, 87).

Isien erityisodotukset. Tutkimusten mukaan isät olisivat kaivanneet eniten lisätietoa omasta roolistaan synnytyksessä, sen aikana (Aumo 2003, 87; Haapio 2006, 47; Haapio ym. 2008, 22; Haavisto & Sironen 2000, 33; Kuikka & van der Lubben

2005, 32; Mesiäislehto-Soukka 2005, 120, 129) ja jälkeen (Haavisto & Sironen 2000, 33). Mesiäislehto-Soukan (2005, 148) väitöskirjatutkimuksen mukaan isät pitivät synnytysyksikköön tutustumista hyvänä, mutta he olisivat kaivanneet yksilöllisempää ohjausta. Saatua tuki, etenkin poikkeavissa tilanteissa synnytyksen aikana, koettiin hyväksi ja sitä arvostettiin (Mesiäislehto-Soukka 2005, 124, 148).

6.2.2 Kehittämisehdotukset

Sairaalan synnytysvalmennuksen toteutus. Vanhempien mielestä oli hyvä asia, että sairaalan synnytysvalmennuksen aikana sai kerrata neuvolasta saatuja tietoja sekä kysyä epäselviksi jääneistä asioista (Haapio 2006, 54; Haapio ym. 2008, 22). Vanhemmat pitivät synnytyssairaalaan hyvänä valmennuspaikkana (Haapio 2006, 57; Haapio ym. 2008, 22) – erityisen tyytyväisiä oltiin siihen, että synnytysvalmennus ja tutustumiskäynti sairaalan tiloihin oli yhdistetty (Haapio ym. 2008, 22). Haapio ym. (2008, 23) tutkimusartikkelin mukaan tiedon antaminen konkreettisesti ympäristössä, kuten synnytyssalissa, helpotti vanhemmilla asioiden sisäistämistä. Myös Kuikan ja van der Lubbenin (2005, 34) opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että vanhemmat olisivat kaivanneet valmennusluentojen sisällyttämistä kiertokäyntiin, jotta tieto olisi saatu konkreettisissa tiloissa. Tämän lisäksi haluttiin saada käytännönläheistä tietoa pelkän rutiininomaisen teoretiedon sijaan (Kempainen 2005, 34) sekä tehdä erilaisia harjoituksia käytännön tilanteista (Haapio 2006, 64). Tiedonsaannin ongelmaksi koettiin se, ettei kaikkea tietoa välttämättä ehtinyt sisäistää ja suuresta tietomäärästä oli vaikea hahmottaa tärkeimpiä asioita (Haapio 2006, 51).

