



# Synnytyksen käynnistämisen kehittäminen Naistenklinikalla

Iiramaaria Virkkala

2020 Laurea





**Laurea-ammattikorkeakoulu**

## **Synnytyksen käynnistämisen kehittäminen Naistenlinikalla**

**Iiramaaria Virkkala**

**Palvelumuotoilu**

**Opinnäytetyö**

**Joulukuu, 2020**

Iiramaaria Virkkala

**Synnytyksen käynnistämisen kehittäminen Naistenlinikalla**

Vuosi 2020

Sivumäärä 100

Synnytysten käynnistysten määrä on noussut merkittävästi länsimaissa viimeisten vuosikymmenten ajan. Suomessa synnytyksistä käynnistetään jo kolmannes. Trendi on asiantuntijoiden mukaan nouseva. Käynnistettyjä synnytyksiä ei kuitenkaan juurikaan käsitellä synnytysten valmistuksissa, joita on muutenkin vähennetty kunnallisella puolella. Lisäksi käynnistettyyn synnytykseen liittyy erityispiirteitä, joita ei aina osata huomioida synnytyssairaaloissa ja synnyttäjien tyytyväisyys käynnistettyyn synnytykseen ei ole hyvä.

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävinä olivat käynnistettyjen synnytysten asiakaskokemuksen näkyväksi tekeminen ja sen parantaminen, synnytystilaan liittyvien toiveiden ja tarpeiden kartoittaminen sekä synnytyksen käynnistämisen mallintaminen. Työtä ohjaavat kehittämiskysymykset olivat seuraavat: Millainen on käynnistetyn synnytyksen asiakaspolku? Mistä hyvä tai huono (käynnistetty) synnytykokemus koostuu? Minkälaiset tilalliset ratkaisut tukevat tai estävät käynnistetyn synnytyksen hyvää synnytykokemusta?

Tämä opinnäytetyö toteutettiin osana tutkimushanketta ”Kamppailu synnytyksestä - Suomalaisen synnytyksenkulttuurin murros”. Hanke toteutetaan vuosina 2020-2023 Koneen Säätiön tuella. Hanke on ensimmäinen laaja yhteiskuntatieteellinen tutkimus suomalaisesta synnytyksestä, synnytyksen hoidosta synnytykokemuksista ja -kulttuurista. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS:n Naistenklinikan synnytyksosaston kanssa.

Kehittämistyön lähestymistapa oli palvelumuotoilu. Opinnäytetyönä toteutettiin palvelumuotoiluprosessi, joka noudatti British Design Councilin tuplatimantti-prosessimallia. Ensimmäisessä vaiheessa suoritettiin esitutkimus, tehtiin verkko- ja autoetnografiaa, kerättiin synnytystarinoita ja haastateltiin synnytyksosaston henkilökunnan jäseniä sekä luotiin työtä ohjaava tietoperusta. Tietoperusta koostui synnytyksen kulusta, käynnistettyjen synnytysten tutkimuksesta, synnytykseen valmistautumisesta, synnytykokemuksesta ja tilasta. Prosessin seuraavassa vaiheessa kerätyn aineiston perusteella saatu tieto tiivistettiin synnyttäjän empatiakartaksi, synnytykspersooniksi, synnytykspoluiksi sekä pääoivalluksiksi. Prosessin kehittämissivuvaiheessa luotiin vuorovaikutteinen tekoälypohjainen verkkoalusta, jonne kutsuttiin mukaan kehittämistyöhön Naistenklinikan henkilökunnan lisäksi kokemusasiantuntijoita. Kehittämislustalle kertyneiden materiaalien perusteella muotoiltiin synnytyksen käynnistämisen tunnelmataulu ja lopullinen konsepti sekä innovoitiin uusi käynnistetyn synnytyksen kulkua mallintava vaihtoehtoinen käynnistetyn synnytyksen asiakaspolku ja -persoonana. Lopullisia tuotoksia arvioitiin ja kommentoitiin verkkoalustan kehittämistimin sekä Suomalaisen synnytyksenkulttuurin murros -hankkeen perustaman tutkijaverkoston parissa.

Prosessin viimeinen vaihe eli lopullinen toteutus jää tehtäväksi yhteistyökumppanille. Naistenklinikka sai käyttöönsä prosessin aikana tehdyn palvelumuotoilun konseptin, jota organisaatio voi testata ja jatkojalostaa omassa kehittämisessään ja asiakasarvon luomisessa. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan hyödyntää myös osana sairaalassa annettavaa ohjeistusta, kuten synnyttäjien tiedottamisessa käynnistyksestä, millä voidaan parantaa synnyttäjien kohtaamista ja saavuttaa parempia synnytykokemuksia. Opinnäytetyöprosessin avulla tehtyjä tuotoksia voi hyödyntää myös laajemmin synnytyksen hoidossa.

Asiasanat: asiakaskokemus, asiakaspolku, palvelumuotoilu, synnytyksen käynnistäminen, synnytykokemus

liramaria Virkkala

**Developing Labor Induction in Women's Hospital**

Year

2020

Pages

100

The rates of labor inductions have been rising in the Western countries during the last decades. In Finland currently already every third labor is induced, and the trend seems to be ascending. Induction of labor is however not dealt with during childbirth education classes arranged by the maternity clinic and the services of preparing for childbirth are overall diminishing. There are some idiosyncrasies with the induction of labor that are overlooked in maternity hospitals and the labor induction is associated with poor childbirth experience.

The purpose of this study was to demonstrate and improve the customer experience of induced labor, to reveal information on the environmental elements of labor induction spaces and provide a new model for labor induction. The development questions were: What kind of journey map does induced labor have? From which components a good or poor induced labor experience consists of? Which kind of spatial elements improve or aggravate the experience on induced labor?

The thesis was conducted as a part of Finnish research project Battles over Birth. The project is a four year Kone Foundation funded project that focuses on Finnish labor, maternity healthcare services and the birth experience and culture. This study is executed in co-operation with the labor ward at Women's Hospital.

The thesis was based on the British Design Council's double diamond process. The first phase Discover consisted of desk research, online and autoethnography, birthstory collection, interviews done to the labor ward personnel and literary review. The theoretical section discusses the path of labor, the research of labor induction, preparation for labor, birth experience and space. In the second part Define the collected information was analyzed and summarized to empathy maps, personas, induced labor journey maps and key insights. For the third phase Develop an AI-powered digital collaboration platform for social innovation was developed. Both labor ward staff and customers were invited there to join collaboration and development. A moodboard, final concept, new model of an optional journey map for induction of labor and an alternative persona were designed based on the material collected in the platform. The outputs were assessed and commented by the participants and Battles over Birth research network members. The last part of the process Deliver will be the responsibility of the Women's Hospital in the future if they want to pilot the model or further develop the concept.

The output of the thesis was the visual outputs of the process that the Women's Hospital received. The knowledge that the process established can be utilized as a part of information given to the customers in labor such as inform about labor induction and patient encounter that can also lead to better birth experiences. A good birth experience has also a prolonged financial impact. The findings this thesis documented can also be used as part of childbirth education and other maternity healthcare services in Finland.

Keywords: Customer experience, Journey map, Service design, Labor induction, Childbirth experience

## Sisällys

1	Johdanto .....	8
2	Työn tausta .....	9
2.1	Synnytysten käynnistämismuuri .....	9
2.2	Yhteistyökumppani .....	9
2.3	Taustahanke .....	10
2.4	Muut taustavoimat .....	11
3	Kehittämisasetelma .....	12
3.1	Työn tavoitteet .....	12
3.2	Kehittämiskysymykset .....	12
3.3	Palvelumuotoilu kehittämistyön välineenä ja lähestymistapana .....	12
3.4	Palvelumuotoiluprosessin kulku .....	14
4	Synnyttämisestä .....	16
4.1	Normaali raskaus ja ”laskettu aika” .....	16
4.2	Normaali synnytys .....	19
4.3	Synnytyksen kesto .....	21
4.4	Synnytysvalmistelut sairaalassa .....	22
4.5	Synnytyksen käynnistäminen .....	22
4.6	Käynnistyspäätös .....	23
4.7	Milloin käynnistys epäonnistuu? .....	24
4.8	Käynnistämismenetelmät .....	24
4.9	Varsinainen käynnistäminen .....	26
4.10	Synnytyksen edistäminen .....	28
4.11	Tilastoinnista .....	29
4.12	Käynnistystutkimuksista .....	30
4.12.1	Keisarileikkauksista ja vauvakuolleisuudesta .....	31
4.12.2	Primum non nocere .....	33
4.12.3	Yhteenvetoa käynnistystutkimuksista .....	36
4.13	Keskeiset käsitteet .....	38
4.13.1	Synnytykseen valmistautuminen .....	38
4.13.2	Synnytykseen valmistautumisen ilmeneminen aineistossa .....	40
4.13.3	Synnytyskokemus .....	41
4.13.4	Positiivisen ja negatiivisen synnytyskokemusten kuvauksia aineistossa .....	45
4.13.5	Tila .....	47
4.13.6	Tilan kuvaaminen aineistossa .....	49
4.14	Tietoperustan synteesi .....	51
5	Menetelmälliset ratkaisut .....	52

5.1	Tutki .....	52
5.1.1	Esitutkimus .....	52
5.1.2	Tarinat .....	53
5.1.3	Autoetnografia .....	55
5.1.4	Verkkoetnografia .....	55
5.1.5	Haastattelut .....	56
5.2	Määritä .....	57
5.2.1	Synnyttäjien empatiakartta .....	57
5.2.2	Synnyttäjäpersoonat .....	57
5.2.3	Synnytyspolut .....	59
5.2.4	Pääoivallukset .....	60
5.3	Kehitä .....	61
5.3.1	Kehittämistyö .....	61
5.3.2	Ideoinnista ja ideoista .....	63
5.3.3	Synnyttäjien empatiakartan arviointi ja kehittäminen .....	64
5.3.4	Synnyttäjäpersoonien arviointi ja kehittäminen .....	65
5.3.5	Polkujen arviointi ja kehittäminen .....	65
5.3.6	Ammattilaisten empatiakartta .....	66
5.3.7	Tunnelma- ja tulevaisuustaulut .....	67
5.3.8	Kehittämistyön kokonaisarviointi .....	68
5.4	Toimita .....	69
6	Johtopäätökset ja pohdinta .....	69
6.1	Johtopäätökset .....	69
6.2	Eettisyys .....	72
6.3	Tietoturva .....	73
6.4	Luotettavuus .....	73
6.5	Jatkokehittämissuhteet .....	76
	Lähteet .....	78
	Kuviot .....	90
	Kuvat .....	90
	Liitteet .....	91

## 1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus synnytyksen käynnistämistä ja sen kehittamisestä. Laadullisen tutkimuksen lajeja on monta, mutta sen tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa se, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jonka aineisto on hankittu luonnollisissa tilanteissa, siinä käytetään ensisijaisesti informanteina ihmisiä ja aineiston hankinnassa on käytetty laadullisia metodeja, induktiivista analyysiä, kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, tutkimussuunnitelma päivittyy tutkimuksen edetessä ja tapauksia käsitellään ainutlaatuisina, jonka mukaisesti aineistoa myös tulkitaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.) Lähestymistapa tälle kehittämistyölle on palvelumuotoilu, jonka koulutusohjelmassa opinnäyte on toteutettu.

Opinnäytteen takana toimi sekä taustahanke, että työelämäyhteistyötaho. Opinnäyte tehtiin osana ”Kamppailu synnytyksestä - Suomalaisen synnytyskulttuurin murros” -hanketta ja opinnäytteen työelämäyhteistyökumppanina toimi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri suurimman synnytysairaalan Naistenklinikan synnytysosasto.

Opinnäytteenä suoritettu kehittämistyö kohdistui synnytyksen käynnistämisen asiakaskokemukseen ja esittää, miten synnyttäjiä voisi paremmin valmentaa käynnistykseen, millainen on käynnistetyn synnytyksen asiakaspolku ja miten tila ilmenee käynnistetyn synnytyksen yhteydessä.

Opinnäytetyö toteutettiin Design Councilin (2020) palvelumuotoilun tuplatimanttiprosessimallin mukaisesti. Sen vaiheista tässä opinnäytetyöprosessissa toteutettiin kolme ensimmäistä Tutki, Määritä ja Kehitä. Prosessin viimeinen vaihe, eli Toteuta, jää yhteistyökumppanin vastuulle.

Tämän opinnäytetyön raportin rakenteessa on pyritty käyttämään niin sanottua oivaltavaa vetoketjutaktiikkaa, jossa teoria, tutkijan oma ääni ja jopa tulokset vuorottelevat luonnollisesti tekstissä (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2018, 35). Niinpä raportin tietoperustaosuudessa on nostettu kiinnostavia huomioita myös opinnäytetyöntekijän omasta aineistosta. Opinnäytetyön aineistona toimivat muuan muassa Suomalaisen synnytyskulttuurin murros -hankkeen keräämät synnytystarinat, opinnäytteen tekijän suorittama verkkoetnografia sekä Naistenklinikan henkilökunnan haastattelut. Opinnäytetyön tuloksiin palataan vielä viimeisessä kappaleessa johtopäätökset.



## 2 Työn tausta

### 2.1 Synnytysten käynnistämismuutos

Synnytysten käynnistykset ovat lisääntyneet viime vuosikymmenellä niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Käynnistysten osuus on vuonna 2019 oli 31,5 % synnytyksistä, eli noin kolmannes synnytyksistä, kun vuonna 1990 synnytyksistä käynnistettiin vain 14,0 %. (THL 2020.) Viimeisen vuosikymmenen aikana kliiniset käytännöt monissa maissa ovat muuttuneet niin, että synnytykset käynnistetään yhä aiemmin. Muutos siihen, että synnytykset käynnistetään jatkossa aiemmin, voi johtaa entisestään 15–20 % suurempiin käynnistysmääriin. (Rydahl, Erikson & Juhl 2019, 170.)

Käynnistettyihin synnytyksiin liittyy erilaisia riskejä. Näitä riskejä ovat muun muassa se, että käynnistys epäonnistuu, synnytys pitkittyy tai pysähtyy, sekä se että sikiö altistuu käynnistetyn synnytyksen myötä synnytyksenaikaiselle hapenpuutteelle. Lisäksi synnytyksen käynnistykseen liittyy myös suurempi keisarileikkauksen riski kuin spontaanisti käynnistyneisiin synnytyksiin. (Tiitinen 2020.)

Suomessa on tälläkin hetkellä käynnissä Suomen yliopistosairaaloiden yhteishankkeena toteutettava SYNNYTYKSEN KÄYNNISTÄMINEN S Y K E- monikeskustutkimus, jossa tutkitaan optimaalista käynnistysajankohtaa. Tutkimuksessa verrataan synnytyksen aiempaa (raskausviikko 41+0) ja myöhempää (raskausviikko 41+5-42+1) käynnistysajankohtaa, sekä selvitetään optimaalista käynnistysmenetelmää. (SYKE 2020).

Myös synnytyksen käynnistämiseen liittyviä synnytyskokemuksia on tutkittu. Suomessa käynnistetyn synnytyksen kokemuksen on todettu olevan huonompi kuin spontaanisti käynnistyneen synnytyksen (Adler, Rahkonen & Kruit 2020). Kansainvälisesti käynnistetyn synnytyksen kokemuksen suhteen on muun muassa raportoitu, että synnyttäjät tunsivat, että heille ei tarjottu varsinaista vaihtoehtoa loppuraskaudessa käynnistyneen suhteen, vaan käynnistys usein esitetään välttämättömänä seuraavana askeleena, eikä synnyttäjille tarjota tietoa muista mahdollisista hoidollisista strategioista. (Mm. Roberts & Walsh 2019.)

### 2.2 Yhteistyökumppani

Opinnäytetyö on toteutettu työelämäyhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (jatkossa HUS) Helsingin yliopistollisen sairaalan Naistenklinikan synnytysosaston kanssa. Naistenklinikka on sairaala, joka on keskittynyt naisten ja vastasyntyneiden vaativaan erikoissairaanhoidon ja siellä hoidetaan HUS-alueen vaikeimmat riskiraskaudet ja hyvin ennenaikaiset synnytykset. (Naistenklinikka 2020.) Vuonna 2019 naistenklinikalla suoritettiin suhteessa suurin osa Suomessa tapahtuneista synnytyksistä, eli lähes 8 500 synnytystä, joka on 19 % kaikista synnytyksistä. Suomessa synnytykset keskittyvät muutenkin Uudellemaalle, sillä

reilu kolmannes lapsista Suomessa syntyi jossakin HUS:n sairaaloista, eli Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa (jatkossa HYKS) tai Hyvinkään ja Lohjan sairaaloissa ja näistä 28 % HYKS:n Naistenklinikan ja Jorvin sairaaloissa. (THL 2020.)

Naistenlinikalla tehdään parhaillaan isoa remonttia ja Naistenklinikan remontin yhteydessä yhteistyökumppanilla nousi toive uudistaa myös synnytyksen käynnistämistilat asiakasnäkökulmasta. Remontti oli jo käynnissä opinnäytetyöprosessin alkaessa ja aikataulusyistä valintoihin ei ehtinyt enää vaikuttaa. Tilallisia ratkaisuja voi kuitenkin tarkastella monesta näkökulmasta ja rakennettavan palvelumuotoilukonseptin on tarkoitus olla myös siirrettävä.

Palvelumuotoilija on myös liiketalouden osaaja. Opinnoissa painotetaan kehittämistä organisaation strategiaan, visioon ja arvoihin nojautuen. HUS on Suomen suurin erikoissairaanhoidon toimija ja yhdessä Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kanssa myös terveydenhuollon tieteellinen toimija ja henkilöstön kouluttaja (HUS 2020a).

HUS itse esittää strategiassaan, että kliinisen laadun lisäksi palvelun kokonaisuus syntyy kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta. HUS:n mukaan kohtaminen on heidän toimintansa perusta ja terveyden- ja sairaanhoidon ytimen ylipäätään olevan potilaan ja asiakkaan kohtaamisessa, sekä aidossa läsnäolossa. Hyvän kohtaamisen ominaispiirteiksi HUS nimeää kunnioittavuuden, yksilöllisyyden ja arvostavuuden, joka näkyy niin työyhteisössä kuin kansatoimijoiden ja asiakkaiden kanssa. Strategisiksi päämääriksi HUS määrittää muun muassa sen, että asiakaskokemus on toiminnan kehittämisen perusta. Strategisten päämäärien taustalla vaikuttaviksi ympäristön muutosvoimiksi HUS esittää muun muassa asiakkaiden palveluodotusten muuttumisen, niin että kokemuksen vaatimukset lisääntyvät. Lisäksi HUS:ssa nähdään, että työntekijöiden suhde työhön ja työnantajaan on muuttunut niin, että työn merkityksellisyys ja työyhteisön roolin korostuu. HUS:n palvelulupaus on: ”Joka päivä, jokaiselle potilaalle, yhä parempaa hoitoa”. HUS myös haluaa, että kaikki Uudenmaan asukkaat voivat olla ylpeitä toiminnastaan ja HUS:n visio on toimia terveydenhuollon suunnannäyttäjänä. HUS:n arvoina toimivat kohtaminen, edelläkävijyys ja yhdenvertaisuus. (HUS 2020a). HUS:n strategiaan, arvoihin, visioon ja palvelulupaukseen suhteutettuna tämä opinnäytetyö pyrkii tukemaan näiden toteutumista.

### 2.3 Taustahanke

Tämä opinnäytetyö toteutetaan osana yhteiskuntatieteellistä tutkimushanketta ”Kamppailu synnytyksestä - Suomalaisen synnytyskulttuurin murros”. Hanke toteutetaan vuosina 2020–2023 Koneen Säätiön tuella. Hankkeen vastuullisena johtajana toimii sosiologian dosentti Kaisa Kuurne (VTT). Kamppailu synnytyksestä - Suomalaisen synnytyskulttuurin murros on ensimmäinen laaja yhteiskuntatieteellinen tutkimus suomalaisesta synnytyksestä, synnytyksen hoidosta, synnytyskokemuksista ja -kulttuurista. Akateemisten tutkijoiden lisäksi

tutkimushanke tekee yhteistyötä eri synnytyssammattilaisten ja aktivistien kanssa. Hankkeen ympärillä toimii monitieteinen kuukausittain kokoontuva synnytystutkijoiden verkosto Birth Researchers in Finland (BIRRES), johon myös hankkeeseen opinnäytteitä tekevät opiskelijat kuuluvat. (Kaisa Kuurne 2020; Suomalaisen synnytyskulttuurin murros.)

Tutkimuksessa, jota hanke tuottaa, tarkastellaan synnytystä eri toimijoiden näkökulmasta. Hankkeella konkreettisia tavoitteita, kuten tuottaa uutta tietoa synnytyskokemuksista, entistä kohtaavampaa synnytyskulttuuria ja lisätä dialogisuutta. Hanke ja opinnäytetyö sijoittuvat myös meneillään olevaan suureen rakenteelliseen ja kulttuuriseen muutokseen, jossa naiset edellyttävät tulevansa kuulluiksi. Kansainvälisten organisaatioiden toimet synnytysten hoidon ongelmien havaitsemisessa ovat nostaneet teeman uudella tavalla yhteiskuntapoliittiseen tietoisuuteen. Järjestelmän rakenteet rajaavat ja säätelevät ammattilaisten toimintaa tavoilla, joissa voi olla vaikeaa saavuttaa sellaista hoitoa, jota haluaisi antaa. Tämä ei sulje pois sitä, että lääketieteellisessä lähestymistavassa ja järjestelmän rakenteessa on asetelmia, joissa nainen tulee ohitetuksi. Hankkeen tavoitteena on selvittää ja tuoda näkyväksi näitä rakenteita ja sitä kautta ymmärtää, miksi niin käy ja pyrkiä luomaan entistä kohtaavampaa synnytyskulttuuria. (Kuurne 2020; Suomalaisen synnytyskulttuurin murros). Myös Paananen (2015, 21) huomauttaa, että kättilökoulutus siirtyi jo 1770-luvulla synnytyslaitoksiin, jolloin siihen alettiin soveltaa sairaalakäytäntöjä, mutta vasta nyt niitä on alettu asettaa kyseenalaisiksi.

Inspiraatio opinnäytteelle ja sen tarpeelle on noussut hankkeen suljetun Facebook -ryhmän keskustelusta, jossa pohdittiin käynnistettyjen synnytysten määrän lisääntymistä ja sitä, miten ne kuitenkin on pääsääntöisesti sivuutettu esimerkiksi synnytysvalmennuksissa, jättäen näin jo kolmasosan synnyttäjistä ulkopuolelle verrattaessa spontaanisti käynnistyyviin synnytyksiin.

#### 2.4 Muut taustavoimat

Taustalla vaikuttavat myös yleiset terveydenhuollon eettiset periaatteet (ETENE 2002), jotka ovat seuraavat:

1. Oikeus hyvään hoitoon
2. Ihmisarvon kunnioitus
3. Itsemääräämisoikeus
4. Oikeudenmukaisuus
5. Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri
6. Yhteistyö ja keskinäinen arvonta

Opinnäyte toteutettiin sattumalta hyvään aikaan, koska maailman terveysjärjestö WHO on julistanut vuoden 2020 sairaanhoitajien ja kättilöiden vuodeksi, sillä vuonna 2020 vietetään

Florence Nightingalen, sairaanhoidon esiäidin 200-vuotissyntymäpäivää (HUS 2020b). Niin HUS kuin Laurea juhlivat tänä vuonna myös suomalaisia hoitotyön ammattilaisia ja sairaanhoidon kehityksen uranuurtajia. (HUS 2020b; Laurea 2020).

Aihe merkittävä myös lisääntymispolitiikan kannalta. Suomessa on jo vuosia puhuttu syntyvyyden laskusta. Lapsia hankitaan ja saadaan myöhemmin (mm. Suomen virallinen tilasto 2019). Synnytysten käynnistämisen yleistymiseen vaikuttaa vahvasti muiden asioiden ohella synnyttäjän ikä, mikä on yliaikaisuuden riskitekijä. Yliaikaisten synnytysten määrä yliopistosairaaloittain vaihtelee 1,4 % (Oulu) ja 6,3 % (Uusimaa) välillä. Eroa selittää osin väestörakenne ja sosioekonomiset taustamuuttujat, mutta todennäköisesti suurempi merkitys on kuitenkin sairaanhoitopiirien välisillä käynnistyskäytäntöjen eroilla. Synnytysten käynnistämässä on huomioitava myös taloudelliset seikat, sillä tuloksettomat käynnistysyritykset lisäävät kustannuksia ja mikäli käynnistykset yleistyisivät kansainvälisen trendin mukaisesti rutiininomaisiksi heti 41 viikon täytyttyä, merkittävä huomattava käynnistettyjen synnytysten osuuden lisääntymistä, mikä vaatisi työpanosta myös sairaaloilta. Tuloksettomat käynnistysyritykset rasittavat lisäksi sekä äitiä että sikiötä. Toisaalta hapenpuutteeseen liittyvät komplikaatiota, vihreää lapsivettä, sikiön sykemuutoksia ja matalia Apgar-pisteitä esiintyy viikolla 41 käynnistetyissä synnytyksissä vähemmän. On löydettävä tasapaino synnytyksen luonnollisen käynnistymisen odottamisen ja käynnistämisen välillä ja saada aikaan selkeä hoitolinjaus. (Timonen 2015.)

### 3 Kehittämisasetelma

#### 3.1 Työn tavoitteet

Tavoitteita tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä olivat seuraavat: Käynnistettyjen synnytysten asiakaskokemuksen näkyväksi tekeminen ja sen parantaminen, tilaan liittyvien toiveiden ja tarpeiden kartoittaminen sekä synnytyksen käynnistämisen mallintaminen.

#### 3.2 Kehittämiskysymykset

Edellä esitetyistä tavoitteista johdetut alustavat kehittämiskysymykset olivat seuraavat: Minkälainen on käynnistetyn synnytyksen asiakaspolku? Minkälaiset tilalliset ratkaisut tukevat hyvää käynnistetyn synnytyksen kokemusta? Mistä aineksista hyvä tai huono (käynnistetty) synnytyskokemus koostuu?

#### 3.3 Palvelumuotoilu kehittämistyön välineenä ja lähestymistapana

Palvelumuotoiluprosessin luonne itsessään on kokonaisvaltainen, joustava ja iteratiivinen (Ojasalo ym. 2015, 203). Triangulaatio on tapa saada laadulliseen tutkimukseen validiteettia

ja triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten metodien, tutkijoiden, teorioiden ja tiedonlähteiden yhdistämistä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143).

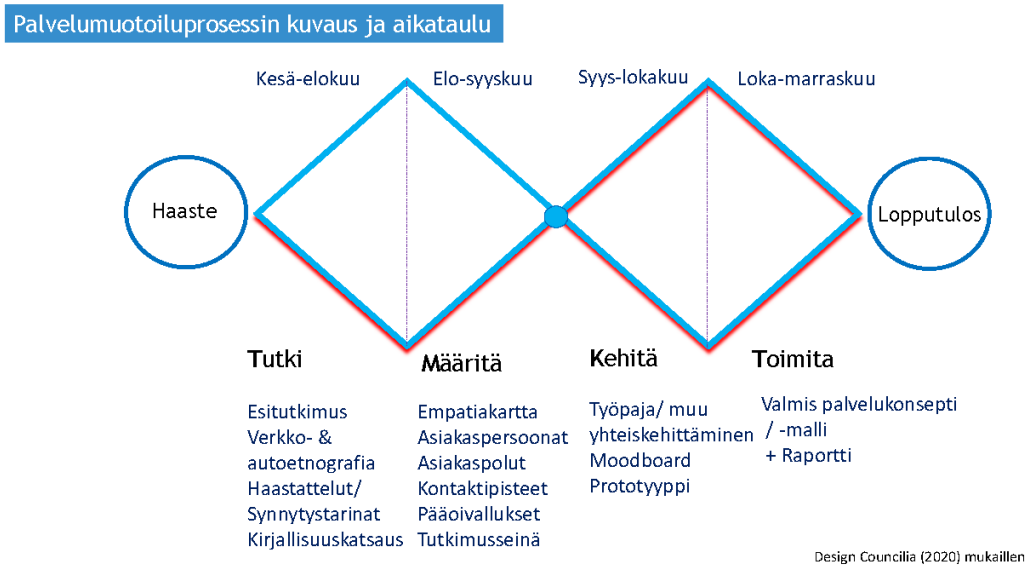
Kokonaisuudessaan Suomalaisen synnytykskulttuurin murros -hankkeessa tämä toteutuu hyvin, ja tämä opinnäyte täydentää osaltaan tutkimuskokonaisuutta. Erilaisten menetelmien hyödyntäminen on tyypillistä palvelumuotoilulle kaikissa sen vaiheissa (Ojasalo ym. 2018, 76).

Palvelumuotoilun voidaan ajatella olevan niin ajattelutapa, prosessi, työkalupakki, poikkitieteellinen kieli, kuin johtamisen tapa. (Stickdorn, Lawrence, Hormess & Schneider ym. 2018a, 21-22). Stickdorn ym. (2018a, 27) esittävät palvelumuotoilun tekemiselle kuusi peruseriaa, jotka ovat ihmiskeskeisyys, yhteistyöhön perustuvuus, iteratiivisuus, peräkkäisyys, reaalisuus ja holistisuus. Palvelumuotoilu prosessi perustuu aina tutkimukseen, ja siinä käytetään prototypointia ja helposti ymmärrettäviä toimenpiteitä, sekä visualisoinnin työkaluja, jotta sekä käyttäjien, sidosryhmien että liiketalouden tarpeet tulisivat huomioituksi ja sovitettua yhteen luodussa kokemuksessa. (Stickdorn ym. 2018a, 27.)

Palvelumuotoilun yhteydessä voidaan puhua myös osallistavasta tutkimusotteesta. Osallistavassa tutkimusotteesta on olennaista tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kunnioitus ja arvostaminen, sekä usko siihen, että useat, eriävät näkökulmat ovat tärkeitä. Nämä näkökulmat tulevat parhaiten esiin keskusteltaessa ryhmässä. Tutkija on tullut mukaan oppiakseen, ja toimiakseen fasilitaattorina ja katalysaattorina. Hän kokoaa ja koordinoi, muttei kehittää itse, vaan mahdollistamalla osallistujien oppimisen, jonka kautta tapahtuu toimintaa ja toimintatapojen muuttumista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 82-83.)

Saffer (2007, 181) esittää syyksi, miksi muotoilla palveluja sen, että hyvä palvelu tuottaa hyvää bisnestä ja toisaalta toteaa, että huonokin bisnes voi selviytyä alalla, jossa on vähän kilpailua. Saffer (2007, 181) kuitenkin muistuttaa, että ihmiset ovat valmiita maksamaan hyvin toteutetuista palveluista ja etsimään parempaa palveluntarjoajaa. Tämä on otettava tulevaisuudessa huomioon myös sosiaali- ja terveysalalla. Palvelumuotoilu tuo organisaatiolle todellista, kokonaisvaltaista ymmärrystä palveluistaan, mahdollistaen holistisia ja merkityksellisiä parannuksia, kun prosessiin on sitoutunut sekä asiakkaat että suunnittelutiimi, jotka käyttävät yhteiskehittämisen menetelmiä (Stickdorn ym. 2018a, 19). Suhteessa sosiaali- ja terveysalaan palvelumuotoilun voidaan ajatella istuvan hyvin 1990-luvulla alalla tapahtuneeseen asiakastyön näkökulmamutokseen, jossa painopiste alkoi muuttua asiakkaan ongelmien luokittelusta asiakassuhteen vuorovaikutuksen analysointiin, jossa arvioidaan myös työntekijöiden toimintatapoja. Paradigmassa haluttiin myös nostaa asiakkaan näkökulma ja voimavarat keskiöön ongelmakeskeisyyden sijaan. (Mönkkönen 2007, 17.)

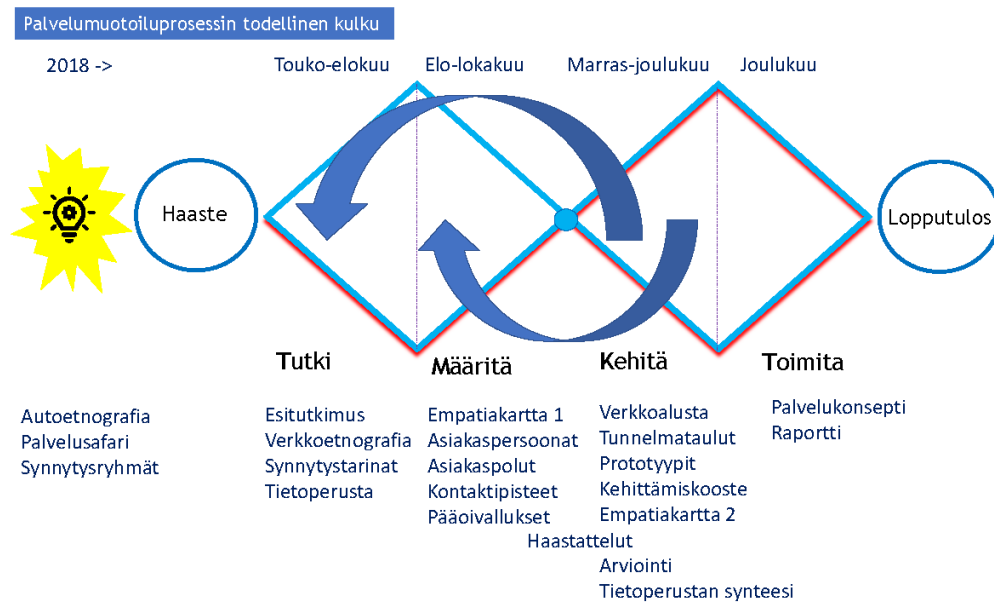
### 3.4 Palvelumuotoiluprosessin kulku



Kuvio 1: Palvelumuotoiluprosessin suunnitelma ja prosessissa käytetyt menetelmät (mukaillen Design Councilin 2020 tuplatimantti mallia)

Kuviossa 1 on kuvattuna opinnäytetyöprosessin aikataulu ja käytettävät menetelmät Design Councilin (2020) kehittämään palvelumuotoilun prosessimalliin sidottuna. Aiemmin pelkkänä Tuplatimanttina tunnettu vuonna 2004 julkaistu Design Councilin palvelumuotoilun prosessimalli on uudistettu, laajennettu ja nimetty ”Framework for Innovation” -viitekehykseksi. Prosessin perustana toimii yhä nelivaiheinen tuplatimantti, mutta sen ympärille viitekehykseen on lisätty kuusi peruseriaatetta ja suunnittelumetodia ideaalin työskulttuurin sisällä, jotta merkittävä positiivinen muutos tapahtuu. Tuplatimanttimallissa korostuvat divergentti ja konvergentti ajattelu, jotka vuorottelevat timanttien sivujen mukaisesti. Divergentissä ajattelussa tutkimushaasteeseen suhtaudutaan avoimesti ja syväluotaavasti. Konvergentissa ajattelussa puolestaan rajataan ja kiteytetään tietoa ja tekoja. Prosessin eteneminen ei kuitenkaan koskaan ole lineaarista ja alkuperäistä suunnitteluhaastetta voidaan joutua päivittämään ja muokkaamaan tiedon lisääntyessä prosessin aikana, muun muassa iteraation ja testaamisen myötä. (Design Council 2020.)

Prosessin eteneminen ei ollut lineaarista myöskään tässä opinnäytetyössä, ja alla kuviossa 2 on kuvattuna opinnäytetyöprosessin todellinen kulku sidottuna aikaan.



Kuvio 2: Palvelumuotoiluprosessin todellinen kulku

Opinnäytetyön tekeminen venyi lopuilta joulukuulle asti ja toisaalta sen voidaan ajatella alkaneen jo vuonna 2018 kun tekijällä oli omakohtainen kokemus synnytyksen käynnistämisestä. Ajatus koko palvelumuotoilun opiskelusta on syntynyt jo vuonna 2019 ja idea opinnäytteen tekemisestä syntyi Suomalaisen synnytykskulttuurin murros -hankkeen Facebook-ryhmässä ennen varsinaisen opinnäytetyöprosessin alkamista loppuvuonna 2019. Lisäksi kuviossa 2 on kuvattu menetelmät, jotka ovat muuttuneet prosessin aikana verrattuna alkuperäiseen suunnitelmaan, joka on esitelty kuviossa 1.

Palvelumuotoiluprosessin alkupäässä korostuvat menetelmät, joilla pyritään asiakkaiden syvälliseen ymmärtämiseen (Ojasalo ym. 2018, 76). Design Councilin (2020) Tuplatimantti prosessimallin ensimmäinen vaihe, eli ensimmäisen timantin avautuminen on nimeltään ”Discover” eli vapaasti suomentaen Tutki. Tässä alkuvaiheessa korostuu syvällisen asiakas- ja toimintaympäristöymmärryksen hankkiminen, johon voi kuulua paljonkin aikaa, sillä vaihe on hyvä tehdä huolellisesti, jotta kehitysprosessi perustuu asiakkaiden tilanteiden, tarpeiden, käyttäytymisen ja arvojen ymmärtämiseen. Tässä vaiheessa käytetyt menetelmät ovat toisaalta kovaa faktaa ja laaja-alaista tietoa kerääviä, mutta myös empatiaan ja kontekstuaalisuuteen pyrkiviä. (Ojasalo ym. 2018, 74.) Ensimmäisen timantin vaiheessa Tutki tässä opinnäytetyössä suoritettiin esitutkimus, jossa perehdyttiin aiheeseen, sekä muodostettiin tietoperusta. Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelminä toimivat verkko- ja autoetnografia sekä synnytstarinoiden keruu.

Ensimmäisen timantin toinen sivu on ”Define” eli Määritä. Tämä vaihe sisältää ensimmäistä vaiheesta kerättyjen oivallusten kiteyttämisen ja tutkimushaasteen mahdollisen

uudelleenmäärittelyyn. (Design Council 2020.) Määritä-vaiheessa aineisto analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysia ja tekemällä siitä yleistyksiä ja luomalla synnyttäjäprofiileja, synnyttäjän empatiakartta, palvelupolkuja kontaktipisteineen, sekä Powerpoint-esitys, johon koostettiin pääoivalluksia. Palvelumuotoiluprosessille luonteenomaisesti tämäkään opinnäyte ei edennyt tasaisen suunnitellusti, vaan aikataulullisista syistä tarinoiden ja verkkoetnografian analyysivaihe oli aloitettu jo siinä vaiheessa, kun Naistenklinikan henkilökuntaa päästiin haastattelemaan.

Design Councilin (2020) prosessimallissa seuraava timantti taas laajenee, ja sen ensimmäinen nousu on ”Develop” eli Kehitä. Prosessin toisessa vaiheessa pyritään löytämään erilaisia vastauksia tarkasti rajattuun suunnitteluongelmaan yhteiskehittämällä eri sidosryhmien kanssa. Myös tässä vaiheessa prosessia tarvittiin joustoa, sillä kehittämisosion suunnittelu aloitettiin samalla kun analyysivaihe oli vielä kesken. Yhteiskehittämisen muoto muuttui myös prosessin aikana fyysisestä työpajasta ensin koronan takia etänä pidettäväksi, ja lopulta osallistujien toiveesta netissä tapahtuvaksi aikaan ja paikkaan sitomattomaksi kehittämiseksi.

Design Councilin (2020) viimeisenä prosessin vaiheena ja toisen timantin sulkijana toimii ”Deliver” eli Toimita. Tässä vaiheessa eri ratkaisuja testaan pienessä skaalassa, jotta niistä löydetään toimivat, joita voidaan yhtä jatkokehittää. Tässä opinnäytetyöprosessissa ei suunnitelman mukaisesti päässyt tähän vaiheeseen, vaan tuotettiin palvelukonsepti, jonka jatkotoimenpiteet jäävät yhteistyökumppanin vastuulle.

#### 4 Synnyttämisestä

Jotta ylipäätään voidaan kertoa synnytyksen käynnistämisestä, on ensin käytävä läpi normaali raskaus ja synnytyksen käynnistyminen. Tämän opinnäytetyön tietoperustassa on käytetty niin kättilötyön ja synnytyslääketieteen opetuskirjoja kuin kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta. Koska Laurean YAMK-opinnäytetyön tarkoitus on olla tutkimuksellinen kehittämistyö, puhutaan tässä yhteydessä tietoperustasta ja näin luotu vähemmän syvällinen kirjallisuuskatsaus, kuin jossain muussa maisteritason tutkimuksissa olisi tarpeellista.

