

Saara Ahtola, Sari Helin, Satu Konu

Synnytyskulttuurit ja medikalisaatio

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

17.11.2014

Tekijä(t)	Saara Ahtola 1102512, Sari Helin 1102541, Satu Konu 1102534
Otsikko	Synnytyskulttuurit ja medikalisaatio
Sivumäärä	32 sivua + 6 liitettä
Aika	17.11.2014
Tutkinto	Kätilö AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Lehtori, Terveystieteiden tohtori Pirjo Koski
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella medikalisaation vaikutusta synnytyskulttuureihin. Lisäksi tarkoituksena on tarkastella synnytyskulttuurin vaikutuksia synnytykseen synnyttäjän roolin ja hänelle tarjotun tuen kautta. Opinnäytetyö on osa Hyvä syntymä -hanketta Metropolia Ammattikorkeakoulussa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena, jossa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä tulosten keräämiseksi. Aineisto hankittiin systemaattisen tiedonhaun avulla. Synnytyskulttuureihin ja medikalisaation liittyvät 17 lähdettä analysoitiin sekä ryhmiteltiin ja abstrahoiitiin tuloskategorioihin.</p> <p>Tulosten mukaan medikalisaatio vaikuttaa synnytyskulttuureihin ja muun muassa synnytystavan valintaan. Medikalisaatio kasvattaa keisarileikkausten suosiota sekä synnyttäjien että lääkärin keskuudessa. Se lisää myös muita synnytykseen liittyviä interventioita. Medikalisaatio syrjäyttää kulttuurien aikaisempia synnytystapoja ja keskittää huomion synnytyksen riskeihin. Medikalisaatiolla on kuitenkin myös positiivisia vaikutuksia. Tukihenkilöt ja tuen muodot vaihtelevat eri synnytyskulttuureissa, mutta synnyttäjät kokevat yksilöllisen tuen saannin tärkeäksi. Kätilön tuki koetaan hyväksi ja rauhoittavaksi. Tukea halutaan vaikka koulutettua avustajaa ei olisikaan saatavilla. Synnytysympäristö vaikuttaa synnytyskokemukseen. Synnytyskokemus oli parempi, jos synnyttäjä sai olla aktiivisessa roolissa omassa synnytyksessään. Synnyttäjän passivointi ja rajoittaminen sai synnyttäjän tuntemaan kontrollinpuutetta. Synnyttäjät kokivat synnytyssuunnitelmien käytön voimauttavana, mutta osa lääkäreistä vastusti niiden käyttöä.</p> <p>Johtopäätöksiksi muodostuivat muun muassa: monissa synnytyskulttuureissa puututaan usein synnytyksen kulkuun ilman näyttöä sen tehokkuudesta, synnyttäjille pitäisi tarjota enemmän tietoa, jotta he osaisivat kyseenalaistaa tietyt rutiinitoimenpiteet, synnyttäjän pitäisi saada aidosti vaikuttaa synnytyspaikan valintaan ja jokaiselle synnyttävälle naiselle pitäisi tarjota yksilöllistä tukea.</p>	
Avainsanat	synnytys, kulttuuri, medikalisaatio, tuki

Author(s) Title	Saara Ahtola, Sari Helin, Satu Konu Birth cultures and medicalization
Number of Pages Date	32 pages + 6 appendices 17 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor(s)	Pirjo Koski, Senior Lecturer
<p>The purpose of this final project is to observe the effects of medicalization on birth cultures. In addition this final project examines the role of birth cultures in terms of what kind of role the woman is allowed to have and what kind of support the woman is offered in labour. Our final project is part of the Hyvä syntymä –project of Helsinki Metropolia University of Applied Sciences.</p> <p>This integrated literature review was conducted by using inductive content analysis. After a systematic retrieval of information from databases such as EBSCO and CINAHL, we chose 17 sources that discuss birth cultures and medicalization in different ways. We classified these studies into different categories according to our research questions before abstracting the findings into our final results.</p> <p>We found that medicalization affects birth cultures for example by changing views of what is the most desirable way to give birth. The popularity of caesarean section is on the rise in many countries among doctors and the women giving birth. Medicalization increases the amount of other interventions in labour. Medicalization and western medicine has replaced the previous birth cultures in many countries around the world and increased the focus on the risks surrounding childbirth. However medicalization also has many positive effects on the care of mothers and children. The ways to support women in childbirth and the support persons vary in different cultures. The women feel that personal support is important to them. Midwife support was described positively in many researches. Women wanted support even if the supporting person wasn't a health care professional. In the researches we found, the women described the experience of giving birth more positively when they were in an active role in their own labour. Woman's passive position made her feel a lack of control in labour and the birth experience was more negative when the woman felt she was treated as an object by nurses and doctors. Writing birth plans was empowering for women, but some doctors objected to the use of birth plans.</p> <p>Our conclusions are that in many birth cultures interventions are used routinely although there might not be strong evidence of their effectiveness; women should be offered more information, so they could make informed decisions about their own care; the pregnant women should be allowed to freely decide where they want to give birth and that every woman giving birth should receive personal support.</p>	
Keywords	birth, culture, medicalization, support