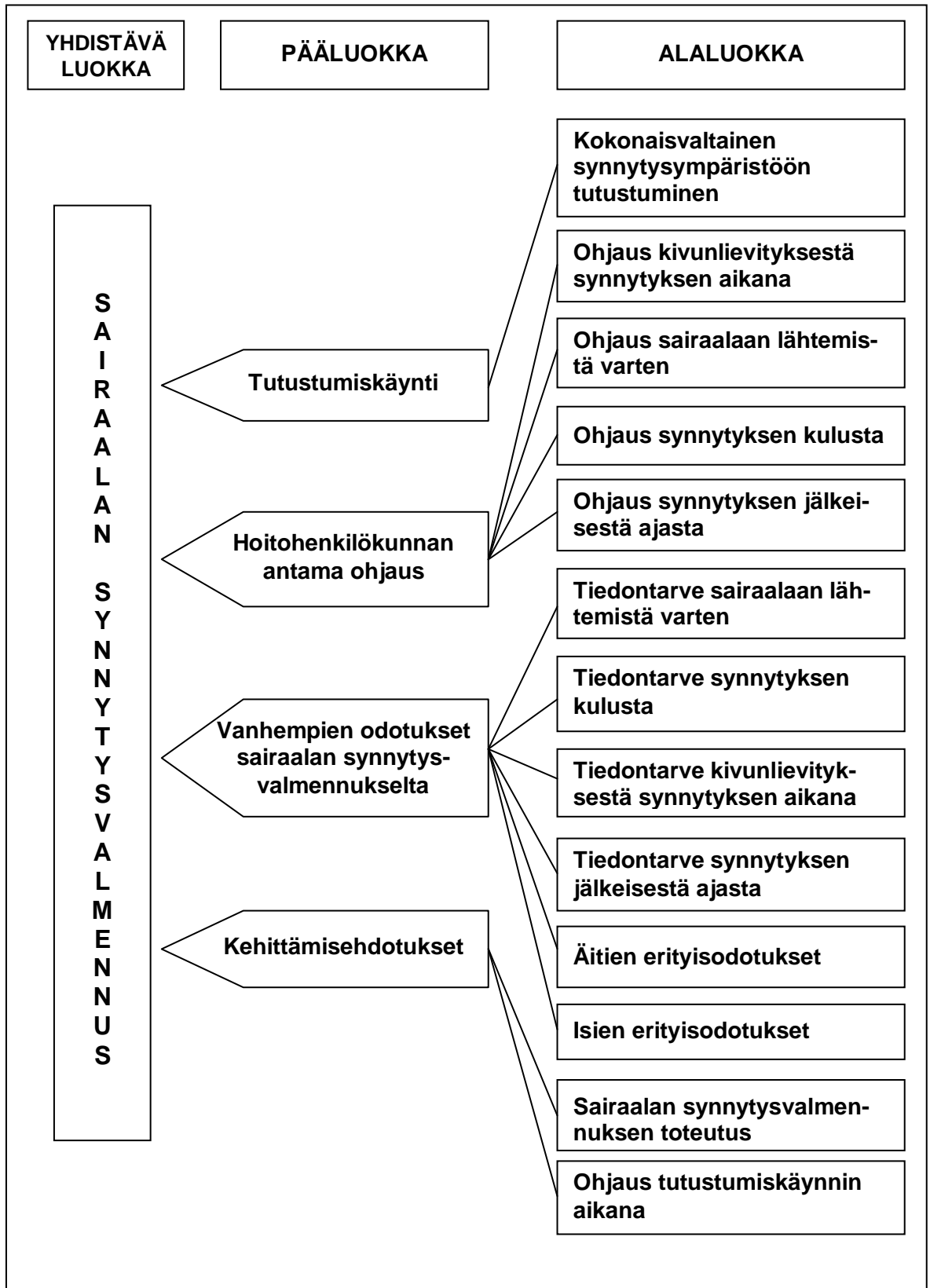
Tutkimusten mukaan synnytyssairaalaan tutustumisen tulisi tapahtua mahdollisimman lähellä synnytystä (Haapio 2006, 58; Hirvikallio ym. 2009, 51; Huttunen & Mikkola 2005, 27; Kuikka & van der Lubben 2005, 35, Mesiäislehto-Soukka 2005, 124), jotta vanhemmat eivät unohtaisi tutustumiskäynnillä käsiteltyjä asioita ennen synnytystä (Haapio 2006, 58; Hirvikallio ym. 2009, 51; Kuikka & van der Lubben 2005, 35). Loppuraskauteen sijoitetun tutustumiskäynnin aikana vanhemmat pys-

tyivät jo yhdistämään asiat paremmin omaan, tulevaan synnytykseensä (Huttunen & Mikkola 2005, 27). Vanhemmat olisivat toivoneet mahdollisuutta valita itse tutustumiskäyntinsä ajankohdan (Haapio 2006, 57). Kuikan ja van der Lubbenin (2005, 27) tutkimustulosten mukaan suurimmalle osalle vastanneista ajankohdalla ei ollut väliä, mutta enemmistö olisi halunnut tutustumiskäynnin sijoittuvan iltaan. Haapion (2006, 57) tutkimuksen mukaan vanhemmat pitivät iltaa parhaana ajankohtana, koska tutustumiskäynnin alkaminen heti työpäivän jälkeen koettiin raskaaksi eikä aikaa jäänyt tarpeeksi esimerkiksi ruokailuun kotona. Mielekkyyden ja vanhempien jaksamisen vuoksi tutustumiskäynnin toivottiin kestävän korkeintaan kaksi tuntia (Haapio 2006, 57).

Sopiva ryhmän koko tutustumiskäynnillä oli vanhempien mielestä noin 10 henkilöä eli käytännössä jokaiselle käyntikerralle toivottiin osallistuvan korkeintaan viisi paria (Aumo 2003, 87; Kuikka & van der Lubben 2005, 28). Lisäksi äideille olisi ollut tärkeää päästä tutustumaan muihin tutustumiskäynnillä oleviin äiteihin ja saada heiltä vertaistukea (Huttunen & Mikkola 2005, 30; Kemppainen 2005, 41–42).

Ohjaus tutustumiskäynnin aikana. Neuvolan ja synnytysairaalan antamat valmennukset olivat vanhempien mielestä ristiriidassa keskenään, sillä ohjauksessa saatettiin puhua asioista eri tavoilla ja molemmissa paikoissa käsiteltiin liiankin paljon samoja asioita, koska esimerkiksi neuvolassa ei tiedetty, mitä asioita synnytysairaalassa käydään läpi (Haapio 2006, 55–56; Haapio ym. 2008, 22). Neuvoloiden ja synnytysairaalan välille toivottiinkin parempaa yhteistyötä (Haapio 2006, 56; Kemppainen 2005, 41).