##### 4.1 Normaali raskaus ja ”laskettu aika”

Kohdullisen raskaus on täysiaikainen, kun sikiö on kehittynyt kohdussa 37 viikkoa, ja normaali raskaus kestää keskimäärin 40 viikkoa, eli 280 päivää. Raskauden kesto merkitään tavallisesti täysinä viikkoina ja päivinä, kuten 35+2. Yliaikaisesta raskaudesta puhutaan Suomessa silloin kun raskaus on kestänyt yli 42 viikkoa. (Tiitinen, 2019; Ekholm 2019, 348). Yliaikaisuuden esiintyvyys on Suomessa viimeisen 20 vuoden aikana ollut 4,1–5,3 %. Yliaikaisuuden riskitekijöitä ovat ensisynnyttäjäisyys, yli 30 vuoden ikä ja ylipaino, matala koulutustaso, heikko



sosioekonominen tilanne, aikaisempi yliaikaisuus, poikasikiö sekä valkoihoisuus. (Timonen 2019, 461.) Raskauden keston biologinen vaihtelu on suuri, mutta raskauden kesto ja synnytyksen laskettu aika määritetään yleensä viimeisten kuukautisten alkamispäivästä olettaen, että kuukautiskierron pituus on keskiarvon mukainen 28 päivää, vaikka todellisuudessa ovulaation ja hedelmöittymisen ajankohta vaihtelee ja kuukautiskierron normaali vaihteluväli on 23–35 vuorokautta. (Ekholm 2019, 348; Pietiläinen & Väyrynen 2015: 158.)

Vuonna 2013 raskauden kestoä tutkittiin 125 terveen naisen hormonaalisella mittaamisella läpi raskauden ja jo ennen raskautumista, jolloin tutkijat saivat tietoonsa myös ovulaation ja hedelmöitymishetken ja blastokystin, eli jakautumisen varhaisessa vaiheessa olevan alkion kohtuun kiinnittymisen tarkan ajan. Tutkimuksen mukaan normaali raskaudenkesto voi vaihdella yksilöllisesti jopa 37 päivää ovulaation tarkasta tiedosta mitattuna, vaikka poissuljettaisiin ennenaikaisesti syntyneet ja komplisoituneet raskaudet. Yksilöllisestä raskaudenkestosta kertoo myös se, että samoilla kohdullisilla eri raskauksien synnytykset käynnistyvät yleensä samoilla viikoilla. Raskauden kahden ensimmäisen viikon hormonaaliset tapahtumat ja blastokystin kohtuun kiinnittymisen kesto ennustavat hyvin raskauden koko kestoä, joka on yleensä pidempi vanhemmilla, synnytyksen hetkellä painavammilla ja aiemmin pitkään kantaneilla synnyttäjillä. Sen sijaan painoindeksi raskauden alkaessa, alkoholin käyttö, synnyttäneisyys, sikiön sukupuoli tai sosioekonominen asema eivät olleet raskauden kestoä määrittäviä tekijöitä tässä tutkimuksessa. Näin ollen tarkan lasketun ajan sijaan voidaan puhua viiden viikon jaksosta, jolloin synnytys todennäköisesti käynnistyy. (Jukic, Baird, Weinberg, McConnaughey & Wilcox 2013, 2850-2853.)

On tavallista, että uudelleensynnyttäjien raskaus on hieman lyhyempi, kuin ensisynnyttäjien. Ensi- ja uudelleen synnyttäjien raskauksissa eroa on keskimäärin kaksi päivää. Todellinen raskaudenkeston mediaani on 285 päivää. Tämä tarkoittaa, että noin puolet raskaana olevista ensisynnyttäjistä synnyttää oltuaan raskaana 40 viikkoa ja 5 päivää ja puolet ei, kun taas uudelleen synnyttäjillä sama mediaani on 40 viikkoa ja 3 päivää. (Nekker & Bertone, 2019).

Yleensä raskaudenkesto ja laskettu aika, eli aika, jolloin sikiö on kehittynyt viikolle 40, tarkennetaan erikoistuneen kättilön odottajalle tekemässä ultraäänitutkimuksessa raskausviikolla 11+0-13+6, jossa laskettu aika määritetään sikiön pääperämittaan perustuen (Mäkikallio 2019, 372.) Tähän määrittelyyn liittyy +/- 2,2 vuorokauden virhemarginaali ja ultralla määritetty aika on määräävä, eli aika muutetaan, jos se poikkeaa yli viikon aiemmin lasketusta, mutta laskettuun aika voidaan tarkentaa ensimmäisessä ultrassa, vaikka se ei vaihtelisi viikkoa ensin lasketusta (Pietiläinen & Väyrynen 2015: 159-160). Lasketun ajan myöhempään määrittelyyn liittyy suurempi virhemarginaali, koska sikiön kasvussa on eroja ja ultraäänitutkimusten mittauksissa epätarkkuutta. Suomessa kuitenkin yli 99 % äideistä

osallistuu alkuraskauden ultraäänitutkimukseen, joten todellisen yliaikaisuuden arvioiminen on tarkentunut. Tämän vuoksi on todennäköistä, että perinataaliset (syntymäkauden, syntymänläheinen, ennen syntymää, syntymän aikana tai pian syntymän jälkeen tapahtuva) ongelmat ovat vielä suurempia suhteessa aiempaan yliaikaistutkimukseen. (Timonen 2019, 461.) Lasketun ajan mahdollisimman tarkka määrittely auttaa arvioimaan mahdollisesti ilmenevien komplikaatioiden vakavuutta, ja toisaalta estää turhan puuttumisen raskauden kulkuun. Laskettu aika voidaan määrittää myös kansainvälisesti yhtenäisen käytännön, eli Neagelen säännön mukaan, jossa viimeisten kuukautisten alkamispäivään lisätään 7 päivää, tästä vähennetään kolme kuukautta ja lisätään vuosi. Näin saadaan oletettu syntymäpäivä 28:n vuorokauden kuukautiskierron mukaan. Tässä virhemarginaali on kuitenkin +/- 14 päivää. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 159-160.)

Yksi syy virhemarginaalin suuruudelle on se, että Neagelen sääntö otettiin käyttöön jo 1700-luvulla, jolloin sitä alettiin käyttämään synnytysten keston määrittäjänä. Sitä käytetäänkö laskukaavaa kuukautisten alusta tai lopusta laskien ei määritetty, joten käytännöt vaihtelivat. 1800-luvulla suurin osa lääkäreistä laski raskauden keston lopusta määrittäen, kunnes 1900-luvulla se päätyi opetuskirjoihin niin, että kesto tulisi laskea viimeisten kuukautisten ensimmäisestä päivästä. (Nekker & Bertone, 2019).

Raskaus voidaan katsoa myös samalla laskukaavalla toimivasta raskauskiekosta tai -laskurista. Epäherkin tapa määrittää raskaudenkesto on määrittää se sikiön liikkeiden tuntemisesta (ensisynnyttäjällä 18-20 raskausviikolla, uudelleensynnyttäjällä 13-16 viikolla), mutta yhdistettynä muihin menetelmiin sen luotettavuus lisääntyy. Karkea arvio saadaan myös koon arvion perusteella, jolloin kohdun pohjan kohtaa mahalla tunnustelemalla voidaan määrittää raskauden kesto. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 159-160.)

Toisinaan raskauden kestosta ei silti ole varmuutta. Jos kohdullisen kuukautiskierto on epäsäännöllinen, synnyttäjällä raskautuu uudelleen heti keskenmenon jälkeen tai ovulaation ajankohta on eri kuin keskimäärin. Eräissä tarinassa kerrottiin:

Olin voinut todella hyvin koko raskauden ajan, enkä kokenut turhautumista siitä, että laskettu aika oli mennyt ohi, sillä koin sen olevan hyvin viitteellinen, eikä mikään kiveen hakattu päivämäärä vauvani saapumisesta. Muistan myös, että sairaalassa pohdittiin sitä, onko LA todella oikea, sillä en ollut ihan 100 % varma kuukautisistani tai vauvan hedelmöitymishetkestä.

## 4.2 Normaali synnytys

Raskaus tai synnytys eivät ole sairauksia vaan luonnollinen, kehollinen prosessi ja muutos (Rautaparta 2010, 21). Normaali synnytys sujuu itsestään, eikä sen kulkuun tarvitse eikä saa puuttua ilman lääketieteellistä syytä, mutta äidin ja sikiön vointia, kuten verenpainetta, sykkeitä, lämpöä, nestetasapainoa ja lapsiveden laatua seurataan sairaalaloissa tarkasti. Seuranta on kättilön tehtävä. (Tikkanen & Tekay 2019, 552-559.) Suomessa suurin osa synnytyksistä hoidetaan sairaaloissa (Tiitinen, 2019). Tästä huolimatta Suomen sairaanhoidossa ei kuitenkaan ole virallisesta hoitopolkua normaalille synnytykselle, vaan vain riskisynnyttäjille. Riskisynnytyksen hoidon käytäntöjen vieminen kaikkiin synnytyksiin voi lisätä erilaisten toimenpiteiden todennäköisyyttä, haittavaikutuksia ja jopa kustannuksia. Se voi myös vähentää synnyttäjän luottamusta ja kyvykkyyden tunnetta synnyttäjänä sekä vaikuttaa kielteisesti synnytyskokemukseen. (Siivola, 2020.) Toisaalta synnytys voidaan luokitella normaaliksi vasta muutama päivä synnytyksen jälkeen ja suurin osa äidin ja sikiön jopa hengenvaarallisista komplikaatioista ei ole ennakoitavissa (Palomäki 2019, 357).

Myös Valtakunnallisessa kättilön osaamisen kuvauksessa (2014) kuvataan, että kättilö vastaa itsenäisesti normaalin raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikaisesta seurannasta ja hoidosta (Pienimaa, 2014). Voidaan kysyä, että jos käynnistetyissä synnytyksissä käynnistämisen lisäksi synnytyksen kulkuun joudutaan muuten puuttumaan, kenelle valta synnytyksessä kuuluu. Epäsäännöllisissä synnytyksissä päätöksenteko siirtyy kättilöltä lääkärille (Äimälä 2015, 538).

Synnytyslääketieteessä synnytyksen merkkeinä pidetään mitattavia ilmiöitä. Mutta synnytystä voi ennakoida moni muukin asia, kuten kohtua suojaavan limatulpan irtoaminen, kohdunsuun avautuminen ja pehmeneminen ilman voimakkaita supistuksia, kasvojen hienovaraiset muutokset ja olo sisäänpäin kääntymisestä. (Rautaparta 2010, 104.) Normaalisti ja lääketieteellisesti spontaanin tapahtuvan synnytyksen lasketaan alkavan säännöllisillä vähintään 10 minuutin välein tulevilla supistuksilla tai lapsiveden menolla (5–20 % synnytyksistä). Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen, avautumisvaiheeseen, ponnistusvaiheeseen sekä jälkeisten poistumiseen. (Tikkanen & Tekay 2019, 552-555).

Näistä avautumisvaihe kestää synnytyksen käynnistymisestä kohdunsuun täyteen avautumiseen, ja se voidaan jakaa latenssivaiheeseen ja aktiiviseen vaiheeseen. Latenssivaiheessa supistukset heikkenevät, mutta kohdunkaula pehmenee, häviää ja muuttuu. Aktiivinen vaihe alkaa, kun kohdunsuu on avautunut 4–6 cm, ja kestää siihen asti että se on 10 cm, eli täysin auki, eikä kohdunsuun reunoja ole enää tunnettavissa. Toinen, eli ponnistusvaihe voidaan myös jakaa kahteen vaiheeseen, laskeutumisasiheeseen, jossa sikiön pää laskeutuu synnytyskanavassa ja aktiiviseen ponnistusvaiheeseen, jonka jälkeen lapsi on syntynyt. Viimeinen vaihe, eli jälkeisten poistuminen käsittää ajanjakson lapsen syntymästä

istukan ja sikiökalvojen syntymään. (Tikkanen & Tekay 2019, 555; 557-558). Jossain kulttuureissa myös synnytyksen jälkeinen lapsivuodeaika lasketaan synnytykseen ja sitä voidaan kutsua synnytyksen neljänneksi vaiheeksi (Rautaparta 2010, 103). Sinänsä onnistuneesti etenevänä käynnistetty synnytys käy läpi nämä samat vaiheet.

Lisäksi katsotaan, että ennen kuin synnytys on käynnissä, kohdun suun pitäisi olla auki 3–4 cm ja ennen varsinaista käynnistymistä voi edeltää niin sanottu latenttivaihe. Latenttivaiheessa voi tulla säännöllisiä supistuksia, mutta kohdun suu ei silti avaudu tai avautuu hitaasti. Tämä latenttivaihe aiheuttaa vaikeutta erityisesti ensisynnyttäjän synnytyksen alkamisen arviointiin, sillä supistukset voivat olla säännöllisiä, vaikka synnytys ei ole käynnistynyt. (Raussi-Lehto 2015a, 221).

Tämä näkyi myös tarinoissa. Eräät kirjoituskutsuun vastanneista kokivat synnytyksensä alkaneen eri aikaan kuin sairaalan synnytyskertomuksessa oli kirjattu. Asiakaskokemuksen kannalta voidaan pohtia, miksei synnytyksen kestosta puhuta enemmän ja miksi sen määrittelyä laajenneta myös henkiseen puoleen. Synnytys on lääketieteen nimissä tapahtuma, joka edellä kuvatun mukaisesti alkaa säännöllisistä supistuksista (käynnistetyssä synnytyksessä tämäkin ”sopimuksen mukainen”) jälkeisten syntymiseen. Kuitenkin kokemuksellinen synnytys on jotain muuta, kokemus synnytyksen alkamisesta voi alkaa jo käynnistysvastaanotosta, eikä synnytyskokemus välttämättä pääty jälkeisiin, vaan voi jatkua osastojaksolle tai vielä pidemmälle. Yhdessä kertomuksessa puhuttiin synnytysmatkasta, joka kuvaa hyvin synnytyskokemuksen kokonaisvaltaisuutta.

Synnytyksen käynnistymisen perussyitä ei vielä kukaan tunneta, mutta siihen liittyy istukan tuottaman kortikotropiinin vapauttajahormonin eriytyminen (Tikkanen & Tekay 2019, 553). Synnytyksen käynnistyminen on monisyinen fysiologinen prosessi, johon vaikuttaa synnyttäjän ja lapsen geneettisen panoksen lisäksi ympäristölliset tekijät. Syntyvä lapsi muun muassa erittää oksitosiinihormia ja lapsivedestä ja istukasta erittyy prostaglandiinihormoneja. Voidaan ajatella, että lapsi käynnistää synnytyksen lähettämällä geneettisen signaalin äidille, kun se on täysin kehittynyt ja valmis syntymään ja näin stimuloi synnyttäjän hormonituotantoa ja sen eriytymistä. (Liu ym. 2019; Rautaparta 2010, 104.) Vuonna 2019 kansainvälisessä kahdeksassa maassa tehdyssä ja yli 80 000 tutkitussa lapsessa 20 kohortissa löydettiin geneettinen kytkin, joka säätelee synnytyksen geneettisen signaalin voimakkuutta ja näin ollen vaikuttaa siihen, syntykö lapsi aiemmin vai myöhemmin. Tutkimus toistettiin yli 9000 lapselle Norjassa, Englannissa ja Suomessa, ja tulokset korreloivat syntymääjankohdan geneettisen indikaation kanssa. Tutkimuksessa syntymääjankohta vaihteli yhdeksän tunnin variaatioilla. Ihmisnäkönsä raskauden immunologinen paradoksi on pysynyt tärkeänä tutkimusaiheena, koska sekä ennenaikainen, että myöhäinen synnytys altistaa synnyttäjän ja lapsen erilaisille vakaville sairauksille ja jopa kuolleisuudelle, mutta tarkan synnytysajankohdan tarkempi geneettinen määrittäminen ja molekyylimekanismit, jotka

johtavat pidempään tai lyhyempään raskauden keston vaativat lisää tutkimusta. (Liu ym. 2019.)

Dunsworth, Warrener, Deacon, Ellison ja Pontzer (2012, 15212) esittivät ”energiakriisi” teorian siitä, että yksi synnytyksen kesto ja sen alkua määrittävä tekijä on synnyttäjän energian tuotannon suhde, kun synnyttäjän aineenvaihdunta ei pysty enää tuottamaan tarpeeksi energiaa sisällään kasvavalle sikiölle, on se aika syntyä. Aiemmin ajateltiin, että ihmislapsi kehittyy kehossa vain siihen asti, että sen pää mahtuu syntymään lantion läpi.

Viimeisen teorian mukaan sikiösoluvapaa DNA on triggeri, joka käynnistää synnytykseen johtavan monimutkaisen biokemiallisen polun, jossa muun muassa kohdunkaula kypsyy, sikiökalvot puhkeavat ja kohtu alkaa supistella. Kun istukka alkaa olla käyttöikänsä lopussa sen solut ajautuvat solukuolemaan ja alkavat osittain hajota, jolloin istukasta solujen sisältä vapautuu sikiön DNA:ta, eli soluvapaa DNA:ta, joka käynnistää tämän hyvin monimutkaisen tapahtumasarjan, jota ei vielä täysin tunneta. Soluvapaan DNA:n lisääntyminen veressä olisi kuitenkin viimeinen signaali millä synnytys lähtee käyntiin, mutta prosessin pituutta ei vielä tiedetä. Soluvapaan DNA:n lisääntyminen veressä on yhdistetty myös ennenaikaisiin synnytyksiin ja kaksoisraskauksiin, joiden kesto on yleensä lyhyempi kuin yksisikiöisten raskauksien. (Phillippe 2015; Phillippe 2014, 2534-2536.)

Spontaanisti käynnistyneiden alatiesynnytysten määrä on kuitenkin laskussa, kun keisarileikkaukset ja eri tavoin avustetut ja lääketieteellisesti puututut synnytykset ovat kasvussa. Tämä voi johtaa joidenkin terveysongelmien lisääntymiseen, sillä pitkäaikaisseurannassa spontaanisti alateitse syntyneillä lapsilla on vähemmän sekä lyhyen että pitkän aikavälin terveysongelmia. (Peters ym. 2018, 347-348.)

#### 4.3 Synnytyksen kesto

Yleisesti synnytyksen kesto synnytyslääketieteen mukaisesti laskettuna on lyhentynyt ja tälle voidaan löytää monia syitä. Synnyttäjien terveys on parantunut ja kunto hyvä. Lisäksi raskaudenajan tehokas seuranta ja riskitapausten varhainen löytyminen ja hoitoon ohjaaminen ehkäisevät monia synnytyksen ja raskauden aikaisia ongelmia. Synnytystavan valintaan paneudutaan varhain ja synnytykseen valmistaudutaan etukäteen. Myös synnytyksen aktiivinen hoito, eli oikea-aikainen edistäminen on lyhentänyt synnytyksen kestoja. Lisäksi hyvin suunniteltu kivunlievitys voi edistää synnytystä. Jos synnytys kuitenkin hidastuu tai pysähtyy, ovat normaalin synnytyksen keskimääräiset kestot vain yksi kriteeri arvioida synnytyksen kulkua. Synnyttäjän ja sikiön vointi ja voimavarat, sekä niissä tapahtuvat muutokset vaikuttavat siihen, puututaanko synnytykseen ja miten. Kaikista häiriöistä informoidaan lääkäreitä, joka ottaa tällöin synnytyksestä vastuun ja tekee päätökset sen hoidosta. (Äimälä 2015, 537-538.)

#### 4.4 Synnytysvalmistelut sairaalassa

Sairaalassa kiireettömän synnytyksen synnytysvalmisteluihin kuuluu erilaisia kliinisiä ja fyysisiä toimia, kuten punnitseminen, näytteenottoa, synnyttäjän verenpaineen mittaaminen ja sikiön sydänekäyrän ottaminen sekä synnytän niin toivoessa sairaalavaatteiden vaihtaminen. Näissä lähtökohtana ovat synnyttäjän toivomukset ja jos niitä ei voida noudattaa, on pyrittävä esittämään vaihtoehtoja tai ainakin selkeitä perusteluja. On myös huomion arvoista, että pelokas ja jännittynyt synnyttäjä voi olla vain tiedonhaluinen, jolloin asiallisen informaation ja kättilön rauhallinen käytös hälventää pelkoa ja jännitystä. (Raussi-Lehto 2015a, 245.) Synnyttäjän sairaalassa ja jo puhelimesta saama palvelu on tulevan synnytyksen kannalta erittäin merkittävää ja synnytys on aina synnyttäjälle ja hänen perheelleen ainutlaatuinen kokemus. (Raussi-Lehto 2015a, 222).

Eräs synnyttäjä kuvaa hienosti tarinassaan ensimmäisen synnytyksensä ainutkertaisuutta:

Kerran odottaessani kuopusta itkin esikoisen synnytystä. Kumppanini kysyi, miksi edelleen itken mennyttä asiaa. Sanoin, että suren menettämäni tilaisuutta. Esikoisen synnytys olisi voinut olla elämäni onnellisin kokemus, mutta siitä tulisikin pettymyksen, epäonnistumisen ja pelon leimaama tapahtuma. Eikä sitä mikään voisi koskaan korvata, sillä vaikka synnyttäisin uudelleen, en enää koskaan synnyttäisi uudelleen esikoistani.

#### 4.5 Synnytyksen käynnistäminen

Synnytyksen käynnistystä muista kuin lääketieteellisistä syistä ei suositella ennen 40. raskausviikkoa (Synnytyksen käynnistäminen 2020). Suomessa raskauksista 8–10 % jatkuu yli 41+5 raskausviikolle. Kun raskaus etenee yliaikaiseksi, alkaa istukan toiminta vähitellen heikentyä. (SYKE 2020.) Raskauden keston biologisen variaation lisäksi myös pitkälle edenneen raskauden seurausten biologiset variaatiot ovat suuret, jollain yliaikainen raskaus etenee normaalisti sekä äidin, että sikiön kannalta ja joillain voi ilmeitä kliinisiä yliaikaisuuden oireita jo paljon ennen viikkoa 42. Myös synnyttäjien suhtautuminen yli lasketun ajan etenevään raskauteen ja henkinen jaksaminen vaihtelee suuresti. (Uotila 2015, 377.) Raskauden yliaikaisuuteen liittyy paljon *riskejä*. Istukan kyky kuljettaa happea ja ravintoaineita heikkenee, perinataalikuolleisuus lähtee selvään nousuun 41 raskausviikon jälkeen, yliaikaisilla lapsilla esiintyy enemmän napanuorakomplikaatioita ja vihreän lapsiveden keuhkoihin hengittämistä. Lisäksi yliaikaisena syntyminen saattaa lisätä myöhemmin elämässä metabolisia ja sydän- verisuonisairausten esiintyvyyttä. (Timonen 2019, 46.2)

Synnytyksen käynnistäminen on yleisin synnytyslääketieteen toimenpide ja länsimaissa noin joka kolmas–neljäs synnytys käynnistetään. Käynnistämisen yleisimmät syyt ovat yliaikainen

raskaus tai uhkaava yliaikaisuus sekä lapsivedenmeno ilman spontaanin supistustoiminnan alkamista. Synnytys voidaan käynnistää myös psykososiaalisista syistä, kuten pakottavan perhetilanteen, äidin synnytyspelon tai uupumuksen vuoksi, sekä logistisista syistä, eli käytännössä tilanteissa, jossa on pitkä matka synnytyssairaalaan ja synnyttäjällä on ollut mahdollinen aiempi nopea synnytys. Syyt siihen, että käynnistyksen ei päädytä, ovat pitkälti samoja, kuin alatiesynnytyksen esteet yleensä, kuten epäedullinen tarjonta, täydellinen etinen istukka, synnyttäjän erilaiset gynekologiset sairaudet tai aiemmat tehdyt toimenpiteet. Synnytyksen käynnistämällä pyritään alatiesynnytykseen kypsyttämällä kohdunkaulaa ja stimuloimalla supistustoimintaa. (Rahkonen & Heinonen 2019, 564.)

Vaikka raskaus ylittää lasketun ajan voidaan yleensä synnytyksen luonnollista käynnistymistä rauhaussa odottaa. Viikolla 41+5 aloitetaan loppuraskauden seurantakäynnit. Seurannassa on tarkoitus varmistaa, että loppuraskaus sujuu turvallisesti ja huomata ajoissa yliaikaisuuteen liittyviä riskitekijöitä, kuten istukan toiminnan heikentyminen. Loppuraskauden seurantakäynnillä tarkastetaan istukan toiminnan lisäksi sikiön ja synnyttäjän vointi. Joissain tapauksissa voidaan kohdunkaulan kypsyttäminen joko mekaanisesti tai lääkkeellisesti jo seurantakäynnillä ja synnytyksen käynnistäminen aloitetaan yliaikaisuuden vuoksi viimeistään raskausviikoilla 42+1. (HUS 2020c.) Kansainvälisten tutkimusten mukaan synnytyksen käynnistäminen jo 41. raskausviikolla saattaa vähentää synnytyskomplikaatioiden määrää. Toisaalta spontaanisti käynnistynyt synnytys yleensä etenee nopeammin. Yliaikaisuutta lähestyvän raskauden käynnistykseksi ei tiedetä vielä optimaalista ajankohtaa tai menetelmää. (SYKE 2020.)

#### 4.6 Käynnistyspäättös

Synnytyksen käynnistys arvioidaan aina yksilöllisesti ja käynnistyspäättös edellyttää kokemusta ja harkintakykyä. Päättöstä tehdessä huomioidaan äidin ja sikiön vointi, raskauden kesto, riskitekijät sekä kohdunkaulan kypsyys, jonka arvioinnissa käytetään Bishopin pisteytystä kohdunkaulan aukiolosta, pituudesta, kiinteydestä, sijainnista ja tarjoutuvasta osasta. Yli 6 pistettä kuvaa kypsää kohdunkaulaa, jolloin synnytys voidaan käynnistää kalvojen puhkaisulla tai suoneen annettavalla oksitosiinilla, kun pisteitä on alle 6, käynnistys aloitetaan kohdunkaulan kypsyttämällä joko lääkkeellisesti tai mekaanisesti. (Rahkonen & Heinonen 2019, 564.) Ennen käynnistyspäättöstä synnyttäjän tulee tietää, miksi synnytys käynnistetään, mitkä ovat käynnistyksen vaihtoehdot ja häntä tulee informoida käynnistykseen liittyvistä riskeistä. Ennen käynnistyksen aloitusta edellä mainitut asiat käydään jokaisen synnyttäjän kohdalla läpi ja käynnistysmenetelmäksi valitaan synnyttäjän yksilölliseen tilanteeseen sopiva ja riskittömin vaihtoehto. (Synnytyksen käynnistäminen 2020).

Äimälä (2015, 540) huomauttaa että väärin ajoitettu käynnistys lisää synnytyskomplikaatioita ja toimenpidesynnytyksiä. Jos synnytys päättyy sektioon, diagnoosilla pitkittynyt synnytys,

tilanne on ehkä vain seurausta väärin arvioidusta käynnistysajankohdasta. Maissa, joissa synnytykset käynnistetään lääkärin tai synnyttäjän aikataulujen mukaan, sektioiden määrä on huomattavan suuri. Tärkeää on kättilön antama tuki ja tieto, jotta raskauden jatkumiseen väsynyt mutta innokas synnyttävä jaksaisi odottaa synnytyksen spontaania käynnistymistä. Äimälä (2015, 540.)

#### 4.7 Milloin käynnistys epäonnistuu?

Siitä, milloin käynnistys on epäonnistunut, on eriäviä mielipiteitä. Yksi tapa määrittää käynnistys epäonnistuneeksi latentin vaiheen keston perusteella. Grobman ym. (2018a) analysoivat yli 10 677 synnyttäjän datan käynnistetyistä synnytyksistä kolmen vuoden ajalta 25 amerikkalaisessa sairaalassa. Aiempiin tutkimuksiin nojaten latentti vaihe määritettiin alkaneeksi, kun kohdun kaulan kypsyminen oli loppunut, oksitosiini aloitettu ja kalvot puhkaistu ja loppuneeksi kun kohdunkaula oli auennut 5 senttimetriin. Tutkijoiden mukaansa selvästi suurin osa (>96 %) käynnistetyistä synnytyksistä on saavuttanut aktiivisen vaiheen 15 tunnin kuluttua oksitosiinin aloituksesta ja kalvojen puhkaisusta. Tätä ennen ei suositella keisarileikkausta. 15 tunnin latentin vaiheen jälkeen päätös jatkaa käynnistystä pitäisi tehdä yksilöllisesti huomioiden muut osatekijät, kuten muu näyttö synnytyksen edistymisestä. Varsinkin jos halutaan välttää keisarileikkaus, on huomioitava, että 40 % synnyttäjistä, joiden latenttivaihe on kestänyt 18 tuntia synnyttää silti alateitse. On kuitenkin tosiasia, että riskit synnytyksen aikaisiin ja jälkeisiin komplikaatioihin kasvavat mitä kauemmin latenttivaihe kestää. (Grobman ym. 2018a, 122.e1)

Opinnäytetyön haastatteluissa nähtiin olevan monta näkökulmaa sille, milloin synnytyksen käynnistys onnistuu tai epäonnistuu. Yleisesti käynnistysten voidaan ajatella olevan onnistunut silloin kuin synnytys lähtee käyntiin. Synnytyksen todettiin olevan käynnissä, jos kohdun suu on 5–6 cm auki ja säännölliset supistukset on alkaneet. Kaikki onnistuneet käynnistykset eivät kuitenkaan välttämättä johda alatiesynnytykseen. On myös muita syitä, miksi päädytään keisarileikkaukseen kuin epäonnistunut käynnistys, mikä voi mennä välillä sekaisin. Jos synnytyksessä sen käynnistymisen jälkeen myöhemmissä vaiheissa tulee ongelmia, kuten tarjontavirhe, huolta vauvan sykekäyrästä niin kyse ei enää ole epäonnistuneesta käynnistyksestä, vaikka synnytys päättyisi keisarileikkaukseen. Onnistumisen mittarina voidaan pitää myös kokemuksen laatua. Voidaan ajatella, että käynnistys on onnistunut silloin, jos kokemus on ollut hyvä synnyttäjälle. Vaikka saadaan alatiesynnytys, mutta jos synnytys on potilaan mielestä mennyt huonosti, niin silloin se ei ole onnistunut.

#### 4.8 Käynnistämismenetelmät

Synnytyksen käynnistämismenetelmiä ovat mekaaninen menetelmä, eli niin sanottu balonki-menetelmä, lääkkeellinen käynnistys sekä sikiökalvojen puhkaisu (Synnytyksen käynnistäminen 2020).



Kohdunkaulan kypsytyks aloitetaan joko lääkkeellisesti tai mekaanisesti. Lääkkeellisessä käynnistyksessä synnyttäjälle annostellaan joko suun kautta tai emättimeen prostaglandiinia eli misoprostolia. Suun kautta annettaessa imeytymisteho on jopa 80 %, mutta sen kesto on pienempi ja se voi aiheuttaa enemmän tiheitä ja epäsynkronisia monihuippuisia supistuksia sekä synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. Emättimeen annettuna imeytyminen on hitaampaa ja huippupitoisuus pienempi, mutta kokonaisvaikutusaika pidempi. (Rahkonen & Heinonen 2019, 565). Molemmat annostelureitit ovat laajalti käytössä synnytysten hoidossa ja niitä on tutkittu runsaasti, todeten ne turvallisiksi. Lääkkeellisesti kypsyttäminen voi kestää joskus useitakin päiviä, mikäli kohdunkaulakanava on hyvin epäkypsä. (Synnytyksen käynnistäminen 2020). Mekaanisessa pallokatetrikäynnistyksessä kohdunkaulakanavasta viedään läpi joko manuaalisesti tai instrumenttien avulla lapsivesikalvojen ja kohdunseinämän väliin katetri, jonka päässä oleva pallo eli balonki täytetään keittosuolaliuoksella. Balonkimenetelmä perustuu kohdunkaulan ja kohdun alaosan paikallisen venyttämiseen ja näin kehon omien prostaglandiinien erittymisen stimuloimiseen. Balonki-menetelmän avulla 10 %:lla synnyttäjillä alkaa spontaanit supistukset ja 90 % synnyttäjistä balonki poistuu spontaanisti vuorokauden kuluessa, jolloin voidaan jatkaa kalvojen puhkaisuun. (Rahkonen & Heinonen 2019, 566-567). Kruitin (2016) väitöskirjatutkimuksessa tutkittiin synnytyksen mekaanisen käynnistysmenetelmän tehokkuutta ja turvallisuutta sekä biokemiallisia muutoksia kohdunkaulakanavassa. Tutkimuksessa todettiin balonki menetelmän olevan yhtä turvallinen kuin spontaanisti käynnistynyt synnytys ja synnyttäjien olevan tyytyväisiä balonki-käynnistykseen. Kansallisessa monikeskustutkimuksessa ei todettu myöskään eroa keisarileikkausten tai infektioiden määrässä mekaanisen ja lääkkeellisen käynnistysmenetelmien välillä lapsiveden menon jälkeen. Tutkimus ei kuitenkaan tuonut tietoa käynnistyksen onnistumisesta tai lopputuloksesta balonki-käynnistyksen vaikutuksesta kohdunkaulan eri biomarkkeiden analysoimisen perusteella.

Tämä tukee Paneliuksen, Heikinheimon ja Rahkosen (2012) tutkimusta, jossa verrattiin balonkin (142 synnyttäjää) ja kohtuun annostellun misoprostol-prostaglandin (213 synnyttäjää) tehokkuutta ja turvallisuutta synnytysten käynnistämiseksi. Analysoitujen sairauskertomuksien perusteella balonkin käyttö on yhtä turvallista ja tehokasta kuin misoprostolin. He eivät todenneet eroa myöskään keisarileikkausten määrässä tai vastasyntyneiden komplikaatioissa synnytyksen jälkeen. Oksitosiinihormonin käyttö oli yleisempää balonkin saaneilla ensisynnyttäjillä.

Markkinoille ollaan jatkuvasti kehittelemässä myös uusia välineitä kohdun kaulan kypsyttämiseen. Pilottitutkimus Dilapan-S:n käyttämisestä kypsyttämiseen antoi lupaavia tuloksia; se pystyttiin asentamaan 25 synnyttäjälle 26:sta ja 41 raskausviikon kohdalla. Dilapan-S käytön yhteydessä ei löydetty eroa synnyttäjien ja vauvojen synnytyksen jälkeisessä voinnissa, keisarileikkausten määrässä ja Bishopin pisteiden keskiarvossa, kun sitä verrattiin dinoprostonia sisältävään kohtuun annosteltavaan lääkevalmisteeseen. Näin ollen sitä voidaan

pitää turvallisena vaihtoehtona synnytyksen käynnistämässä matalan riskin synnyttäjillä lasketun ajan jälkeen. (Crosby, O'Reilly, Mchale, Mcauliffe & Mahony 2018.) Myös Suomessa tutkitaan uutta käynnistämismenetelmää tafoksipariinia, joka on tarkoitettu kohdunkaulan kypsyttämiseen. Tutkimuksessa selvitetään, onko valmisteesta apua kohdun kaulaan kypsyttäessä ja helpottuuko synnytyksen käynnistyminen. Tutkimuksessa tafoksipariinia annetaan vastaanotolla pistoksena ihon alle päivittäin enintään seitsemän päivää. (Naistalo.fi 2019.)

#### 4.9 Varsinainen käynnistäminen

Synnytys käynnistetään varsinaisesti sikiökalvojen puhkaisulla tai laskimonsisäisellä oksitosiini-infuusiolla. Puhkaisu voidaan tehdä, kun kohdunkaula on riittävän kypsä, eli pehmeä, hävinnyt ja vähintään 2 cm avautunut. Kalvojen puhkaisussa sisätutkimuksessa tehdään reikä sikiökalvoihin terävällä instrumentilla tai sikiön päähän kiinnitettävällä scalp-elektrodilla, jolloin lapsivesi pääsee valumaan ulos. Kalvojen puhkaisu parantaa supistuksia ja edistää synnytystä, sillä kohdun tilavuus pienenee, minkä tarkoituksena on käynnistää kehon oma prostaglandiinisynteesi, jota seuraa supistelu. Tämä ei kuitenkaan aina ala heti, joten lisäksi käynnistyksissä käytetään suonensisäisesti oksitosiinihormonia, jota käytetään supistusten aikaansaamiseksi ja niiden voimistamiseksi. Oksitosiini aloitetaan, mikäli supistustoiminta ei spontaanisti käynnisty muutaman tunnista kahdentoista tunnin sisällä kalvojen puhkaisusta. Oksitosiinia annetaan myös synnytyksen käynnistämiseksi tilanteissa, jolloin spontaanista lapsivedenmenosta on kulunut jo yli 24 tuntia, eivätkä omat supistukset ole alkaneet ja kohdunsuu on kypsä. Menetelmistä balonkin kanssa voi vielä kotiutua, kun taas lääketieteellisessä käynnistyksessä ja sikiökalvojen puhkaisun jälkeen on yleensä jätävä sairaalaan vauvan syntymiseen asti. (Rahkonen & Heinonen 2019, 567; Synnytyksen käynnistäminen 2020).

Käynnistämiseen valmistautuvia kehoitetaan yleensä tutustumaan Naistalo.fi:n sivuihin. Siellä esitellään eri käynnistämismenetelmiä, käynnistämiseen liittyviä riskejä ja käynnistämiseen liittyvää kipua. Sivulla todetaan, että käynnistämisen jälkeen tapahtuva synnytys ei ole luonnollista synnytystä kivuliaampi, mutta kivun kokemuksen olevan yksilöllinen. (Synnytyksen käynnistäminen 2020.)

Oksitosiinia erittyy myös ei raskaana olevilla, ja yleisesti sitä kutsutaan raskauden hormoniksi. Synnytyksessä oksitosiinin ajatellaan olevan päähormoni, koska se aiheuttaa kohdun supistumisen, joskin oksitosiinitasoa mitattaessa on huomattu, että sen eriytyminen pulssit eivät täysin noudata kohdun supistumisia, vaan siihen vaikuttavat myös muut tekijät, kuten keskushermosto. Oksitosiinia erittyy enenevässä määrin loppuraskaudesta synnytyksen toisen vaiheen loppuun. Oksitosiinin huippupitoisuuksia saavutetaan lapsen syntyessä ja myös synnytyksen jälkeen, jolloin se avustaa myös istukan syntymisen yhteydessä. Oksitosiinin

positiivisia synnytykseen ja synnytykseen jälkeiseen aikaan liittyviä vaikutuksia ovat ahdistuksen, stressin ja kivun väheneminen synnytyksen aikana, aivojen mielihyvä ja palkintokeskuksen aktivointi, tehden vastasyntyneestä rennon ja onnellisen hänen kohdatessaan vauvan ensimmäisen kerran. Synteettisen oksitosiinin antamisesta synnytyksen yhteydessä sen käynnistämiseksi ja/tai vauhdittamiseksi on tullut yleinen käytäntö, minkä lisäksi synteettistä oksitosiinia suositellaan käytettäväksi vähentämään synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. (Uvnas-Moberg ym. 2019, 2; 12-15).

On tutkimuksellista näyttöä, että synteettinen oksitosiini ei kuitenkaan läpäise veriaivoestettä, toisin kuin kehon itse synnytyksessä tuottama oksitosiini. Näin ollen se saattaa suurina annoksina aiheuttaa enemmän, pidempiä ja kivuliaampia supistuksia normaaliin synnytykseen verrattuna. Synteettinen oksitosiini ei muutenkaan vaikuta aivoihin samalla tavalla kuin kehon itse synnytyksessä tuottama oksitosiini. Pienillä määrillä synteettistä oksitosiini-infusiota (10 mU/min) saadaan aikaan samoja arvoja veren plasmatasoissa, mutta suuremmilla määrillä vaikutus oli negatiivinen, mikä voi johtaa muun muassa kohtulihaksen väsymiseen ja lisääntyneeseen synnytyksen jälkeiseen verenvuotoon. Oksitosiinin lääkeaineoppi on huonosti tutkittu, ja suurin osa synnytyksen aikaisista oksitosiinitason mittaustutkimuksista on tehty 1970–1990-luvuilla, mutta niiden toistaminen nykyään on mahdotonta eettisten, teknologisten ja käytännöllisten näkökulmien takia. Synteettistä oksitosiinia pitäisi annostella enemmän luonnollisen synnytyksen kulun mukaisesti ja varsinkin oksitosiinin annosteluvälejä tulisi tutkia jatkossa lisää. (Uvnas-Moberg ym. 2019, 2; 12-15). Oksitosiinin annostelussa tulisi käyttää varovaisuutta, mahdollisuutta myös pienentää annosta, tauotusta ja maksimiannoksen (90 ml/h) ylittämistä päättää aina hoitava lääkäri (Raussi-Lehto 2015a, 247).