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kirjallisuuskatsauksen keskeiset käsitteet	2
2.1	Synnytyskulttuuri	2
2.1.1	Länsimainen synnytyskulttuuri	2
2.1.2	Ei-länsimainen synnytyskulttuuri	3
2.2	Medikalisaatio	5
2.2.1	Synnytyksen medikalisaatio	7
2.3	Synnytyksen aikainen tuki	8
3	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	8
4	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	9
4.1	Integroiva kirjallisuuskatsaus menetelmänä	9
4.2	Aineiston hankinta	10
4.3	Aineiston kuvaus	11
4.4	Aineiston analyysi	11
5	Tulokset	13
5.1	Medikalisaation vaikutus synnytyskulttuuriin	13
5.2	Synnytyskulttuurin vaikutus synnyttäjälle tarjottavaan tukeen	17
5.3	Synnytyskulttuurin vaikutus synnyttäjän rooliin	19
6	Pohdinta	21
6.1	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys	21
6.2	Tulosten tarkastelu	22
7	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	25
	Lähteet	28
	Liite 1. Taulukko 1: Tiedonhakuprosessi	
	Liite 2. Taulukko 2: Aineiston analyysi	
	Liite 3. Taulukko 3 Analysoitavan aineiston alkuperäisilmaukset	
	Liite 4. Taulukko 4 Medikalisaation vaikutus synnytyskulttuuriin	
	Liite 5. Taulukko 5 Synnytyskulttuurin vaikutus synnyttäjälle tarjottuun tukeen	
	Liite 6. Taulukko 6 Synnytyskulttuurin vaikutus synnyttäjän rooliin synnytyksessä	

1 Johdanto

Vaikka synnyttäminen on fysiologisesti kaikkialla maailmassa samanlaista, kulttuuri muokkaa synnytystä kokemuksena ja liittää siihen erilaisia arvoja ja rituaaleja (Helman 2007: 169). Kulttuurilla itsellään on satoja eri määritelmiä, joille kuitenkin yhteistä on yhteisöllisyys sekä se, että se on ihmisen tuottamaa (Kupiainen – Sevänen 1996: 7). Kulttuureja voidaan määritellä esimerkiksi uskontojen, taloudellisen järjestelmän tai maantieteellisen ympäristön mukaan. Historian kautta tarkasteltuna kulttuuri tarkoittaa toimivien ja arvokkaaksi koettujen perinteiden eteenpäin siirtämistä. (Frisk – Tulkki 2005: 6 - 8.) Synnytyskulttuuriksi kutsutaankin tietyssä yhteisössä sukupolvelta toiselle kulkeutuvia uskomuksia, jotka välittävät tietoa hedelmöitymisestä, oikeasta tavasta lisääntyä ja synnyttää, raskauden kulusta ja synnytyksestä sekä siitä miten ja miksi raskauden aikana ja sen jälkeen tulee käyttäytyä tai toimia. Synnytyskulttuurien keskeisimpiä osa-alueita ovat käsitykset siitä miten ihmisruumis toimii, miten hedelmöityminen onnistuu ja mitä raskaudessa tapahtuu. (Helman 2007: 169.)

Lääketieteen kehittymisen myötä ihmiset ovat alkaneet mieltää yhä useampia elämänsä osa-alueita lääketieteen piiriin kuuluviksi. Monia ennen normaaliin elämään liittyviä asioita, kuten surua tai raskautta, on alettu lääkittää ja hoitaa lääketieteen keinoin. Tämän kehityksen vuoksi myös synnytyksen aikaiset toimenpiteet ja synnytyksen kulkuun puuttuminen on lisääntynyt. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi episiotomiat. (Helman 2007: 164, 170 - 171.) Myös keisarinleikkausten lisääntyminen useissa maissa yli WHO:n määrittämän lääketieteellisesti tarpeellisen 15 %:n, on merkki medikalisaation lisääntymisestä synnytyskulttuureissa (WHO 2010: 5).