Vanhemmat pitivät tärkeänä sitä, että saatu ohjaus olisi mahdollisimman yhteneväistä (Mesiäislehto-Soukka 2005, 124; Ranta-Valkama ym. 2005, 53). Rauhalan (2001, 225) tutkimuksessa äidit kokivat ohjauksen olevan sitä huonompaa, mitä useampi hoitaja sitä antoi. Ranta-Valkama ym. (2005, 53) tutkimustulosten mukaan ohjausta saatiin keskimäärin kolmelta tai neljältä hoitajalta, mutta se koettiin kuitenkin yhteneväiseksi. Saatua ohjausta heikensi hoitohenkilökunnan kiireisyys tutustumiskäynnin aikana (Huttunen & Mikkola 2005, 26; Mesiäislehto-Soukka 2005, 124, 148). Tiivistettyä kirjallista materiaalia tai tietopakettia sairaalan Internet-sivuille kaivattiin synnytysvalmennuksen tueksi (Haapio ym. 2008, 22–23; Kuikka & van der Lubben 2005, 34).



KUVIO 2. Sairaalan synnytysvalmennuksen sisältö ja ensisynnyttäjäperheiden odotukset

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Toteutimme opinnäytetyömme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Menetelmä varmistui lähes heti aiheen löytymisen ja varmistumisen jälkeen, sillä halusimme koota kattavasti tietoa ja laadullisia tutkimuksia aiheeseen löytyi lähialueelta. Kirjallisuuskatsaus oli mielestämme menetelmänä suuritöinen ja vaati aluksi erittäin paljon sekä menetelmään että tutkittavaan aihepiiriin tutustumista ja asioiden sisäistämistä, jotta varsinaisen työn tekemisen pystyi aloittamaan. Tutkijoina teimme aluksi melko paljon turhaa työtä, kun emme kirjanneet heti ylös tarpeeksi yksityiskohtaisesti tietoja lähinnä aineiston haussa, sillä menetelmä vaatii eri vaiheiden tarkkaa kuvausta jo luotettavuuden ja toistettavuuden takia.

Opinnäytetyömme aineiston haku oli pitkä ja haasteellinen prosessi. Aloitimme aineiston haun vuoden 2010 aikana ja päätimme sen keväällä 2011. Tällöin varmistimme Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun koulutuskirjaston informaation kanssa, että olimme löytäneet opinnäytetyömme kannalta kaiken mahdollisen aineiston, joka noudatti laatimiamme sisäänotto- ja poissulkukriteerejä (TAULUKKO 2.). Sopivien alkuperäistutkimusten löytäminen oli haastavaa, vaikka synnytysvalmennusta on tutkittu useista näkökulmista jo monen vuoden ajan. Tieteellisten tutkimusten näkökulma on kuitenkin usein neuvolan järjestämässä kokonaisvaltaisessa perhevalmennuksessa, joten pelkästään sairaalassa tapahtuvaan synnytysvalmennukseen liittyvien tutkimusten löytäminen osoittautuikin vaikeaksi. Lopullinen opinnäytetyömme aineisto koostui 11 alkuperäistutkimuksesta. Olimme aluksi huolissamme alkuperäistutkimusten vähäisyydestä, mutta tarkasteltuamme niiden tuloksia tarkemmin, havaitsimme useiden tutkimusten tuloksissa yhteneväisyyksiä. Näiden yhteneväisyyksien perusteella pystyimme toteamaan, että aineisto oli alkanut toistaa itseään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87).

Aineiston analyysiprosessi oli erittäin työläs ja ehdottomasti aikaa vievin osuus opinnäytetyömme toteutuksessa. Analyysiprosessin alkuvaiheessa opinnäytetyömme hyväksyttävä alkuperäisaineisto vielä muokkautui kun kävimme sen läpi huolellisesti useaan otteeseen – myös tässä vaiheessa kaikki opinnäytetyömme