Saccone ym. (2017) tutkivat yhdeksän kontrolloidun kokeen meta-analyysissään oksitosiinin vaikutusta käynnistettyjen ja edistettyjen synnytyksen yhteydessä verraten sen käytön keskeyttämistä tai jatkamista, kun synnytyksen aktiivinen vaihe on saavutettu (tässä tarkoittaen, että kohdun suu on auki noin 5 cm). Tutkimus osoitti, että oksitosiinin käytön keskeyttäminen vähentää merkittävästi keisarileikkauksen ja kohdun liiallisen supistelun riskiä verrattuna oksitosiinin jatkuvaan käyttöön. Synnytykset, joissa oksitosiinin käyttö keskeytettiin, oli tosin keskimäärin 27,65 minuuttia pidempi aktiivisen vaiheen kesto. Tämän tiedon valossa Saccone ym. (2017) kehottavat oksitosiinin käytön keskeyttämiseen vaihtoehtoisena hoitosuunnitelmana silloin kun synnytys on saavuttanut aktiivisen vaiheen.

Synteettisen oksitosiinin käytöllä ja masennus- ja ahdistusoireiden puhkeamisella ensimmäisen vuoden sisällä synnytyksen jälkeen on löydetty yhteys. Tutkijat korostavat, että yksilön oma oksitosiinin sisäsyntyinen tuottamisprosessi on monimutkainen kokonaisuus, jolla ei ainoastaan ole vaikutusta synnytyksen kulkuun, vaan myös muun muassa äiti-lapsi-suhteeseen, stressiherkkyyteen, maidon nousuun ja synnytyksen jälkeiseen mielentilaan, eikä

sitä tulisi manipuloida ilman syytä. Aiheesta tarvitaan myös lisätutkimusta, koska näyttö synnytyksen jälkeisistä oksitosiinitasoista on osittain ristiriitaista ja näyttö synteettisen oksitosiiniin vaikutuksista on riittämätöntä. (Kroll-Desrosiers 2017, 6-10; Bell, Erickson & Carter 2014, 1-9.) Myöskään oksitosiinin pitkäaikaisvaikutuksia lapseen ei ole vielä täysin selvitetty (Seijmonsbergen-Schermers ym. 2020, 2).

Kun kohdunkaulan kanava on kypsynyt ja synnytystä edistävät supistukset ovat alkaneet, on käynnistynyt onnistunut. Käynnistymisen onnistuminen vaihtelee yksilöittäin suuresti ja käynnistämiseen liittyy aina myös riskejä. Kohdunkaulan epäkypsyyteen liittyy suurempi epäonnistumisriski, tämä riski on suuri arvioitaessa ennen laskettua aikaa tapahtuvan käynnistämisen onnistumismahdollisuuksia, mutta lasketun ajan jälkeen tällä seikalla ei näyttäisi olevan merkitystä. Lisäksi käynnistykseen liittyy riski pitkittyneeseen ja pysähtyneeseen synnytykseen sekä keisarileikkaukseen (Timonen 2019, 463; Rahkonen & Heinonen 2019, 565-566.) Riski on korkea, sillä jopa 30–40 % käynnistetyistä synnytyksistä päätyy sektioon, Suomessa vuonna 2012-2013 ensisynnyttäjien prosentti oli 39 % kun uudelleen synnyttäjien sektioprosentti oli vain 3,8 % käynnistymisen yhteydessä. Keisarileikkauksriskiin vaikuttavat myös synnyttäjän ikä, ylipaino, sikiön koko, aikainen epiduraalipuudutuksen tarve ja supistuksia aikaansaavan oksitosiinihormonin tarve supistusten aloittamiseksi. (Synnytyksen käynnistäminen 2020.) Koska käynnistysmenetelmiä on monia ja kehot reagoivat toimenpiteisiin yksilöllisesti, myös kokemukset käynnistyksistä ovat erilaisia. Kohdunkaulan kypsytyksen menetelmien vertailussa ei ole löydetty eroja alatiesynnytysten ja keisarileikkausten määrän, vastasyntyneen voimien ja infektioiden tai synnyttäjien tyytyväisyyden suhteen. (Rahkonen & Heinonen 2019, 567.)

#### 4.10 Synnytyksen edistäminen

Synnytyksen jouduttaminen säännöllisesti etenevässä synnytyksessä on yksi esimerkki usein synnytyssairaaloissamme käytettävissä olevista aktiivisesti johdetuista synnytyskäytännöistä (Raussi-Lehto 2015a, 246). Synnytyksen edistämällä tarkoitetaan tilannetta, jossa jo käynnissä olevaa synnytystä edistetään ja saadaan aikaan supistusten tehostuminen. Nämä menetelmät ovat osittain samoja kuin edellä esitellyt käynnistysmenetelmät, eli kalvojen puhkaisu ja oksitosiini-infuusio (THL 2017, 20).

WHO:n ohjeen mukaan rutiininomainen kalvojen puhkaisu synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa luokitellaan toimenpiteisiin, joiden suosittelemiseksi ei ole todisteita ja jotka eivät ole osa normaalia fysiologista synnytystä, ja näin ollen kalvojen puhkaisuun pitäisi suhtautua erityistä varovaisuutta noudattaen. Kalvojen puhkaisulla on todettu olevan yhteyttä varsinkin ensisynnyttäjän synnytyksen keston lyhenemiseen tunnista kahteen tuntiin, mutta sen jälkeen on todettu tavallista enemmän kipulääkkeen tarvetta ja sikiön sykkeen poikkeamia. Tarpeeton synnytyksen normaaliin kulkuun puuttuminen voi lisätä lisäksi kivun kokemusta ja

vaikuttaa synnyttäjän pärjäämisenkokemukseen, millä puolestaan saattaa olla erittäin pitkäkestoisia vaikutuksia synnyttäjän hyvinvointiin. Tämän vuoksi keskustelu mahdollisesta toimenpiteestä pitäisi kuulua synnytyssuunnitelmaan ja kalvojen puhku tehdä aina hyvässä yhteistyössä synnyttäjän kanssa, niin että hän ymmärtää toimenpiteeseen liittyvät riskit ja vaikutukset syntymän kulkuun. (Raussi-Lehto 2015a, 246).

Äimälä (2015, 539) huomauttaa että liian aikainen synnytykseen puuttuminen saattaa aiheuttaa kierteen, jos latenssivaiheen supistustoimintaa tehostetaan lääkkeillä tai kalvojen puhkaisulla, synnyttäjä kipeytyy ja aloitetaan kivunlievitys ennen synnytyksen aktiivivaihetta, joka saattaa puolestaan pitkittää synnytystä, uuvuttaa synnyttäjän ja lisätä myöhemmän kivunlievityksen tarvetta. Usein tämä lisää synnytykseen liittyviä ongelmia.

#### 4.11 Tilastoinnista

Synnytysten käynnistämisen tilastointikaan ei ole yksiselitteistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos muutti 2017 tilastointiaan, jossa synnytyksen käynnistys ja edistäminen ovat aiemmin olleet samassa ”kiintiössä”. Tilastossa synnytyksen käynnistämällä tarkoitetaan synnytyksen keinotekoista käynnistämistä tilanteessa, jossa spontaani supistelutoiminta ei ole vielä käynnistynyt ja kohta sisältää käynnistämisen lapsivedenmenon jälkeen, ellei supistustoiminta ole alkanut spontaanisti. (THL 2017, 20.)

Lisäksi synnytyssairaaloista kerätyn tiedon suhteen tietosisältöuudistuksessa erityisen tärkeää on huomioida, että uusien muuttujien osalta menee aina muutamia vuosia, että niiden laatu saadaan hyväksi eli tietyissä asioissa voi olla hieman laadullista heittoa johtuen uudistuksesta, jossa on pyritty loogisempaan raportointiin. Aikaisemmassa lomakkeessa käynnistykselle oli oma muuttujansa, mutta erikseen oli vielä muuttujat muun muassa kalvojen puhkaisuista, mikä saattoi johtaa epäloogiseen kirjaamiseen. Kaikki synnytyssairaalat eivät ole pystyneet myös tietoteknisistä syistä toimittamaan dataa uuden tietosisällön mukaisesti, joten uusien muuttujien kohdalla data ei ole vielä koko maan kattavaa. Vuoden 2019 aineistossa vielä koko HUS-alue on toimittanut datat vanhan tietosisällön mukaisesti. Vuoden 2019 käynnistysluvussa ei kuitenkaan ole mukana edistämistä ja uudet luvut ovat vertailtavissa vanhoihin lukuihin, mutta kirjaustavan murroskohtaan liittyy aina pientä epävarmuutta. (Heino 2020.)

Muuta huomion arvoista tilastoinnissa on, että mikäli käynnistys ei johda synnytykseen, ei toimenpidettä ilmoiteta. Mikäli käynnistys päättyy synnytykseen keisarileikkauksella, käynnistystoimenpiteet ilmoitetaan. (THL 2017, 20) Nyttemmin ohjeistuksena on kirjata omina alakohtinaan myös eri käynnistysmenetelmät ja edistämismenetelmät, jotka ovat seuraavat:

1 synnytyksen käynnistys

1a synnytyksen käynnistys kalvojen puhkaisulla

1b synnytyksen käynnistys oksitosiinilla

1c synnytyksen käynnistys prostaglandiinilla

1d synnytyksen mekaaninen käynnistys ballongilla

2 synnytyksen edistäminen

2a synnytyksen edistäminen kalvojen puhkaisulla

2b synnytyksen edistäminen oksitosiinilla

(THL 2017, 19)

#### 4.12 Käynnistystutkimuksista

Synnytyksen käynnistämistä on tutkittu paljon ja eri kanteilta. Hakiessa EBSCOhost yhdistelmähaulla (sisältäen tietokannat CINAHL, MEDLINE, APA PsycArticles) sanalla labor induction (synnytyksen käynnistäminen) lokakuussa 2020 löytyi 14,125 tulosta. Haun perusteella käynnistystä on tutkittu muun muassa sen eri menetelmien, sopivan ajankohdan, sekä synnyttäjän, että vauvan terveyteen vaikuttavien tekijöiden, keisarileikkausten, talouden että synnytyskokemuksen näkökulmista. Lisäksi tutkimuksissa voidaan verrata eri taustatekijöiden vaikutuksia, kuten sosioekonomista asemaa, kehonkoostumusta, uudelleensynnyttäjiä tai ensisynnyttäjiä, aiemmin keisarileikkauksella synnyttäneitä, intervention vaikutusta raskauden eri ajankohtina, sekä lukuisia terveyteen liittyviä indikaattoreita, jolloin saadaan hyvin erilaisia tuloksia. Tiedemaailman keskustelu käynnistyksistä on aktiivista ja eri tutkimuksiin otetaan kantaa niin alan lehtien vastineissa kuin eri järjestöjen ja liittojen blogeissa ja muissa julkaisuissa sekä yksittäisten lääkärin ja kätilöiden toimesta.

Yksi tapa tarkastella käynnistämistä on myös taloudelliset perusteet, varsinkin suhteessa keisarileikkauksiin. Hersh, Skeith, Sargent & Caughey (2019) totesivat tutkimuksessaan, että käynnistys viikolla 39 aiheutti parantuneita tuloksia ja säästöjä suhteessa elämänlaatuun, mutta enemmän kuluja terveydenhoidolle. Koska keisarileikkausten määrällä ei ollut eroa käynnistys- ja odotusryhmissä, se ei ollut kustannustehokas ratkaisu. Viikolla 39 tapahtuvaa rutiininaomaista käynnistystä pitäisi harkita aina paikallisen kapasiteetin, terveydenhoidon varojen käytön sekä potilaiden toiveiden mukaan. Kaimal ym. (2011) osoittivat amerikkalaisessa syntymärekisteriin perustuvassa hypoteettisessa 200 000 synnyttäjän tutkimuksessa, että käynnistäminen viikolla 41 olisi kustannustehokasta ja parantaa synnytyksen tuloksia. Macones (2011) toteaa, että tämän tyyppiset analyysit kustannustehokkuudesta tulevat lisääntymään terveydenhuollossa. Timosen (2019, 463) mukaan vaikka käynnistäminen aiheuttaa kustannuksia, laatu- ja elinvoimain mitattuna käynnistäminen näyttäisi kuitenkin kannattavalta myös Suomessa.

Synnytyksen käynnistämisestä tulee jatkuvasti uutta tutkimusta ja yksittäisten riskien perusteella käynnistäminen yleistyy globaalisti. Riskiarvioon perustuvaa käynnistystä muuten terveillä ja säännöllisesti edenneiden raskauksien suhteen tulisi kuitenkin harkita tarkasti. (Seijmonsbergen-Schermers ym. 2020, 1.)

#### 4.12.1 Keisarileikkauksista ja vauvakuolleisuudesta

Synnytys käynnistetään tilanteessa, jossa raskauden jatkamiseen liittyy enemmän riskejä kuin käynnistämiseen (Kruit, Nuutila & Rahkonen 2016, 1845). Kentällä käydään kuitenkin paljon debattia siitä, mikä on oikea aika käynnistää synnytys ja mikä riski oikeuttaa siihen.

Vuonna 2018 julkaistu tutkimus (ARRIVE) synnytyksen käynnistyksestä on herättänyt paljon keskustelua. Tutkimukseen osallistui 3062 naista, joiden synnytys käynnistettiin viikolla 39+0 – 39+4 ja 3044 naista, jotka odottivat käynnistystä vähintään viikolle 40+5, mutta toteuttivat sen ennen viikkoa 42+2. Tutkimuksen keskeisimmät tulokset olivat, että aiemmin käynnistetyissä synnytyksissä ei löydetty yhteyttä kuolleena syntyneisiin tai vakaviin vastasyntyneiden komplikaatioihin. Toinen, uusi ja mielenkiintoinen, odottamaton tulos oli, että aiemmin käynnistettyjen ryhmässä keisarileikkausten määrä oli merkittävästi matalampi kuin pidempään odottaneilla (18,6 % ja 22,2 %). (Grobman ym. 2018b, 513-515.) Wennerholmin ym. (2019, 10) käynnistystutkimuksessa keisarileikkausten määrässä tutkittavien ryhmien välillä ei puolestaan ollut merkittävää eroa.

Kiinnostavaa on myös, että ARRIVE:ssa aiemmin käynnistettyjen ryhmässä raportoitiin tilastollisesti vähemmän kipua ja enemmän kontrollin tunnetta synnytyksen aikana käytettyjen mittausmenetelmien mukaan. Aiemmin käynnistettyjen synnytys oli kestoltaan pidempi ja synnyttäjät viettivät pidemmän aikaa synnytysyksikössä, mutta vähemmän aikaa sairaalassa synnytyksen jälkeen. (Grobman ym. 2018b, 519). Tämän lisäksi ensisijaisessa syntymäkauden läheisissä tuloksissa tai keisarileikkausten määrässä ei löydetty merkittävää korrelaatiota alemman (alle 5 pistettä) Bishopin pisteistyksen kanssa, joka on aiemmin nähty merkittävänä käynnistämisen onnistumista ”ennustavana” määreenä. (Grobman ym. 2018b, 519).

Arrivea edeltäneessä tutkimuksessa (Safe Labor Consortium) verrattiin olemassa olevaan dataan perustuen viikkojen 37–40 välisiä käynnistettyjä synnytyksiä. Tässä ensisijaisena tuloksena nähtiin keisarileikkausten vähenemien käynnistysten myötä riippumatta viikosta, kohdunkaulan tilasta tai synnyttäneisyydestä. Toissijaisena löydöksenä liittyen äiti- tai lapsikuolleisuuteen tulos ei ollut huonompi suhteessa käynnistykseen. Sen sijaan useat synnyttäjiin liittyvät tekijät, kuten infektioiden sairastaminen, synnytyksenvauriot (repeämät), hartiadystokia vähenivät käynnistysten ansiosta. (Gibson, Waters & Bailit 2014, 249e7-8.)

Ruotsissa suoritettu yliaikaisen raskauden riskejä selvittävä laaja tutkimus (SWEPIs) jouduttiin keskeyttämään sikiökuolemien takia, mikä nousi otsikoihin myös Suomessa (Kettunen 2019). Tutkimus oli rekisteriin perustuva satunnaistutkimus, jossa suurin osa datasta kerättiin ruotsalaisesta raskausrekisteristä, jonka perusteella tutkimukseen valitut 2760 matalan komplikaatoriskin naista jaettiin kahteen ryhmään, viikolla 41 käynnistys (1381 synnyttäjää) ja viikolle 42 odottamisryhmään (1379 synnyttäjää). Toisaalta odottamisryhmässä synnytys alkoi spontaanisti 66,7 %:lla, eikä voida tietää kuinka monen synnytys olisi verrokkiryhmässä alkanut luonnollisesti viikon 41 jälkeen, jos sitä olisi jääty odottamaan. Riski kuolleena syntyneeseen lapseen nousee joka tapauksessa viikon 40 jälkeen. Kaikki syntyneenä kuolleet ja yksi syntymän jälkeen kuollut vauva olivat jälkimmäisessä ryhmässä, ja neljälle heistä ei löytynyt selittävää tekijää, joskin yksi vauvoista oli raskausviikkoihin nähden pienikokoinen, eli kyseessä saattoi oikeasti olla muista kuin viikoista johtuva kuolema. Voidaan kuitenkin väittää, että yksi vaikuttava tekijä voi olla rutiininomaisen sikiö seurannan, eli ultraäänitutkimuksen ja sydänäänitutkimuksen puute viikkojen 41 ja 42 välillä (vaikka aiemmin 3–4 päivän välein tapahtuvaa monitorointia ei ole nähty komplikaatioita, kohtukuolemia tai perinataalikuolemia estävänä tekijänä) sillä perinataalikuolemia ei tapahtunut Tukholman alueella, jossa tehtiin rutiininomainen tutkimus 41 viikolla. Myös endometriosisia (tilastollisesti merkittävä käynnistysryhmässä) voidaan epäillä selittävänä tekijänä. (Wennerholm ym. 2019, 2-11.)

Tässä tutkimuksessa kaikki perinataali kuolemat tapahtuivat ensisynnyttäjille, mitä ei ole aina pidetty enneaikaisen kuoleman riskitekijänä. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa sikiön kuolleena syntyminen tapahtui merkittävästi todennäköisemmin ensisynnyttäjälle, ja riski tälle tapahtui 41 täyden raskausviikon jälkeen ensisynnyttäjillä, kun aiemmin synnyttäneiden riski nousi vasta 42 viikon jälkeen. Jos tämä pystytään toistamaan jatkotutkimuksissa, voi se tarkoittaa, että ensisynnyttäjiin pitäisi kiinnittää erityistä huomiota ja interventioita, kuten käynnistyksiä. (Wennerholm ym. 2019, 10.)

Samaan aikaan Hollannissa 1801:lle synnyttäjälle tehdyssä INDEX-tutkimuksessa oli tasan jaetut ryhmät, joista 900:lla käynnistys oli viikolla 41 ja 901:lla odotettiin viikolle 42 asti. Tutkimuksessa sikiöistä yksi kuoli ennen raskausviikon 41 käynnistystä ja kaksi raskausviikkoon 42 odottavassa ryhmässä. Näistä käynnistysryhmässä tapahtuneen kohtukuolemalle ei löytynyt selitystä, mutta 30-vuotias uudelleensynnyttäjä oli huomannut viikolla 40+6 sikiön liikkeiden loppuneen. Odottavien ryhmässä toisen 36-vuotias ensisynnyttäjän 41+3 viikolla tapahtuneelle kohtukuolemalle löytynyt selittävää syytä esimerkiksi istukan tutkimuksessa, eikä hän halunnut sikiölleen tehtävän ruumiinavausta, mutta kuolleena syntynyt oli raskausviikkoihin nähden pieni, joten kuolleena syntyminen ei välttämättä ollut raskauden kestosta johtuvaa. Odottavien ryhmässä toiseen kohtukuolemaan johtaneelle tapauksessa 36-vuotiaalle uudelleensynnyttäjän istukasta löytyi viitteitä sikiökalvojen tulehduksesta. Tässä



tutkimuksessa käynnistyksen takarajana oli 289 päivää, mikä voi selittää alhaisempaa kuolleena syntyneiden määrää verrattuna Ruotsin tutkimukseen. (Keulen ym. 2019, 4.)

INDEX-tutkimuksessa ei pystytty osoittamaan huonommuutta odottamisen suhteen, mutta tilastollisesti merkittävä (1,4 %) riski synnytyksen jälkeisten komplikaatioiden suhteen nähtiin aiemmin käynnistämisen puolesta, joskin molemmissa ryhmissä oli hyvät tulokset muun muassa Apgar-pisteiden, elossa syntymisen ja vastasyntyneiden tehohoidon suhteen. Lisäksi eroa keisarileikkausten määrässä ei pystytty osoittamaan kahden ryhmän välillä. Näillä syillä voidaan perustella odottamista, jos synnyttäjät haluaa välttää käynnistyksen. Molemmissa päätöksissä suuntaan tai toiseen hoitohenkilökunnan haasteena on antaa neutraalia, tutkimukselliseen näyttöön perustuvaa, käynnistyksen edut ja haitat sisältävää ohjausta naisille, joilla on matalan riskin loppuvaiheen raskaus. Synnyttäjät pitää myös kuunnella heidän omien toiveidensa suhteen. Käynnistykseen, kuten jokaiseen luonnollisen syntymän prosessiin puuttumiseen, liittyy riskejä ja käynnistyspäätös pitäisi tehdä harkiten, punniten mahdollisia haittavaikutuksia sekä synnyttäjään että lapseen. Kun synnyttäjät lähestyy raskaudenkeston viikkoa 41 muun muassa tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää informoimaan synnyttäjät, jotta he voivat pohtia sitä, haluavatko aiemman käynnistyksen vai odottaa viikolle 42. (Keulen ym. 2019, 12-13.)

Tässäkin tutkimuksessa otantaan olisi ollut potentiaalisia 4273 synnyttäjää, mutta heistä 722 ei halunnut osallistua satunnaisvalintaan, 616 olisi halunnut aiempaan ryhmään ja 2603 odottaa käynnistystä viikolle 42, joten osallistujia oli lopulta 1801. Myös tässä tutkimuksessa odottavien ryhmässä 73,7 % synnyttäjistä synnytys alkoi spontaanisti, kun taas käynnistettyjen ryhmässä 28,9 % synnytys ehti alkaa ennen suunniteltua käynnistystä. Kohdunkaulan kypsyys vaihteli ryhmien välillä, ja aiemmin käynnistetyissä synnytyksissä sitä tarvittiin 42 %:lla kun taas myöhempään odottavilla 14 %:lla. (Keulen ym. 2019, 4-5.)

Jatkotutkimusaihoiksi Keulen ym. (2019, 13) esittävät edelleen viikkojen 41 ja 42 välisen käynnistettyjen synnytysten yksilöiden meta-analyysin. Tulevaisuuden tutkimus voisi myös keskittyä pidemmän aikavälin synnytyksen jälkeisiin tuloksiin molemmissa ryhmissä, joka vaatii pitkän seurannan lasten suhteen. Tarvitaan myös vielä tarkemmin räätälöity tutkimus siitä, keiden synnyttäjien raskautta voidaan jatkaa viikolle 42 ilman että se aiheuttaa riskejä synnytyksen jälkeisille tuloksille.

#### 4.12.2 Primum non nocere

Goer (2018) kuitenkin kyseenalaistaa jo ARRIVE:n tutkimusasetelman. Käynnistysten väli vaihteli viikoilla 39+1 - 39 +6, ja odottavien ryhmässä viikoilla 39+3 - 40+7, jolloin ryhmien käynnistykset sekä menevät osittain päällekkäin, että ovat verrattain molemmat aikaisia käynnistysaikoja. Vaikka 41 olisi uusi 42, niin miksi tutkimuksessa odotettu edes viikkoon 41?

Lisäksi Goer (2018) pohtii, tutkittiinko ARRIVE:ssa lopulta edes käynnistämistä, koska vaikka tutkimuksessa sen sanottiin kohdistuvan matalan riskin synnyttäjiin, oli 14 %:lla pidempään odottavien ryhmässä ja 9 % käynnistysryhmässä raskauden aikaisia komplikaatioita, kuten kohonnutta verenpainetta, jolloin tutkimuksen sisäänottokriteerit ovat olleet epämääräiset. Goer (2018) huomauttaa, että monet synnyttäjät silti haluavat synnytyksen alkavan itsestään, mikä selittää sitä, miksi 73 % potentiaalisista tutkimukseen kutsutuista kieltäytyi siitä (toki on myös mahdollista, että osa heistä ei halunnut joutua ”myöhempään odottavien ryhmään”). Lisäksi ei ole varmaa, että valinnainen käynnistys viikolla 39 laskisi keisarileikkauksen riskiä kaikilla yksilöillä ja jotkut äidit eivät välttämättä hyödy aiemmasta valinnaisesta käynnistyksestä muista syistä. Näihin syihin lukeutuu se, että jotkut voivat haluta välttää käynnistykseen liittyviä lääketieteellisiä interventioita, kuten kohdunkaulan kemiallista tai mekaanista kypsytystä, synteettistä oksitosiinia, muuta tiputusta ja jatkuvaa sikiön monitorointia, jotka johtavat myös liikkumisen rajoittamiseen synnytyksen aikana. On myös mahdollista, että koska hoitohenkilökunta tiesi osallistuvansa tutkimukseen, jossa tarkkailtiin keisarileikkauksen todennäköisyyttä, saattoi se itseasiassa siksi vähentää sen riskiä, minkä lisäksi tutkijat olivat ohjeistaneet antamaan synnyttäjille vähintään 12 tuntia aikaa synnytyksen alussa ennen kuin käynnistys todettaisiin ”epäonnistuneeksi”. Joka tapauksessa 19 % keisarileikkausluku on poikkeuksellisen pieni ensisynnyttäjillä, jos verrataan aiempaan tutkimukseen, jossa luku on vaihdellut 32 %:sta jopa 60 %:iin. (Goer 2018.)

Suomalainen synnytyskulttuuri eroaa monista muista maista. Suomessa lähes kaikki synnyttävät sairaaloissa, joissa normaalisti etenevän synnytyksen hoitaa kättilö. Maailmalla yhteiskunnan rakenteista, ja jopa vakuutusjärjestelmästä riippuen synnyttäjä voi valita synnyttääkö lääkärin vai kättilön avustamana. Yleisesti kättilöjohtoisista synnytyskeskuksista on saatu hyviä tuloksia ja niiden on todettu vähentävän sekä keisarileikkausten määrää, että käynnistyskärsiä. Lääkärijohtoisissa sairaaloissa puolestaan tehdään enemmän lääketieteellisiä toimenpiteitä synnytyksen yhteydessä. (Goer 2018.)

Myös Australiassa on otettu kantaa synnytysten käynnistämisen suhteen. Davies-Tuck, Wallace ja Homer (2018, 339) toteavat raskaudenkeston laskeneen viikoissa mitattuna jo vuosia, vuonna 1991 se oli 39+2 verrattuna vuoteen 2016, jolloin raskauksien keskimääräinen kesto oli 38+6. Tämä muutos johtuu aiemmista käynnistyksistä, jotka on noussut 19,5 %:sta 31 %:iin. Näin ollen myös perinataalikuolemien olisi pitänyt teorians mukaan vähentyä suhteessa, mitä ei kuitenkaan ole tapahtunut, vaan se on pysynyt samana. Tutkijat esittävät myös kritiikkinsä sen suhteen, että aiempi käynnistys ilman tutkimuksellista tavoitetta todellisuudessa vähentäisi keisarileikkauksia, joiden määrä on Australiassa käynnistetyissä synnytyksissä 30 % verrattuna spontaanisti käynnistyneiden lähes puolittuneeseen riskiin 16,5 %. Tutkijat huomauttavat, että vauvojen kehityksessä esimerkiksi viikoilla 40+ ja 39+ on merkittävä ero ja siellä on noussut huoli aiemmin syntyneiden suhteen. Vauvoilla, jotka ovat syntyneet myöhemmin on oppimis- ja fyysiset tulokset ovat merkittävästi paremmat myöhemmin

elämässä. Käynnistetyksi syntyneillä lapsilla oli keskimääräisesti huonommat lapsuusajan terveys ja oppistulokset verrattuna niihin, jotka olivat syntyneet spontaanisti käynnistyneenä. Näin ollen aiemmasta käynnistyksestä saattaa olla jopa haittaa pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna. (Davies-Tuck, Wallace & Homer 2018, 339.)

Jatkossa pitäisi keskittyä tutkimaan maita, joissa kuolleena syntymisiä on saatu laskemaan muilla tekijöillä, kun käynnistyksillä. Esimerkiksi Iso-Britanniassa on saatu hyviä tuloksia uudella tutkimukseen perustuvalla hoitomallilla, jossa on saatu kuolleena syntyneiden määrää laskettua jopa 20 %, kun maanlaajuisesti ollaan puututtu perinataalikuolleisuuden pääriskitekijöihin. Tutkijat esittävät, että muissa maissa olisi mahdollista saavuttaa parantuneita tuloksia etuajassa syntymiseen, vähemmän aikaisia kohtukuolemia ja positiivisempia synnytyskokemuksia, jos käyttöön otettaisiin malli, jossa synnyttäjillä olisi jatkuva mahdollisuus päästä kättilön hoitoon ja konsultaation kautta lähetteellä myös synnytyslääkärille. Tämä todellisuudessa vähentäisi terveydenhuollonkuluja ja keisarileikkauksia. Monessa muussa kehittyneessä maassa, kuten Australiassa, Iso-Britanniassa, Uudessa Seelannissa ja Skandinaviassa, on Pohjois-Amerikkaan verrattuna hyvin erilainen äitiyshuolto, ja näissä maissa valinnainen käynnistys viikolla 39 ei paranna synnyttäjien ja heidän vauvojensa terveyttä. (Davies-Tuck, Wallace & Homer 2018, 339.)

Goer (2020) toteaa, että sekä käynnistämisen, että odottamisen puolesta voidaan nähdä hyötyjä, ja tärkeintä olisikin perheiden kuuntelu, raskauden huolellinen seuraaminen, sekä neuvojen antaminen odottajille ja testaaminen sen suhteen, ovatko he potentiaalisia odottamaan, jos toivovat alatiesynnytystä. Kohdunkaulan kypsymistä kannattaa odottaa. Ja jos se on kypsä lähteä käyttämään oksitosiinia vähäisinä määrinä ja hitaasti, välttää kalvojen puhkaisua ennen kuin synnytys on aktiivisesti käynnissä, samoin kuin ottaa oksitosiini-infusio pois tällöin ja seurata jatkuuko synnytys. Ylipäättään synnyttäjien pitää olla kärsivällisiä, sillä käynnistetty synnytys on yleensä pidempi, varsinkin ensisynnyttäjillä, muttei silti välttämättä aiheuta huonompaa lopputulosta synnyttäjälle tai vauvalle. (Goer 2020.)

Muun muassa Buckley (2015, 145-146) näkee järkevänä odottaa synnytyksen spontaania käynnistymistä, sillä luonnolliseen synnytykseen puuttuminen vaikuttaa negatiivisesti kehon monimutkaiseen hormonaaliseen toimintaan, joka valmistele vauvaa kohdunulkopuoliseen elämään, johtaa synnytysprosessia, helpottaa vauvaa ja synnyttäjää kestämaan synnytykseen liittyvää stressiä ja kipua, helpottaa imetyksen onnistumista ja lisää synnyttäjän ja vauvan välistä kiintymystä.

Välillä synnytyksen aiempaa käynnistystä perustellaan jollain yksittäisellä syyllä. Näitä syitä on pikkuhiljaa alkanut löytyä, ja ne voivat käytännössä olla mikä tahansa piirre, joka on yhdistetty korkeampaan käynnistysindikaatioon, kuten korkeampi ikä, etnisuus, korkea painoindeksi, keinohedelmöitys ja jopa ensisynnyttäneisyys (Seijmonsbergen-Schermers ym.

2020.) Käynnistysindikaatioista sikiön poikkeavan suurella koolla (makrosomia) Leen ym. (2016, 275) tutkimuksen mukaan elektiivinen käynnistäminen viikoilla 37–39 vähentää makrosomian todennäköisyyttä verrattuna odottajien ryhmään, mutta poikkeuksellisen isojen vauvojen määrä lisääntyy hyvin vähän, vain muutaman prosentin, raskauden viimeisten viikkojen (38-40) aikana niillä synnyttäjillä, joilla on korkea painoindeksi. Lisäksi esimerkiksi lapsiveden vähäinen määrä yksittäisenä tekijänä ilman muita oireita ennustaa kuitenkin huonosti haitallisia tuloksia sikiön voinnin suhteen (Morris ym. 2014, 691-696).

Merkittävää on, että vaikka nämä edellä esitetyt tutkimukset ovat kansainvälisiä, vertaisarvioituja ja julkaistu merkittävässä gynekologisissa lehdissä, ovat tässäkin esiteltyt käynnistystutkimukset kohdistuneet pääsääntöisesti muun maalaisen väestöön ja sairaalamaailmaan. Suomalainen synnytyskulttuuri, myös institutionaalisesti, on hyvin erilainen, joten SYKE-tutkimuksen tulokset ja muu väestöön liittyvä tutkimus on tärkeää. Vuonna 2018 tehty tutkimus totesi, että etninen perimä vaikuttaa merkittävästi lantion kokoon ja malliin, ja täten sekä sikiön liikkumiseen synnytyskanavassa synnytyksen aikana, ja näin synnytystapaan. Synnytys- ja anatomian tutkimuksessa tähän asti eurooppalaisten lantiomalli on ollut ylikorostettu, mutta esimerkiksi ilmaston vaikutusta luuston rakenteen muodostumiseen ei ole vielä määritelty tarkasti. (Betti & Manica 2018, 1-7.) Se että kansainvälinen tutkimus on ollut länsimaiden suuntaan vinksahantutta, voidaan toki nähdä eduksi suomalaisten synnyttäjien kannalta.

#### 4.12.3 Yhteenvetoa käynnistystutkimuksista

Yhteenvedot käynnistetyiden synnytysten kokeista täytyy tulkita erittäin varovasti tutkimusasetelmien heterogeenisyyden takia. Tutkimuksissa on käytetty muun muassa eri mittareita, tapoja ja käynnistämisen aikarajoja. Yhä puuttuu todisteita siitä, että synnytyksen käynnistäminen viikolla 41 tuottaa parempia synnytyksen jälkeisiä tuloksia suhteessa viikolle 42 odottamiseen. (Keulen ym. 2019, 1.)

Rydahl ym. (2019, 170) julkaisivat eri käynnistystutkimuksista systemaattisen analyysin, jossa käynnistystä viikolla 41+0-6 verrattiin viikolla 42 käynnistämiseen viimeisen 20 vuoden aikana. Tässä tutkimuksessa ei löytynyt tilastollisesti merkittävää eroa kuolleena syntyneiden välillä. Rydahl ym. (2019, 170) mukaan aiemmin käynnistämällä on muutamia mitattavissa olevia hyötyjä, mutta myös useita negatiivisia vaikutuksia. Rydahl ym. (2019, 171) korostavat, että samoin kun WHO:n ohjeistuksessa todetaan, pitää raskauteen lääketieteellisesti puuttumisen hyödyt olla painavammat kuin potentiaaliset haitat, eivätkä he oman tutkimuksensa perusteella voi suositella aiempaa käynnistystä matalan riskin raskauksissa.

Myös Pyykönen ym. (2018, 445-446) tulivat Terveiden ja hyvinvointilaitoksen lukujen PSM-mittaukseen perustuvassa, raskauden pitkittämisen eri hyötyjä ja riskejä sekä synnyttäjän, että lapsen kannalta punnitsevassa tutkimuksessaan siihen tulokseen, että hyvin seurattu

käynnistymisen odottaminen on validoitu vaihtoehto ainakin lähes raskausviikolle 42 asti. Tutkimuksessa verrattiin käynnistettyjen ja jatkuvien raskauksien eroa kolmen päivän verrokkiryhmissä viikoista 40+0 - 42+0 verrattuna siihen, että usein tutkimukset kohdistuvat koko viikkojen 41–42 vertailuun. Käynnistäminen laskee lapsiveden hengittämisen syndroomaa viikoilla 40+0 - 41+4, mutta lisäsi keisarileikkauksen riskiä viikon 41 ympärillä. Käynnistäminen lähellä viikkoa 42 ei lisää tai vähennä mitään riskiä verrattuna odottamiseen. Pyykönen ym. (2018, 445) toteavat, että lähes joka neljäs raskaus joka tapauksessa jatkuu yli lasketun ajan ja jos jatkossa valitsemme käynnistää suurimman osan niistä, muuttaa se koko synnytyksen hoitoa ja sen kulttuuria. Pyykönen ym. (2018, 451) varoittavat ylihoitamisen riskistä, sillä vaikka Suomessa on lisätty käynnistyksiä vuoden 2012 jälkeen, ei sillä ole ollut vaikutusta esimerkiksi kuolleina syntyneiden määrän vähenemiseen ja pitkittyneiden raskauksien kokonaiskäynnistysmäärässä mahdollisesti olevan raja-arvo, jonka ylittämisestä ei saada parempia seuraamuksia vastasyntyneille.

Tanskassa on tultu saman tyyppiseen tulokseen vertailtaessa synnytyksiä vuosina 2000–2016. Myös Tanskassa valtakunnallisesti käynnistysten määrä on noussut merkittävästi vuosikymmenten aikana. Tällä ole ollut vaikutusta kuolleina syntyneiden määrään vuonna 2012 saavutetun tason jälkeen. Luku oli laskussa jo ennen uutta käynnistyspolitiikkaa, joka otettiin siellä käyttöön vuonna 2011. Vertailussa ei nähty eroa muidenkaan tekijöiden, kuten Apgar-pisteiden, keisarileikkausten, epiduraalin käytön, synnytysten edistämisen tai muiden synnytykseen liittyvien toimenpiteiden lisääntymisen suhteen. Sen sijaan kohturepeämiä havaittiin enemmän. Tutkijat kehottavat keskusteluun yliaikaisten raskauksien käynnistysten aikaistamisen tarpeellisuudesta muuten terveiden synnyttäjien kohdalla. (Rydahl, Declercq, Juhl, & Maimburg 2019, 1-8).

THL:n tutkimusprofessorin Mika Gisslerin mukaan Suomessa kuolleina syntyneiden vauvojen määrä saatu jo niin pieneksi, että sitä ei välttämättä enää pystytä edes vähentämään. Kuolleena syntyneiden määrä ei ole enää vähentynyt 2010-luvulla, mihin asti se laskee. Kaikkia kuolemia ei voida estää, eikä selitystä kuolleena syntymiselle aina löydy edes ruumiinavauksessa. Yleisimmät syyt kuolemille ovat hapenpuute ja epämuodostumat, joista hapenpuutetta voidaan ennalta ehkäistä, muttei täydellisesti. Suomessa raskauden seuranta on huipputasoa ja kuolleina syntyneiden määrä saadaan pidettyä matalana raskaudenaikaisten sairauksien hoidolla ja riskiryhmien tarkalla seurannalla sekä ennaltaehkäisemällä ennenaikaisia synnytyksiä. (Köngäs, 2017.)