Synnytyskulttuuria ja medikalisaatiota käsittelevä kirjallisuuskatsauksemme on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Hyvä syntymä -hanketta. Hankkeen tavoitteena on kehittää jatkuvan synnytyksen aikaisen tuen toimintamalli. Tarkoitus on selvittää onko jatkuvalla tuella vaikutusta synnytyksen kulkuun, vastasyntyneen terveyteen ja varhaiseen vuorovaikutukseen. (Koski 2012.) Synnytyskulttuurit ja niiden medikalisaatio eli lääketieteellistyminen vaikuttavat keskeisesti siihen miten synnytystapahtumaan suhtaudutaan (Helman 2007: 170 - 171), joten haluamme tutkia miten ne vaikuttavat synnyttäjälle tarjottuun tukeen ja synnyttäjän rooliin synnytyksessä. Haluamme myös tietää miten lisääntyvä medikalisaatio vaikuttaa maailman synnytyskulttuureihin. Toivomme, että keräämäämme tietoa olisi mahdollista käyttää sekä kättilökoulutuksessa että työ-

elämässä ja kättilötyön kehittämisessä. Integroivan kirjallisuuskatsauksemme tavoitteena on analysoida keräämäämme aineistoa induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

2 Kirjallisuuskatsauksen keskeiset käsitteet

2.1 Synnytyskulttuuri

Synnytyskulttuurit jaetaan kirjallisuudessa usein länsimaisiin ja ei-länsimaisiin synnytyskulttuureihin. Länsimaisissa kulttuureissa, kuten Euroopan ja Pohjois-Amerikan kulttuureissa, vaihdevuosien ja kuukautisten ohella myös raskaus ja synnyttäminen on enenevässä määrin alettu nähdä lääketieteen keinoilla hoidettavina ”sairauksina”, jotka vaativat diagnoosin ja hoitoa. (Helman 2007: 189.)

Yhteistä kaikille synnytyskulttuureille on kuitenkin se, että synnytyksessä avustaa yksi tai useampi henkilö. Kulttuurista riippuen tämä henkilö saattaa olla joko naispuolinen sukulainen tai ystävä, kouluttamaton tai koulutettu kättilö tai synnytyslääkäri. Jokaisessa kulttuurissa synnytys on myös enemmän kuin pelkkä biologinen tapahtuma. Etenkin esikoisen kohdalla se merkitsee myös naisen sosiaalisen statuksen muuttumista äidiksi. Koska raskauden aikana nainen on muutostilassa näiden kahden roolin välillä, tätä pidetään usein erityisen vahingoittavana aikana ja nainen on raskauden ajan sosiaalisesti epänormaalissa tilassa. Joka puolella maailmaa raskauteen ja syntymään liittyy myös erilaisia rituaaleja, kuten esimerkiksi kaste, ympärileikkaus ja jälkitarkastus. (Helman 2007: 169, 230 - 231.)

2.1.1 Länsimainen synnytyskulttuuri

Länsimainen synnytyskulttuuri on vähitellen 1900-luvun aikana muuttunut kotisyntytysvoittoisesta kulttuurista sairaalakeskeiseksi. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa vielä vuonna 1959 yksi kolmasosa synnytyksistä tapahtui kotona tai yksityisessä synnytyslaitoksessa, kun 1980-luvulla 99 % synnytyksistä tapahtui julkisessa sairaalassa. Myös Yhdysvalloissa 98 % synnytyksistä tapahtuu sairaalassa. (Helman 2007: 170.) Suomessa vuonna 2012 sairaalasyntytysten osuus oli 99,8 %. Suunniteltuja kotisyntyttyksiä tuona vuonna oli 18, suunnittelemattomasti sairaalan ulkopuolella syntyi 62 lasta ja matkalla sairaalaan 63. (Vuori – Gissler 2013: 3.)

Sairaalakeskeisyyden vuoksi länsimaista synnytyskulttuuria luonnehtii keskittyminen raskauden ja synnytyksen fysiologiseen, ei psykososiaaliseen puoleen. Kulttuuri myös pyrkii medikalisoimaan normaalinkin synnytyksen, muuttamaan sen lääketieteelliseksi ongelmaksi sekä naisen passiiviseksi ja henkilökunnasta riippuvaiseksi potilaaksi. Tämä näkökulma väheksyy naisen raskaudelle ja synnytykselle antamia merkityksiä ja sitä miten nainen kokee nämä asiat. (Helman 2007: 170.)