kannalta epäolennainen tietoa karsiutui pois (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110). Analyysiprosessin loppuvaiheessa tulokset alkoivat jo hahmottua ja oli mielenkiintoista nähdä, vastaavatko ne omia, aiheesta muodostamiimme ennako-odotuksia. Emme kuitenkaan antaneet näiden ennako-odotusten johdatella analyysin kulkua ja tutkimustulosten muodostumista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133; Vilka 2007, 30–31.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata sairaalassa tapahtuvaa synnytysvalmennusta kartoittamalla aikaisempien tutkimusten avulla, millaista on kohderyhmäänsä hyvin palveleva synnytysvalmennus. Tavoitteena oli luoda hyvä ja asiantunteva pohja tulevalle Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysyksikön DVD:lle, jonka avulla ensisynnyttäjäperhe tutustuu synnytysyksikköön ja saa tietoa synnytystapahtumaan kuuluvista asioista. Haimme opinnäytetyössämme vastauksia tutkimuskysymyksiimme kirjallisuuden ja tutkimustiedon pohjalta.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksemme avulla halusimme selvittää, mitä asioita sairaalan synnytysvalmennukseen sisältyy ensisynnyttäjäperheiden kertomusten mukaan. Mielestämme saimme kartoitettua melko kattavasti tutustumiskäynnin aikana nähtyä ympäristöä ja välineistöä, ja henkilökuntaan tutustumisen tärkeyttä sekä asioita, jotka tulivat esiin hoitohenkilökunnan antamassa ohjauksessa tutustumiskäynnin aikana.

Tulosten mukaan tutustumiskäynti vahvisti synnyttämään tulevan äidin ja puolison turvallisuuden tunnetta, mikä on myös synnytysvalmennuksen yksi päätavoitteista (Haapio ym. 2009, 111). Synnytysvalmennuksessa ja etenkin suositellulla tutustumiskäynnillä (STM 2007, 62) käydään läpi synnytyssairaalan tiloja ja ympäristöä (Haapio ym. 2009, 117; Haapio & Pietiläinen 2009, 205), mikä nousi myös opinnäytetyömme tuloksissa vanhempien mielestä olennaiseksi ja tärkeäksi asiaksi.

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että tutustumiskäynnin aikana saatu ohjaus koettiin luotettavaksi ja ajantasaiseksi, koska kokeneet hoitajat antoivat sitä – sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaan synnytysvalmennuksen antamisesta tulisi vastata ammattitaitoinen kättilö, sillä hänellä on hallussaan tuorein tieto (STM 2007, 61). Synnyttäjät mieltävät synnytyskivun aina eri tavoin: kaikilla on oikeus saada sekä kieltäytyä saatavilla olevista kivunlievitysmenetelmistä (Sarvela & Nuutila 2009, 1881–1882) ja vanhemmille on tärkeää saada tietoa niiden vaiku-

tuksista sekä itselle parhaiten soveltuvista menetelmistä myös opinnäytetyömme tulosten mukaan. Tuloksista ilmeni, että oli tärkeää saada tietoa siitä, miten toimia synnytyksen käynnistyttyä ja miten itse synnytys etenee. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksenkin mukaan vanhemmille tulee antaa terveysneuvonnassa tietoa muun muassa synnytyksen alkuvaiheesta ja kulusta (STM 2009, 89).

Toisen tutkimuskysymyksemme avulla halusimme selvittää, millaisia asioita ensisynnyttäjäperheet odottavat sairaalan synnytysvalmennukselta. Saimme mielestämme kartoitettua kattavasti teoria- ja tutkimustiedon avulla, mitä asioita vanhemmat odottivat käsiteltävän synnytysvalmennuksessa sekä mitä asioita tulisi heidän mielestään kehittää.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan vanhemmat odottivat henkilökohtaisesti sovellettavaa tietoa, joka ei mene liiallisiin yksityiskohtiin ja valmennuksessa olisikin tärkeää kertoa vain synnytystä koskeva oleellinen tieto (Haapio ym. 2009, 120) sekä vastata juuri vanhempia askarruttaviin kysymyksiin (Haapio & Pietiläinen 2009, 203). Nykyisin korostetaan sitä, että terveysneuvonnassa tulee antaa riittävästi tietoa isän roolista synnytyksessä (STM 2009, 89) ja tulosten mukaan niin äidit kuin isätkin kokivat tiedon isän roolista erittäin tärkeäksi.

Tuloksista nousi esiin toive neuvolan ja synnytyssairaalan ohjauskäytänteiden kehittämistä, jotta ohjauslinjat yhtenäistyisivät eikä samoista asioista puhuttaisi monella eri tavalla. Myös sosiaali- ja terveysministeriön yleisen terveydenhuoltoa koskevan toimintastrategian mukaan tulisi tehostaa hoitoalalla työskentelevien yhteistyötä sekä moniammatillista osaamista (STM 2003, 36). Neuvolan ja synnytyssairaalan henkilökunnan tulisi kehittää uudenlaisia yhteistyötapoja kehittääkseen äitiyshuollon palveluita ja taataksaan lasta odottavalle perheelle ammattitaitoisen ja ajantasaisen palvelun sekä hoidon (Haapio ym. 2009, 110).