Seijmonsbergen-Schermer ym. (2019, 3) ovat huolissaan käynnistysten määrien lisääntymisestä, rutiininomaisista, tilastoihin perustuvista käynnistyksistä ja kysyvät, minkä tasoinen riski oikeuttaa käynnistyspäätöksen terveillä synnyttäjillä. Vaikka synnytyksen käynnistämällä voidaan estää sairauksia ja kuolleisuutta, yhä useampi synnyttäjä ja heidän vauvansa altistetaan käynnistysinterventio haitoille, vaikka käynnistymisen hyödyt ovat pieniä

tai jopa epäselviä. Käynnistystä pitäisi tarjota vain niille yksilöille, joilla on siihen lääketieteellinen välttämättömyys. He korostavat, että käynnistämistä ei pitäisi tarjota, ennen kuin on riittävää näyttöä, että se tuottaa parhaita kliinisiä ja psykososiaalisia tuloksia synnyttäjille ja heidän vauvoilleen niin lyhyellä kuin pitkäaikavälillä verrattuna synnytyksen luonnollisen käynnistymisen odottamiseen. Hoidon tarjoajien täytyy olla tietoisia ryhmistä, joilla korkeampi riski kohtukuolemalle ja käyttää tätä tietoa päätöksenteossa yksittäisten synnyttäjien kanssa. He kuitenkin argumentoivat, pienen absoluuttinen riskin nousu yksinään ilman muita lääketieteellisiä riskejä tai komplikaatioita raskauden aikana ei oikeuta rutiininomaista käynnistämispäätöstä ilman vahvaa näyttöä käynnistämisen puolesta. He jopa vetoavat Hippokrateen toimintaperiaatteeseen “älä vahingoita”.

Tämä lääketieteellinen näkemys korostuu myös käynnistykseen ja ylipäätään synnytyslääketieteeseen liittyvässä tutkimuksessa. Vaikka on tärkeä tutkia erilaisia mittareita, määreitä ja pisteitä, on tärkeää tarkastella myös synnyttäjän kokemusta omasta synnytyksestään ja vaikutusta sen jälkeiseen lapsivuodeaikaan. Vaikka joissain tutkimuksissa tarkasteltiin myös äidin kokemusta, esimerkiksi kivun tai hallinnan tunteen suhteen, on selvää, että synnytyksen vaikutuksia äitiyteen ja synnytyskokemukseen täytyy tarkastella myös muista perspektiiveistä kuin lääketieteellisestä. Tätä aukkoa tulee osaltaan Suomessa täyttämään Suomalaisen synnytyskulttuurin murros -hanke.

#### 4.13 Keskeiset käsitteet

##### 4.13.1 Synnytykseen valmistautuminen

On monia tapoja, miten synnytykseen voi valmistautua. Suomessa ei kuitenkaan ole tällä hetkellä vakiintunutta kunnallista tai valtiollista palveluiden järjestäjää, joten useat palvelut ovat yksityisiä ja maksullisia. (Perheentuki 2020a). Tämä luonnollisesti eriarvoistaa synnyttäjien mahdollisuuksia valmistautua synnytykseen. Haapio (2017, 39) on todennut, että Suomessa synnytysvalmennukselle asetettujen tavoitteiden seuranta on vähäistä ja synnytysvalmennuksen vaikuttavuuden tutkimusnäyttö ei ole riittävää.

Synnytykseen valmistautuminen nykyään monipuolisesti tuotteistettu ja palvelullistettu. Googlen haulilla löytyy erilaisia valmennuksia ja kursseja, minkä lisäksi omien valmennusten mainostaminen on monipuolista ja näkyvää esimerkiksi Aktiivisen synnytys ry:n keskusteluryhmässä sääntöjen puitteissa.

Helsingin kaupunki, jonka kuntalaisia monet Naistenklinikan synnyttäjät ovat, palvelut koostuvat ennen vauvan syntymää pidettävästä fysioterapiaryhmästä sekä neuvolan pitämistä etäperhevalmennuksista. Lisäksi perheille tarjotaan synnytyksen jälkeen leikkipuistoissa vauvaperhetoimintaa, joka on osa perhevalmennuksen kokonaisuutta. Perheitä kannustetaan

ottamaan selvää itse ja tutustumaan muun muassa HUS:n Naistalon sivuihin. (Perheentuki 2020b).

Jotta synnyttäjät voivat tehdä tietoon perustuvia päätöksiä koskien synnytystään, on heidän saatava tarvittava tieto. Kansainvälisesti synnytysvalmennuksia tutkittaessa on nostettu esiin huoli siitä, että todellisuudessa synnyttäjät eivät saa tarpeeksi tietoa, eikä valmennuksissa käsitellä riittävästi muun muassa epiduraalipuudutukseen, synnytyksen käynnistämiseen tai keisarileikkaukseen liittyviä riskejä. (Lothian 2007, 65-67.)

Sekä kunnan, että yksityiset synnytysvalmennukset keskittyvät kuitenkin yleensä spontaanisti alkavaan synnytykseen. Tämä huomioitiin myös Facebookin keskustelussa:

Puoli odotusaikaa kehotetaan valmistautumaan synnytykseen, käymään joogakursseja ja harjoittelemaan synnytysasentoja, mutta kuka osaa tai edes tietää valmistautua käynnistykseen?

Oikeiden synnytysten näkemiselle ja kokemiselle altistuminen on koko ajan vähäisempää. Se tapahtuu yleensä uusille synnyttäjille vasta kun he ovat itse raskaana ja synnyttävät, yleensä sairaalassa. Nykyään median luoma kuva vaikuttaa synnyttäjien oletuksiin ja käsityksiin synnytyksistä. Televisio-ohjelmien ja muun median sekä läheisten on tutkittu vaikuttavan paljon synnyttäjien asenteisiin ja erityisesti tv:ssä esitettyjen synnytysten jopa lisäävän merkittävästi synnytyspelkoa. Erityisesti tosi-tv:n ja sen suosittujen sarjojen keskuudessa raskaus ja synnytys dramatisoidaan ja synnytysten aikaiset komplikaatiot sekä interventoiden tarve on yliedustettu, mikä vaikuttaa nuorten naisten käsityksiin synnytyksistä. Ohjelmat eivät edusta sitä, miten naiset yleensä synnyttävät. Synnyttäjien keho myös esitetään kykenemättömänä synnyttämään ilman medikalisaatiota. Synnyttäjän läheisten ja vertaisten antama tuki sekä internetistä ja muusta mediasta saatava tieto ovat synnytykseen valmistautumisessa tärkeää, mutta osittain ristiriitaista, koska media voi luoda synnytyksestä vääriä mielikuvia ja lisätä epärealistisia odotuksia, joka vaikuttaa synnytyskokemuksiin. (Stoll & Hall 2013, 230-232; Morris & Mcinerney 2010, 134-140.)

Toisaalta synnyttäminen ei ole enää niin mystifioitu ja sosiaalisen median myötä synnyttäjillä on paljon mahdollisuuksia halutessaan jakaa omia synnytyskokemuksiaan. Synnytyskokemuksia jaetaan niin blogeissa, sosiaalisen median (kuten Facebookin) suljetuissa ryhmissä sekä jopa Instagramissa. Lisäksi kätilöt, doulat ja muut synnytyksen asiantuntijat voivat jakaa tietoa, vinkkejä ja ajatuksiaan vapaasti eri kanavilla. On jopa podcastejä, joissa jaetaan synnytystarinoita ja osassa on myös valmennuksellisia osioita.

Haapion (2017, 69) tutkimuksessa vastoin nykysuuntausta internetin käyttö valmennustarkoituksessa oli vähäistä tutkittujen äitien keskuudessa, vaikka nykysuuntauksen mukaan monet ohjaukselliset palvelut toteutetaan pelkästään virtuaalisesti. Ja on

oletettavaa, että koronan myötä tämä kehitys vain jatkuu, jollei jopa entisestään nopeudu ja yleisty. Haapion (2017, 80) mukaan netistä saatavan tiedon ei tulisi korvata kokonaan vuorovaikutukseen perustuvaa valmennusta, vaikka se on hyvä lisä synnytykseen valmistautumisessa.

#### 4.13.2 Synnytykseen valmistautumisen ilmeneminen aineistossa

Myös tarinoissa kuvailtiin synnytykseen valmistautumista. Valmistautuminen oli, henkilöstä riippuen, joko hyvin aktiivista ja monipuolista, tai lähes olematonta, jopa koko synnytyksen ajatuksen tasolla torjuvaa. Osa koki oman hyvän valmistautumisensa olleen syynä onnistuneelle synnytyskokemukselle ja sille, että oli tietoinen eri vaihtoehdoista ja tilanteista sekä siitä mihin pystyy itse vaikuttamaan ja mihin ei. Toisaalta netistä löytyvää tietoa käynnistyksistä kuvattiin negatiivispainotteisiksi ja netistä löytyvän tiedon perusteella tulevan sellainen kuva, että käynnistetty synnytys johtaisi melkein väistämättä lukuisiin interventioihin ja sektioon. Tämä oli huolena myös haastateltujen ammattilaisten keskuudessa. Yksi henkilökunnan jäsen painotti valmistautuessa oikeisiin lähteisiin perehtymistä ja sitä, että tietoa ei haettaisi vääristä paikoista. Haastateltavat totesivat, että sosiaalisilta foorumeilta voi parhaimmillaan saada vertaistukea, mutta jossain tilanteissa nettikirjoittelu voi kuitenkin lisätä ja lietsoa pelkoa.

Suurin osa tarinansa jakaneista, jotka valmistautumisestaan kertoivat, olivat käyneet kunnan perhevalmennuksissa, mutta ne koettiin riittämättömiksi. Perhevalmennuksen muun muassa kuvattiin käsitelleen aika lyhyesti synnytyksen eteneminen ja kivunlievityksen vaihtoehdot.

Valmistautumisessa mainittiin niin yksityiset valmennukset, psykoterapia ja raskausjooga valmennuksineen. Myös kirjallisuuden lukeminen ja oma tiedonhaku koettiin hyvänä tapana valmistautua synnytykseen. Osa tosin kuvasi, ettei oman aktiivisuutensa takia saanut kovin paljon uutta tietoa perhevalmennuksista tai neuvolasta, koska oli itse aktiivisesti etsinyt jo tietoa ja oman tiedon kuvattiin olevan päivitetympää kuin neuvolan työntekijän. Sen sijaan vertaistuen muodoista Facebookin ryhmät ja netin synnytyskokemukset koettiin tärkeinä, varsinkin jos raskaudessa oli jokin vaiva, johon vertaistukea kaipasi. Eräs kuvasi pelon takia järjestettyä sairaalavierailua hyvänä siksi, että pääsi näkemään mihin (synnytyssali) tositilanteessa tullaan ja mitä kannattaa ottaa mukaan.

Ammattilaisten keskuudessa yhdeksi selkeäksi kehittämiskohteeksi esitettiin se, että synnytysvalmennukset voitaisiin pitää sairaalassa, jolloin sairaala ja sen tilat sekä henkilökunta eivät olisi synnyttämään tullessa pelottavia ja perustuisi väärin mielikuviin. Toisena vaihtoehtona nähtiin se, että Naistenklinikan henkilökunnasta joku voisi käydä kertomassa valmennuksissa käynnistetystä synnytyksestä.



Myös Haapion (2017) tekemä tutkimus tukee tätä. Haapion interventiossa tutkittiin valmistuksen vaikuttavuutta synnytyspelon suhteen ja sen suosituksena oli, että synnytysvalmennusta kannattaa tarjota kaikille ensisynnyttäjille ennaltaehkäisevän vaikuttavuutensa vuoksi. Lisäksi synnytyspelon muodostumista ehkäiseviä interventioita kannattaa kehittää ja niiden toteuttamiseen suunnata voimavaroja. (Haapio 2017, 80.)

Haastatteluissa ja nettialustan kommentteissa korostui se, että ylipäättään tietoa käynnistyksistä ja sen kulusta pitäisi saada paljon aiemmin kuin sairaalassa, mieluiten jo neuvolassa ja synnytysvalmennuksessa, jotta ei tulisi järkytyksenä loppuraskauden vastaanotolla, että synnytys joudutaan lähteä käynnistämään ja että siinä voi mennä päiviä, eikä ole keinoa saada sitä nopeasti käyntiin. Myös kättilön, joka on erikoistunut synnytyksiin, pitämää synnytysvalmennusta pidettiin parempana ja eri infoa sisältävänä kuin terveydenhoitajan pitämää.

#### 4.13.3 Synnytyskokemus

Maailman terveysjärjestö WHO (2018) julkaisi lausuman uusista synnytyksen ohjeista, joista tärkeimmäksi asiaksi otsikkoon on nostettu synnytyskokemus. HYKS sairaaloissa on käytössä Visual Analogic Scale eli VAS-synnytyskokemuskysely, jolla on tarkoitus kartoittaa erityisesti traumatisoituneita synnyttäjiä. (Rouhe & Saisto 2013). Mönkkösen (2007, 16) mukaan merkittävät kokemukset tapahtuvat ihmissuhteissa ja ihmisten välillä, johon liittyy myös haavoittuvuutta. Synnytyskokemuksen vaikutus on todettu merkittäväksi synnyttäneen myöhempään henkiseen hyvinvointiin (Rouhe & Saisto 2019, 458.)

Saxbe, Horton ja Tsai (2018, 262) toteavat synnytyskokemuksen olevan puutteellisesti tutkittu psykologiselta kannalta suhteessa sen vaikuttavuuteen ja merkittävyyden elämän tapahtumana. Synnytys on uniikki kokemus, joka vaihtelee nopeasta ja helposta vaikeaan tai jopa henkeä uhkaavaan. Saxben ym. (2018, 262-267) käyttämän stressiä, pelkoa, kontrollin tunnetta, kipua ja tukea mittaavan synnytyskyselyn mukaan synnytyksillä, joissa tehtiin enemmän toimenpiteitä, kuten käynnistys tai keisarileikkaus sekä synnytyksissä, joihin liittyi komplikaatioita, oli merkittävästi huonompi kokemus. Kruit (2016) huomauttaa, että onnistuneella synnytyksen hoidon onnistumisella olevan myös merkittävä vaikutus kansantalouteen, sillä käynnistysmenetelmiä kehittämällä voidaan vaikuttaa sekä synnyttäjän, että vauvojen terveyteen lyhyellä ja pitkällä aikavälillä.

Hodnetin (2002, 171) tekemässä systemaattisessa analyysissä, jossa tutkittiin 137 tutkimusta, synnytystytyväisyyden vaikuttavimmiksi tekijöiksi nousivat henkilökohtaiset odotukset, hoitohenkilökunnalta saatu tuki, asiakkaan ja hoitohenkilöstön välinen suhde sekä asiakkaan osallistuminen päätöksentekoon. Taustatekijöillä, kuten sosioekonomisella asemalla, iällä tai etnisyydellä ei ollut niin suurta vaikutusta positiiviseen synnytyskokemukseen. Myös fyysisen ympäristön, kivun kokemuksen, liikkumattomuuden ja lääketieteellisten toimenpiteiden osuus

synnytykseen vaikuttavina tekijöinä ei ollut niin merkittäviä kuin henkilökunnan tuki ja asenteet.

Jatkuvalla tuella synnytyksen aikana ei ole todettu negatiivisia vaikutuksia, ja sen on todettu vähentävän keisarileikkauriskii ja matalia viiden minuutin Apgar-pisteitä. Näin ollen jatkuva tuki saattaa myös vähentää lapsikuolleisuutta. Jatkuva tuen saaminen on yhdistetty myös spontaaneihin alatiesynnytyksiin, vähempään kipulääkkeiden käyttöön synnytyksen aikana, ylipäättään lyhyempiin synnytyksen kestoihin ja vähäisempiin huonoihin synnytyskokemuksiin. (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert 2017.)

Myös Uotila (2015, 378) toteaa, että varsinkin yliaikaiseen synnytykseen latautuu usein tavallista enemmän paineita, jos käynnistymistä tai käynnistämistä on odotettu jopa viikkoja, eikä synnyttäjän henkiset voimavarat ole ehkä parhaimmillaan ja epäonnistumisen kokemus uhkaa synnytystä. Näin ollen synnytystä hoitava kättilö voi ratkaisevasti vaikuttaa siihen, millaiseksi kokemus muodostuu.

Kättilö voi tietojensa ja taitojensa avulla ehkäistä, lievittää, poistaa ja tasapainottaa synnytyksen aiheuttamaa synnyttäjän elimistön suhteellisen lyhytaikaista, mutta erittäin voimakasta stressitilaa. Olennaista on se, millä tavalla ja millaista tukea ja neuvoja synnyttäjä itse toivoo sekä miten hän yksilöllisesti, synnytyksensä etenemisen mukaisesti kestää tätä stressiä. Synnyttäjän jättäminen yksin ja henkilökunnan vaihtumisen on todettu vaikuttavan synnyttäjän kokeman stressin lisääntymiseen (Raussi-Lehto 2015a, 247). Nämä tekijät korostuvat ja lisääntyvät sairaalajärjestelmän vuorosysteemin vuoksi, mikäli synnytys pitkittyy, kuten käynnistetyissä synnytyksissä on riskinä.

Kokemuksellisuutta on tutkittu myös käynnistettyjen synnytysten yhteydessä. Gatward, Simpson, Woodhart ja Stainto (2010) tutkivat synnyttäjien (23 osallistujaa) kokemuksia käynnistyksen yhteydessä raskausviikon 41 jälkeen. Synnyttäjien asenteet vaihtelivat synnytyksen käynnistämisen vastustamisesta sen toivottamisesta tervetulleeksi. Synnyttäjillä ei kuitenkaan ollut riittävää ymmärrystä siitä, mitä toimenpide tarkoitti heille, kun he sopeutuivat uuteen synnyttämistilanteeseen. Tämä johtuu osittain synnytysvalmennuksista, jossa keskitytään luonnollisesti käynnistyneen synnytyksen kulkuun. Kättilöiden ja muiden hoitoon osallistuvien on tärkeää ymmärtää, että synnyttäjät tarvitsevat tähdellistä tietoa osallisuudestaan käynnistysprosessissa ja miten sopeutua uuteen synnytyssuunnitelmaan ja siihen, mitä saattaa tapahtua. Synnyttäjät ja heidän tukihenkilönsä tarvitsevat osallisuuden ja mukaan ottamisen tunteita käynnistämisen kokiessaan ja uuden synnytyssuunnitelman toteuttamiseen. (Gatward ym. 2010, 3-8)

Käynnistetyillä synnytyksillä on todettu olevan tilastollisesti merkittävästi huonompi synnytyskokemus verrattuna spontaanisti käynnistettyihin synnytyksiin myös Suomessa VAS-

arvioon perustuen (Adler, Rahkonen & Kruit 2020, 7). Myös Adler ym. (2020, 7) toteavat, että synnytyskokemusta voidaan mahdollisesti parantaa lisätuella ja ohjauksella.

Kättilö arvioi syntymän hoidon sujumista jatkuvasti keskustelemalla synnyttäjän ja hänen perheensä kanssa. Jo ennen vuodeosastolle siirtymistä on hyvä arvioida yhdessä synnytyksen kulkua, synnytyskokemusta sekä syntymän hoitoa kokonaisuudessaan. Kaikille synnyttäjille pitäisi tarjota mahdollisuus keskustella synnytyksestään synnytyssairaalassa ja myöhemmin neuvolassa. Synnytyksen hoitanut kättilö on paras mahdollinen synnytyskeskustelun toteuttaja, sillä hän on yhteisen intensiivisen kokemuksen jälkeen erityisasemassa suhteessa perheeseen ja tuntuu tutulta ja luetettavalta. Jos keskustelua ei ole mahdollista toteuttaa seuraavien muutaman päivien aikana, pitää synnyttäjää tiedottaa, että keskustelu ja mahdolliset nousseet lisäkysymykset on mahdollista käydä läpi pitkänkin aikaa synnytyksen jälkeen. Erityisesti jos synnytys on ollut traumaattinen, voi olla helpompaa puhua asiasta vasta 4-6 viikon päästä, jolloin synnyttäjälle pitäisi tarjota mahdollisuus uuteen keskusteluun. Nykyään synnytyksen jälkeiset keskustelut eivät valitettavasti usein onnistu synnytysosaston kiireen ja kättilön muiden synnyttäjien intensiivisen läsnäolon tarpeen takia, henkilökunnan vuorotyön tai nopean kotiutumisen takia. (Raussi-Lehto 2015b, 282.)

Toisaalta nopean (alle 48 tuntia synnytyksestä) kotiutumisen etuina on nähty taloudelliset tekijät, asiakkaiden valvutuneisuus ja toiveet, sekä itsehoitovaatimusten ja tiedonsaantimahdollisuuksien lisääntyminen. Lisäksi koti tarjoaa ympäristönä suojan sairaalabakteereita vastaan ja mahdollistaa lapsentahtisen imetyksen onnistumista, varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä ja koko perheen osallistumista vastasyntyneen hoitoon. Lyhentyneet hoitoajat lapsivuodeosastolla edellyttävät entistä tiiviimpää ohjausta lyhyessä ajassa, tehokasta vastasyntyneen voinnin seurantaa sekä imetyksen ja perheen voinnin tukemista puolestaan avoterveydenhuollossa. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 283-285.)

Hyvää kokemusta oman synnytyksen hoitaneesta kättilöstä muistettiin myös analysoiduissa synnytyskertomuksissa lämpimästi:

...kun ajattelen synnytystäni, tulee mieleeni aina kättilöni... ...meidän keskinäinen huumorinheitto ja ne (synnytyksen jälkeen) saamani omenamehut. Olin nuori, 24-vuotias ensisynnyttäjä, jolle tuo kättilö mahdollisti synnytyskokemuksen, joka nostattaa vielä tänäkin päivänä onnellisuudesta käsikarvat pystyyn.

Jotkut tarinansa jakaneista synnyttäjistä kokivat saavansa paljon mahdollisuuksia ja kohtia synnytyskokemuksen läpikäyntiin:

Synnytyskokemuksesta meiltä kysyi synnytyssalin kättilö, kun siirryimme lapsivuodeosastolle; lapsivuodeosaston kättilö lähtiessämme sairaalasta; neuvolan terveydenhoitaja ensimmäisellä käynnillä; lääkäri jälkitarkastuksessa sekä toinen neuvolan terveydenhoitaja myöhemmällä käynnillä, joten koen, että mahdollisuuksia keskustella asiasta tarjottiin.

Osa koki, että ei saanut riittävästi tukea asian käsittelyyn ja ei ollut varma oliko apu oikeanlaista, oikea-aikaista tai riittävä. Jotkut synnyttäjät myös sivuutettiin järjestelmässämme silloin kun he olisivat apua halunneet ja tarvinneet:

Kuten aina, niin itse joutui pyytämään ja selostamaan tarkkaan, ehkä jopa liioitella, että saa apua.

Rautaparta (2010, 20-21; 94) korostaa sitä, miten raskaudesta ja synnytyksestä puhutaan kielellä, joka perustuu biolääketieteeseen, jolloin siitä puuttuu synnytyksen kokemuksen kuvaamiseen liittyvä sanasto. Vaikka Suomessa odottajien hoito on monella tapaa maailman huipputasoa, ja sairaalasyntyysten myötä äiti- ja lapsikuolleisuus ovat laskeneet, voi raskauden tiivis seuraaminen ja synnytyksen ajankin jatkuva mittaaminen johtaa helposti raskauteen normaalisti kuuluvien fysiologisten muutosten patologisointiin ja erilaisten raskauteen ja synnytykseen liittyvien pelkojen lisääntymiseen. Rautaparran (2010, 96) mukaan synnytyksestä tuli toimenpidekeskeinen, lääketieteellinen tapahtuma niiden siirryttyä käytännössä kokonaan sairaaloihin. Myös Vilka (1996, 5) huomauttaa, että tieteen tehtävä on laajentaa ymmärrystämme maailmasta ja perinteisen mittaamiseen perustuvan lähestymistavan kaipaavan rinnalleen toisenlaista lähestymistapaa, dialogia.

Kosonen (2019) huomauttaa, että nykyiseen synnytyskulttuuriin liittyvä tehokkuusajattelu, kiire ja paine vaikuttavat siihen, että moni kättilö ei enää koe pystyvänsä tekemään työtään niin hyvin ja eettisesti kuin voisi. Muun muassa nopea kotiutus, liian suuret asiakasmäärät ja se, että ei pysty antamaan tarpeeksi tukea synnyttäneille näkyvät myös kättilöiden turhautumisessa, uupumisessa ja jopa kyynistymisessä. Kättilöiden työpaineista ja kiireestä, joka voi pahimmillaan johtaa potilasturvallisuuden vaarantamiseen tai uuteen ammattiin hakeutumisessa on myös uutisoitu laajasti (mm. Karppinen 2020, Jämsén 2020).

Kiire nousi esiin myös henkilökunnan haastatteluissa. Kaikki haastateltavat toivoivat lisää aikaa ja resursseja. Heksimmillään työtä, jossa on vastuussa kolmesta oksitosiini-infuusiosta olevasta synnyttäjistä, kuvattiin huoneesta toiseen hyppimiseksi, pienten tulipalojen sammuttamiseksi ja omaa oloa riittämättömäksi. Henkilökunta toivoi lisää aikaa nimenomaan asiakkaiden kohtaamiseen ja käynnistyksestä kertomiseen ja läsnäoloon. Kiireen todettiin oleva suurin syy siihen, että jollain on jäänyt tiedonkulku vajavaiseksi. Haastatteluissa todettiin myös, että jos tulee jokin yllättävä viivästymä, kuten tietojärjestelmän toimimattomuus, potilaat alkavat kasaantua. Käytettävä ajanvarauspohja on tiukka, mutta toisaalta on mahdotonta sanoa, kauan vastaanotto kestää, koska toimenpiteet riippuvat synnyttäjän kohdunkaulan tilanteesta, mitä ei voida tietää etukäteen.

Kosonen (2019) toivoo, että jatkossa itsemääräämisoikeus ja kehollisuus korostuvat synnytyskulttuurissa. Synnytyksen turvallisuus ja hoidon laatu on muutakin kuin

lääketieteellinen laatu ja turvallisuus. Synnytykseen liittyvä emotionaalinen ja sosiaalinen turvallisuus tulisi ottaa paremmin huomioon, koska niillä on kauskantoiset seuraukset.

Synnytyskokemus ei riipu siitä onko synnytykseen puututtu lääketieteellisin keinoin vai ei. Merkittävää on se, miten synnyttäjää ylipäätään kohdellaan, kunnioitetaanko hänen inhimillistä arvokkuuttaan ja kokeeko hän saaneensa käyttää omia voimavarojaan synnytyksessä. Näin ollessa synnytyksestä voi tulla synnyttäjälle eheyttävä, rikastuttava, jopa voimauttava kokemus. Toisena ääripäänä voidaan nähdä synnyttäjää nöyryyttävä ja jopa traumaattinen kokemus, jossa synnyttäjä ei koe olevansa valtaapitävä. (Rautaparta 2010, 101).

Osa kirjoittajista otti kantaa myös hoitojärjestelmäämme ja siihen, miten synnyttäjän kokemusta ei kokonaisuudessaan arvosteta tarpeeksi.

..kyse ei ole vain yhdestä päivästä, vaan yhdestä päivästä, jonka tapahtumat heijastelevat mahdollisesti koko loppuelämään. Ystäville ja tuttaville, jotka odottavat vauvaa, koetan kertoa valmistautumisen tärkeydestä ja suositella doulaa. Kenenkään, varsinkaan ensisynnyttäjän, ei pitäisi mielestäni synnyttää ilman doulaa. Synnytys on itselleni nykyään melkein pyhä asia, johon yhteiskunnan, terveydenhuollon, sairaaloiden ja yksittäisten ihmisten tulisi suhtautua kunnioittavasti ja johon tulisi tarjota nykyistä enemmän tukea ja tietoa.

#### 4.13.4 Positiivisen ja negatiivisen synnytyskokemusten kuvauksia aineistossa

Tämän opinnäytetyön aineiston analyysissä hyvää kokemusta tuottavia elementtejä olivat synnyttäjän toiveiden huomioonottaminen ja tunteiden validoiminen. Muiden henkilöiden toiminnassa läheisten, kuten miehen, doulan tai oman äidin tuki ja läsnäolo oli tärkeää. Henkilökunnan toiminnassa mainittiin hyvä ja lämmin vastaanotto jo synnyttämään tullessa, ja synnytyksen aikana puolestaan kättilön toiminnassa hyvänä koettiin kannustus ja sanallinen tuki, ohjeiden toistaminen, rauhallisuus, ammattitaitoisuus sekä kunnioitus. Erityisenä mainintana synnytyksestä hyvänä kokemuksena saavutettiin positiivinen vuorovaikutus muun muassa huumorin keinoin. Synnytysilmapiirin suhteen tärkeää oli turvallisuuden ja luottamuksen tunne, sekä kiireetön tunnelma niin synnytyksen aikana kuin osastolla. Lisäksi tärkeänä koettiin hyvä kivunhoito sekä riittävä tiedottaminen. Tiedottamisessa mainittiin erikseen siitä, että synnyttäjälle kerrottiin, millainen käynnistetty synnytys pääpiirteittäin on, mitä tapahtuu ja koska sekä mitä eri vaihtoehtoja on.

Huonoa kokemusta tuottavia elementtejä olivat edellä mainittujen aspektien vastakohtat, kuten kauhun, voimattomuuden, kuulematta tulemisen, yksinäisyyden, yksin jäämisen ja pelon kokemukset. Ylipäätään lääkkeellinen käynnistys, synnytyksen pitkä kesto sekä toimenpiteiden ja synnytykseen puuttumisen kierre koettiin negatiivisena. Käynnistetty synnytys koettiin myös nöyryyttävänä ja kaoottisena. Jotkut synnyttäjät kokivat

menettävänsä kontrollin olevan jo täysin vailla omaa tahtoa ja itsensä neulatyynyksi. Kivun suhteen monet valittivat, etteivät olleet saaneet pyytäessään epiduraalia. Jotkut kokivat joutuneensa käynnistykseen vastoin tahtoaan ja saaneensa osakseen uhkailua ja pelottelua lääkäreiden taholta muun muassa vauvalle aiheutuvilla riskeillä. Osan synnytys haluttiin käynnistää vedoten siihen, että synnytys pitäisi saada hoidettua ennen juhlapyyhiä tai viikonloppua. Toisaalta jotkut olivat pahoillaan, että eivät saaneet käynnistystä halutessaan. Muutenkin tiedonkulun ongelmat vaikuttivat käynnistykseen negatiivisesti. Eräs synnyttäjä ei edes ymmärtänyt, että hänen synnytyksensä oli jo käynnistetty, koska ei ollut ymmärtänyt, että sikiökalvojen puhkaisu jo todetun korkean lapsivedenmenon jälkeen laskettavan käynnistykseksi. Tiedonkulkua kuvattiin muutenkin osassa synnytyksiä riittämättömäksi ja huonoksi. Kun osaa peloteltiin riskeillä, ei kaikille kerrottu niitä, vaan osa koki riskien ja tiedon pimittämistä jopa niin että yhdestäkään päätöksestä tai toimenpiteestä ei keskusteltu yhdessä, vaan synnyttäjä kuvasi, että lääkäri ja kättilöt olivat vain päättäneet mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan ja mitä tehdään. Synnyttäjät toivoivat että, olisivat ylipäättään saaneet selkeämmin selityksiä, miksi synnytyksessä tehtiin jotain. Yhtenä synnytyskokemukseen vaikuttavana asiana koettiin kiire. Äärimmillään kiire näkyi synnytysväkivaltana kokemuksessa, jossa puudutetta ei ehditty lisätä ennen ompelua, koska työvuoro oli juuri vaihtumassa. Kiireen vaikutus näkyi myös osastolla synnytyksen jälkeen, tukea ei ollut saatavilla ja osa synnyttäjistä koki jäävänsä yksin eikä saanut riittävää ohjeistusta vauvan hoidossa tai imetyksessä.

Haastatteluissa käynnistykseen kuvattiin olevan hyvin psykologinen. Käynnistykseen erityispiirteiden, joiden esitettiin olevan hitaampi, enemmän riskejä kuten istukan vajaatoimintariski ja toimenpiteitä, kuten keisarileikkauksia, imukuppiavustuksia sisältävä synnytys, takia synnyttäjien todettiin tarvitsevan enemmän tukea ja kivun kokemuksen voivan olla pahempi jo sen takia, että jotkut synnyttäjät ovat valvoneet käynnistykseen takia monta vuorokautta, eivätkä ole saaneet välttämättä syödä, milloin synnyttäjän voimavarat ovat vähissä. Haastatteluissa korostettiin, että tällaisessa tilanteessa pitää olla läsnä, kertoa mitä ja miksi tapahtuu. Sekä pyrkiä normalisoimaan tilannetta perheelle ja kertoa, että ei ole perheen vika, että synnytys ei ole käynnistynyt ja edisty tai päätty sektioon. Käynnistetystä synnytyksessä synnyttäjä kaipaa ja tarvitsee enemmän tukea, henkilökunnan läsnäoloa, tämä korostuu koska huoli vauvan ja omasta voinnista. Minkä lisäksi käynnistettyyn synnytykseen sanottiin voivan liittyä olla pettymyksen tunteita, kun synnytys ei mennytkään niin kuin oli itse suunnitellut, eikä sen kulkuun voi kauheasti vaikuttaa.

On selvää, että sairaalan, osaston ja jopa yksittäisten henkilöiden käytännöt vaikuttavat merkittävästi asiakaskokemuksen muodostumiseen. Mönkkönen (2007, 41) toteaa, että vuorovaikutustutkimuksessa korostuu se, minkälaisen roolin tai position asiakas tilanteessa ottaa, tai mihin positioon hän joutuu. Ammatillainen saattaa keskustelussa ohittaa asiakkaan asettamat ongelmatilanteet, määritellä asiakkaan tilanteen liian nopeasti eikä esittää

tilanteeseen liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Kohtaamisissa on tärkeää luoda vuorovaikutus tilanne niin, että asiakas ja työntekijä ovat molemmat luomassa tilannetta tietynlaiseksi.

Mönkkösen (2007,44-45) mukaan järjestelmä, jossa vuorovaikutus tapahtuu, luo tietyt reunaehdot vuorovaikutuskäyttäytymiselle. Asiakaslähtöisyyttä voi estää jäykät organisaatiot, joissa on tiukat ehdot esimerkiksi säädöksille ja suuri kontrollin tarve. Joskus organisaatio saattaa ylläpitää jäykkää toimintakulttuuria, jossa yksittäinen työntekijä ei uskalla etsiä uusia ratkaisuja tai toimintatapoja, vaan keskittyy seuraamaan tarkkoja ohjeita ja välttämään virheitä. Vuorovaikutuskulttuuria voikin arvioida sen perusteella millaisena asiakas työntekijöiden puheissa hahmottuu. Voidaan tarkastella, puhutaanko toimenpiteistä, tekniikoista, säädöksistä ja sääntöjen noudattamisesta - vai asiakkaan saamasta hyödystä, kerrotuista tarinoista, erilaisista näkökulmista ja vastavuoroisesta prosessista ratkaisuja etsittäessä. Asiakastilanteissa korostuu myös valta ja valta-asetat.

Kosonen (2019) toteaa, että vallankäyttö terveydenhuollossa on tärkeä, mutta vaiettu asia. Kätilö-synnyttäjä suhde on lähtökohtaisesti epätasa-arvoinen, sillä kätilöllä on valtava asiantuntijavalta ja synnyttäjä on puolestaan kipeä ja herkässä mielentilassa. Synnyttäjä saapuu myös sairaalaan, jonka käytännöt ja toimintakulttuuri eivät ole hänelle tiedossa etukäteen. Tällaisessa tilanteessa kohtaaminen on äärimmäisen tärkeää. Kätilölle tavanomaiset, normaalit tilanteet voivat olla synnyttäjälle outoja, vieraita ja pelottavia.

#### 4.13.5 Tila

Jo 1970-luvulla ajateltiin, että tila on sosiaalinen konstruktio, eli tila rakentuu sosiaalisista suhteista ja materiaalisista yhteiskunnan käytänteistä. 1980-luvulla tähän ajatukseen lisättiin huomio siitä, että myös sosiaalinen itsekkin on tilallisesti konstruointua, joten yhteiskunnan tilallinen järjestäminen vaikuttaa siihen, miten yhteiskunta toimii. (Massey 2008, 40.)

Tilallisuus on sosiaalisesti rakentunutta, ja koska on tila käsitteellisestään sosiaalisista suhteista luoduksi, on se täynnä valtaa ja symbolismia. Se on monimutkainen hallitsemisen, alistamisen, solidaarisuuden ja yhteistyön suhteiden verkko. Tätä voidaan kuvata valtageometriana. (Massey 2008, 58.) Tilaa voidaan kuvata monimutkaisena hallitsemisen, alistamisen, solidaarisuuden ja yhteistyön suhteiden verkkona. Tämä tarkoittaa sitä, että tilallisuuteen kuuluu sekä järjestyksen, että kaaoksen elementit. On olemassa tilallisia järjestelmiä, jossa kaikkien ilmiöiden tilalliset sijainnit ovat aiheutettuja ja selitettävissä, kuten vaikka sairaala. Mutta toisaalta vaikka monien ilmiöiden tilallinen sijainti suhteessa toiseen on tahdonalaisesti ja suunnitellusti aiheutettua, ei yhden ilmiön tilallinen sijainti suhteessa toiseen ole suoraan aiheutettua, vaan siihen liittyy myös satunnaisuuden ja kaaottisuuden piirteitä. (Massey 2008, 58-59.)

Sosiaalisen tilan Massey (2008, 144) näkee muodostuvan toisiinsa nivellyvien ja lukkiutuvien sosiaalisten suhteiden verkoista. Näin käsite paikka voidaan ymmärtää tietyllä alueella toistensa kanssa vuorovaikutuksessa olevien sosiaalisten suhteiden muodostelmaksi, jotka puolestaan muodostavat uusia sosiaalisia ilmiöitä. Tämä vaikuttaa myös paikan (kuten synnytysosaston) identiteettiin, joka on alati muuttuva, dynaaminen ja muokkautuva. Viertola (2008, 348) jatkaa Massayen ajatusta kuvaamalla tilaa sekä konkreettisenä paikkana, että fyysisenä, psyykkisenä ja ennen kaikkea sosiaalisena tilana. Kautta aikojen myös valtasuhteita on tuotettu tilallisesti. Ajan ja tilan tarve, käyttö ja rakenteet ovat sekä poliittisia, että sukupuolittuneita. Voidaan ajatella, että synnytys, jos mikä, on naisen tila.

Palvelumuotoilussa ajatellaan, että ympäristö on paikka, jossa palvelu tapahtuu. Nämä tilat voivat olla fyysisiä paikkoja tai digitaalisia, aineettomia paikkoja, kuten Internet-sivu tai puhelin. Ympäristön pitää tarjota palvelulle olennaiset tilat ja merkit eri palvelutapahtumille. Tilat viestivät asiakkaalle, mikä on mahdollista ja luovat näin käyttömahdollisuuksia. (Saffer 2007, 177.)

Asiakas on kontaktissa palveluun kaikilla aisteillaan. Aistiympäristöön ja sen tunnelman luomiseen lukeutuu näin äänet, valot, värit, tuoksut, maut ja materiaalit. Kokonaispalvelu voidaan ajatella tuokiona, tai polkuna, joka on täynnä kontaktipisteitä. Palvelun ominaispiirre, ovat juuri nämä lukemattomat kontaktipisteet, jotka voi nähdä niin haasteena kuin mahdollisuutena. Vaikka kontaktipisteillä voidaan pyrkiä puhuttelemaan asiakasta, voivat ne olla myös palvelun heikkoja lenkkejä ja välittää vääränlaista sanomaa. (Tuulaniemi 2009, 79-81.) Saffer (2007, 176) jakaa kontaktipisteet neljään luokkaan, ympäristöön, esineisiin, prosesseihin ja ihmisiin.

Tiloja ja niiden luomaa tunnelmaa kannattaa muotoilla. Rantanen (2016, 8-9) kuvaa tunnelmaa sellaisena, joka tarttuu meihin, halusimme tai emme. Jos tunteiden muotoiluun ei keskitytä ja panosteta, on tunnelma sattumanvaraisesti joko hyvä tai huono. Tunnelmaan vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa erilaiset aistikokemukset, ihmisten välinen vuorovaikutus ja toimintatavat. Myös yksilölliset odotukset, toiveet, tarpeet, aiemmat muistot ja mielikuvatkin vaikuttavat tunnelman kokemiseen. Tunnelmien muotoilu on tärkeää, koska hyvä tunnelma lisää yksilön hyvinvointia, keskittymiskykyä, voimavaroja tehdä oikeita valintoja. Huono tunnelma puolestaan lisää stressiä.