Suomessa synnytyskulttuuri oli hyvin kansanomainen ennen 1940- ja 1950-lukujen neuvoloiden suosiossa tapahtunutta lopullista murrosta (Helsti 2000: 294 - 295). Tähän vaikutti suurelta osalta äitiyspakkausten jakaminen ja yhteiskunnan muutos sotavuosien jälkeen (Helsti 2000: 290 - 292). 1960-luvulle tultaessa jo yli 90 % äideistä synnytti laitoksissa, vaikka vielä 1800-luvun loppupuolella noin 90 % synnytyksistä oli maallikkokätilöiden hoitamia (Helsti 2000: 47 - 48). Suomalaiset maallikkokätilöt olivat itseoppineita vanhempia naisia. Miehet saattoivat olla paikalla synnytyksessä, mutta eivät avustaneet synnytyksessä, paitsi erittäin hankalissa tapauksissa missä tarvittiin fyysistä voimaa tai tietäjän kykyjä. (Helsti 2000: 41.)

Jo Ruotsi-Suomen aikaan Suomessa oli koulutettuja kätilöitä, mutta oma kätilökoulutus aloitettiin Suomessa vuonna 1816, kun Turkuun perustettiin synnytyslaitos kätilöopetusta varten. Vuonna 1920 kätilön toimen harjoittaminen kiellettiin muilta kuin koulutetuilta kätilöiltä. 1950-luvulla alettiin luoda kattavaa keskus- ja aluesairaaloiden verkostoa, joka johti edellä mainittuun kotisyntytyksistä luopumiseen. Samalla myös kätilöiden koulutus alkoi keskittyä vain sairaalamaailmaan valmistamiseen. Nykyään suomalaisten kätilöiden koulutukseen vaikuttavat myös Euroopan unionin yhteiset kriteerit. (Laiho 1991: 9 - 11.)

2.1.2 Ei-länsimainen synnytyskulttuuri

Monissa ei-länsimaisissa synnytyskulttuureissa, esimerkiksi tietyissä kiinalaisyhteisöissä, nainen ja tämän eritteet mielletään vaarallisiksi miehille. Heidän on siksi vältettävä paikkaa missä synnytys tapahtuu ja pitäydyttävä kontaktista synnyttäneeseen naiseen kuukausi synnytyksen jälkeen. Tämän vuoksi useissa perinteistä kulttuuria ylläpitävissä yhteisöissä on toivottavampaa, että synnytykseen osallistuva hoitohenkilökunta on naisia. (Helman 2007: 173.)

Ei-länsimaisissa synnytyskulttuureissa synnytetään harvoin makuuasennossa toisin kuin länsimaissa. Latinalaisessa Amerikassa ja useissa Etelä-Aasian maissa naiset synnyttävät usein seisten, kyykyssä tai istuen nojaten jotakin tai jotakuta vasten. Synnytyshetkellä kätilö usein istuu lattialla naisen edessä. Kansankätilöt osaavat usein hieroa sikiön perätila- tai poikittaisasennosta normaaliin raivotarjontaan. Useissa Aasian, Afrikan ja Etelä-Amerikan maissa napanuora katkaistaan vasta sen jälkeen kun istukka on syntynyt. Joillakin alueilla vastasyntyneen katkaistuun napanuoraan hierotaan lantaa tyrehtyttämään verenvuoto, mikä voi lisätä tetanus-riskiä. (Helman 2007: 173.)

Suurimmassa osassa synnytyksistä ympäri maailmaa synnyttävää naista on avustamassa kouluttamaton kätilö. Näitä ovat esimerkiksi Meksikon parterat, Jamaikan nanat, Intian dait ja Egyptin dayat. Kansankätilöitä toimii Afrikassa, Aasiassa, Latinalaisessa Amerikassa ja Karibialla lähes jokaisessa kylässä ja monissa kaupunkien lähiöissä. Synnytyksissä avustamisen lisäksi he pitävät huolta raskaudenaikaisesta ja sen jälkeisestä hoidosta, suorittavat tärkeitä raskauden ja synnytyksenaikaisia rituaaleja ja tietyissä yhteisöissä myös tekevät naisten ympärileikkauksia. (Helman 2007: 174.)