Olemme tarkastelleet opinnäytetyössämme alkuperäistutkimuksia, jotka kävimme tutkijoina itsenäisesti läpi ja arvioimme niiden laadukkuutta erillisen kaavakkeen (LIITE 1) avulla. Laadun arvioinnissa pisteytimme jokaisen alkuperäistutkimuksen ja lopuksi vertailimme saamiamme pistemääriä, jotka eivät loppujen lopuksi kovinkaan paljon eronneet toisistaan – lisäksi keskustelimme pistemääriin oikeuttaneista perusteista ja päätimme kunkin tutkimuksen lopullisen pistemäärän yhteisenä konsensusena. Laadun arvioinnissa hyväksyimme tutkimukseen mukaan myös

opinnäytetöitä, sillä niiden näkökulma ja tuoreus vastasivat kuitenkin hyvin asetamiimme alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Lisäksi opinnäytetyömme tutkimuskysymysten kannalta oikein rajattuja yliopistotason tutkimuksia ei ollut joko tehty tai niitä ei ollut saatavilla riittävästi.

Arvioimme opinnäytetyömme tulosten luotettavuutta verraten niitä alkuperäistutkimusten tuloksiin, sillä niistä analyysiprosessin avulla saamamme tulokset ovat syntyneet. Alkuperäistutkimusten tulosten luotettavuutta heikensi etenkin tutkimuksen toteutukseen liittyvät asiat, kuten se, että määrällisessä tutkimuksessa tutkittaville oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Tällaisissa tutkimuksissa asiat eivät nousseet esiin tutkittavien taholta, vaan tutkijoiden omista oletuksista ja tarpeista. Eräässä tutkimuksessa tulosten sanallinen raportointi oli ristiriidassa prosentiosuuksia sisältävien taulukoiden antaman informaation kanssa, jolloin sanallinen arviointi johti joko liian hyvään tai liian huonoon tulokseen. Tämän vuoksi jouduimme tutkijoina vertailemaan kuvion antamaa tietoa tutkimustulosten sanalliseen selostukseen, jotta tieto olisi ollut mahdollisimman luotettavaa. Kolmen tutkimuksen näkökulma keskittyi pääasiassa joko isyysvalmennukseen tai laajempaan perhevalmennukseen. Näistä tutkimuksista löytyi kuitenkin opinnäytetyömme aiheen kannalta hyödyllistä tietoa ja käytimmekin kyseisistä tutkimuksista vain synnytysvalmennusta käsittelevät osiot. Eräässä tutkimusprojektissa oli vertailtu kahden valmennusryhmän kokemuksia synnytysvalmennuksesta, jonka vuoksi tuloksetkin oli esitetty vertailevalla tavalla. Tämän takia tulosten hyödyntäminen omaan opinnäytetyöhömmö oli vaikeaa, sillä tutkimusprojektin avulla esiin nousi konkreettisten asioiden sijaan pääasiassa vain tutkittavien tiedon saantia ja hyödynnettävyyttä mittaavia mielipiteitä.

Tutkijoina vaikutamme myös oleellisesti oman opinnäytetyömme tulosten luotettavuuteen. Alkuperäistutkimuksista oli saatavilla tutkittavien kertomia, yksittäisiä mielipiteitä, joita emme kuitenkaan käyttäneet, sillä niitä ei voinut yleistää kattamaan enemmistön mielipiteitä. Opinnäytetyömme tulokset ja johtopäätökset ovat nousseet suoraan alkuperäisaineistossa esiintyvistä tarpeista eivätkä omista mielipiteistämme (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113), mikä lisää niiden luotettavuutta.

Voimme hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia kehittämistehtävää varten suunnittelemissamme esittely-DVD:ssä sekä tulevaisuudessa terveydenhoitajan työssä.