Tilan kokemus riippuu aina ihmisestä. Tärkeintä tilassa, jossa synnytys tapahtuu, on turvallisuuden tunne. Se, mikä on kenellekin luo turvallisuutta, on yksilöllistä. Osa synnyttäjistä tuntee olonsa turvalliseksi nimenomaan sairaalan tiukassa seurannassa, missä on asiantuntevaa henkilökuntaa, monitoreita ja klinistä. Toiselle turvallisuutta tuo tuttu ympäristö ja läheiset. Synnytyslääketieteessä on totuttu varautumaan aina pahimpaan ja kaikkiin mahdollisiin komplikaatioihin, jolloin sairaalaympäristö itsessään voi tuottaa



riskitekijöitä synnytykseen, jos se ei tue synnyttäjän turvallisuuden tunnetta, vaan lisää pelkoa, ahdistusta ja jännitystä, jotka hidastavat synnytystä. Tämä saattaa johtaa noidankehään, jossa synnytyksen hidastumiseen puututaan lääketieteellisesti, mikä puolestaan johtaa helposti lisätoimenpiteisiin. Ilmapiiri onkin synnytystilan tärkein sisustuselementti, mutta synnyttäjä voi vaikuttaa tilan kodikkuuteen myös tuomalla sinne omia ja tuttuja elementtejä. Ilmapiirillä ja huoneessa olevilla ihmisillä on myös suuri vaikutus siihen, miten synnyttäjä sietää kipua. (Rautaparta 2010, 107-113.)

Äimälä (2015, 539) huomauttaa että synnytyksessä esimerkiksi latenssivaiheen aikana sairaala, eikä etenäkään synnytyshuone ole paras paikka tarkkailuun, sillä tarjolla olevat esineet saattavat joututtaa puuttumista synnytyksen luonnolliseen etenemiseen. Kotona odotteluun pitäisi tarjota puhelinohjausta ja pitkän matkan synnyttäjille kodinomaisia lepotiloja, joissa synnyttäjä voi pysyä aktiivisena.

#### 4.13.6 Tilan kuvaaminen aineistossa

Tarinoissa kuvattiin sekä fyysistä että psyykkistä tilaa liittyen synnytyksiin. Molemmat näistä tiloista jakautuivat vielä negatiivisiin ja positiivisiin tiloihin.

Negatiivisena psyykkisenä tilana koettiin sellainen kehon ja psyyken toiminta, mihin ei pystynyt itse vaikuttamaan ja johon synnyttäjät kokivat joutuvansa tai ajautuvansa, joko kivun tai lääkkeiden takia. Synnyttäjät kuvasivat tällaista tilaan muun muassa pölyiksi, shokiksi, paralyysiksi, sedaatioksi, transsiksi, kipulukoksi ja ääriämmäiseksi uupumuksen tilaksi. Synnyttäjät esimerkiksi kuvasivat, etteivät enää olleet itsensä sisällä, tai kivun olleen niin voimakasta, että he irtaantuivat kehostaan ja ylimmän aivokuoren menneen pois päältä vieden mukanaan puhe- ja reagointikyvyn.

Myös positiivista psyykkistä tilaa kuvattiin vaipumisena johonkin primitiiviseen tilaan, syväälle omaan itseensä ja kokemukseensa. Tätä tilaa kuvattiin muun muassa synnytysmaailmaksi ja synnytyskuplaksi. Tällaiseen positiiviseen tilaan myös pyrittiin päästä ja sitä pyrittiin pitämään yllä muun muassa niin, että synnytyksessä ollut kumppani piti huolen kaikista käytännön asioista ja suojeli synnytystilaa häiriöiltä. Näihin kokemuksiin liittyi kuvaus synnytyksestä positiivisena ja jopa voimaannuttavana kokemuksena.

Aineistoista erottui monia tilaan negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä. Näitä olivat synnyttäjän fyysisen tilan rajoittaminen ja rajoittuminen esimerkiksi kiinnittämällä synnyttäjä johtoihin. Tämä saattaa olla vauvan terveyden kannalta jossain tilanteissa välttämätöntä, samoin kuin esimerkiksi oksitosiinia infusioitaessa, mutta tämä kuvasti aineistossa pahimmillaan toimijuuden menettämistä. Myös huoneen vieraus, ahtaus, pienuus ja ankeus mainittiin aineistossa. Joku kuvasi tilaa, joka sairaalassa oli synnyttäjälle annettu, karsinaksi. Jaetut ja monen hengen huoneet koettiin hyvin negatiivisena. Lisäksi osa synnyttäjistä koki, että

heidän tilaansa tunkeuduttiin liian usein käymällä huoneessa kesken yön. Tätä toimintaa kuvattiin ”jatkuvaaksi trafiikiksi”. Myös huoneen varustelu nousi aineistosta, osa kuvasi sairaalan sänkyä kovaksi ja kapeaksi, joidenkin kumppanit eivät saaneet käyttöönsä kuin tuolin. Tämän lisäksi rakennustyömaan, käytävän, muiden vauvojen ja muiden synnyttäjien äänet koettiin häiritseviksi, minkä lisäksi sairaalan toimimaton infra, kuten vilkkuvat tai toimimattomat valot häiritsivät asiakaskokemusta. Nämä vaikuttajat ilmenivät aineistossa koskien lapsivuodeaikaa, ei niinkään itse synnytystä.

Sen sijaan positiivisen tilan kuvauksia tarinoissa ei löytynyt niin paljoa. Mainintoja saivat kuitenkin tilojen asianmukaisuus, kodinomaisuus, sekä oman huoneen ja rauhan saaminen. Synnyttäjät arvostivat myös synnytyssalin hämäryyttä. Henkilökunnan haastatteluissa toivottiin, että myös menetelmät kehittyvät niin, että entistä enemmän käynnistyksiä pystytään hoitamaan kotona, minkä on todettu edistävän synnytystä.

Australiassa suoritettu kvalitatiivinen tutkimus siitä, miten synnyttäjät (90 kpl) kokivat kohdunkaulan kypsyttämällä emättimeen asetellulla prostaglandilla suhteessa koti- ja sairaalaympäristön välillä. Tutkimuksessa selvitettiin, miten synnyttäjät voisivat saavuttaa turvallisuuden ja mukavuuden tunteita kummassakin ympäristössä. Tutkimuksessa kaikki synnyttäjät yhtä lukuun ottamatta kokivat kotiympäristön mieluisampana kohdun kaulan kypsyttämiseen. (Oster, Adelson, Wilkinson & Turnbull 2011, 379; 383.) Kotiympäristö koettiin mukavaksi muun muassa siksi, että siellä oli mukava sänky ja tyyny sekä hiljaista verrattuna sairaalaympäristön epämukavaan sänkyyn ja äänekkyyteen, jota tuottivat koneet ja liika valoisuus. Sairaalassa häiritsi myös steriiliys ja tunne siitä, että on potilas. Synnyttäjät arvostivat kotiympäristössä myös sitä, että pystyivät noudattamana normaaleja rutiinejaan ja tekemään tuttuja asioita, kuten käymään omassa suihkussa, syömään ruokaa ja katsomaan tavalliseen tapaan televisiota tai elokuvia. Mukavuuteen vaikuttivat vahvasti myös sosiaaliset suhteet, kotona oli mahdollista viettää aikaa perheen kanssa, kun taas sairaalassa kumppani ei pystynyt yleensä yöpymään. Tässä on tärkeää huomata synnyttäjien yksilöllisyys siinä, minkä he kokivat mukavaksi, yksi synnyttäjistä arvosti sitä, että hän sai nukkua rauhassa sairaalassa ilman että hänen tarvitsi pitää huolta lapsestaan ja että hän pystyi keskittymään vain itseensä. Sen sijaan turvallisuuden tunnetta ja varmuutta siitä, että vauvalla on kaikki hyvin, synnyttäjät kokivat enemmän sairaalassa, jossa on paikalla muun muassa osaava henkilökuntaa, seuranta ja mahdollisuus riittävään lääkitykseen. Toisaalta osa synnyttäjistä koki riittävänä sen, että pystyi olemaan yhteydessä hoitohenkilökuntaan esimerkiksi puhelimella. Osa kotona kypsyttävistä synnyttäjistä huolestutti myös, miten he reagoivat lääkkeeseen ja tunnistavatko he sen, jos jotain väärää tapahtuu. Varsinkin ensisynnyttäjät kokivat pelkoa myös siitä, että tunnistavatko he supistukset. Sen sijaan, jos kotonakin oli tarjolla tukea, koettiin se miellyttävämmäksi vaihtoehdoksi. Varmuutta toivat myös aiempi koettu synnytys ja lyhyt etäisyys sairaalaan. Tärkeää on huomioida, että

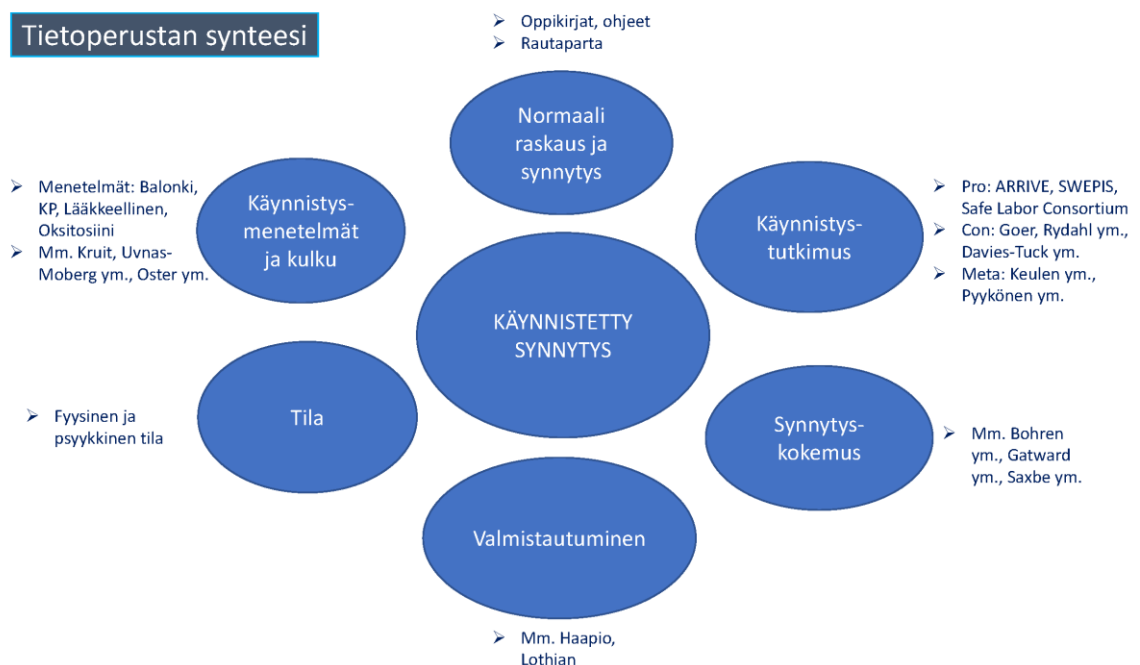
kontekstisidonnaisuus määritti kokemusta enemmän kuin ympäristö itsessään. (Oster ym. 2011, 381-382.)

Tutkimuksen perusteella voidaan suositella, että synnyttäjät kohdataan yksilöinä ja heiltä itseltään kysytään, kumpi vaihtoehto olisi heille mieluisampi. Lisäksi sairaalaan voidaan tuoda kodinomaisia elementtejä, tai tehdä synnytysympäristöistä kodinomaisempia ja huomioida asioita, jotka tukevat mukavuutta, kuten puolison yöpymisen mahdollistaminen. Puolestaan kotiympäristöön pitäisi tuottaa elementtejä, jotka lisäävät turvallisuuden tunnetta, kuten selkeä info siitä mitä odottaa kypsytykseltä, ympärivuorokautinen soitto- ja konsultointimahdollisuus ja lupaus siitä, että sairaalaan saa palata milloin vain.

Tutkimuksessa huomattiin myös, että synnyttäjillä oli epärealistinen kuva siitä, mitä sairaalan seuranta tarkoittaa, monet luulivat sen olevan jatkuvaa läpi yön, vaikka todellisuudessa heitä saatettiin käydä katsomassa vain kerran yön aikana. (Oster ym. 2011, 384.)

Henkilökunnan haastatteluissa ilmeni, että myös Suomessa kehitetään polikliinistä käynnistämistä lääkkeellisen käynnistämisen yhteydessä, jolloin synnyttäjä pääsee turvalliseen kotiympäristöön, mikä saattaa rentouttaa häntä paremmin ja edistää synnytystä. Tästä on jo saatu hyviä kokemuksia myös muissa pohjoismaissa.

#### 4.14 Tietoperustan synteesi



Kuvio 3: Tietoperustan synteesi

Kuviossa 3 on esitetty käynnistetyn synnytyksen tietoperusta tämän opinnäytetyön näkökulmasta. Tietoperustan keskiössä on käynnistetty synnytys, ja sen ympärillä on aiheet, joita on otettu mukaan tähän työhön. Aiheita ovat seuraavat: normaali raskaus ja synnytys, käynnistysmenetelmät ja käynnistetyn synnytyksen kulku, synnytyksen käynnistämiseen liittyvä tutkimus (painottuen oikeaan käynnistämisaikaan yliaikaisuudessa), synnytykseen valmistautuminen, synnytyskokemus ja siihen vaikuttavista tekijöistä erityisesti tila (jaettuna psyykkiseen ja fyysiseen tilaan). Näistä keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat kolme viimeistä, eli synnytykseen valmistautuminen, synnytyskokemus ja tila.

## 5 Menetelmälliset ratkaisut

### 5.1 Tutki

#### 5.1.1 Esitutkimus

Stickdorn, Lawrence, Hormess ja Schneider (2018b, 12) kehottavat palvelumuotoiluprosessin laadullista tutkimusta tehdessä käyttämään triangulaation vuoksi mielellään jokaisesta palvelumuotoilun eri metodien kategorioista jotakin. Tässä kehittämistehtävässä on palvelumuotoilun eri menetelmistä käytetty aineistopohjaisista menetelmistä esitutkimusta, jota on tehty ensimmäisestä opinnäytetyöseminaarista lähtien aina kesäkuulle tutustumalla palvelumuotoilun eri menetelmiin, synnytyshankkeeseen, eri yhteistyötahoihin, sekä aiempiin materiaaleihin, artikkeleihin ja ynnä muihin.

Esitutkimuksessa tutustuttiin myös kättilötyön opetussuunnitelmaan. Kättilötyön kuvauksessa korostetaan kättilön asiantuntemusta ja itsenäistä päätöksen tekoa. On merkittävää, että Kättilö on kaksoistutkinto, josta valmistuu myös sairaanhoitajaksi ja tutkinnossa ylipäättään vain valinnaisissa opinnoissa on Kättilötyön asiantuntijuusosaaminen ja synnytyksen kulku (Metropolia 2020). Opintosuunnitelmassa ei ole mainittu käynnistystä ja synnytyksen edistämistä omana alueenaan, mutta ei toisaalta opetussuunnitelmassa ei mainita muutenkaan yksityiskohtaisia asioita. Kättilötyön opetuksessa käytettävässä perusteoksessa Kättilötyö - Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika (2015) asiasta vain pari kappaletta tekstiä, jossa keskitytään lähinnä kalvojen puhkaisuun ja oksitosiini-infuusion määrään ja synnytyksen häiriöt kappaleessa esitetään asiaan mahdollisesti liittyviä tekijöitä.

Henkilökunnan haastatteluissa oltiin sitä mieltä, että synnytyksen käynnistämistä ei opeteta koulussa tarpeeksi ja opetusta tulisi laajentaa. Tämän lisäksi yksi haastateltava huomautti, että käynnistykseen näkeminen ja oppiminen koulutuksen aikana riippuu paljolti siitä, missä harjoittelunsa suorittaa.

### 5.1.2 Tarinat

Käynnistystarinoita kerättiin ensin hankkeelle jo lähetetyistä tarinoista, jonka jälkeen opinnäytetyön tekijä julkaisi vielä luvalla oman kirjoituskutsunsa (liite 1) Suomalaisen synnytyskulttuurin murros ja Aktiivinen synnytys ry:n Facebook-ryhmissä juhannuksena 2020. Käynnistystarinoita saatiin yhteensä 18. Varsinaisten käynnistysten lisäksi joissain kirjoituksissa puhuttiin käynnistyksestä, sen pelosta tai synnytyksen edistämisestä, sekä synnytyskulttuurista ylipäättään ja näitä kokemuksia on käytetty myös tässä opinnäytteessä, minkä lisäksi on huomioitu samasta synnytyksestä, mutta tukihenkilön näkökulmasta kirjoitetut tarinat. Aineiston analyysissä päädyttiin siis käyttämään yhteensä 13 tarinaa, joista luotiin synnytyspersoonat, empatiakartta ja asiakaspolut. Aineistosta jätettiin pois tarinoita, jotka olivat kirjoitettu 70-luvulla, koska synnytyslääketiede on mennyt niin paljon eteenpäin vuosikymmenien aikana ja myös käynnistämismenetelmät ja sairaalakulttuuri ovat muuttuneet, jolloin vanhat tarinat eivät enää tukeneet nykyisen synnytysmallin kehittämistä.

On kuitenkin merkittävää, että myös vuosikymmenien takaisia kokemuksia haluttiin jakaa, jopa ensimmäistä kertaa ikinä, ja niiden vaikutusta omaan äitiyteen ja lapsisuhteeseen pohdittiin edelleen. Kuten Rautaparta (2010, 103) toteaa, synnyttämistä jää ruumiiseen elämän pituinen muisto ja se koskettaa naisen syvintä olemusta. Synnytyskokemuksen ajallisen kehittymisen suhteen on vähemmän tutkimusta tai se on vanhaa. Toimenpidekeskeinen synnytys näyttäisi säilyttävän negatiivisen vaikutuksen synnyttäneen mielessä vielä yli vuosikymmenenkin jälkeen. Käynnistettyjen synnytysten yhteydessä raportoitiin korkeampia pisteitä synnytyksen vaikeudesta. Synnytystyytyväisyys liittyy vahvasti synnytystapaan, mutta sitäkin tärkeämpää saattaa yksinkertaisesti olla synnyttäjän kokemus siitä, että hän on saanut olla mukana synnytykseen liittyvien lääketieteellisten päätösten teossa. (Bossano, Townsend, Walton, Blomquist & Handa 2017, 342e1-6.)

Tehtäessä laadullista tutkimusta ei pyritä tekemään tilastollisia yleistyksiä vaan kuvaamaan ilmiötä ja tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Tämän vuoksi on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään tuntevat ilmiön mahdollisimman hyvin tai heillä on omakohtaista kokemusta asiasta. Varsinkin yksityisiä dokumentteja käytettäessä oletetaan, että kirjoittaja kykenee ja on jollain tapaa parhaimmillaan ilmaistessaan itseään kirjallisesti. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 84-85.)

Tämän opinnäytetyön tässä aineistonkeruumenetelmässä kirjoittajat olivat asian henkilökohtaisesti kokeneita ja kirjoittaminen perustui vapaaehtoisuuteen, sekä siihen että tiedonantajat olivat kykeneviä kirjoittamaan kokemuksestaan ja vastaamaan suomenkieliseen kirjoituskutsuun. Kutsu oli julkaistu jo aiemmin Suomalaisen synnytyskulttuurin murros - Facebook-ryhmässä, joten somen (ja sähköpostin) käyttö oli hallittava jossain määrin, mutta toisaalta kutsua oli lupa jakaa ja osassa kirjoituksia henkilöt kuvasivat mistä olivat kutsun

löytäneet. Myös tämän opinnäytetyön tekijä sai itse kirjoituskutsun sattumalta eräässä omassa WhatsApp-ryhmässä, joten voidaan olettaa, että kutsua on levitetty myös jossain määrin Facebookin ulkopuolella. Osassa tarinoita myös kuvailtiin tarkemmin motiivia osallistumiseen, mutta ylipäättään takana oli kirjoittajan halu jakaa oma synnytystarinansa ja ehkä tätäkin kautta tulla kuulluksi. Tarinoiden synnytyskokemuksissa oli paljon vaihtelua, osa oli positiivisia ja voimauttavia kokemuksia, osa negatiivisia tai jopa traumaattisia. Jo verratessa kokemuksista annettua VAS-arviota, mitä sairaaloissa käytetään laajasti ja minkä pyydettiin liittämään kirjoituskutsussa oman kirjoituksen yhteyteen, kokemus vaihteli välillä 1–10. Kirjoitusten pituus vaihteli noin sivusta muutamaan sivuun, osa vastasi lähes suoraan esitettyihin tukikysymyksiin, osa kirjoitti kokemuksistaan kuvailevia ja yksityiskohtaisia tarinoita, joissa saatettiin kuvata myös kahta tai kolmea koettua synnytystä ja sen jälkeistä aikaa.

Analyysissä käytettiin Sarajärven ja Tuomen (2009, 93) esittelemää teemoittelua, jossa painotetaan mitä kustakin teemasta on sanottu. Laadullisen tutkimuksen perinteen mukaan lukumäärällä ei sinänsä ollut merkitystä, vaan analyysissä keskityttiin kiinnostaviin nostoihin, joskin jotkin samat asiat nousivat useissa tarinoissa. Lukiessa tarinoita teemoitteluun käytettiin opinnäytteen keskeisiä käsitteitä ja tutkimuskysymyksiä, niin että tarinoista poimittiin olennaisia kommentteja näiden teemojen alle, sekä nostettiin joitain kiinnostavia kommentteja liittyen muuhun tietopohjaan. Aineisto oli laaja ja siitä olisi löytynyt paljon muitakin tarkasteltavia aiheita, mutta osa kiinnostavista teemoista jätettiin pois sillä perusteella, että suomalaisen synnytyskulttuurin murros -tutkimushankkeen parissa näistä aiheista ollaan tekemässä omaa tutkimusta. Tällaisia aiheita on muun muassa synnytysväkivalta, kivun kokemus ja elektiivinen sektio.

Sarajärven ja Tuomen (2009, 93) mukaan aineisto voidaan lisäksi ryhmitellä tiedonantajien sukupuolen tai iän mukaan. Tarinoista tehtiin raakayhteenveto, jossa laskettiin kirjoittaen keski-ikä (32 vuotta) ja mediaani (33 vuotta) synnytyksen aikana. Vaikka tällä aineistolla ei haettu tilastollista pätevyyttä vaan kokemuksellisuutta, vaikuttaa otanta tältä osin myös keskiarvoisesti totuudenmukaiselta, sillä kaikkien synnyttäjien keski-ikä Suomessa vuonna 2019 oli 31,2 vuotta ja äiti oli yleisimmin 30–34-vuotias lapsen syntyessä (Tilastokirjasto 2020). Lisäksi yksi käynnistysten yleistymiseen vaikuttava tekijä on synnyttäjien noussut ikä. Tämä aineisto koostui pääasiassa naisista tai naiseksi itsensä kokevista, kaksi tarinoista oli kirjoitettu myös lapsen isän tai tukihenkilön kokemana. Puolestaan sukupuoleen ja seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvää marginaalisuutta käsitellään hankkeen muissa tutkimuksissa, joten sitä ei tarinoissa ryhmitelty erikseen. Tarinat, jotka eivät olleet viimeisen vuosikymmenen ajalta jätettiin pois analyysistä. Tarinoita ei valikoitu synnytyspaikan suhteen, koska tarkoituksena oli tarkastella suomalaista synnytyskulttuuria käynnistämisen suhteen laajasti ja etsiä eri vaikuttavia elementtejä synnytyssairaalasta riippumatta. Kaikki synnytykset tapahtuivat synnytyssairaloissa ja käynnistämällä, joka myös

tehdään aina sairaalassa, kun puhutaan synnytyksen lääketieteellisestä käynnistämisestä jollakin toimenpiteellä. Tarinoissa käytetyt toimenpiteet ja lääkitykset taulukoitiin, mutta sen enempää vertailu ei tehty niiden suhteen, koska tällaista tilastollista dataa kerätään ja käytetään muissa yhteyksissä synnytyksen tutkimuksessa. Yleisesti voidaan todeta, että käynnistettyyn synnytykseen liittyy korkeampi toimenpiteiden ja sektoririski, joka toki näyttäytyi myös tässä aineistossa.

### 5.1.3 Autoetnografia

Autoetnografian voidaan kuvailla olevan ensimmäinen tutkimusmetodi, jota palvelumuotoiluprosessissa käytetään, koska se auttaa tutkijaa tulkitsemaan havaittuja käyttäytymismalleja. Autoetnografia auttaa myös haastattelujen pitämisessä ja ymmärtämisessä, kun tutkijalla on edes jonkinlainen käsitys kehitettävästä palvelusta. Autoetnografinen tutkimus voi olla avoimesti tai piilossa tehtyä. Avoimesti tehdyssä autoetnografiassa ihmiset ympärillä tietävät tutkijan olevan roolissa, joka vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen tutkijaa kohtaan, vaikka hän olisi vain paikalla. (Stickdorn, Lawrence, Hormess & Schneider 2020.)

Näin tapahtui myös tässä opinnäytetyöprosessissa, vaikka en tiennyt vielä tekeväni opinnäytetyötä asiasta tai edes opiskelevani tulevaisuudessa palvelumuotoilua. Varsinaista käynnistetyn synnytyksen kokemuksellista palvelusafaria synnytyslaitoksella on myös vaikea toteuttaa ilman todellista raskautta. Autoetnografisista menetelmistä minulla oli omakohtainen, autenttinen palvelun käyttäjäkokemus Naistenklinikalta vuodelta 2018, jota leikkisästi olen kutsunut myös palvelusafariksi. Koska palveluiden kehittämisen lähtökohta on asiakasymmärryksen syventäminen ja syvälinen asiakasymmärrys edellyttää autenttisten asiakkaiden arkea koskevan tiedon systemaattista tuottamista, koen, että minulla on oman synnytyskokemukseni pohjalta paljon (hiljaista) tietoa ja autenttinen kokemus käynnistyksestä.

### 5.1.4 Verkkoetnografia

Osana aineiston keruuta on tehty verkkoetnografiaa eli netnografiaa tai webnografiaa. Tämä internetiin soveltuva etnografia on laadullinen tutkimusmenetelmä, jossa hyödynnetään sosiaalista mediaa ja muita internetin erilaisia foorumeja. Verkkoetnografia vaatii pitkäkestoista syventymistä johonkin verkossa toimivaan ryhmään, sen toimintaan ja kulttuuriin. Verkkoetnografia pohjautuu vahvasti etnografiaan, jota on hyödynnetty muun muassa sosiologiassa ja kulttuurintutkimuksessa, sekä myöhemmin palvelumuotoilussa. (Ojasalo ym. 2018, 117.)

Verkkoetnografiaa tehtiin Facebookissa. Facebookin ajatellaan olevan verkon ja sosiaalisen median tutkimuskohteista verkostoitumis- ja yhteisöpalvelu, jossa korostuu vuorovaikutteinen

ja verkottunut viestintä. Tämä viestintä ei ole institutionalisoitunutta, eli sitä tuottavat ja kontrolloivat muutkin kuin vakiintuneet tahot ja käyttäjän toiminta aktiivisen sisällön tuottajana. (Laaksonen, Matikainen & Tikka 2013, 14-15). Isomäki, Lappi ja Silvennoinen (2013, 158) esittävät netnografian omana tutkimusprosessinaan, sisältäen suunnittelun, verkkoyhteisöön sisäänpääsyn, aineiston keruun ja analyysin, sekä eettisten näkökulmien pohtimisen ja tutkimuksen esityksen arviointeineen. Tutkittavan ilmiön ja ryhmän kuvaaminen on tärkeä osa netnografiaa, mutta se ei voi jäädä vain tälle tasolle, vaan sen täytyy sisältää myös analyysiä ja tulkintaa (Isomäki, Lappi & Silvennoinen 2013, 166).

Keskenään samanlaisten verkkopalveluiden sisälle muodostuvan erilaisia käyttäjäyhteisöjä ja käyttökulttuureja. Nämä keskustelun kontekstit ja alustalle kehittyneet vuorovaikutustavat on opittava tuntemaan ja huomioitava analyysin osana. Äärimmäisenä ilmiönä voidaan kuvata verkossa tapahtuva fleimaus, jossa yleensä nimimerkin takaa viestitään aggressiivisesti. (Laaksonen & Matikainen 2013, 199; 201). Voidaan jopa kysyä, ovatko verkkokeskustelut vinoutuneita niin, että niille kirjoittavilla ihmisillä on muita negatiivisempiä ja voimakkaampia mielipiteitä asioista. Tosiasiassa verkkokeskustelusta on tullut luonnollinen osa arkipäiväistä elämää valtaosalle ihmisiä. Tämä ihmisjoukko haluaa saada äänensä kuuluviin nopeasti ja verkko on mahdollistanut sen. Syntynyt aineisto on usein rikasta ja kiinnostavaa, joskin myös haastava ja työläs analysoida. (Hakala & Vesa 2013, 224; 239).

Verkkoetnografiaa tehdessä oli huomattavaa, että Facebook -ryhmissä keskustelu on usein kärjistynyttä ja monet sieltä otetut kommentit edustavat kokemusta, jonka kirjoittaja on halunnut tuoda ilmi mahdollisen voimakkuuteensa vuoksi ja ne voivat siksi olla vääristyneitä suhteessa kaikkiin käynnistettyihin synnytyskokemuksiin. Joka tapauksessa ”nettikeskustelussa” korostuu kuilu, joka synnyttäjien ja ammattilaisten välillä tuntuu olevan, ja minkä kiinni kurominen on myös yksi Kamppailu synnytyksestä -hankkeen tavoitteista.

#### 5.1.5 Haastattelut

Puolistrukturoidut haastattelut toteutettiin kolmelle Naistenklinikan synnytysosaston henkilökunnan jäsenelle lopulta loka-marraskuussa 2020. Kaikki haastateltavat tavoitettiin synnytysosaston osastonhoitajan kautta. Hän toimi lopulta opinnäytetyön tekijän kontaktihenkilönä. Yksi haastatelluista osallistui jo ensimmäiseen suunnittelupalaveriin kesäkuussa 2020 ja opinnäytetyön kehittämisosioon. Toinen alkuperäisessä palaverissa ollut henkilö osallistui puolestaan opinnäytetyön kehittämisosioon. Tämä tukee kehittämistyön luonnetta, sillä Kananen (2012, 62) esittää, että sellaiset henkilöt, jotka ovat saaneet osallistua kehittämistyöhön sen eri vaiheissa ja päässeet ilmaisemaan oman kantansa asiasta, lähtevät myös helpommin toteuttamaan kehittämistyötä.

Haastattelurunko esiteltiin liitteenä opinnäytetyön tutkimuslupahakemusta. Haastattelun tiedostus- ja suostumuslomake (liite 2) lähetettiin haastateltaville etukäteen. Kaikilta



haastateltavilta pyydettiin sanallinen tai kirjallinen suostumus haastatteluun ja sen tallentamiseen. Tallenteita säilytettiin henkilökohtaisella laitteella, joka on suojattu koodilla. Tallenteet tuhotaan opinnäytetyön julkaisun jälkeen.

Jotta erilaisia tallenteita voidaan käsitellä manuaalisesti erilaisilla analysointimenetelmillä, on ne kirjoitettava kirjalliseen muotoon, tätä kutsutaan litteroinniksi. Litteroinnin tasoja ja tekniikoita on monia. Näistä kevyin taso, propositiotason litterointi tarkoittaa ainoastaan sanoman ja havainnon ydinsisällön muistiin kirjaamista. (Kananen 2012, 109-110.)

Haastattelujen purussa käytettiin tätä propositiotason litterointia, jossa haastattelut käytiin läpi uudelleen samana päivänä haastattelujen jälkeen ja käytettyyn haastattelurunkoon (liite 3) kirjoitettiin muistiin opinnäytetyön kannalta olennaiset asiat. Myös nämä muistiinpanot suojattiin salasanalla ja niitä käsiteltiin ainoastaan opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisella koneella, joka on suojattu koodilla ja ne tuhotaan opinnäytetyön julkaisun jälkeen. Haastatteluista on nostettu mielenkiintoisia huomioita pitkin tätä raporttia, ja niitä hyödynnettiin myös ammattilaisten empatiakartassa, joka esitellään myöhemmin tässä työssä.

## 5.2 Määritä

### 5.2.1 Synnyttäjien empatiakartta

Empatiakartta on palvelumuotoilun visuaalinen työkalu. Empatiakartta auttaa tarkastelemaan muun muassa asiakkaan tunteita, toiveita ja pelkoja, jotka liittyvät palvelujen kehittämiseen. Empatiakartta auttaa myös ymmärtämään asiakkaan arvoja ja näkökulmia, sekä sananmukaisesti asettumaan asiakkaan asemaan. Asiakkaan asemaan asettuessa pohditaan konkreettisesti mitä asiakas sanoo ja tekee, näkee, tuntee ja ajattelee sekä kuulee. (Innokylä 2020.) Tässä opinnäytetyössä synnyttäjien empatiakartta jäsentää synnytystarinoista ja verkkoetnografiasta saatua tietoa. Empatiakartta on täytetty internethaulla löytyneeseen valmiiseen pohjaan, jota muokattiin hieman. Käytetyssä empatiakartassa on edellä mainittujen tyypillisesti täytettävien kohtien lisäksi omat lisäosiot myös palveluiden kipukohtien listaamiseen, sekä kohta, missä on listattu keinoja palvelukokemuksen onnistumiseen.

### 5.2.2 Synnyttäjäpersoonat

Asiakaspersoonat ja niiden luominen on yksi palvelumuotoilun menetelmä. Persoonat kuvaavat tiettyä asiakasryhmää. Kuvitteelliset asiakaspersoonat pohjaavat havaintoihin ja tutkimukseen todellisista asiakkaista ja kuvaavat tietyn persoonan arkkityyppiä. Persoonat auttavat ymmärtämään paremmin tietyn asiakasryhmän tarpeita ja lisäävät empatiaa palvelun käyttäjiä kohtaan. Asiakaspersoonien avulla voidaan hahmottaa asiakasryhmien jäsenten tyypillisiä ominaisuuksia, tarpeita, asenteita, odotuksia, tavoitteita ja persoonallisuksia. (Stickdorn ym. 2018a, 41-42.)

Kerätyn aineiston perusteella muodostettiin neljä synnyttäjäpersoonaa: Luomuilija Luna, Medikalistinen Mari, Huoleton Henna ja Pelokas Petra. Synnyttäjäpersoonat muotoiltiin verkkopohjaisella maksullisella ohjelmistolla. Synnyttäjäpersoonat kuvaavat erilaisia mahdollisia synnyttäjiä ja jo heidän nimensä kuvasivat kunkin synnyttäjän hallitsevaa persoonapiirrettä. Jokaiselle persoonalle luotiin mietelause ja heidän taustastaan kuvattiin ikä, ammatti, perhe sekä synnyttäneisyys. Kaikkien persoonien kohdalla vastatattiin synnyttämiseen liittyviin kysymyksiin synnyttäjän toiveista ja siitä mitä synnyttäjä ei halua, valmistautumisesta sekä siitä, miksi synnyttäjä on valinnut Naistenklinikan synnytyspaikakseen. Kaikki kehitetyt synnyttäjäpersoonat on havainnollistettu tähän alle samaan kuvaan 1.

**PELOKAS PETRA**  
 "Haluan kaiken mahdollisen tuen!"  
 Kuka hän on? 37-vuotias ensisynnyttäjä. Jäänyt äitiyslomalle päätöksuhteesta yliopistolta. Raskautuminen ollut vaikeaa. Kokenut keskenmenoja ja raskautta varjostanut pelko. Fyysisesti voinut hyvin.  
 Valmistautuminen Kunnan perhevalmennus. Kuulut muiden synnytykertomuksia. Käynyt lisäksi raskausaikana vanhoissa harrastuksissaan siihen asti kun maha on sallinut sen. Yrittänyt parhaansa mukaan olla ajattelematta synnytystä.  
 Mukana synnytyksessä Lapsen isä, jonka kanssa ollut vuosia yhdessä. Varalla myös ystäväriinki. Omat vaatteet ja tavaroita syöttävää molemmille.  
 Mitä hän toivoi Mahdollisimman paljon tukea henkilökunnalta. Hyvää kivunlievitystä ja hyvin kontrolloitua synnytystä. Ei varsinaisesti tiedä mitään toivoo synnytykseltä, valmis kokeilemaan alatiellä. Perhehuonetta sairaalassa.  
 Mitä hän ei halua Jäädy yksin. Olla pitkään huonossa kunnossa tai joutua tiedottomaan tilaan. Joutua kotiin ennen kuin osaa hoitaa vauvaa ja kokee pärjäävänsä sen kanssa ja osaa imettää.  
 Miksi hän valitsee meidät? Sijainnin ja ammattitaidon takia. Pelkää sairaalaa, mutta toisaalta ajattelee sen olevan ainoa vaihtoehto synnyttää.

**MEDIKALISTINEN MARI**  
 "Toukokuun 14 päivä myöhästi päivällä"  
 Kuka hän on? 29-vuotias ensisynnyttäjä. Raskautuminen ollut vaikeaa, keskenmenoja, kokenut raskautta varjostanut pelko. Fyysisesti voinut hyvin.  
 Valmistautuminen Käsi kunnassa. Perhevalmennus, koulutus, mutta jätti sitä ajattelematta. Synnytyksen valmistautuminen. Käsi kunnassa. Käsi kunnassa. Käsi kunnassa.  
 Mukana synnytyksessä Saimme kukaan synnyttämään lapsen kunnassa ja olemme onnellisia.  
 Mitä hän toivoi Halokkaimman tuen ja läheisen seurustelun.  
 Mitä hän ei halua Alkuvaiheita tai muuta kivunlievitystä.  
 Luomuilija Luna  
 "Synnytyksen on tarkoitus olla helppo"  
 Kuka hän on? 33-vuotias ensisynnyttäjä. Jäänyt äitiyslomalta. Raskautuminen ollut vaikeaa. Kokenut keskenmenoja ja raskautta varjostanut pelko. Fyysisesti voinut hyvin.  
 Valmistautuminen Käsi kunnassa. Perhevalmennus, koulutus, mutta jätti sitä ajattelematta. Synnytyksen valmistautuminen. Käsi kunnassa. Käsi kunnassa. Käsi kunnassa.  
 Mukana synnytyksessä Saimme kukaan synnyttämään lapsen kunnassa ja olemme onnellisia.  
 Mitä hän toivoi Halokkaimman tuen ja läheisen seurustelun.  
 Mitä hän ei halua Alkuvaiheita tai muuta kivunlievitystä.  
 Huoleton Henna  
 "Oman vauvan onnellinen synnytys"  
 Kuka hän on? 31-vuotias ensisynnyttäjä. Raskautuminen ollut vaikeaa, keskenmenoja, kokenut raskautta varjostanut pelko. Fyysisesti voinut hyvin.  
 Valmistautuminen Käsi kunnassa. Perhevalmennus, koulutus, mutta jätti sitä ajattelematta. Synnytyksen valmistautuminen. Käsi kunnassa. Käsi kunnassa. Käsi kunnassa.  
 Mukana synnytyksessä Saimme kukaan synnyttämään lapsen kunnassa ja olemme onnellisia.  
 Mitä hän toivoi Halokkaimman tuen ja läheisen seurustelun.  
 Mitä hän ei halua Alkuvaiheita tai muuta kivunlievitystä.

Kuva 1: Henna, Luna, Mari ja Petra, synnyttäjäpersoonien havainnollistaminen

### 5.2.3 Synnytyspolut

Asiakas- tai palvelupolku on palvelumuotoilun menetelmä, joka voi kartoittaa olemassa olevaa palvelua tai konseptoida uutta palvelua. Palvelupolun avulla palvelun rakenne saadaan ymmärrettäväksi ja sellaiseen muotoon, jossa sitä voidaan tarkastella kriittisesti.

Asiakaspolku muodostaa kulkijalleen asiakaskokemuksen ja arvoa tuottavan palvelun kokonaisuuden. Polku kuvaa konkreettisesti, miten asiakas toimii palvelun aika-akselilla ja mitenhän kokee palvelun. Palvelumuotoilulla pyritään tunnistamaan ja kuvaamaan keskeisimmät käyttäytymismallit ja asiakastarpeet, jotka ohjaavat palvelun käyttämistä. Tämän avulla asiakaskokemus voidaan suunnitella tiettyjen asiakastyypien, eli persoonien tarpeisiin. Asiakaspolkuun voi kuulua myös vaiheita ennen ja jälkeen varsinaista suunniteltua palvelua. (Koivisto 2011, 49-51.)