Opinnäytetyömme keskeisimmiksi johtopäätöksiksi nousivat kirjallisuuden ja tutkimustiedon pohjalta seuraavat asiat:

1. Synnytyssairaala koettiin hyväksi synnytysvalmennuspaikaksi ja tiloihin tutustumisen ohella erityisen merkittävää ja odotettua oli päästä tutustumaan kätilöön.
2. Tutustumiskäynti toimi vanhempien mielikuvien kiinnekohtana ja vahvisti turvallisuuden tunnetta sekä mahdollisti voimavarojen suuntaamisen itse synnytykseen.
3. Tutustumiskäynnin ajankohta tulisi sijoittaa mahdollisimman lähelle laskettua aikaa ja vuorokauden ajoista ilta koettiin parhaimmaksi vaihtoehdoksi.
4. Synnytysvalmennukseen toivottiin yhteneväisiä ohjauskäytäntöjä ja kiireetöntä ilmapiiriä.
5. Yhteistyötä synnytyssairaalan ja neuvoloiden kesken toivottiin kehitettävän.
6. Vanhemmat odottivat juuri heidän tilanteeseensa soveltuvaa konkreettista ohjausta ja tietoa. Etenkin äidit halusivat harjoitella käytännön tilanteita jo etukäteen.
7. Saatu ohjaus ja tieto oman sairaalan synnytyksen hoitotavoista, kuten saatavilla olevista kivunlievitysmenetelmistä, lisäsi synnytyksen aikaista hallinnantunnetta ja helpotti päätöksentekoa.
8. Saatu ohjaus ja tieto sairaalaan lähtemistä varten koettiin tärkeäksi. Etenkin isien mielestä oli tärkeää tietää, milloin ja mihin lähteä tuomaan synnyttävää puolisoaan.
9. Sekä äidit että isät toivoivat synnytysvalmennuksessa käsiteltävän enemmän isän roolia synnytyksessä.

Hyödynnämme opinnäytetyöllämme kartoittamaa teoria- ja tutkimustietopohjaa kehittämistehtävämme eli Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytysyksikön esittely-DVD:n laatimisessa. **Jatkotutkimushaasteeksi** ehdotamme synnytyssairaalan tiloissa toteutettavaa, muutaman käyntikerran pituista synnytysvalmennusryhmää, jossa aiheet käsiteltäisiin pienemmissä osissa yhden tietoisikun sijasta. Tällöin valmennukseen osallistuvien olisi helpompaa sisäistää käsitellyt asiat, mikä myös omien tutkimustulostemme mukaan oli ongelmallista suuren tietomäärän vuoksi. Jokaisen käyntikerran jälkeen tulisi kerätä myös palautetta valmennuksen hyödyistä, jotta saadaan tietoa tämän tyyppisen valmennuksen tarpeellisuudesta.

LÄHTEET

- Ahonen, J., Tarvonen, M. & Sainio, S. 2009. Typpioksiduuli synnytyskivun hoidossa. *Duodecim* 2009, 125 (10), 1060–1068.
- Aumo, O. 2003. Kyselytutkimus asiakkaille synnytysvalmennuksesta Kanta-Hämeen keskussairaalassa. *Kättilölehti* 2003, 108 (3), 87.
- Deans, A. (toim.) 2005. Suuri äitiyskirja. Helsinki: Perhemediat Oy.
- Ekblad, U. 2009. Synnytys. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt01377&p_haku=alatiesynnytys. Julkaistu 17.4.2009. Luettu 10.6.2011
- Eskola, K., Hytönen, E. & Komulainen, S. 1990. Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito. Porvoo: WSOY.
- Haapio, S., Koski, K., Koski, P. & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Porvoo: Ws Bookwell Oy.
- Haapio, S. 2006. Synnytysvalmennus sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01448.pdf>. Julkaistu 13.12.2006. Luettu 10.10.2010.
- Haapio, S. & Pietiläinen, S. 2009. Perhe- ja synnytysvalmennus. Teoksessa Paaananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M.(toim.) *Kättilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 201–205.
- Haapio, S., Tarkka, M-T. & Mäenpää, T. 2008. Synnytysvalmennus sairaalassa - vanhempien kokemuksia asiakaslähtöisestä ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 2008, 6 (1), 19–24.
- Haavisto, H. & Sironen, R. 2000. Raskauren ja orotusajan juttuja - isien kokemukset isyysvalmennuksesta Lapualla. *Opinnäytetyö*. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Haukkamaa, M. & Sariola, A. 2001. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, A. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Vammala: Vammalan Kirjapaino, 310–320.
- Hautaniemi, S. & Lamberg, S. 2010. Kylmähoidot kättilötyössä. *Kättilölehti* 2010 (1), 8–9.
- Hirvikallio, S., Malinen, M. & Väkevä-Henttu, E. 2009. Vanhempien kokemuksia synnytysvalmennuksesta. *Opinnäytetyö*. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5947/hirvikallio_malinen_va_keva-henttu.pdf?sequence=1. Julkaistu 10.12.2009. Luettu 10.10.2010.