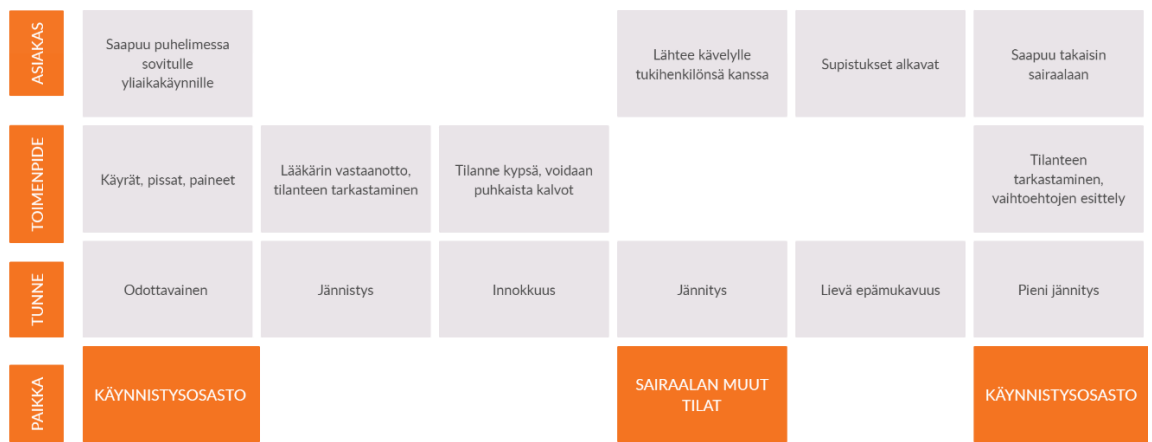
Palvelupolun käyttötarkoituksesta riippuen poluissa voidaan keskittyä eri elementteihin ja tiettyihin aspekteihin, kuten tunteisiin, kanaviin, sidosryhmiin, kulissien taakse sekä mitä jos -skenaarioihin. Jokaisen polun askeleen kuvaaminen on tärkeää, jotta kokonaispolku voidaan hahmottaa nopeammin. Tunteiden lisääminen polkuun voidaan nähdä olennaisimpana tapana hahmottaa kokonaisuus eri persoonien näkökulmasta. (Stickdorn ym. 2018a, 44-47.)

Yksi tärkeä palvelun suunnittelun kohteista on tunnelma. Asiakas aistii, kuljetetaanko häntä palvelussa luontevasti ja onko häntä valmisteltu tarpeeksi tulevaan. Valitettavan usein yksilöllisyys unohdetaan ja tuloksen tai tehokkuuden tuottamisen nimissä asiakas vain viedään virtaviivaisesti palvelupolun läpi. Sen pohtimiseen, miten asiakkaalle voitaisiin tarjota paras mahdollinen kokemus, pitäisi varata tarpeeksi aikaa ja ottaa selvää varsinkin asiakkaan emootioista. (Rantanen 2016, 55.)

Prosessi kuvaa miten palvelu tapahtuu, sen tilaamisen, rakennettu ja tuotettu. Periaatteessa kaiken palvelussa voi suunnitella sanoja myöten. Mutta osa palveluista on monimutkaisempia, eivätkä ne ole täysin pysyviä. Asiakkailla voi olla useita, vaihtelevia kokemuksia ja altistumisia palvelulle, joka voi muuttua ajassa ja paikassa. Palveluilla on myös useita vaihtoehtoisia toteutumistapoja, tai polkuja, sillä yleensä ei ole vain yhtä tapaa tehdä asioita ja ihmiset käyttäytyvät välillä arvaamattomasti. Vaikka suunnittelijat haluaisivat kontrolloida kaikkea, se on mahdotonta. Suunnittelijat voivat kuitenkin määritellä ja suunnitella ainakin osan palvelun poluista ja palvelutuokioista sekä kontaktipisteistä. (Saffer 2007, 178.) Näiden kontaktipisteiden avulla on mahdollisuus tunnistaa asiakkaan kohtaamat vuorovaikutteiset toiminnot palvelukokemuksen aikana. Myös polkujen avulla on mahdollista tunnistaa ongelmia ja kipukohtia sekä saada oivalluksia ja suuntaviivoja kehittämiselle. (Stickdorn & Schneider 2012, 153-154.)

Synnytystarinoiden pohjata päädyttiin piirtämään ensin käsin 13 ”raakapalvelupolkua”, jotka kuvasivat kunkin synnytyksen konkreettista kulkua. Näistä kaikista kiteytettiin lopulta neljä eri poluista yhdistettyä ja näin abstrahoitua mahdollista polkua, jotka toimivat omina kuvitteellisina polkuina myös jokaiselle synnyttäjäpersoonalle. Lopulliset polut muotoiltiin verkkopohjaisella maksullisella ohjelmistolla. Poluissa on neljä eri kanava, asiakkaan näkökulmaa, hänelle tehtäviä toimenpiteitä, asiakkaan tunnetta ja sijaintia kuvaava kanava. Alla kuvassa 2 on esiteltyä yksityiskohta synnyttäjäpersoonana Petran polusta.

#### Petran käynnistetyn synnytyksen asiakaspolku



Kuva 2: Yksityiskohta Petran polusta

#### 5.2.4 Pääoivallukset

Pääoivallukset ovat palvelumuotoilun menetelmä, jossa aineistoa ryhmitellään ja priorisoidaan. Nämä pääoivallukset tulisi tehdä harkiten ja dataa ja analyysiä iteroiden, mutta niiden kokoaminen on hyvä metodi tiedottamiseen ja keskustelun herättämiseen projektitiimin kanssa prosessin eri vaiheissa. (Stickdorn ym. 2018a, 127-130.)

Aineiston perusteella koottiin myös pääoivalluksia. Nämä ajatukset koostettiin Powerpointiin, joka jaettiin BIRRES-verkostolle yhtenä keskustelun avaajana marraskuun tapaamisessa. Pääoivallukset ohjasivat myös kehittämistä kehittämislustalla.

Liittyen verkkoetnografiaan pääoivallukset koostuivat seuraavista huomioista:

- Synnyttäjät puhuvat eri asiasta kuin lääkärit: käynnistämisen pelko vs. käynnistyksen kinuamien. Ja lääketieteen ihmiskäsitys vs. intuitiivinen kehotietoisuus.

- Käynnistyksen todellisuus silloin kun se ei lähde hyvin käyntiin / mielikuva käynnistyksestä, voivat välillä olla todella kaukana toisistaan -> synnytyspettymyksen riski.
- Neuvojen kysyminen käynnistysten välttämiseen ja synnytyksen spontaaniin käynnistymiseen.
- Erilaisia Facebook-ryhmiä on paljon eri teemoilla. Selkeä tarve, mistä kertoo?
- Tärkeää! Neuvoja ja vertaistukea pyydetään myös ollessa sisällä osastolla/käynnistyksessä.
- Positiivista: jaetaan myös hyviä kokemuksia ja kaikenlaisia synnytyskertomuksia.

### 5.3 Kehitä

#### 5.3.1 Kehittämistyö

Opinnäytetyön varsinainen yhteiskehittäminen tapahtui lopulta Howspace-verkkoalustalla. Howspace on suomalainen tekoälypohjainen, digitaalinen yhteistyöalusta, jossa voidaan hyödyntää sosiaalista oppimista sekä tuottaa kehittämis- ja yhteistyöprosesseja (Howspace 2020). Howspace-alustalle luotiin kolmivaiheinen kehittämiskokonaisuus. Ensimmäinen vaihe toimi introna aiheeseen ja siinä pureuduttiin käynnistettyjen synnytysten nykytilaan. Keskimmäisessä vaiheessa tutustuttiin opinnäytetyön siihenastisten tuotosten visualisointeihin (empatiakartta, asiakaspersoonat ja asiakaspolut) ja arvioitiin niitä. Viimeinen vaihe keskittyi varsinaiseen kehittämiseen. Kaikissa osioissa oli kuvia ja muita visualisointeja, tehtäviä ja kommenttikenttiä. Osaan tehtävistä vastattiin niin, että vastaukset eivät näkyneet muille kuin ylläpitäjälle, osassa kommentointi oli avointa ja muut osallistujat pystyivät kommentoimaan muiden vastauksia, ”tykkäämään” niistä sekä äänestämään kehitysehdotuksia. Kehittämisalustan seinälle kootun tiedon avulla on myös mahdollisuus klusteroida tietoa, nostaa siitä aihepiirejä, sekä haasteita ja pääoivalluksia. Alla kuvassa 3 on visualisoitu Howspace-alustan etusivun alku.



Kuva 3: Kuvakaappaus Howspace-alustasta.

Kehittämistyöhön kutsuttiin Naistenklinikan henkilökuntaa, sekä aiemmin synnytystarinoitaan jakaneita henkilöitä, jotka tarinansa jakaessaan olivat ilmaisseet kiinnostuksensa yhteistyöhön myös jatkossa. Lisäksi kehittämiseen tavoitettiin käynnistyksen kokeneita lisähenkilöitä opinnäytetyöntekijän omista verkostoista. Kehittämiseen osallistui lopulta yhdeksän henkilöä. Kaikille osallistujille lähetettiin sähköpostilla tiedote (liite 4) kehittämisestä. Tiedotteessa oli kuvattu opinnäytetyön idea ja perustietoa kehittämisestä, kehittämisen pelisääntöjä ja alustan käytön ohjeistusta avattiin lisää sähköpostiviestissä.

Toive itsenäisesti tapahtuvaan aikaan ja paikkaan sitomattomasta kehittämismahdollisuudesta nousi Naistenklinikan henkilökunnalta ja se toimi erinomaisesti tilanteessa, jossa vuorotyön takia yhteistä kehittämistyöpajaa oli vaikea saada sovituksi. Kehittämisessä kuitenkin käytettiin erilaisia yhteiskehittämisen työkaluja ja verkkoalusta mahdollisti toisten vastausten näkemisen ja kommentoinnin.

Tekoälypohjainen alusta mahdollisti paljon kehittäessä. Alustan ylläpitäjä pystyy muun muassa lisäämään tai poistamaan käyttäjiä, muodostamaan vastauksista yhteenvetoja, katsomaan ketkä ovat vastanneet kysymyksiin ja lähettämään yksilöviestejä ja muistutusviestejä vastaamatta jääneistä kohdista. Alustan kautta lähetettiin muistutusviesti sen sulkeutumisesta, mutta ei erillistä muistutusta jokaisesta vastaamatta jättämisestä, koska osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja omaan haluun, eikä alustalle ollut asetettu pakollisia kysymyksiä tai priorisoitu eri tehtävien tekemistä. Vastaajat myös käyttäytyivät eri tavoin alustalla. Osa vastasi kaikkiin kysymyksiin ja kohtiin, jotkut vain tiettyihin, itselleen

tärkeäksi kokemiinsa kehittämiskohtiin. Jotkut vastaajista tykkäsivät myös muiden kommenteista ja loivat näin kevyttä vuorovaikutteisuutta.

### 5.3.2 Ideoinnista ja ideoista

Stickdorn ym. (2018a, 158-159) huomauttavat, että usein että ideointia korostetaan liikaa palvelumuotoilussa omana erillisenä menetelmänään tai vaiheenaan projektisuunnitelmassa. Merkittäviä ideoita syntyy kuitenkin koko palvelumuotoiluprojektin ajan ja kaikissa sen eri vaiheissa. Ideoita voidaan kerätä, arvioida ja koko prosessin aikana, valikoiden lopulta prosessin viimeisessä vaiheessa niistä kirkkaimmat, jalostuneimmat ja käyttökelpoisimmat. Näin tehtiin myös tässä kehittämistyössä. Henkilökunnan haastatteluista, synnytystarinoista, verkkoetnografiasta ja myös Suomalaisen synnytyskulttuurin murros -hankkeen perustamassa tutkijaverkoston BIRRES:in tapaamisissa nousi varteenotettavia ideoita ja selkeitä kehittämisen kohtia liittyen käynnistettyihin synnytyksiin.

Näistä ideoista verkkokehittämislustalla oli oma osio, jossa jo nousseita ideoita pystyi äänestämään ja kommentoimaan. Äänestyksessä käytettiin niin sanottua nopeaa äänestystä ja ääniä sai antaa niin monelle ehdotukselle, kuin halusi. Äänestyksessä kehittämisehdotuksista eniten ääniä saadut ehdotukset visualisoitiin huoneentauluksi, joka on esitetty alla kuvassa 4.

**Kootut kehittämisehdotukset**

**6 PARASTA**

- 1 Lisää resursseja
- 2 Kätilöiden pitämät synnytysvalmennukset
- 3 Enemmän infoa käynnistyksessä varhaisemmin
- 4 "Käynnistysmatkalla" -opas
- 5 Tiedon läpikäynti jo neuvolassa
- 6 Käynnistysten edistäminen vuorokauden ajasta huolimatta

+ Vertaistarinoita tai muuta vertaistukea käynnistyksen kokeneilta

Kuva 4: Verkkoolustalla äänestettyjen ideoiden parhaimmisto

Kuvassa 4 esitetyt 6 kehittämisehdotusta saivat kaikki 5 ääntä. Lisäksi uutena ehdotuksena esitettiin seuraava ehdotus: vertaistarinoita tai muuta vertaistukea käynnistyksen kokeneilta. Näistä jälkimmäisin vaikuttaa myös toteuttamiskelpoiselta ja se palvelisi HUS:n yhtä asiakaspalvelun kehittämismuotoa, sillä HUS käyttää jo nyt kokemusasiantuntijoita kehittämisessään. Opinnäytetyöpalaverissa kävi kuitenkin ilmi, että käynnistettyjen synnytysten kokijoita ei kokemusasiantuntijoissa ole, mikä voidaan nähdä yhtenä selkeänä kehittämiskohteena.

Myös ehdotusta, jossa kätilö pitää valmennuksen tulisi edistää. Haapion (2017, 69) tutkimuksessa, jossa verrokkiryhmälle pidettiin valmennus synnytyssairaaloissa, oli pääsy sairaalaan tärkeä ja odotettu tapahtuma osallistuneille perheille ja mahdollisti myös vertaistuen saamisen. Tutkimuksesta saatuja suosituksia olivat muun muassa se, että synnytysvalmennusta kannattaa järjestää sairaalassa, jolloin kätilöiden ammattitaitoa pystyy hyödyntämään synnytykseen valmistautumisessa. Samoin tutkimus tuki sitä, että synnytysvalmennus kannattaa ajoittaa jo varhaiseen raskauden vaiheeseen. (Haapio 2017, 80.)

### 5.3.3 Synnyttäjien empatiakartan arviointi ja kehittäminen

Howspacessa empatiakarttaa arvioitiin seuraavien kysymysten perusteella: Mitä sinulle tuli mieleen, kun katsoit empatiakarttaa? Vastaako se omaa käsitystäsi käynnistyksen asiakaskokemuksesta? Muuttaisitko siinä jotain? Minkä palvelukokemuksen onnistumisen keinon koet itse parhaimpana?

Myös Howspacessa empatiakarttaa kommentoitiin realistiseksi, melko kokonaisvaltaiseksi, eri puolet huomioonottavaksi asiakaskokemuksen kuvaukseksi, joka vastaa hyvin pitkälle asiakaskäsitystä. Empatiakarttaa pidettiin myös negatiivispainotteisena. Tämä selittyy sillä, että empatiakartta on tehty netnografian perusteella, joten se vastaa monen sellaisen synnyttäjän todellista synnytyskokemusta, joita on haluttu tuoda ilmi juuri niiden voimakkuuden takia.

Palvelukokemuksen onnistumisen keinoista tärkeimpiä näyttäytyivät kuulluksi tuleminen sekä synnyttäjälähtöinen malli. Myös ennalta saatua, faktapohjaista informaatiota (käynnistetyistä) synnytyksestä ennen synnytystilannetta, pidettiin tärkeänä ja huomautettiin, että suostumuksellinen päätöksenteko pitää sisällään informaation, sillä suostumusta ei voi antaa ilman, että tietää mihin suostuu. Ylipäätään valmistautuminen sekä suunnitelmien muuttumisen hyväksyminen nähtiin tienä positiiviseen synnytyskokemukseen.

Arvioinnissa empatiakarttaan toivottiin joitakin lisäyksiä ja muokkauksia, jotka tehtiin. Lopullinen empatiakartta on työssä liitteenä (liite 5).



#### 5.3.4 Synnyttäjäpersoonien arviointi ja kehittäminen

Synnyttäjäpersoonat esiteltiin ensikertaa Howspace-alustalla, jossa niiden arviointia tehtiin ohjaavien kysymysten avulla. Kysymykset olivat seuraavat: Miltä synnyttäjä asiakaspersoonat sinusta vaikuttavat? Ovatko ne mielestäsi realistisia ja todellisiin asiakkaisiin perustuvia? Puuttuuko joukosta joku selkeä asiakaspersoonaa? Mitä muuttaisit persoonissa?

Persoonien arvioitiin olevan realistisia, kokonaisia ja totuudenmukaisia hahmoja, jotkut jopa kommentoivat tavanneensa kaikki persoonat työssään. Todellisuudessa suurimman osan synnyttäjistä todettiin kuitenkin olevan jotain persoonien välimaastosta ja uudeksi persoonaksi ehdotettiin "Nelli Neutraalia". Myös synnyttäneisyyden koettiin vaikuttavan persoonaan ja uudelleen synnyttäjien suhtautumisen synnytykseen riippuvan vahvasti edellisestä kokemuksesta, tai kokemuksista. Lisäksi pohdittiin sitä, pitäisikö persoonien olla viedä radikaalimpia ja edustaa vahvemmin ääripäitä, kuten täysin synnytykseen valmistautumatonta tai synnytystoiveidensa suhteen täysin ehdotonta sekä äärimmäisiä kokemuksia kuten kohtukuoleman tai traumaattisen synnytyksen kokenutta persoona. Persoonien kommentoitiin myös olevan karkea kattaus kaikista synnyttäjistä ja tällaisten persoonien käytön ylipäätään vievän pois potilaiden subjektiivisuutta, kun ihmistyön lähtökohtana tulisi olla yksilöllinen ihminen omine tarpeineen. Tehtyjä persoonia muokattiin ja kärjistettiin kommenttien perusteella, mutta koska persoonia ei voi, eikä ole palvelumuotoilun näkökulmasta järkeä muodostaa liikaa päätettiin persoonien määrän lisäämisen sijaan muuttaa persoonan rakennustapaa. Syntyi idea täytettävälle "Persoonakortti" -prototyypille (liite 6), jossa synnyttäjä saisi itse määrittää taustansa, toiveensa ja pelkonsa. Jatkokehittelyn avulla tätä persoonakorttia pystyisi tarvittaessa myös käyttämään synnytystoiveilistana ja se on mahdollista digitalisoida sekä muuttaa sovellukseksi.

#### 5.3.5 Polkujen arviointi ja kehittäminen

Myös polut esiteltiin ensikertaa Howspace-alustalla, jossa niille toivottiin kommentointia seuraavien kysymysten avulla: Miltä asiakaspolut mielestäsi vaikuttivat? Kuvasivatko ne mielestäni mahdollisia käynnistetyn synnytyksen kulkuja? Mitä muuttaisit poluissa? Miten muuten asiakaspolut voisi mielestäsi esittää?

Polut koettiin pääsääntöisesti realistisiksi, kattaviksi, selkeiksi ja havainnollistaviksi. Niiden koettiin kuvaavan hyvin käynnistettyjen synnytysten kulkua. Joissain kohdin poluissa nähtiin kuitenkin pientä korjattavaa ja kehitettävää. Poluista huomautettiin puuttuvan sellaiset synnyttäjät, jotka ovat supistelleet pitkään latenssivaiheessa ja käyvät useamman otteeseen sairaalassa, päätyen välillä käynnistykseen. Yksi vastaaja ei tunnistanut poluista omaa synnytyksensä kulkua. Polkujen ongelmana on se, että käynnistetyn synnytyksen kulku, kuten synnytyksen kulku ylipäätään, voi vaihdella hyvin paljon ja jokainen toimenpide voi aiheuttaa

monia erilaisia vaihtoehtoisia kulkuja. Alustalla ehdotettiin mahdollisuuksien esittämistä samassa kuvassa.

Tästä lähdettiin kehittämään käynnistetyn synnytyksen kulkua kuvaavaa vaihtoehtoista polkua. Tästä hybridipolkumallista tehtiin kaksi prototyyppiä, joista toivottiin kommentteja kehittämisessä mukana olleilta henkilöiltä ja BIRRES-verkostolta. Paremmaksi ja selkeämmäksi koettu hybridipolku on liitteenä (liite 7) tässä työssä. Polkua voidaan hyödyntää muun muassa käynnistetyn synnytyksen kulkua selittäessä ja sitä voidaan jatkokehittää eri tavoin.

### 5.3.6 Ammattilaisten empatiakartta

Koska Naistenklinikan henkilökunnan haastatteluiden toteuttaminen venyi ajallisesti, myös niiden analysointi ja tiedon kiteyttäminen tehtiin myöhemmin. Aineisto sopi hyvin kiteytettäväksi empatiakartan muotoon. Empatiakartassa henkilön maailmaa kuvataan kuudesta lohkoista, mitä hän: ajattelee ja tuntee, näkee, sanoo ja tekee, kuulee, mitkä ovat hänen kipupisteensä, sekä onnistumisensa. (Empatiakartta 2020.) Toinen empatiakartta koostettiin haastatteluiden analysoidun aineiston ja verkkokehittämisalustalle muodostuneen tiedon perusteella. Ammattilaisten empatiakartan pohjana käytettiin samaa pohjaa kuin synnyttäjien, joten ne ovat yhtenevät ja toimivat hyvin parina. Empatiakartta koostuu siis samoista osioista, mutta empatiakartat on nimetty eri tavoin ja niissä on kuvaus siitä, kenen näkökulmasta palvelua on tarkasteltu. Myös ammattilaisten empatiakartta on liitteenä tässä työssä (liite 8).

### 5.3.7 Tunnelma- ja tulevaisuustaulut



Kuva 5: Tämänhetkistä synnytyksen käynnistämistä kuvaava tunnelmataulu

Moodboard eli tunnelmataulu on palvelumuotoilullinen kollaasityyppinen visualisointiväline, joka voi sisältää kuvia, tekstiä, piirroksia, kaavioita, videoita tai muita merkintöjä (Tolonen 2016). Tunnelmataulu on työkalu, jonka avulla ideoidut visiot alkavat löytää konkreettista muotoa. Siinä yhdistyy kuvatun palvelun käsitteelliset, tekniset ja vertauskuvalliset piirteet, jolloin se antaa ryhmän jäsenille yksiselitteisen kuvan toivotusta lopputuloksesta. (Erkkilä 2020.) Valmiita tunnelmatauluja voi käyttää esimerkiksi prototyyppivaiheeseen helpottamaan kommunikaatiota ja määrittämään aiotun mallin suuntaa (Stickdorn ym. 2018a, 239).

Osana prosessia kehitettiin myös tunnelmatauluja. Kuvassa 5 on esitettyä käynnistetyn synnytyksen nykyisyyttä kuvaava tunnelmataulu. Taulusta tehtiin kehittämisalustalla kaksi versiota, joista tähän esitettäväksi ja lopulliseen konseptiin on valittu paremmin synnytyksen käynnistämistä kuvaava taulu. Taulussa olevia sanoja hieman uudelleen muotoiltiin saadun palautteen perusteella. Synnytyksen käynnistämisen koettiin olevan kuin tie, joka johtaa johonkin sumuun ja tuntemattomaan, jonka tarkkaa kulkua ei voi tietää. Tunnelmataulu kuvaa tätä tunnelmaa. Sanat, jotka sanapilvessä ovat, on kerätty alustalle vapaasti assosioitujen sanojen avulla ja avaavat kehittämistyöhön osallistuneiden henkilöiden ajatuksia käynnistyksestä.

Kehittämälustan kehittämisosiossa oli tehtävänä muodostaa tulevaisuuden otsikoita viiden vuoden päähän liittyen käynnistykseen, sekä julkaista kuva, joka kehittäjien mukaan kuvaisi synnytysten käynnistämisen toivottavaa tulevaisuutta. Ideat saivat olla myös viljeltyjä, eikä niiden toteuttamiskelpoisuutta tai realistisuutta arvioitu. Keksittyjen uutisten perusteella voi lähteä innovoimaan uutta, ja niiden pohjalta voidaan luoda uusia käynnistetyn synnytyksen palveluja, joita voidaan lähteä kehittämään ja konseptoimaan. Näiden vastausten perusteella on luotu tulevaisuuteen suuntaava tunnelmataulu. Tämä tunnelmataulu on kuvattuna alla kuvassa 6.



Kuva 6: Käynnistetyn synnytyksen tulevaisuustaulu

### 5.3.8 Kehittämistyön kokonaisarviointi

Kehittämälustalla oli mahdollisuus antaa arvosana kehittämiselle. Sen keskiarvo oli 4.8 (1-5, viisi vastaajaa 9). Koska kaikki osallistujat eivät antaneet arvosanaa, voidaan pohtia, jättivätkö sellaiset vastaajat, jotka eivät arvostaneet kehittämälustaa, antamatta arvosanan.

## 5.4 Toimita

British Design Councilin (2020) viimeisenä prosessin vaiheena ja toisen timantin sulkijana toimii ”Deliver” eli Toimita. Tässä viimeisessä vaiheessa eri ratkaisuja testaan pienessä skaalassa, jotta niistä löydetään toimivat, joita voidaan yhtä jatkokehittää. Tässä opinnäytetyöprosessissa ei alustavan suunnitelman mukaisesti päästy loppuun ja tähän vaiheeseen.

Tämän palvelumuotoiluprosessin viimeisessä vaiheessa tuotettiin lopullinen konsepti sekä tämä raportti. Lopullinen konsepti, joka Naistenklinikan synnytysosaston käynnistysyksikölle tämän opinnäytetyön julkaisun yhteydessä annetaan, sisältää etusivun lisäksi tehdyt empatiakartat, synnyttäjäpersoonat, heidän polkunsä ja täytettävän synnytyspersoonan prototyypin, kootut kehittämissideat huoneentauluna, käynnistysen nykyisyyttä ja tulevaisuutta kuvaat tunnelmataulut sekä käynnistetyn synnytyksen vaihtoehtoisia kulkuja mallintavan hybridipolun prototyypin. Opinnäytetyön aikaansaannosten hyödyntäminen, testaaminen, käyttö ja muut siihen liittyvät jatkotoimenpiteet jäävät yhteistyökumppanin vastuulle.

## 6 Johtopäätökset ja pohdinta

### 6.1 Johtopäätökset

Tässä alaluvussa palataan kehittämistyön alussa esitettyihin kehittämiskysymyksiin.

Ensimmäinen kehittämiskysymys tarkasteli sitä, minkälainen on käynnistetyn synnytyksen asiakaspolku. Käynnistetyn synnytyksen asiakaspoluista tehtiin neljä kuvausta, jotka jaettiin ja arvioitiin myös kehittämisalustalla. Yleisesti ottaen ei ole yhtä polkua, miten käynnistetty synnytys etenee ja käynnistämiseen kuten synnyttämiseen ylipäättään liittyy vahvasti ennustamattomuus. Henkilökunnan haastatteluissa todettiin, että synnytyksen käynnistämiseen on kaksi tapaa tulla. Ensimmäinen on raskauden yliaikaisuuden seurantakäynti yleensä viikolla 41+5, jolloin lääkäri tekee ultran, tarkista lapsen ja istukan voinnin sekä kohdun suun tilanteen, lisäksi tuolloin otetaan laboratorionäytteitä. Jos sekä synnyttäjä, että vauva voivat hyvin ja synnyttäjä toivoo, niin voidaan odottaa vielä 42+ viikolle asti. Jos synnyttäjä puolestaan toivoo käynnistystä, on sekin yleensä mahdollista, jos osaston tilanne sen sallii. Toinen vaihtoehtoinen tapa tulla käynnistykseen on sellainen tilanne, jossa raskauden jatkamisen riskit ovat suuremmat kuin käynnistykseen liittyvät riskit. Tällöin synnytys käynnistetään ennen kuin synnytys käynnistyy spontaanista tai menee yliaikaiseksi. Tällaisia tilanteita ovat erilaiset komplikaatiot ja riskiraskaudet, joihin liittyy muun muassa kohonnut verenpaine, raskausdiabetes tai raskausmyrkytys ja äärimmillään jopa kohtukuolema. Tämän lisäksi synnytys käynnistetään tietyn ajan sisällä, jos lapsivedet ovat

menneet ilman spontaania supistustoimintaa. Molemmissa tavoissa suhteessa spontaanisti käynnistyneeseen synnytykseen ero on se, että synnyttäjä menee sairaalaan sovitusti, ajanvarauksella ennen kuin synnytys on käynnissä. Haastatteluissa käynnistetyn synnytyksen kulun todettiin yleensä olevan hitaampi ja synnytyksen käynnistymisessä voivan mennä jopa päiviä, eikä sen nopeasti käyntiin saamiselle olevan keinoja. Opinnäytetyön alkupuolella tietoperustassa on esitelty eri käynnistämismenetelmiä. Hybridipolussa esitellään nämä eri vaihtoehdot käynnistykselle, sekä mahdollisia kulkuja siitä, mihin mikäkin toimenpide voi johtaa.

Synnytyksen katsotaan lääketieteellisesti olevan käynnissä, kun kohdun suu on 5-6 cm auki ja säännölliset supistukset on alkaneet, eli jos tähän päästään, on käynnistys onnistunut. Hybridipolkua arvioitaessa tästä huomautettiin ja nousi ehdotus, että polku voisi jäädä vaiheeseen, jossa synnytys on käynnistynyt tai jää käynnistymättä kokonaan. Polku jätettiin kuitenkin synnytykseen asti johtavaksi, koska kokemuksellisesti ja myös tarinoissa synnytys kerrottiin vähintään siihen asti, kun lapsi syntyi. Asiakaskokemuksen kannalta koko polun, ja jopa synnytyksen jälkeisten tapahtumien tietäminen on synnyttäjälle tärkeää tietoa synnytykseen, ei pelkästään käynnistykseen valmistauduttaessa.

Toisena kehittämiskysymyksenä käsiteltiin sitä, minkälaiset tilalliset ratkaisut tukevat hyvää käynnistetyn synnytyksen kokemusta. Tarinoista ei löytynyt paljon tilaan liittyviä positiivisia kuvauksia. Tilaa käsittelevä kysymys esitettiin erikseen Suomalaisen synnytyskulttuurin murros -ryhmässä Facebookissa. Kysymykseen ei kuitenkaan tullut vastauksia, vain tykkäyksiä. Tähän voi vaikuttaa aiheen lisäksi moni tekijä, kuten kysymyksen esittämisen ajankohta tai keskustelun hiipuminen muuten. Tilalliset kysymykset jäivät kehittämisessä hieman taka-alalle myös koronan takia, koska sairaalassa ei voinut vierailla opinnäytetyön tekoprosessin aikana.

Tilan hyvinä ominaisuuksina pidettiin tilojen asianmukaisuutta ja kodinomaisuutta. Tässä kodinomaisuutta koettiin myös siitä, miten henkilökunta otti vastaan synnyttäjän. Toisinaan synnytysvalmennuksessa on mainittu, että sairaalaan voi ottaa mukaan jonkun oman tärkeän esineen tai vaikka omaa esteettistä silmää hivelevän taulun, jossa on itseä puhutteleva tunnelma tai kehotus. Myös tätä kautta pystytään lisäämään kodinomaisuutta. Aineistossa kuitenkin nousi vahvana toiveena oman huoneen ja sitä kautta rauhan saaminen. Jotkut synnyttäjät myös mainitsivat kokeneensa oman huoneen tai sellaisen jaetun huoneen, jossa saivat olla yksin, saamisen onnenpotkuna tai onnellisena omalle kohdalleen osuneena sattumana. Synnytyssalissa arvostettiin hämäryyttä. Erityisenä mainintana synnytyksen jälkeisistä tiloista potilashotelli sai kiitosta erittäin positiivisena kokemuksena, koska siellä sai oman huoneen ja rauhan, kuitenkin niin että kätilöt olivat lähellä ja tavoitettavissa.

Naistenklinikalla tiloihin on jo nyt saatu sekä tilallista että asiakaskokemuksen parantumista käynnistysosaston muutettua uusiin tiloihin syksyllä 2019 ja tämä on näkynyt myös heidän tekemässään tutkimuksessaan. Koko synnytysosasto muuttaa myöhemmin uusiin remontoituihin tiloihin, jonne on tulossa lisää synnytyssaleja ja käynnistysyksikölle uudet tilat. Tällöin tiloihin toivottavasti saadaan entisestään parannusta ja entistä enemmän yksittäishuoneita, mikä vastaan myös tässä kehittämistyössä löytyneeseen synnyttäjien toiveeseen ja tarpeeseen.

Viimeisimpänä, mutta ehkä tärkeimpänä kohtana tarkasteltiin koko käynnistetyn synnytyksen synnytyskokemusta. Kehittämiskysymys kuului mistä aineksista hyvä tai huono (käynnistetty) synnytyskokemus koostuu.

Huonoa kokemusta tuottavia elementtejä olivat kiire ja sen takia yksin ja tuetta jääminen, jolloin synnyttäjät kokivat jäävänsä myös ilman riittävää ohjeistusta ja tiedotusta niin synnytyksen aikaisiin tapahtumiin, kuin lapsivuodeosastolla liittyen imetykseen ja lapsen hoitoon. Huonoa kokemusta vahvisti myös kohtaamattomuus, kuulematta jääminen ja synnyttäjän toiveiden ohittaminen. Lisäksi kaikki kauhun, kivun, pelon ja voimattomuuden kokemukset pahensivat synnytyskokemusta. Osa synnyttäjistä koki synnytyksen hoidon olleen nöyryyttävää, kaoottista ja toimenpidekeskeistä. Osa koki saaneensa uhkailua ja pelottelua ammattilaisten puolesta, mikä tuotti huonoa kokemusta.

Hyvän kokemuksen tärkeimmiksi elementeiksi nousivat synnyttäjän kohtaaminen, mihin liittyi hyvä ja lämmin vastaanotto jo synnyttämään tullessa, synnyttäjän toiveiden huomioonottamisen ja tunteiden validoiminen. Kätilön toiminnassa positiiviseksi koettiin kannustus ja sanallinen tuki, ohjeiden toistaminen, rauhallisuus, ammattitaitoisuus ja kunnioitus sekä onnistunut vuorovaikutus. Ilmapiirin suhteen synnytyskokemuksessa tärkeäksi muodostuivat kiireettömyys, sekä turvallisuuden ja luottamuksen tunne. Myös hyvä kivunhoito tuotti osaltaan hyvän kokemuksen. Riittävä tiedonsaanti oli myös merkittävää kokemuksen onnistumisen kannalta. Tämän lisäksi hyvän kokemuksen kannalta tärkeäksi koettiin läheisten tuki ja läsnäolo synnytyksessä.

Kuten olen avannut, synnytyskertomukset, joita tässä työssä analysoin, ovat tapahtuneet myös muissa sairaaloissa kuin Naistenklinikalla. Koska tästä opinnäytteestä saatava tieto on hyödynnettävissä myös muualla Suomessa, ei tarinoiden syntypaikkaa rajoitettu tästä syystä vain Naistenklinikkaan.

Kuten Alhopuro (2010: 45) huomauttaa, ovat palvelukulttuurin kehittäminen ja ylläpitäminen tärkeä osa terveydenhuollon johtamisesta ja toteaa, että esimerkiksi lääkäriskoulutuksessa, josta suurin osa lääkäreistä julkiseen palveluun päätyy, hyvää palvelua ei pidetä tärkeänä, eikä opeteta, kuten ei myöskään markkinointia tai myyntiä. Kätilökoulutuksessa sen sijaan painotetaan vuorovaikutusta (mm. Metropolia 2020). Mutta kuten vuorovaikutuksessa

ylipäättään, myös synnytyksen hoidossa on kyse ihmisten välisistä suhteista, ja kohtaamisesta. Kuten Mönkkönen (2007, 20) toteaa, kaikissa organisaatioissa on hyvin erilaisia ihmisiä, joista kaikilla on yksilöllinen tapa kohdata toinen. Ja kääntäen kaikilla synnyttäjillä on myös yksilöllinen tapa kohdata ammattilaiset.

## 6.2 Eettisyys

Kehittämistyön eettisyydessä on kyse samoista eettisistä säännöistä, kuin yhteiskunnassa ja ihmisten välisessä toiminnassa yleensä. Kehittämistyössä on ennen kaikkea kyse inhimillisestä toiminnasta, mutta siinä pätevät samat normit kuin tieteellisessä tutkimuksessa ja tutkimusetiikassa. Kehittämistyön tavoitteet on oltava korkean moraalin mukaisia, työ on tehtävä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti, ja seurausten on oltava hyödynnettävissä käytännössä. Tutkimukseen osallistujien on tiedettävä mitä kehittäjä on tekemässä, mikä on toiminnan kohde, tavoitteet ja mikä on osallistujien rooli. Tutkimuksen on perustuttava vapaaehtoisuuteen. Lisäksi kehittämistyössä on muistettava työn yhteiskunnallinen merkittävyys. (Ojasalo ym. 2018, 48-49.) Edellä mainittuun viitaten, Suomalaisen synnytyskulttuurin murros on ensimmäinen laaja yhteiskuntatieteellinen tutkimus suomalaisesta synnytyksestä. Hankkeen kirjoituskutsussa (liite 9) on avattu myös eettisiä näkökulmia, joita myös itse luonnollisesti noudatin, kuten opetus- ja kulttuuriministeriön tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittämää hyvää tieteellistä käytäntöä (2013) sekä alan ammattieettisiä periaatteita. Erityistä huomiota olen kiinnittänyt asiakkaiden ja työntekijöiden anonymiteetin turvaamiseen.

Huomasin laittaneeni itseni vaikeaan asemaan tehdessäni verkkoetnografiaa, sillä olin liittynyt jo aiemmin useaan Facebookista löytyvään synnytysryhmään. Näin minulla oli jo ennen tätä opinnäytetyötä paljon hiljaista tietoa ja luettuja kokemuksia erilaisista synnytyksistä. Tutkimuseettisten sääntöjen ja hyvien tutkimuskäytäntöjen mukaan varsinaista verkkoetnografiaa tehdessä, on kuitenkin reilua kertoa siitä (Tuulaniemi 2011, 152). Käyttämieni ryhmien säännöissä saattoi erikseen olla huomautettu siitä, että yksittäisten ihmisen kommentteja ja kokemuksia ei saa julkaista ja vaikka kyse on Facebookista nimellä löydettävistä ryhmistä, ovat ne suljettuja, ylläpidettyjä ja perustuvat keskinäiseen luottamukseen ja salassapitosopimukseen. Toisaalta en pyrkinytkään liittymään kaikkiin mahdollisiin ryhmiin, koska niitä oli kymmeniä. Verkkoetnografisessa tutkimuksessa on verkkoyhteisön osallistujien enimmäismääräksi ehdotettu 150–200 ihmistä ja suurempien yhteisöjen yleensä jakautuvan pienemmiksi säilyttääkseen intiimiyden (Isomäki, Lappi & Silvennoinen 2013, 155). Ryhmät, joita itse seurasin, olivat kuitenkin tähän nähden



suhteellisen isoja, ja jäsenten määrä vaihteli noin 350 jopa yli 10 000 jäsenen. Toki samat henkilöt saattavat olla jäsenenä useassa ryhmässä.

Suorat lainaukset ja kehittämistuotoksissa käytetyt osiot tässä opinnäytteessä ovat ”Suomalaisen synnytykskulttuurin murros” -ryhmästä, jossa on alusta asti ollut lupa ja tarkoitus kerätä aineistoa tutkimusta varten, mutta kehittämistyöni sisältää myös intuitiivista tietoa, joka on mahdollisesti peräisin myös muusta tekemästäni verkkoetnografiasta.