Huttunen, M. & Mikkola, A. 2005. Ensisynnyttäjävanhempien kokemuksia Kokkolan perhe- ja synnytysvalmennuksesta. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Jaakola, M-L. 2008. Synnytyskipu ja sen lääkkeellinen hoito. Kipuviesti 2008 (2), 30–33.

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

Jouppila, R. 2007. Synnytyskipun hoidon kehitys Suomessa. Finnanest 2007, 40 (3), 203–207.

Kalliovalkama, E. 2001. Isä keisarinleikkauksessa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kempainen, J. 2006. Perhevalmennuksen nykytila Kainuussa vuonna 2005 - kysely Mannerheimin lastensuojeluliiton äitiverkko- ja perhekahvila toimintaan osallistuneille äideille. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. 2003. Systematic reviews to support evidence-based medicine. How to review and apply findings of healthcare research. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd.

Kokki, M., Ahonen, J. & Palomäki, O. 2010a. Sentraalisten puudutusten vaihtoehdot synnytyskipun hoidossa. Finnanest 2010, 43 (2), 112–118.

Kokki, M., Gonzalez Franco, M., Raatikainen, K., Heinonen, S., Sankilampi, U., Neuvonen, P. J. & Kokki, H. 2010b. Laskimoon annetun oksikodonin teho ja turvallisuus ensisynnyttäjien kivunhoidossa. Finnanest 2010, 43 (4), 333.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimusten laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino - Turun Yliopisto, 101–108.

Kuikka, T. & van der Lubben, S. 2005. ”Alku uudelle elämälle”. Synnyttävän perheen tutustumiskäynti Savonlinnan keskussairaalan synnytysosastoon. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

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

Mesiäislehto-Soukka, H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pdf-

dokumentti. Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514277260/isbn9514277260.pdf>. Julkaistu 17.5.2005. Luettu 10.10.2010.

Missonen, P. & Väisänen, I. 2008. Synnyttäjän oikeus valita ponnistusasetonsa. *Kätilölehti* 2008 (2), 58–60.

Nikkola, E. 2007. Synnytyksanalgesian vaikutukset vastasyntyneeseen. *Finnanest* 2007, 40 (3), 213–218.

Nikkola, E. 2003. Suonensisäinen fentanyyli synnytyksanalgesiassa. *Duodecim* 2003, 119 (21), 2063–2068. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93873.pdf>. Julkaistu 9.11.2003. Luettu 23.3.2011.

Nuutila, M. & Halonen, P. 2003. Synnytyksen toisen vaiheen kivun hoito. *Finnanest* 2003, 36 (1), 49–51.

Nylund, J., Tunnela, A. & Valtonen, T. 2009. Lääkkeetön kivunlievitys kätilöiden näkökulmasta. *Kätilölehti* 2009 (1), 13–15.

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

Ranta-Valkama, P., Saukkoriipi, M. & Väyrynen, V. 2005. Ensisynnyttäjien ohjaustarpeet ja ohjauksen riittävyys Lapin keskussairaalassa. *Opinnäytetyö*. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Rauhala, L. 2001. Vanhemmuuteen ohjaaminen –projekti Kätilöopiston sairaalassa. *Kätilölehti* 2001, 106 (6), 224–226.

Raussi-Lehto, E. 2009a. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 209–232.

Raussi-Lehto, E. 2009b. Syntymän hoidon suunnittelu. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 232–235.

Raussi-Lehto, E. 2009c. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 236–267.

Raussi-Lehto, E. & Melender, H-L. 2008. Ei-lääkkeellinen kivunhallinta synnytyksessä. *Kipuviesti* 2008 (2), 35–37.

Rautapuro, M. 2008. Hengitys, raskaus ja synnytys. *Kätilölehti* 2008 (2), 61–63.

Rautapuro, M. 2004. Synnytys ja hengitys. *Kätilölehti* 2004 (3), 101–102.

Sarvela, J. & Nuutila, M. 2009. Synnytykskipu. *Duodecim* 2009, 125 (17), 1881–1888.