### 6.3 Tietoturva

Tarinoiden kohdalla ja muussa aineiston keruussa on tärkeää huomioida tutkimuseettiset yksityisyyteen liittyvät näkökulmat, joissa kirjoitusten käyttöön liittyen hankkeella on omat käytännöt. Olen muun muassa allekirjoittanut salassapitosopimuksen sekä Naistenklinikalle että hankkeelle sekä suojannut henkilötietoja sisältävän aineiston salasanoin ja säilyttänyt haastattelujen tallenteita salasanan takana. Aineistoa säilytin ja käsittelin omalla henkilökohtaisella koneellani, joka on suojattu salasanalla. Tämän lisäksi olen suorittanut osana HUS:in tutkimuslupahakuprosessia myös tehnyt tietosuoja-arvion, sekä perustanut omaan opinnäytteeseeni liittyvän tietorekisterin, jonka ylläpitäjä olen. Tuhoan aineiston opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Yhteiskehittämiseen valitsin suomalaisen yrityksen Howspace -verkkoalustan, joka on turvallinen ja ottaa noudattaa GDPR:ää. Howspacea on käytetty aiemminkin kehittämisessä terveysalalla Suomessa. (Howspace 2020.) Howspacen kautta jokaiselle kehittämisessä ilmoittautuneelle henkilökohtainen jaettiin linkki, jonka kautta kehittämisalustalle pääsi. Koska kehittämistyö tapahtui omalla ajalla ja omavalintaisessa paikassa, ilman että tiedän, kuka koneella on ollut, on se aiheuttanut mahdollisuuden alustan väärinkäyttöön niin, että alustaa on ollut mahdollista näyttää myös muille samassa tilassa oleville, mutta kehittämistyöryhmään kuulumattomille. Jokaisen kehittäjän tietoturvaa ja yksityisyyttä kuitenkin suojeltiin sillä, että alustalla sai antaa itsestään sen verran tietoa kuin halusi. Alustalla pääsi muokkaamaan omaan käyttäjätunnustaan ja se oli mahdollista halutessa vaihtaa myös nimikirjaimiksi tai omavalintaiseksi nimimerkiksi. Kehittämisalusta oli auki kehittämiselle sovitun ja ilmoitetun ajan. Sen jälkeen, kun tulokset oli saatu kerättyä ja muodostettu, kehittämisalustalta poistettiin käyttäjät. Kehittämisalusta kokonaisuudessaan poistetaan opinnäytteen valmistuttua.

### 6.4 Luotettavuus

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 140) huomauttavat, että laadullisen tutkimuksen sisällä ei ole yksiselitteisiä ohjeita sille, miten luotettavuutta voidaan arvioida. He esittävät tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi, että tutkijan on pohdittava muun muassa tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, eli mitä ja miksi tutkitaan. Lisäksi tutkijan on tarkasteltava omaa

sitoutumistaan tutkimukseen, ja sitä mitä on oppinut prosessin aikana. Myös aineiston keruun tavat, tekniikat, mahdolliset haasteet ja muut merkitykselliset asiat siihen liittyen on punnittava.

Tutkimuksen tiedonantajien suhteen kannattaa muun muassa avata se, miten henkilöihin otettiin yhteyttä ja monta henkilöä osallistui. Lisäksi pitää kiinnittää huomiota myös tiedonantaja-tutkija suhteeseen ja sen toimivuuteen, sekä tiedonantajien mahdollisuuteen kommentoida tuloksia. Myös tutkimuksen kesto ja aineiston analyysiin teko on avattava. Luettavuuden suhteen on pohdittava myös, onko tutkimus tehty eettisesti ja onko tutkimusraportti luettava, sekä miten raportin tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141) Olen avannut ja pohtinut edellä mainittuja asioita tässä raportissani. Tämä on lisännyt tutkimuksellisen kehittämistyöni luotettavuutta.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 141) toisaalta kyseenalaistavat sen, että onko laadullisen tutkimuksen raporteissa edettävä samoin tavoin kuin määrällisen tutkimuksen tiukassa raportointitavassa. He kysyvät voiko laadullinen tutkimusraportti olla täysin toisenlaisen menettämättä tieteellistä statustaan, jos siinä kuitenkin on kaikki tarvittavat osiot jossain muodossa. Olen myös itse lähtenyt omassa työssäni haastamaan perinteistä raporttimuotoa ja pyrkinyt opinnäytteessäni käyttämään niin sanottua vetoketju-mallia. Vetoketju-mallissa tietoperusta, käytännön ilmiön kuvaukset ja ratkaisut kulkevat raportissa vuorovaikutuksessa (Ojasalo ym. 2015, 35). Tämä valinta on saattanut heikentää työni luotettavuutta, mutta toisaalta se palvelee erilaisia lukijoita. Ne lukijat, jotka ovat kiinnostuneet palvelumuotoilusta ja sen prosessista, voivat lukea tästä raportista sen osuuden. Puolestaan ne lukijat, jotka haluavat tietoa synnytyksen ja raskauden kulusta, sekä käynnistämisestä, voivat keskittyä synnytysteorian ja tutkimusten lukemiseen, mutta saavat samalla luettavakseen myös käytännökokemusten kuvauksia. Koska opinnäytteen yhtenä tavoitteena oli tuottaa tietoa käynnistyksestä, palvelee tietoperustan rakentaminen käynnistetyn synnytyksen ympärille osaltaan tätä informaation saamista. Verkkoetnografiassa nousi paljon kyseenalaistamista synnytysten ”käynnistämismuutoksia” kohtaan, ja sitä kuvailtiin yhdeksi isoimmaksi ongelmaksi synnytyskulttuurissamme, siis käynnistämistä pelkkien raskausviikkojen perusteella. Työhön osallistuneet henkilökunnan jäsenet eivät kuitenkaan usko, että käynnistysten lukumäärää pystytään pysäyttämään mitenkään ja nousun jatkuvan edelleen niin, että 5–10 vuoden kuluessa synnytyksiä lähdetään käynnistämään entistä aiemmin. Tämän takia on äärimmäisen tärkeää, että synnyttäjät ovat hyvin informoituja käynnistämisestä ja pääsevät osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja ylipäätään pystyvät antamaan tietoisensa suostumuksensa käynnistämiseen.

Turtiainen ja Östman (2013, 60-61) huomauttavat, että tutkija, joka hankkii aineistoa haastattelemalla, keskustelemalla tai kertomuksia pyytämällä vaikuttaa aina aineistonsa laatuun, muotoon ja sisältöön. Lisäksi tutkijan on tunnustettava ja tunnistettava oma

suhteensa tutkimuskohteeseen. Tutkijalla on aina jonkinlainen kokemus ja näkemys sekä ennakkokäsityksiä aiheesta ja jo tutkimusaiheen valintaa ohjaa syy, jonka vuoksi hän on kiinnostunut tietystä teemasta. Olen raportissa esitellyt omaa historiaani ja kiinnostustani aiheeseen, johon olen tutustunut laajasti jo ennen opinnäytetyön tekemistä.

Oman työni luettavuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota, kun tutkimuslajina käytettiin verkkoetnografiaa. Nettikirjoittamisessa on tärkeää huomioida kommenttien kärjistyneisyys ja mahdollinen vääristyminen käynnistettyjen synnytysten kokonaiskokemuksen kannalta, sekä luonnollisesti nettietiketti ja tutkimuseettiset näkökulmat, kuten aineiston anonyymisointi.

Toisaalta tässä tutkimushankkeessa voidaan nähdä voimavarana ja luettavuutta edistävänä tekijänä se, että tutkijat itse ovat esiintyneet verkossa ja luomassaan Facebookin ryhmässä omalla profiilillaan ja kasvoillaan, sekä tehneet henkilökohtaiset esittelyt joko yleisellä sivulla tai kirjoituskutsun yhteydessä. Samoin suurin osa Suomalaisen synnytyskulttuurin murros -Facebook-ryhmässä esiintyy omana itsenään. Kuten Matikainen ja Laaksonen (2013, 199) toteavat, on oikeilla nimillä käyty verkkokeskustelu usein tasoltaan vahvempaa ja nimenomaan Facebookin yleistymisen edistäneen keskustelukulttuuria, jossa esiinnyttäen omalla nimellä ja identiteetillä.

Merkittävä heikkous tässä opinnäytteessä on se, että vaikka kyse on suomalaisesta synnytyskulttuurista, on hankkeen kirjoituskutsu ja kaikki tarinat kirjoitettu suomeksi. Kuitenkin jo opinnäytetyön tekemisen alustavissa palavereissa kävi ilmi, että 18 % Naistenklinikan synnyttäjistä ei puhu suomea äidinkielenään. Facebook-ryhmissä käytiin keskustelua osittain myös englanniksi, eivätkä kaikki ryhmän suomenkielisyydestä huolimatta olleet kantasuomalaisia. Yhteisen puhutun kielen puuttuminen aiheuttaa joka tapauksessa omat haasteensa kättilötyöhön. Jos puhutaan suomalaisen synnytyskulttuurin murroksesta, on murros tässäkin mielessä merkittävä ilmaisu.

Opinnäytetyön luotettavuutta saattaa heikentää se, että en saanut haastatteluun kuin kolme henkilökunnan jäsentä. Tämän koen johtuvan siitä, että en alussa osannut vaatia tarpeeksi osallistujia ja osannut ottaa huomioon, että kaikki alun perin ilmoittautuneet eivät ehtineet oman työn ohella haastatteluun tai mukaan kehittämiseen ja sähköpostien lukeminenkin koettiin haastavaksi keskellä kiireistä työtä. Tämä toki kertonee myös jotain synnytyshoidon nykytilasta Suomessa. Toisaalta on hyvä, jos henkilökunnan jäsenet ovat keskittyneet työssään synnytyksiin.

Tarinoiden kerääminen käyttö osana aineistoa perusteltua sillä ne jäivät vielä koko hankkeen käyttöön. Koska käynnistykset ovat lisääntyneet huomattavasti, on myös niiden asiakaskokemukset tärkeä saada kuuluviin, ja käynnistettyjen tarinoiden kulkua on perusteltua tarkastella Suomalaisen synnytyskulttuurin kontekstissa ylipäätään. Metodina tarinoiden kerääminen oli perusteltua siksi, että ihmiset saivat jakaa sen, minkä itse

parhaaksi kokivat. Raskaus, synnyttäminen ja lapsivuode aika ovat ihmisen elämänkaaren intiimejä tapahtumia, johon liittyy erityistä haavoittuvuutta. Jos olisin esimerkiksi haastatellut Naistenklinikan synnyttäjiä, olisi haastattelujen tekemiseen vaadittu HUS:n eettisen toimikunnan suostumus.

Kehittämistyössä keskittyminen asiakaspolkuihin oli perusteltua, koska ne kuvaavat hyvin synnytyksen käynnistyksen kulkua ja asiakaskokemusta. Palvelumuotoilun yhden oppi-isän Marc Stickdornin mukaan asiakaspolut ovat yksi palvelumuotoilun tulevaisuuden mahdollisuuksista. Hän näkee, että asiakaspoluilla ja niiden kehittämisellä on loputtomia mahdollisuuksia, koska ne voidaan jakaa pieniin osiin ja yksittäisiin palvelutuokioihin tai skaalata suureksi, ja tehdä menneisyyden, nykyisyyden tai tulevaisuuden näkökulmasta, sekä digitalisoida eri tavoin. Lisäksi hän näkee, että palvelupolkujen parissa voi syntyä myös kokonaan uusia työnkuvia. (Stickdorn 2020.)

Jos toteuttaisin palvelumuotoiluprosessin uudelleen samassa kontekstissa, varaisin siihen vielä enemmän aikaa ja yrittäisin osallistaa yhteistyökumppania enemmän. Saattaa olla, että en myöskään itse osannut selittää palvelumuotoiluprosessia tarpeeksi hyvin, jolloin prosessia ei tehty kaikkien sen optimaalisten toimintaperiaatteiden mukaisesti. Olisi mielenkiintoista käyttää palvelumuotoilun menetelmiä vielä monipuolisemmin prosessin eri vaiheissa ja esimerkiksi muodostaa persoonat ja asiakaspolut yhteiskehittäen. Kuitenkin tässä opinnäytetyössä näilläkin yhteiskehittämisen menetelmillä ja suhteellisen pienillä velvoitteilla oli hieman haasteita saada vastauksia henkilökunnalta. Sekä sähköposteissa että haastatteluissa pahoiteltiin kiirettä ja oman työn tekemiseen toivottiin lisää resursseja ja aikaa, erityisesti olla enemmän synnyttäjien kanssa. Toivon että tämä on asia, mikä myös tulee muuttamaan suomalaisessa synnytyskulttuurissa jatkossa.

## 6.5 Jatkokehittämissuhteet

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana tuotetuilla prototyypeillä on paljon mahdollisia jatkokehittämissuhteita. HUS on strategiassaan määrittänyt yhdeksi päämääräkseen asiakaslähtöisen digitaalisen muutoksen. Sen takana vaikuttava muutosvoimana ajatellaan olevan tieto- ja viestintäteknologian kehityksen kiihtyminen sekä asiakkaiden palveluodotusten muuttuminen ja vaatimusten lisääntyminen. (HUS 2020a.)

Opinnäytetyöprosessin myötä luodut materiaalit olisi mahdollista digitalisoida ja muokata asiakaslähtöisiksi palveluiksi, kuten mobiilisovellukseksi vaihtoehtoisen käynnistetyn synnytyksen kulun mallista. Lisäksi malli voitaisiin esimerkiksi pelillistää, jolloin synnyttäjillä olisi mahdollisuus tutustua käynnistetyn synnytyksen kulkuun jo aiemmin. Synnytykseen valmistautuminen kun pitäisi aloittaa paljon aiemmin kuin synnytysosastolla. Vaikka synnytyksen ollessa varsinaisesti käynnissä ei suositella käytettävien älylaitteita synnytysrauhan luomiseksi, on nykyisin lähes kaikilla synnyttäjillä mukana puhelin, jossa olisi

mahdollisuus käyttää sovelluksia. Lisäksi älylaitetta voisi käyttää tiedonsaantiin käynnistysvastaanoton yhteydessä ja muissa vaiheissa synnytystä, johon kuuluu odottelua. Tällaisten mobiilisovellusten kehittäminen voisi olla mahdollinen opinnäytetyöaihe myös Laurean Tulevaisuuden innovatiiviset digitaaliset palvelut -koulutusohjelmassa.

Synnytyksen verkkokeskusteluun liittyvä lisätarkastelu olisi myös mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe. Synnytysryhmien moninaisuudesta ja ryhmien isoista koista voi tulkita, että synnytys aiheuttaa paljon keskustelua ja erilaisille ryhmille on tarvetta sektiomyönteisyydestä trauman purkuun ja synnytysväkivallasta aktiiviseen synnytykseen. Nettiryhmissä korostuu myös vertaistuen tarve ja anto, sillä suurimassa osassa ryhmiä käsitellään vaikeita ja herkkiä aiheita kuten trauma, pelko, väkivalta, vammautuminen, hätäsektio, synnytyspettymys. Voidaankin kysyä, miten nämä ryhmät itsessään vaikuttavat suomalaiseen synnytyskulttuuriin ja synnytyskokemuksiin sekä synnytykseen valmistautumiseen.

Suomalaisen yhteiskunnan muuttuessa monikulttuurisemmaksi yhä useampi synnyttäjä varsinkin HUS-alueella puhuu jotain muuta kuin suomea äidinkielenään. Maahanmuuttajien on myös todettu synnyttävän enemmän lapsia kuin kantasuomalaisten ja näin pitävän yllä syntyvyyttä (mm. Suomen virallinen tilasto; Syntyvyys 2020). Koska kättilötyö perustuu paljon vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen, on muuta kuin suomea äidinkielenä puhuvien synnytys- ja käynnistyskokemusten tarkastelu tärkeä jatkotutkimusaihe.

Koska synnytysten käynnistämisen trendi ei ole loppumassa ja tämä opinnäytetyö esitti vain yhden ratkaisun sille, miten asiakaskokemusta voisi parantaa, näen että synnytysten käynnistämisessä riittää vielä paljon tutkittavaa ja kehitettävää.

## Lähteet

### Painetut

Ekholm, E. 2019. Normaalin raskauden aiheuttamat muutokset. Teoksessa Tapanainen, J., Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hakala S. & Vesa, J. 2013. Verkkokeskustelu ja sisällön erittely. Kirjassa Laaksonen, S., Matikainen, J. & Tikka, M. (toim.) Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Tampere: Vastapaino, 216-244.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Isomäki H., Lappi T-R. & Silvennoinen J. 2013. Verkon etnografinen tutkimus. Kirjassa Laaksonen, S., Matikainen, J. & Tikka, M. (toim.) Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Tampere: Vastapaino, 150-169.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Laaksonen, S. & Matikainen, J. 2013. Tutkimuskohteena vuorovaikutus ja keskustelu verkossa. Kirjassa Laaksonen, S., Matikainen, J. & Tikka, M. (toim.) Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Tampere: Vastapaino, 196-215.

Laaksonen, S., Matikainen, J. & Tikka, M. 2013. Tutkimusotteita verkossa. Kirjassa Laaksonen, S., Matikainen, J. & Tikka, M. (toim.) Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Tampere: Vastapaino, 9-33.

Massey, D. 2008. Samanaikainen tila. Toim. Lehtonen M., Rantanen, P. & Valkonen, J. Tampere: Vastapaino.

Mäkikallio, K. 2019. Äidin ja sikiön raskaudenaikaiset toimenpiteet/Rakenneultraäänikuvaus. Teoksessa Tapanainen, J., Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Paananen, U. K. 2015. Kätiötyön historia. Kirjassa Raussi-Lehto, E., Rusanen, S., Laajasalo, S., Paananen, U. K., Pietiläinen, S. & Äimälä, A. (toim.). Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Palomäki, O. 2019. Äitiyshuolto. Teoksessa Tapanainen, J., Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015. Raskauden seuranta äitiysneuvolassa. Kirjassa Raussi-Lehto, E., Rusanen, S., Laajasalo, S., Paananen, U. K., Pietiläinen, S. & Äimälä, A. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Rahkonen L. & Heinonen S. Synnytyksen käynnistäminen. Teoksessa Tapanainen, J., Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Rantanen, M. 2016. Tunnelmamuotoilu. Helsinki: Talentum Pro.

Raussi-Lehto, E. 2015a. Syntymän hoidon tarve. Kirjassa Raussi-Lehto, E., Rusanen, S., Laajasalo, S., Paananen, U. K., Pietiläinen, S. & Äimälä, A. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Raussi-Lehto, E. 2015b. Syntymän hoidon arviointi. Kirjassa Raussi-Lehto, E., Rusanen, S., Laajasalo, S., Paananen, U. K., Pietiläinen, S. & Äimälä, A. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Raussi-Lehto, E. & Jouhki, M-R. 2015. Lyhytjälkihoitoinen synnytys. Kirjassa Raussi-Lehto, E., Rusanen, S., Laajasalo, S., Paananen, U. K., Pietiläinen, S. & Äimälä, A. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita

Rautaparta, M. 2010. Raskaus, synnytys, äitiys: äidiksi omaa kehoa kuunnellen. Helsinki: WSOY.

Rouhe H. & Saisto T. 2019. Synnytyspelko. Teoksessa Tapanainen, J., Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M. E. & Schneider, J. 2018a. This is service design doing: Applying service design thinking in the real world : a practitioner's handbook. First Edition. Sebastopol, CA: O'Reilly Media, Inc.

Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., Schneider, J. 2018b. This is service design methods: a companion to this is service design doing. Sebastopol, CA: O'Reilly Media, Inc.

Tikkanen, M. & Tekay, A. 2019. Normaali synnytys. Teoksessa Tapanainen, J., Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Timonen, S. 2019. Yliaikainen raskaus. Teoksessa Tapanainen, J., Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 6., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Turtiainen R. & Östman S. 2013. Verkkotutkimuksen eettiset haasteet: Armi ja anoreksia. Kirjassa Laaksonen, S., Matikainen, J. & Tikka, M. (toim.) Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Tampere: Vastapaino, 49-67.

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Helsinki: Talentum Pro. Talentum Media Oy.

Uotila, J. 2015. Riskisynnyttäjä. Kirjassa Raussi-Lehto, E., Rusanen, S., Laajasalo, S., Paananen, U. K., Pietiläinen, S. & Äimälä, A. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Vilkkä, M. 1996. Esipuhe. Teoksessa Vilkkä M. (toim.) Kohtaaminen taitona: Dialogisuus ihmistutkimuksen lähtökohtana ja menetelmänä. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu.

Äimälä, A-M. 2015. Pitkittänyt synnytys ja häiriöt synnytyksen etenemisessä; Avautumisvaiheen häiriöt. Kirjassa Raussi-Lehto, E., Rusanen, S., Laajasalo, S., Paananen, U. K., Pietiläinen, S. & Äimälä, A. (toim.) Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

#### Sähköiset

Adler, K., Rahkonen, L. & Kruit, H. 2020. Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20 (1), 1-7. doi:10.1186/s12884-020-03106-4

Alhopuro, S. 2010. Ennovaatiot Suomen terveydenhuollossa. Kettunen, J. & Meristö, T. (toim.) Kirjassa Seitsemän tarinaa ennovaatiosta: Rohkea uudistaa ennakoiden. Teknologiateollisuuden julkaisu 2/2010. E-kirja. Helsinki 2010: Teknologainfo Teknova Oy.



Bell, A. F., Erickson, E. N. & Carter, C. S. 2014. Beyond labor: The role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of midwifery & women's health*, 59 (1), 35-42. doi:10.1111/jmwh.12101

Betti, L. & Manica, A. 2018. Human variation in the shape of the birth canal is significant and geographically structured. *Proceedings. Biological sciences*, 285 (1889). doi:10.1098/rspb.2018.1807

Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R. & Cuthbert, A. 2017. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 7 (7). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6

Bossano, C. M., Townsend, K. M., Walton, A. C., Blomquist, J. L. & Handa, V. L. 2017. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217 (3), 342.e1-342.e8. doi:10.1016/j.ajog.2017.04.027

Buckley, S. 2015. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of Perinatal Education*, 24 (3), 145-153. doi:10.1891/1058-1243.24.3.145

Caughey, A. B., Sundaram, V., Kaimal, A. J., Cheng, Y. W., Gienger, A., Little, S. E., Lee, J. F., Wong, L., Shaffer, B. L., Tran, S.H., Padula, A., McDonald, K.M., Long, E.F., Owens, D.K. Bravata, D. M. 2009. Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor. *Julkaisussa Evidence report/technology assessment*, 3/2009 (76), 1-257.

Crosby, D. A., O'Reilly, C., Mchale, H., Mcauliffe, F. M. & Mahony, R. 2018. A prospective pilot study of Dilapan-S compared with Propess for induction of labour at 41+ weeks in nulliparous pregnancy. *Irish journal of medical science*, 187 (3), 693-699. doi:10.1007/s11845-017-1731-8

Davies-Tuck, M., Wallace, E. M. & Homer, C. S. 2018. Why ARRIVE should not thrive in Australia. *Women and Birth*, 31 (5), 339-340. doi:10.1016/j.wombi.2018.08.168

Dekker, R. & Bertone, A. 2019. The Evidence on: Due Dates. *Evidence Based Birth. Evidence that Empowers*. Verkkodokumentti. Luettu 1.8.2020.

[https://evidencebasedbirth.com/evidence-on-due-dates/?fbclid=IwAR0junXVJuhUFluof00KFA5hHY\\_aaZxBdfc9Rbm0\\_Nh7MXay16c-6Wmj178](https://evidencebasedbirth.com/evidence-on-due-dates/?fbclid=IwAR0junXVJuhUFluof00KFA5hHY_aaZxBdfc9Rbm0_Nh7MXay16c-6Wmj178)

Design Council 2020. What is the framework for innovation? Design Council's evolved Double Diamond. Luettu 20.5.2020. <https://www.designcouncil.org.uk/news-opinion/what-framework-innovation-design-councils-evolved-double-diamond?fbclid=IwAR0lpEkVYk3OaMt3ATOCmruu835BDInYgHEsezVGg9CBhf6lvUUaZ02DzFE>

Dunsworth, H., Warrener, A., Deacon, T., Ellison, P. & Pontzer, H. 2012. Metabolic hypothesis for human altriciality. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 (38), 15212. doi:10.1073/pnas.1205282109

ETENE 2002. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Verkkodokumentti. Luettu 3.5.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225746>

Erkkilä, K. Empatiakartta. Sivistystoimen työkalupakki palvelumuotoiluun. Verkkopublication. Espoo. Luettu 5.12.2020. [https://www3.uef.fi/documents/10975/1474731/Sivistystoimen\\_tyokalupakki\\_palvelumuotoiluun2.pdf/c08f8051-8400-4da7-ad7e-692ff4cd0acd](https://www3.uef.fi/documents/10975/1474731/Sivistystoimen_tyokalupakki_palvelumuotoiluun2.pdf/c08f8051-8400-4da7-ad7e-692ff4cd0acd)

Gatward, H., Simpson, M., Woodhart, L. & Stainton, M. C. 2010. Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 23 (1), 3-9. doi:10.1016/j.wombi.2009.06.002

Gibson, K. S., Waters, T. P. & Bailit, J. L. 2014. Maternal and neonatal outcomes in electively induced low-risk term pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211 (3), 249.e1-249.e16. doi:10.1016/j.ajog.2014.03.016

Goer, H. 2018. Parsing the ARRIVE Trial: Should First-Time Parents Be Routinely Induced at 39 Weeks? Lamaze International. Connecting the Dots. Research and resources for perinatal professionals. Verkkodokumentti. Julkaistu 14.8.2018. <https://www.lamaze.org/Connecting-the-Dots/parsing-the-arrive-trial-should-first-time-parents-be-routinely-induced-at-39-weeks>

Goer, H. 2020. Research Review: Is Routine Induction at 41 weeks Better Than Expectant Management until 42 Weeks? Connecting the Dots. Research and resources for perinatal professionals. Lamaze International. Verkkodokumentti. Julkaistu 23.1.2020. [https://www.lamaze.org/Connecting-the-Dots/Post/research-review-is-routine-induction-at-41-weeks-better-than-expectant-management-until-42-weeks-1?fbclid=IwAR0OfqsYeO3-g7d0SUnmKTUuw\\_YNge7INI8J\\_kpcJ8vx1ypKO5awvIAI9U](https://www.lamaze.org/Connecting-the-Dots/Post/research-review-is-routine-induction-at-41-weeks-better-than-expectant-management-until-42-weeks-1?fbclid=IwAR0OfqsYeO3-g7d0SUnmKTUuw_YNge7INI8J_kpcJ8vx1ypKO5awvIAI9U)

Grobman, W. A., Bailit, J., Lai, Y., Reddy, U. M., Wapner, R. J., Varner, M. W., Thorp, J. M., Leveno, K.J., Caritis, S.N., Prasad, M., Tita, A.T.N., Saade, G., Sorokin, Y., Rouse, D. J., Blackwell, S. C., Tolosa, J. E. Mallett, G., Ramos-Brinson, M., Roy, A., Stein, L. 2018a. Defining failed induction of labor. American journal of obstetrics and gynecology, 218 (1), 122.e1-122.e8. doi:10.1016/j.ajog.2017.11.556

Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E. A., El-Sayed, Y. Y., Perez-Delboy, A., Rouse, D. J., Saade, G. R., Boggess, K.A., Chauhan, S. P., Iams, J. D., Chien, E. K., Casey, B., M., Gibbs, R.S., Srinivas, S.K., Swamy G.K. 2018b. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. The New England journal of medicine, 379 (6), 513-523. doi:10.1056/NEJMoa1800566

Haapio, S. 2017. Synnytysvalmennus kättilötyön interventiona - Ensisynnyttäjien valmennuskokemukset ja valmennuksen vaikuttavuus. Akateeminen väitös. Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0378-5>

Hersh, R., Skeith, E., Sargent, A., Caughey, B. & . 2019. Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation Versus Expectant Management for Low-Risk Nulliparous Women: A Cost-Effectiveness Analysis. Obstetrical & Gynecological Survey, 74 (11), 633-635. doi:10.1097/01.ogx.0000604488.51598.c8

Hodnett, E. D. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American journal of obstetrics and gynecology, 186 (5), S160-S172. doi:10.1016/S0002-9378(02)70189-0

Howspace. 2020. Verkkodokumentti. Luettu 18.11.2020. <https://www.howspace.com/fi/>

HUS 2020a. Arvot ja strategia. HUS-tietoa. Hallinto ja päätöksenteko. Hallinto. Strategia. Verkkodokumentti. Luettu 10.9.2020. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Sivut/default.aspx>

HUS 2020b. Museotoimikunta. Tulossa: Sairaanhoidtajien ja kättilöiden vuosi 2020 -näyttely. Verkkodokumentti. Viitattu 25.9.2020. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/toimielimet/museotoimikunta/Sivut/Florence-Nightingale-juhlavuosi.aspx>

HUS 2020c. Potilaalle. Hoidot ja tutkimukset. Raskausajan vastaanotot. Verkkodokumentti. Luettu 9.6.2020. <https://www.hus.fi/hoidot-ja-tutkimukset/raskausajan-vastaanotot>

Innokylä 2020. Empatiakartta. Työkalut. Suunnittelu ja visiointi. Verkkojulkaisu. Luettu 8.6.2020. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/empatiakartta>

Jukic, A. M., Baird, D. D., Weinberg, C. R., McConnaughey, D. R. & Wilcox, A. J. 2013. Length of human pregnancy and contributors to its natural variation. *Human reproduction* (Oxford, England), 28 (10), 2848-2855. doi:10.1093/humrep/det297

Jämsén, E. 2020. Synnyttäjät kertovat huonosta kohtelusta ja hoitajien kiireestä Naistenklinikalla - Jatkuvan muuttorumban keskellä työskentelee kokemattomia kättilöitä. Yle. Uutiset. Naistenklinikka (HUS). Verkkodokumentti. Julkaistu 3.2.2020. Luettu 3.2.2020. [https://yle.fi/uutiset/3-11158051?utm\\_campaign=yleuutiset&utm\\_source=whatsapp-share&utm\\_medium=social&fbclid=IwAR04iyUe2PgWGcx7B9C3WK8IP28i3l08ZemfRnJdHE5Pw\\_s tLcqqRLMGF2Q](https://yle.fi/uutiset/3-11158051?utm_campaign=yleuutiset&utm_source=whatsapp-share&utm_medium=social&fbclid=IwAR04iyUe2PgWGcx7B9C3WK8IP28i3l08ZemfRnJdHE5Pw_s tLcqqRLMGF2Q)

Kaimal, A. J., Little, S. E., Odibo, A. O., Stamilio, D. M., Grobman, W. A., Long, E. F., Owens, D.K., Caughey, A. B. 2011. Cost-effectiveness of elective induction of labor at 41 weeks in nulliparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204 (2), 137.e1-137.e9. doi:10.1016/j.ajog.2010.08.012

Kaisa Kuurne 2020. Etusivu. Helsingin yliopisto. Verkkodokumentti. Luettu 7.12.2020. <https://blogs.helsinki.fi/kkuurne/>

Karppinen, K. Äitien ja vauvojen turvallisuus on kättilöiden mukaan vaarassa Oulun yliopistollisen sairaalan osastolla - sairaala kiistää jyrkästi. Yle. Uutiset. Potilasturvallisuus. Verkkodokumentti. Julkaistu 15.2.2020. Luettu 15.2.2020. [https://yle.fi/uutiset/3-11209961?fbclid=IwAROGHsELH6h1\\_dy7lv7KRZBg3OLop85--2mUhDhAKTe43cJtJk23QhJkeV4](https://yle.fi/uutiset/3-11209961?fbclid=IwAROGHsELH6h1_dy7lv7KRZBg3OLop85--2mUhDhAKTe43cJtJk23QhJkeV4)

Kettunen, N. 2019. Kuusi vauvaa kuoli, Ruotsissa jouduttiin keskeyttämään yliaikaisen raskauden riskejä selvittävä tutkimus. Helsingin sanomat. Tiede. Julkaistu 29.10.2019. <https://www.hs.fi/tiede/art-2000006289743.html>

Keulen, J. K., Bruinsma, A., Kortekaas, J. C., Van Dillen, J., Bossuyt, P. M., Oudijk, M. A., Duijnhoven, R., van Kaam, A. Vandenbussche, F., & Mol, B. 2019. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): Multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2/2019 (364), l344. doi:10.1136/bmj.l344

Kosonen, L. 2019. ”Kiireessä synnyttäjä voi tuntua viholliselta”. Naisasiatoimisto Kaartamo & Tapanainen. Podcast. Areena audio. Yleisradio.

Kroll-Desrosiers, A.R., Nephew, B.C., Babb, J.A., Guilarte-Walker, Y., Moore S., Tiffany, A. & Deligiannidis K.M. 2017. Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. *Depression Anxiety* 2017; 34 (2), 137-146. doi:10.1002/da.22599

Kruit, H. 2016. Synnytyksen käynnistäminen balonki-menetelmällä. Tietysti.fi. Nyt pinnalla. Verkkodokumentti. Luettu 23.10.2020. <https://www.aka.fi/tietysti/terveys/nyt-pinnalla1/synnytyksen-kaynnistaminen-balonki-menetelmalla/#f8ef4c91>

Kruit H., Nuutila M. & Rahkonen L. 2016. Synnytyksen käynnistäminen täysiaikaisessa raskaudessa. Suomen Lääkärilehti 2016; (12), 25-32.

Köngäs, P. 2017. Kuolleina syntyneiden määrä saatu pohjalukemiin Suomessa, mutta kaikkia ei voida estää - "Aina selitystä ei vain löydy". Yle uutiset. Verkkodokumentti. Luettu 3.5.2020. <https://yle.fi/uutiset/3-9807758>

Laurea 2020. Tutustu uusimpaan Kehittäjä-lehteen. Verkkodokumentti. Julkaistu 15.10.2020. Luettu 7.12.2020. <https://www.laurea.fi/ajankohtaista/uutiset/lue-uusi-kehittaja-lehti/>

Liu, X., Helenius, D., Skotte, L., Beaumont, R. N., Wielscher, M., Geller, F., & Bedell. 2019. Variants in the fetal genome near pro-inflammatory cytokine genes on 2q13 associate with gestational duration. Nature Communications, 10 (1), 1-13. doi:10.1038/s41467-019-11881-8

Lothian J. 2007. Listening to Mothers II: Knowledge, Decision-Making and Attendance at Childbirth Education Classes. Journal of Perinatal Education, 16 (4), 62-67. doi:10.1624/105812407X244723.

Macones, G. A. 2011. Johdanto. Artikkelissa Macones, G. A., Cahill, A., Goetzinger, K. & Trudell, A. 2011. Discussion: 'Cost-effectiveness of induced labor' by Kaimal et al. American journal of obstetrics and gynecology, 204 (2), e1-e3. doi:10.1016/j.ajog.2010.12.016

Metropolia 2020. Opetussuunnitelmat. Kätilötyö. Syksy 2020. Verkkodokumentti. Luettu 1.8.2020. <https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88094/fi/70307/SXL20S1/year/2020>

Morris, R. K., Meller, C. H., Tamblyn, J., Malin, G. M., Riley, R. D., Kilby, M. D., Robson S.C., Khan, K. S. 2014. Association and prediction of amniotic fluid measurements for adverse pregnancy outcome: Systematic review and meta-analysis. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 121 (6), 686-99. doi:10.1111/1471-0528.12589

Morris, T. & Mcinerney, K. 2010. Media representations of pregnancy and childbirth: An analysis of reality television programs in the United States. Julkaisussa Birth (Berkeley, Calif.), 37 (2), 134-40. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00393.x

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus: Dialoginen asiakastyö. Edita. E-kirja.

Naistalo.fi 2019. Terveysylä. Palvelut. HUS Naistentaudit ja synnytykset. Ajankohtaiset tutkimukset. Odotatko ensimmäistä lastasi?. Verkkodokumentti. Luettu 23.10.2020.

<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/palvelut/hus-naistentaudit-ja-synnytykset/ajankohtaiset-tutkimukset/odotatko-ensimm%C3%A4ist%C3%A4-lastasi>

Naistenklinikka 2020. HUS. Potilaalle. Sairaalat ja toimipisteet. Verkkodokumentti. Luettu 13.12.2020. <https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/naistenklinikka>

Oster, C., Adelson, P. L., Wilkinson, C. & Turnbull, D. 2011. Inpatient versus outpatient cervical priming for induction of labour: Therapeutic landscapes and women's preferences. *Health & place*, 17 (1), 379-385. doi:10.1016/j.healthplace.2010.12.001

Panelius, E., Heikinheimo, O. & Rahkonen, L. 2012. Foley catheter versus intravaginal misoprostol for labour induction. *Duodecim; Lääketieteellinen aikakauskirja*, 128 (20), 2093-102.

Peters, L. L., Thornton, C., De Jonge, A., Khashan, A., Tracy, M., Downe, S., Feijen-De J., Esther I. & Dahlen, H. G. 2018. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Julkaisussa: Birth (Berkeley, Calif.)*, 45 (4), 347-357. doi:10.1111/birt.12348

Phillippe, M. 2014. Cell-free fetal DNA--a trigger for parturition. *The New England journal of medicine*, 370 (26), 2534-6. doi:10.1056/NEJMcibr1404324

Phillippe, M. 2015. Cell-Free Fetal DNA, Telomeres, and the Spontaneous Onset of Parturition. *Reproductive Sciences*, 22 (10), 1186-1201. doi:10.1177/1933719115592714

Pienimaa, A-K. 2014. Valtakunnallinen kättilön osaamisen kuvaus (pdf). Päivitetty 23.2.2014. Verkkodokumentti. <https://www.metropolia.fi/sites/default/files/documents/Tutkinto-ohjelmat/katilon-ammattillisen-osaamisen-kuvaus.pdf>

Pyykönen, A., Tapper, A., Gissler, M., Haukka, J., Petäjä, J. & Lehtonen, L. 2018. Propensity score method for analyzing the effect of labor induction in prolonged pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 97 (4), 445-453. doi:10.1111/aogs.13214

Rouhe H. & Saisto, T. 2013. Synnytyspelko. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 129 (5), 521-7. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 8.8.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10849>

Roberts, J. & Walsh, D. 2019. "Babies come when they are ready": Women's experiences of resisting the medicalisation of prolonged pregnancy. *Feminism & psychology*, 29 (1), 40-57. doi:10.1177/0959353518799386

- Rydahl, E., Eriksen, L. & Juhl, M. 2019. Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: A systematic review. *Jbi Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17 (2), 170-208. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003587
- Rydahl, E., Declercq, E., Juhl, M. & Maimburg, R. D. 2019. Routine induction in late-term pregnancies: Follow-up of a Danish induction of labour paradigm. *BMJ open*, 9 (12), e032815. doi:10.1136/bmjopen-2019-032815
- Saccone, G., Ciardulli, A., Baxter, J., Quinones, J., Diven, L., Pinar, B., Maruotti, GM., Martinelli, P., Berghella, V. 2017. Discontinuing Oxytocin Infusion in the Active Phase of Labor A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics And Gynecology*, 130 (5), 1090-1096. doi:10.1097/AOG.0000000000002325
- Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Peters, L. L., Goodarzi, B., Bekker, M., Prins, M., Stapert, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Franx, A., de Jonge, A. 2020. Which level of risk justifies routine induction of labor for healthy women? *Sexual & reproductive healthcare*, 23. doi:10.1016/j.srhc.2019.100479
- Siivola, M. 2020. Suomeen normaalisyntyyksen hoitopolku (HS). Doules. Kommentoi / Synnytyksen ABC blogi. Verkkodokumentti. Luettu 8.12.2020.
- Stoll, K. & Hall, W. 2013. Vicarious Birth Experiences and Childbirth Fear: Does It Matter How Young Canadian Women Learn About Birth? *The Journal of Perinatal Education*, 22 (4), 226-233. doi:10.1891/1058-1243.22.4.226
- Stickdorn, M. & Schneider, J. 2012. *This Is Service Design Thinking : Basics-Tools-Cases*. Lanham: BIS Publishers. E-kirja.
- Stickdorn, Lawrence, Hormess & Schneider 2020. *Autoethnography. Self-Ethnographic Approach*. Chapter 5 Research. Verkkodokumentti. Luettu 1.9.2020. <https://www.thisisservicedesigndoing.com/methods/autoethnography>
- Suomen virallinen tilasto 2019. Väestön ennakkotilasto. Verkkojulkaisu. Joulukuu 2019. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 8.12.2020. [Http://www.stat.fi/til/vamuu/2019/12/vamuu\\_2019\\_12\\_2020-01-23\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vamuu/2019/12/vamuu_2019_12_2020-01-23_tie_001_fi.html)
- SYKE 2020. SYNNYTYKSEN KÄYNNISTÄMINEN. SYKE. Monikeskustutkimus. Verkkojulkaisu. Luettu 22.4.2020. <https://www.sykeinfo.fi/>
- Synnytyksen käynnistäminen 2020. Terveyskylä.fi. Naistalo.fi. Raskaus ja synnytys. Verkkojulkaisu. Päivitetty 22.10.2019. Luettu 22.4.2020.