- Sarvela, J., Viitanen, H. & Toivonen, H. 2009. Synnytyskipu – anestesia­lääkärin opas potilaalle. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904#s6. Julkaistu 12.7.2009. Luettu 23.2.2011.
- Silvola, T. 2003. Akupunktio kivun lievittäjänä synnytyksen aikana. Kätilölehti 2003 (3), 111–113.
- Stakes. 2008. Meille tulee vauva. Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. 27. painos. Helsinki: Erikoispaino Oy.
- STM. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11139.pdf. Julkaistu 11.3.2010. Luettu 8.6.2011.
- STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>. Julkaistu 28.5.2007. Luettu 4.3.2011.
- STM. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4038.pdf&title=Terveytta_ ja_ hyvinvointia_ nayttoon_ perustuvalla_ hoitotyolla_ fi.pdf. Julkaistu 7.1.2004. Luettu 12.6.2011.
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 58–70.
- THL. 2011. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010. Tilastoraportti. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr27_11.pdf. Julkaistu 6.10.2011. Päivitetty 24.10.2011. Luettu 30.10.2011.
- THL. 2010. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2008–2009. Tilastoraportti. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30_10.pdf. Julkaistu 8.12.2010. Luettu 20.3.2011.
- Tihtonen, K., Grahn, R. & Kaila, M. 2009. Lisääkö synnytyksenaikainen sikiövalvonta STAN-laitteella sittenkään synnytysturvallisuutta? Suomen lääkirlehti 2009 (19), 1757–1760. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/CB56788B-0935-4D26-92CE-D5FDBF2F02FB/0/SLL_2009_STAN_1920091757.pdf. Julkaistu 7.5.2009. Luettu 1.6.2010.
- Tiitinen, A. 2010a. Normaali synnytys. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160. Julkaistu 15.10.2010. Luettu 9.6.2011.

Tiitinen, A. 2010b. Tietoa potilaalle: Imukuppisynnytys. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00871&p_haku=imukuppi.
Julkaistu 15.10.2010. Luettu 10.6.2010.

Tiitinen, A. 2010c. Tietoa potilaalle: perätarjontasynnytys. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00879&p_haku=per%E4tila
Julkaistu 15.10.2010. Luettu 13.6.2011.

Timonen, S. 2007. Synnytyksen hoito. *Duodecim* 2007, 123 (19), 2289–2290.

Timonen, S. & Erkkola, R. 2004. Sikiön asfyksia synnytyksen aikana. *Duodecim* 2004, 120 (20), 2415–2422.

Tuimala, R. 2001. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala, A. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Vammala: Vammalan Kirjapaino, 468–473.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

University of York, Centre for Reviews and Dissemination. 2009. *Systematic Reviews - CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf. Julkaistu 8.1.2009. Luettu 30.12.2010.

Uotila, J. 2009. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 490–500.

Uotila, J. 2006. Raskauden ja synnytyksen hoito sikiön ollessa perätilassa. *Suomen lääkärilehti* 2006 (17), 1857–1860.

Viitanen, H. 2002. Spinaalipuudutus synnytyskivun hoidossa. *Finnanest* 2002, 35 (3), 247–249.

Viljamaa, M-L. 2003. *Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki*. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Volmanen, P. 2010. Intravenous patient controlled analgesia with remifentanil in early labour. Pdf-dokumentti. Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514261176/isbn9789514261176.pdf>. Julkaistu 11.2.2010. Luettu 23.2.2011.

Äimälä, A-M. 2009. Perätilaraskaus- ja synnytys. Teoksessa Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 449–456.

LIITE 1

Tutkimusten laadunarviointi-kaavake (Mukaillen Kontio & Johansson 2007, 104, 106; University of York, Centre for Reviews and Dissemination 2009.)

Laadun arvioinnin osa-alueet	Kriteeri täyttyy	Kriteeri ei täyty	Ei tietoa
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
Tutkittava ilmiö on määritelty			
Tutkimuksen tarpeellisuus on perusteltu			
Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite on määritelty			
Tutkimuksen aineisto ja menetelmät			
Aineiston keruumenetelmät on kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti			
Aineiston keruu prosessi on kuvattu			
Laadullisten tutkimusten aineiston riittävyys (saturaatio) on arvioitu			
Aineiston analyysimenetelmä on kuvattu tarpeeksi yksityiskohtaisesti			
Aineiston analyysin päävaiheet on kuvattu			
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu riittävän kattavasti			
Tutkimuksen eettisyyttä on käsitelty ja pohdittu			
Tutkimustuloksia on arvioitu eettisyyden ja luotettavuuden kannalta			
Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset			
Tulokset ovat merkittäviä hoitotyön kehittämisen kannalta			
Tutkimuksen tuloksia on verrattu aikaisempien tutkimusten tuloksiin			
Tutkimuksen johtopäätökset on johdettu tuloksista			
Tutkimusten hyödynnettävyys			
Tutkimus ja sen tulokset vastaavat asettamiimme tutkimuskysymyksiin			
Tutkimukset ovat riittävän tuoreita (vastaavat aikarajauksetamme vuosien 2000–2011 välille)			