<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/synnytys/synnytyksen-k%C3%A4ynnist%C3%A4minen>

Syntyvyys 2020. Tilastokeskus. Tuotteet ja palvelut. Maahanmuuttajat ja kotoutuminen. Perheet. Verkkodokumentti. Luettu 12.12.2020.

<http://tilastokeskus.fi/tup/maahanmuutto/perheet/syntyvyys.html>

THL 2017. Syntyneiden lasten rekisteri Syntymärekisterin tietosisällön uudistus 2017 - Tiedonkeruuohjeistus. Verkkodokumentti. Luettu 12.8.2020.

<https://thl.fi/documents/10531/2782837/Syntymarekisterin+tiedonkeruuohjeet+2017.pdf/6a55c21a-e861-407e-9443-b96553b89c59>

THL 2020. Thl.fi. Tilastot ja data. Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet - Ennakkotiedot 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Luettu 12.8.2020.

[https://thl.fi/documents/10531/2782837/Syntymarekisterin\\_ennakkotiedot\\_2019.pdf/abb25d7f-298d-23d1-cbcf-fd9a35ebc5b9?t=1593751461230](https://thl.fi/documents/10531/2782837/Syntymarekisterin_ennakkotiedot_2019.pdf/abb25d7f-298d-23d1-cbcf-fd9a35ebc5b9?t=1593751461230)

Tiitinen, A. 2019. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkojulkaisu. Kirjoitettu 1.11.2019. Luettu 22.4.2020.

Tiitinen, A. 2020. Synnytyksen käynnistäminen. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Kirjoitettu 1.10.2020. Luettu 10.12.2020.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01136](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01136)

Tilastokirjasto 2020. Äidit tilastoissa 2020. Tilastokeskus. Palvelut ja tuotteet. Tilastokirjasto ja tietopalvelu. Poimintoja tilastovuodesta. Sähköinen dokumentti. Luettu 4.9.2020.

[http://www.stat.fi/tup/tilastokirjasto/aidit\\_tilastoissa\\_2020.html#:~:text=Naisten%20ik%C3%A4%20ensimm%C3%A4isen%20lapsen%20syntyess%C3%A4,%C3%A4ideille%20syntyi%20yhteens%C3%A4%20160%20lasta](http://www.stat.fi/tup/tilastokirjasto/aidit_tilastoissa_2020.html#:~:text=Naisten%20ik%C3%A4%20ensimm%C3%A4isen%20lapsen%20syntyess%C3%A4,%C3%A4ideille%20syntyi%20yhteens%C3%A4%20160%20lasta)

Timonen, S. 2015. Yliaikaisen raskauden hoito Suomessa - milloin raskaus on kestänyt liian kauan? Pääkirjoitus. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 131 (11), 1017-8. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 8.12.2020.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo12291>

Tolonen, A. 2016. 15 Tapaa luoda ideoita. Blogi. Blink Helsinki. Julkaistu 24.10.2016. Luettu 5.12.2020. <https://www.blinkhelsinki.fi/blogi/15-tapaa-luoda-ideoita>

Uvnas-Moberg, K., Ekstrom-Bergstrom, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kotlowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Magistretti, CM., Downe, S., Lindstrom, B. & Dencker, A. 2019. Maternal plasma levels of oxytocin during physiological



childbirth - a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. Julkaisussa: BMC Pregnancy And Childbirth, 19 (1). doi:10.1186/s12884-019-2365-9

Wennerholm, U-B; Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Wendel, Sophia B., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., Wikström, A-K., Elden, Stephansson, H., Hagberg, O. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. British Medical Journal BMJ. British Medical Journal, 2019 (367). doi:10.1136/bmj.l6131

WHO 2018. Making childbirth a positive experience. WHO. Programmes. Sexual and reproductive health. Verkkodokumentti. Julkaistu 15.2.2018. Luettu 16.10.2020.  
<https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>

Julkaisemattomat

Heino, A. Synnytystilastojen asiantuntija. THL. Sähköpostikeskustelu 12.8.2020.

Kuurne, K. Vastuullinen tutkija. Suomalaisen synnytyskulttuurin murros -hanke. Helsingin yliopisto. Tutkimustiedote. Facebook.

Suomalaisen synnytyskulttuurin murros. Ryhmä Facebookissa.

Stickdorn, M. 2020. Puheenvuoro. Vierailtava luennoitsija. Laurea-ammattikorkeakoulu. 30.1.2020. Espoo.

## Kuviot

Kuvio 1: Palvelumuotoiluprosessin suunnitelma ja prosessissa käytetyt menetelmät (mukaillen Design Councilin 2020 tuplatimantti mallia) .....	14
Kuvio 2: Palvelumuotoiluprosessin todellinen kulku .....	15

## Kuvat

Kuva 1: Henna, Luna, Mari ja Petra, synnyttäjäpersoonien havainnollistaminen .....	58
Kuva 2: Yksityiskohta Petran polusta .....	60
Kuva 3: Kuvakaappaus Howspace-alustasta. ....	62
Kuva 4: Verkkoalustalla äänestettyjen ideoiden parhaimmisto .....	63
Kuva 5: Tämänhetkistä synnytyksen käynnistämistä kuvaava tunnelmataulu.....	67
Kuva 6: Käynnistetyn synnytyksen tulevaisuustaulu.....	68

## Liitteet

Liite 1: Opinnäytetyöntekijän kirjoituskutsu .....	92
Liite 2: Haastattelun tiedotus- ja suostumuslomake .....	93
Liite 3: Haastattelun runko .....	94
Liite 4: Yhteiskehittämiseen osallistujan tiedotuslomake.....	95
Liite 5: Synnyttäjän empatiakartta .....	96
Liite 6: Täytettävä persoonakortti .....	97
Liite 7: Hybridipolku .....	98
Liite 8: Ammattilaisten empatiakartta .....	99
Liite 9: Hankkeen kirjoituskutsu .....	100

## Liite 1: Opinnäytetyöntekijän kirjoituskutsu

Osallistu yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen ja palvelumuotoiluprosessiin!

Hei, olen Iiramaaria Virkkala, 35-vuotias palvelumuotoiluopiskelija Laurea Ammattikorkeakoulun YAMK -ohjelmasta. Aiemmalta koulutukseltani olen toimintaterapeutti (AMK). Olen tekemässä opinnäytteeni ”Kamppailu synnytyksestä – Suomalaisen synnytyskulttuurin murros” -hankkeeseen, liittyen käynnistettyihin synnytyksiin. Työelämämentorinani tutkimushankkeen puolesta toimii Sari Haapio ja ohjaajanani Laureasta Satu Vuorela. Osa-aineistona opinnäytteessäni käytän hankkeen keräämiä synnytykertomuksia käynnistysten osalta.

Palvelumuotoilulla (Service Design) tarkoitetaan palvelujen innovointia, kehittämistä ja suunnittelua muotoilun menetelmiä hyödyntäen. Palvelumuotoilu lähtee asiakkaan inhimillisen toiminnan, tarpeiden, tunteiden, toiveiden ja unelmien kokonaisvaltaisesta ymmärtämisestä. Tämän ymmärryksen pohjalta voidaan luoda uusia konkreettisia palveluinnovaatioita, jotka tuottavat arvoa asiakkaille. Palvelumuotoilun peruseriaatteita ovat mm. ihmiskeskeisyys, luovuus, iteratiivisuus, ennakoimattomuus, oivaltavuus, rohkeus ja holistisuus. Palvelumuotoilukehittämisen lähestymistapa on organisaation ulkopuolelta sisäänpäin. Palvelumuotoilussa käytetään paljon erilaisia menetelmiä ja panostetaan yhteiskehittämiseen.

Teen opinnäytetyönäni palvelumuotoiluprosessin, joka kohdistuu synnytysten käynnistykseen ja aikomuksenani on suorittaa prosessi aidossa työelämäkontekstissa. Opinnäytteeni tavoitteita on käynnistettyjen synnytysten asiakaskokemuksen näkyväksi tekeminen ja sen parantaminen, tilaan liittyvien toiveiden/tarpeiden kartoittaminen sekä käynnistettyjen synnytysten mallintaminen.

Näin ollen voit tarinassasi kertoa seuraavia asioita: milloin ja miksi synnytyksesi päätettiin käynnistää, sekä millä menetelmällä käynnistyksesi tapahtui. Valmistauduitko etukäteen käynnistykseen/synnytykseen ja miten. Millaista informaatiota sait puolestaan käynnistyksestä sitä ennen ja sen aikana? Entä millaisena koit tilan, jossa käynnistys/odottaminen/synnytyksen jatko tapahtui? Millaisena koit vuorovaikutuksen osastoilla ja henkilökunnan toiminnan? Kerro myös, miten synnytyksesi eteni, sekä siitä, mikä käynnistyksessä/synnytyksessä oli hyvää ja toi turvaa sinulle. Kerrothan myös, mikä ei mahdollisesti tukenut hyvää kokemusta tai minkä olisit toivonut menneen toisin. Voit kertoa synnytyksestäsi myös täysin vapaasti ja lisätä tarinaasi kuvailua esim. synnytyksen jälkeisestä ajasta. Tarkoituksena on saada tietoa mahdollisimman erilaisista kokemuksista ja kaikenlaiset tarinat ovat arvokkaita!

Jaa synnytystarinasi käynnistetyistä synnytyksestä lähettämällä se sähköpostilla osoitteeseen: [kamppailusynnytyksesta@gmail.com](mailto:kamppailusynnytyksesta@gmail.com)

Käytännön ohjeet, merkitse kirjoitukseesi seuraavat taustatiedot heti dokumentin alkuun:

Nimi ja yhteystiedot

Koettu sukupuoli ja rooli (synnyttävä/puoliso/mikä muu)

Ikä

Asuinpaikka

Synnytyspaikka ja -vuosi

Synnytystapa

Perhemuoto ja lasten lukumäärä

Mahdollisen parisuhteen muoto ja kesto

Koulutus ja ammatti

Kuulutko sukupuoli-, seksuaali- tai perhevähemmistöön?

Annoitko synnytykokemuksesta VAS-asteikon mukaisen arvosanan (1-10), jos niin minkä (voit merkitä sulkuihin lyhyen arvion kokemuksesta nykyhetkestä katsottuna)?

Lisääthän kirjoitukseesi myös tiedon, jos olet kiinnostunut osallistumaan opinnäytetyöprosessiini jatkossa, eli kehittämistyöpajaan syksyllä 2020 tai palvelumuotoiluprosessista syntyneen tuotoksen arviointiin.

Kirjoittajien nimet tulevat tietoon vain hankkeen tutkijoille, ja heitä koskee vaitiolovelvollisuus. Yhteystiedot pyydetään mahdollisen lisätietojen tarpeen vuoksi. Voit halutessasi lähettää tarinasi myös ilman nimeä ja yhteystietoja. Saatua aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja kaikki tarinat anonymisoidaan. Tarinoita käytetään tähän opinnäytteeseen sekä tutkimusryhmän muuhun tutkimukseen ja kaikki lähetetyt tarinat jäävät koko tutkimushankkeen käyttöön sen toteutuksen (2020-2023) ajaksi.

Liite 2: Haastattelun tiedotus- ja suostumuslomake

Hei!

Olen Iiramaria Virkkala ja opiskelen Laurea-ammattikorkeakoulussa palvelumuotoilijaksi (YAMK). Olen tekemässä opinnäytetyötä aiheesta ”Synnytyksen käynnistämisen kehittäminen – tilallisia ratkaisuja Naistenklinikalle”. Opinnäytetyö on osa ”Kamppailu synnytyksestä – Suomalaisen synnytyskulttuurin murros” - tutkimushanketta.

Opinnäytetyönäni toteutan palvelumuotoiluprosessin, joka kohdistuu synnytysten käynnistykseen. Opinnäytteeni tavoitteita on käynnistettyjen synnytysten asiakaskokemuksen näkyväksi tekeminen ja sen parantaminen, tilaan liittyvien toiveiden/tarpeiden kartoittaminen sekä käynnistettyjen synnytysten mallintaminen. Tarkoitukseni on kerätä aineistoa myös haastattelemalla Naistenklinikan henkilökuntaa.

Haastattelun arvioitu kesto on noin 30–45 minuuttia. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Voit keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa tai kieltäytyä vastaamasta sinulle esitettyyn kysymykseen. Haastattelut toteutetaan syksyn 2020 aikana.

Aineiston määrästä ja analysointitavasta johtuen haastattelu nauhoitetaan. Nauhoitettu aineisto käännetään tekstimuotoon ja analysoidaan. Aineiston käsittelyssä kaikki haastatteluissa esiintyvät tunnistetiedot, kuten esimerkiksi haastateltavien tai muiden henkilöiden, aseman tai osastojen nimet poistetaan. Kun aineistoa ei enää tarvita, se tuhotaan asianmukaisesti. Tutkimustulosten julkaisu tapahtuu siten, ettei ketään yksittäistä henkilöä voi niistä tunnistaa. Antamasi tiedot ovat luottamuksellisia ja niitä ei käytetä muuhun, kuin tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Mikäli sinulla herää kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, voit missä vaiheessa tahansa ottaa yhteyttä minuun lisätietojen merkeissä.

Iiramaria Virkkala

Palvelumuotoiluopiskelija (MYA319SJ)

iiramaria.virkkala@student.laurea.fi

Suostun osallistumaan haastatteluun:

---



---

Nimenselvennys, aika ja paikka

### Liite 3: Haastattelun runko

Esittelisitkö itsesi ja mitä teet työksesi?

Kertoisitko työhistoriastasi?

Missä vaiheessa käynnistystä olet mukana?

Miten synnytyksen käynnistys arvioidaan?

Miksi synnytysten käynnistykset ovat lisääntyneet merkittävästi viimeisen 20 vuoden aikana?

Miten käynnistettyyn synnytykseen tulevia informoidaan käynnistyksistä (sen eri vaiheissa)?

Miten käynnistykset huomioidaan synnytysvalmennuksissa?

Kauan käynnistysvastaanotto kestää?

Mitä erityispiirteitä käynnistettyihin synnytyksiin liittyy ja miten ne huomioidaan?

Miten ja missä vaiheessa synnyttäjälle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma?

Miten käynnistysten synnytyskokemusten VAS:it vertautuvat spontaanisti käynnistyneisiin synnytyksiin?

Miten kuvailisit synnyttäjän kivun kokemusta suhteessa käynnistettyihin synnytyksiin?

Oletko kiinnostunut osallistumaan opinnäytetyön jatkokehittämiseen?

#### Liite 4: Yhteiskehittämiseen osallistujan tiedotuslomake

Hei!

Olen Iiramaaria Virkkala ja opiskelen Laurea-ammattikorkeakoulussa palvelumuotoilijaksi (YAMK). Olen tekemässä opinnäytetyötä aiheesta ”Synnytyksen käynnistämisen kehittäminen”. Opinnäytetyö on osa ”Kamppailu synnytyksestä - Suomalaisen synnytyskulttuurin murros” - tutkimushanketta.

Opinnäytetyönäni toteutan palvelumuotoiluprosessin, joka kohdistuu synnytysten käynnistykseen. Opinnäytteeni tavoitteita on käynnistettyjen synnytysten asiakaskokemuksen näkyväksi tekeminen ja sen parantaminen, tilaan liittyvien toiveiden/tarpeiden kartoittaminen sekä käynnistettyjen synnytysten mallintaminen. Osana prosessia järjestän yhteiskehittämistä ammattilaisille ja sidosryhmään kuuluville syksyllä 2020 verkkoalusta Howspacea. Mahdollisia tuloksia kehittämistyöstä on saada aikaan synnytyksen käynnistymisen moodboard ja käynnistyspalvelun prototyyppi tai alustava konsepti.

Voit osallistua kehittämiseen omalta koneeltasi sinulle sopivana ajankohtana noin kahden viikon ajan (18.11.-30.11.2020.) Alustalla käytetään erilaisia yhteiskehittämisen menetelmiä. Kehittämistyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Voit keskeyttää osallistumisesi halutessasi ja muokata vastauksia niin kauan kuin kehittämisalusta on auki.

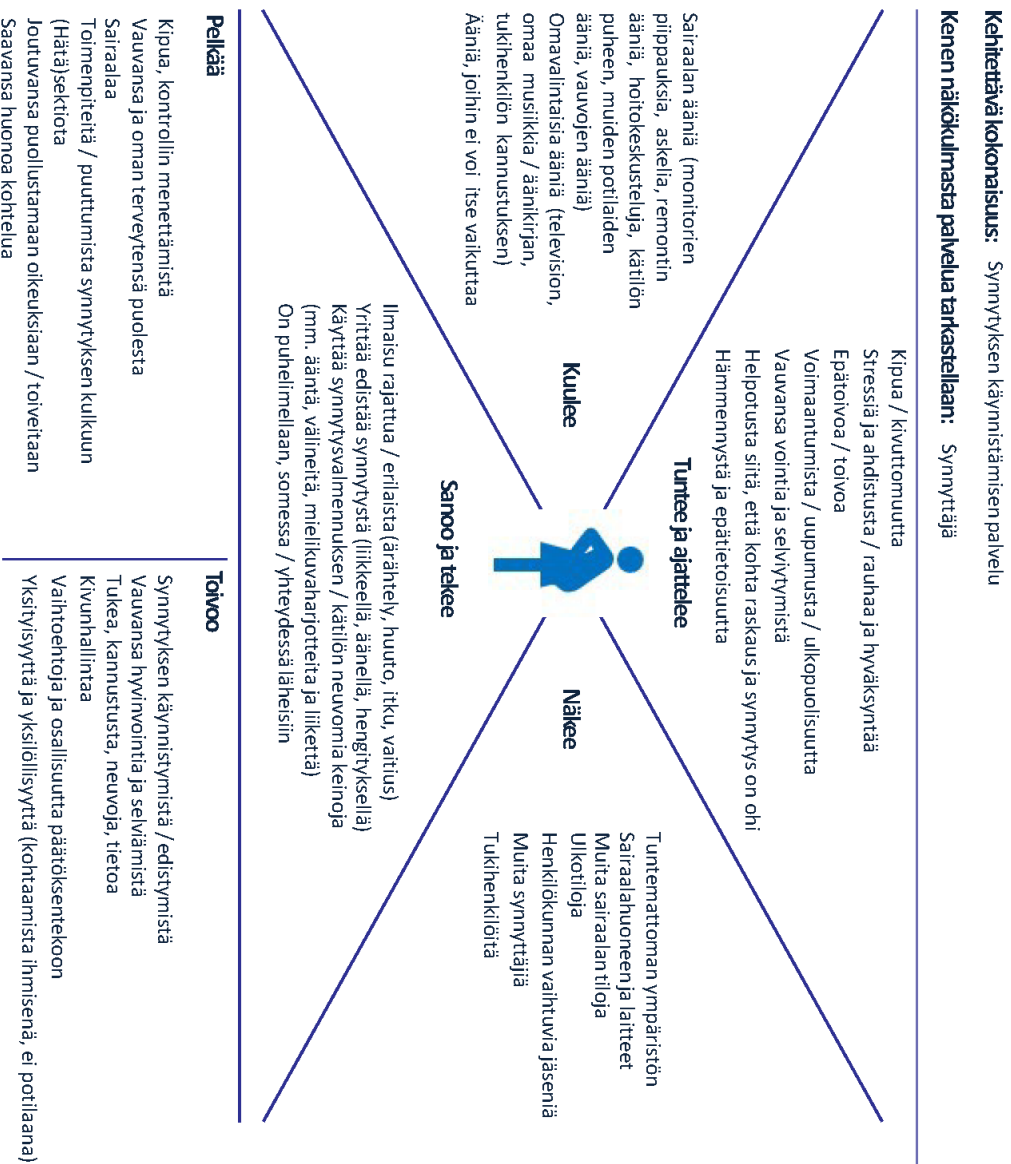
Kehittämisalustalla syntyneet materiaalit kerätään ja analysoidaan osana opinnäytetyötä. Kehittämisalustan aineisto käsitellään niin, että osallistujien identiteetti ei paljastu yksittäisistä vastauksista, ja muutenkin pyrin siihen, että kehittämistyö tapahtuu yhdessä innovoiden, ei yksittäisen osallistujan henkilöyttä tai asemaa korostaen. Osallistamalla kehittämistyöhön alustalla annat omat vastauksesi osaksi opinnäytetyön aineistoa. Kerätyn tiedon pohjalta jatkokehitetään palvelukonseptia, joka vastaa käyttäjäryhmien tarpeisiin ja identifioidaan mahdollisia jatkotutkimustarpeita. Palvelukonseptin kehittämisessä hyödynnetään myös muuta saatua tutkimustietoa. Kun kehittämisalustalta saatua aineistoa ei enää tarvita, se tuhoetaan asianmukaisesti. Lopullisen tuotoksen ja opinnäytteen tulosten julkaisu tapahtuu siten, ettei ketään yksittäistä henkilöä voi niistä tunnistaa. Kehittämisalustalla kerätty tieto ja materiaalit ovat luottamuksellisia ja niitä ei käytetä muuhun, kuin tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Mikäli sinulla herää kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, voit missä vaiheessa tahansa ottaa yhteyttä minuun lisätietojen merkeissä.

Iiramaaria Virkkala

Palvelumuotoiluopiskelija (MYA319SJ)  
iiramaaria.virkkala@student.laurea.fi

## Liite 5: Synnyttäjän empatiakartta



### Kipukohtat palvelukokemuksessa:


- Yksin jääminen / huoneen jakaminen
- Kivunlievityksen riittämättömyys / puuttuminen
- Tuen puute
- Riittämätön / vääränlainen informaatio
- Syömättömyys ja juomattomuus
- Kohtaamattomuus, lempeyden ja läsnäolon puute
- Vaihtoehdottomuus
- Painostaminen, uhkailu ja turvattomuus
- Synnyttäjän kokemuksen vähättely
- Prosessin liiallinen medikalisaatio

### Keinoja palvelukokemuksen onnistumiseen:

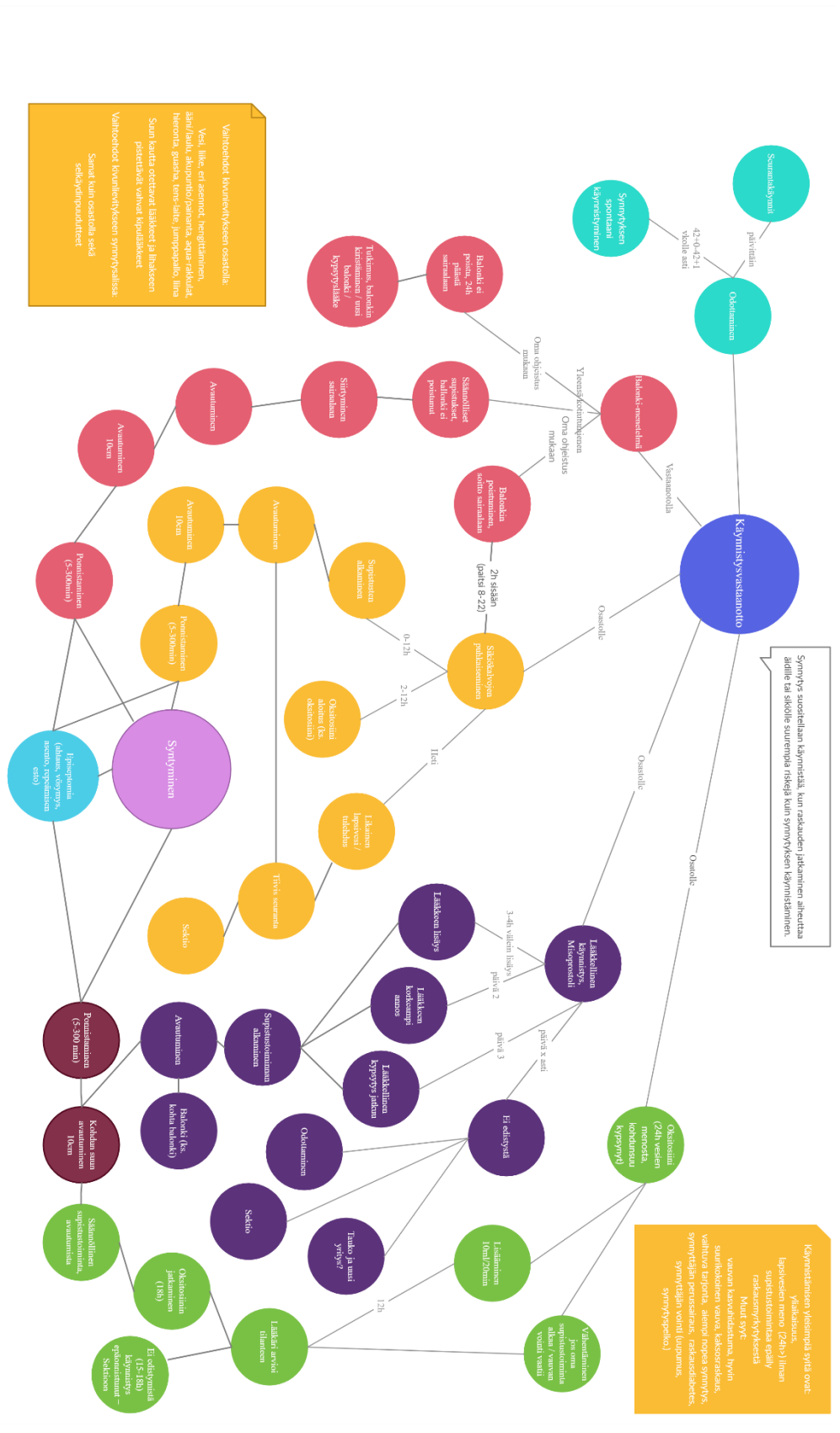
- Synnyttäjäjähtöinen malli
- Kunnioitus synnyttäjä ja synnytystä kohtaan
- Toiveiden noudattaminen / päätösvalta
- Kuulluksi tuleminen
- Tunteiden tunnistaminen ja validoiminen
- Kiireettömyys, rauhallisuus ja aika
- Tukihenkilön läsnäolo läpi synnytyksen
- Kokonaisvaltainen synnytykokemus
- Hoidon ja synnytyksen suunnittelu yhdessä
- Faktuallinen tieto äitisyhuollosta
- Riski-informaatio ilman pelotelta
- Syy-seuraussuhteiden ymmärtäminen
- Tietoinen suostumuskellisuus
- Jatkuvuus hoidossa
- Psyykkisen puolen huomioiminen
- Kriisi ja trauma-apu tarvittaessa



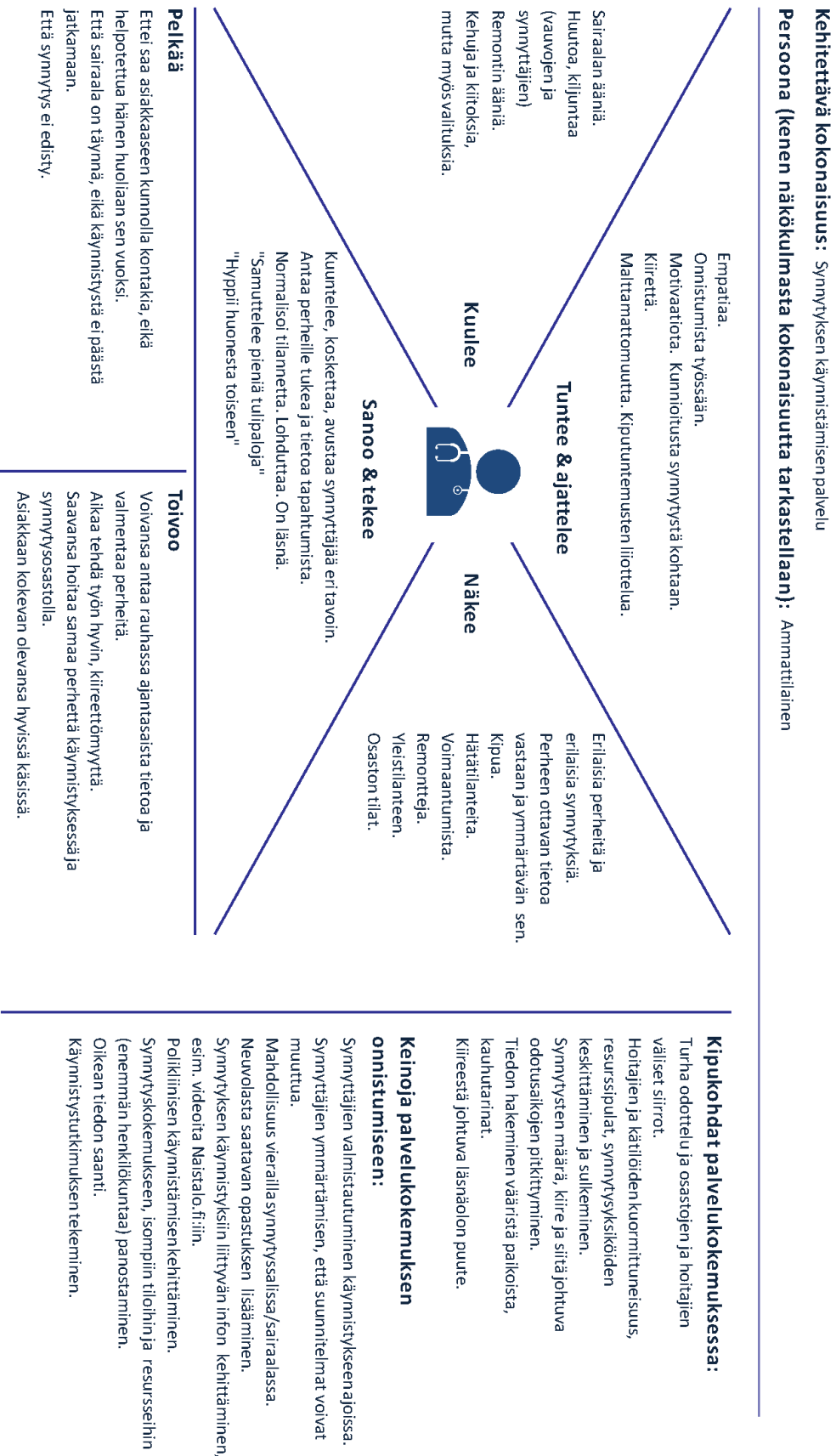
## Liite 6: Täytettävä persoonakortti

 <p>Kutsuthan minua nimellä:</p>	<p>Taustani:</p> <p>Ikäni:</p> <p>Minulle tuo voimaa:</p> <p>Saan iloa:</p> <p>Synnytyksessä on mukana:</p> <p>Raskauden kulku:</p> <p>Synnyttäneisyys:</p> <p>Aiempi VAS:</p> <p>Minkä arvosanan antaisin nyt aiemmasta synnytyksestä:</p>	<p>Valmistautuminen synnytykseen:</p> <p>Kunnan perhevalmennus Pelkopoli</p> <p>Kirjallisuus</p> <p>Synnytystarinat/videot</p> <p>Vertaistuki Synnytysryhmät</p> <p>Raskausjooga ja synnytysvalmennus Nettivalmennus Synnytysvalmennuskurssi, mikä:</p>
<p><u>Pelkoni:</u></p> <p>Pelkään neuloja. Pelkään synnytystä. Pelkään sairaalaa ja minun on vaikea luottaa sairaalan henkilökuntaan. Aiempi synnytykseni oli minulle traumaattinen kokemus. Minulla on synnytykseen vaikuttavia aiempia traumaattisia kokemuksia. Minulla ei ole erityisiä pelkoja synnytystä kohtaan.</p>	<p><u>Uskon pärjääväni ilman kipulääkkeitä 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> Haluan lääkkeellistä apua kipuihin</p> <p>Olen kiinnostunut suun kautta otettavista kipulääkkeistä Olen kiinnostunut vahvoista lihakseen pistettävistä kipulääkkeistä Olen kiinnostunut ilokaasun käytöstä Olen kiinnostunut paikallispuudutuksista (paraservikaali /pudentaali) Olen kiinnostunut selkäpuutteista</p>	
<p><u>Toiveeni synnytyksen aikana:</u></p> <p>Toivon että kanssani keskustellan kaikista toimenpiteistä: Toivon, että voin liikkua vapaasti synnytyksen aikana. Toiveeni oksitoliinin suhteen: Toivon, ettei minulle tehdä episiotomiaa. Vauvan seurantaan liittyvät toiveeni: Toivon, ettei kalvojeni puhkaista. Toivon ohjausta erilaisiin synnytyksentoihin. En halua synnyttää puoli-istuvassa asennossa. Haluan koskettaa vauvan päätä, kun hän on syntymässä. Toiveeni poikkeustilanteita (esim. sektio, synnytysvauriot, sairaudet) varten:</p>	<p>Olen kiinnostunut seuraavista lääkkeettömistä kivunlievityskäytännöistä:</p> <p>Aquarakkulat Akupainanta Akupunktio TENS-laite Vyöhyketerapia Hieronta Gua Sha -hieronta Lämmin kylpy Suihku Lämpimät kääreet ponnistaessa Lämpöpussi / kylmähoito Ääni / Synnytykslaulu Eteeriset öljyt</p>	
<p><u>Toiveeni synnytyksen jälkeen:</u></p> <p>Haluan vauvan rinnalle heti synnytyksen jälkeen. Toivon, että napanuoran annetaan sykkiä rauhassa loppuun. Tukihenkilöni haluaa leikata napanuoran. Haluan nähdä istukan synnytyksen jälkeen. Haluan ottaa istukan kotiin mukaan. Toiveenamme on varhainen kotiutuminen, jos se on mahdollista. Toiveenamme on poliiklinisesta kotiutuminen. Aion imettää, ja toivon saavani tukea siihen. En aio imettää ja toivon että sitä kunnioitetaan. Vauvalleni ei saa antaa tuttia ilman minun suostumustani.</p>	<p><u>Olen kiinnostunut seuraavista apuvälineistä:</u></p> <p>Amme Suihku Jumppapallo Liina Puolapuut</p> <p>Pehmeä jumppamatto lattialle Synnytysjakkara</p>	

Liite 7: Hybridipolku



## Liite 8: Ammattilaisten empatiakartta



## Liite 9: Hankkeen kirjoituskutsu

### OSALLISTU YHTEISKUNTATIEEELLISEEN TUTKIMUKSEEN SYNNYTYSKOKEMUKSISTA!

Yhteiskuntatieteellinen tutkimushankkeemme ”Kamppailu synnytyksestä – Suomalaisen synnytyskulttuurin murros” kutsuu kaikenlaisia synnyttäjiä ja synnytykskumppaneita kirjoittamaan oman tarinansa synnytyksestä. Tarina voi hyvin pitää sisällään myös odotusajan ja synnytyksen jälkeistä aikaa. Kirjoitus voi olla lyhyt tai pitkä. Toivomme, että pukisit sanoiksi itsellesi merkitykselliset asiat ja kokemukset.

Nelivuotinen tutkimushanke (2020-2023) on ensimmäinen laaja yhteiskuntatieteellinen tutkimus suomalaisesta synnytyksestä, synnytykskokemuksista, synnytyksen hoidosta ja kulttuurista. Se on yksi Koneen Säätiön suurimmista tutkimushankkeista ja tarkastelee synnytystä eri toimijoiden näkökulmasta. Hanketta johtaa sosiologian dosentti Kaisa Kuurne, ja siinä toimii Kaisan lisäksi kolme suomalaista tutkijaa: VTT Anna Leppo, FM Johanna Sarlio-Nieminen sekä VTT Katja (Keiju) Vihreäsalo. Hankkeen kotipaikkana on yhteiskuntapolitiikan oppiaine Helsingin yliopistossa.

Aineistoa käsitellään luottamuksellisesti, ja se anonymisoidaan. Kirjoittajien nimet tulevat vain hankkeen tutkijoiden tietoon, ja heitä koskee vaitiolovelvollisuus. Yhteystiedot pyydetään mahdollisen lisätietojen tarpeen vuoksi. Voit halutessasi lähettää tarinasi myös anonyymisti, ilman nimeä ja yhteystietoja.

Olemme tutkimuksessa kiinnostuneita mm.

- omakohtaisista kokemuksista, eri synnytystavoista, -paikoista ja tavasta ja synnytyksen merkityksistä
- omista toiveista ja tarpeista ja siitä, miten ne on äitiyshuollossa kohdattu
- raskaudenaikaisista kokemuksista, hoidosta tai erityisseurannasta (esim. erilaiset 'riskiraskaudet' tai synnytyospelko)
- synnytykseen valmistautumisen ja tuen merkityksestä ja/tai puuttumisesta
- synnytykseen ja sen hoitoon liittyvistä tunteista, kuten ilosta, voimaantumisesta, voimattomuudesta, pelosta, vihasta, pettymyksistä, häpeästä
- kivun kokemuksesta, käytetystä kivunlievityksestä ja sen toimimisesta
- hoitojärjestelmän ja eri ammattilaisten toimintatavoista ja kyvystä tunnistaa synnyttäjän tarpeet
- "erilaisten" synnyttäjien tai vähemmistöihin kuuluvien synnyttäjien kokemuksista
- puolisoiden tai muiden synnytykskumppanien (esim. ystävä, sukulainen, doula) läsnäolosta, toiminnasta ja avusta tai sen puutteesta
- vuorovaikutuksesta äitiyshuollon ja synnytyssairaalan ammattilaisten kanssa
- sosiaalisista odotuksista, läheisten ja ulkopuolisten suhtautumisesta
- synnytyksen jälkiseurauksista (esim. vauriot tai traumat), toipumisesta ja 'lapsivuodeajasta'
- synnytykskokemuksen käsittelystä ja siihen saadusta tuesta tai sen puutteesta
- synnytykskokemuksen vaikutuksista äitiyteen ja perhe-elämään

Voit itse valita, mikä on sinulle merkityksellistä ja mistä haluat kertoa!

Olemme myös erittäin kiinnostuneita lapsen toisen vanhemman kokemuksista ja toivomme mahdollisuuksien mukaan molempien vanhempien kirjoittavan (itsenäisesti) oman tarinansa.

Tutkimustulokset julkaistaan sekä kansainvälisissä että kotimaisissa tiedejulkaisuissa ja yleistajuisissa ammattilaisille ja suuremmalle yleisölle suunnatuissa julkaisuissa. Lisäksi hankkeen tutkijat kouluttavat synnytyksen hoidon ammattilaisia. Hankkeen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa synnytykskokemuksista ja vaikuttaa myönteisesti suomalaiseen synnytyskulttuuriin ja siihen, miten synnyttäjiä Suomessa hoidetaan.

Käytännön ohjeet:

Merkitse kirjoitukseesi seuraavat taustatiedot heti dokumentin alkuun:

Nimi ja yhteystiedot

Koettu sukupuoli ja rooli (synnyttäjä/puoliso/mikä muu)

Ikä

Asuinpaikka

Synnytyspaikka ja -vuosi

Synnytystapa

Perhemuoto ja lasten lukumäärä

Mahdollisen parisuhteen muoto ja kesto

Koulutus ja ammatti

Kuulutko sukupuoli-, seksuaali- tai perhevähemmistöön?

Annoitko synnytykskokemuksesta VAS-asteikon mukaisen arvosanan (1-10), jos niin minkä (voit merkitä sulkuihin lyhyen arvion kokemuksesta nykyhetkestä katsottuna)?

Lähetä kertomuksesi sähköpostilla osoitteeseen: [kamppailusynnytyksesta@gmail.com](mailto:kamppailusynnytyksesta@gmail.com)

Kertomuksia käytetään tieteellisissä julkaisuissa, opinnäytteissä, suuremmalle yleisölle kirjoitetuissa julkaisuissa sekä ammattilaisten koulutusmateriaaleissa.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa hankkeen vastuullinen johtaja

Kaisa Kuurne: [kaisa.m.kuurne@helsinki.fi](mailto:kaisa.m.kuurne@helsinki.fi)