Vaikka kansankätilöiden tunnusmerkit vaihtelevatkin maasta toiseen, ovat tietyt piirteet maailmanlaajuisia. Kouluttamaton kätilö on yleensä vanhempi nainen, joka on itse synnyttänyt eläviä lapsia. Hän on sen yhteisön jäsen, jossa tekee työtään, ja puhuu yhteisön kieltä, vaikka onkin usein lukutaidoton. Hän on yleensä uskonnollisen ja kulttuuriryhteyden arvostettu jäsen sekä vaikutusvaltainen henkilö. Kansankätilöt ovat yleensä perheensä tai kylänsä tehtävään valitsemia hyvien luonteenpiirteidensä ja kokemuksensa ansiosta. (WHO 1992: 5-6.)

Kansankätilöiden rooli vaihtelee paikallisesta kulttuurista ja muun terveydenhuoltohenkilöstön saatavuudesta riippuen. Yleisimmin kouluttamattomat kätilöt avustavat äitiä ja perhettä synnytyksessä: he auttavat syntyvän lapsen ulos, katkaisevat napanuoran ja huolehtivat istukan käsittelystä. He saattavat myös avustaa vastasyntyneen ja äidin hoidossa sekä kotitöissä ja antavat tietoa raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Monet kouluttamattomat kätilöt tarjoavat apua myös perhesuunnittelussa, abortoinnissa ja lapsettomuudessa. Jotkut harjoittavat myös yrteillä parannusta ja spiritualismia. (WHO 1992: 5-6.)

WHO:n mukaan on arvioitu, että kehittyvissä maissa kouluttamattomat kätilöt avustavat 60 - 80 % synnytyksistä (WHO 1992). Yleensä nämä luvut ovat korkeampia maaseudulla kuin kaupungeissa. Esimerkiksi Bangladeshin maaseudulla koulutettu hoitohenkilökunta osallistuu 14 %:iin synnytyksistä ja vastaavasti kaupungissa 36,9 %:iin. Samat luvut ovat Intiassa 39,9 % ja 75,3 %, Jamaikalla 94,4 % ja 98,5 % sekä Egyptissä 74,7 % ja 90,9 %. (WHO 2013.)

WHO, UNICEF ja UNFPA yhdessä ovat koordinoineet kansankätilöiden koulutusta useissa maissa, jotta turvallinen synnytys olisi mahdollista sielläkin, missä on pulaa koulutetuista kätilöistä ja terveydenhuollon palveluista. Koulutusalueet vaihtelevat maasta toiseen, mutta useimmiten kansankätilöt koulutetaan analysoimaan mahdollisia raskaudenaikaisia riskejä ja ohjaamaan äidit riski- ja hätätilanteissa lääketieteelliseen hoitoon. Monet lisäkoulutetut kansankätilöt hoitavat myös muita terveydenhuollon tehtäviä, esimerkiksi ensiavun antamisen sekä tiedon jakamisen ravitsemuksesta, imetyksestä, hygieniasta, HIV:n ehkäisystä ja pienten lasten kasvun monitoroinnin, rokotussuojan ja infektioiden hoidon tärkeydestä. Suurin osa kansankätilöistä osallistuu myös tilastotietojen keräämiseen, vähintäänkin kirjaamalla ylös äitien ja pienten lasten kuolleisuuden. (WHO 2012: 6.) Kansankätilöiden koulutusta käytetään tukemaan muuta terveydenhuoltojärjestelmää esimerkiksi Ghanassa, Indonesiassa, Malesiassa, Pakistanissa ja Thaimaassa (Helman 2007: 174).

2.2 Medikalisaatio

Medikalisaatiolla tarkoitetaan sosiaalikulttuurista ilmiötä, jossa ennen ei-lääketieteellisestä tilasta tehdään lääketieteellinen. Inhimilliset ongelmat, kuten ahdistus, masennus ja vaihdevuodet luokitellaan medikalisaation myötä lääketieteellisiksi ongelmiksi. Muun muassa lääkeyritykset tukevat medikalisaatiota mainonnassaan, millä on negatiivisia vaikutuksia yhteiskunnan kannalta. (Brennan – Eagle – Rice 2010: 8.)

Nykyaikaisessa yhteiskunnassa käsitteille terveys ja lääketiede on monia ristiriitaisia määritelmiä. Moni toiminta, joka on aikaisemmin rinnastettu perheeseen ja yhteisöön, on medikalisoitu. Se miten selviämme arkipäiväisistä sairauksista ja vaivoista, jopa kuolemaan rinnastetut rituaalit, katsotaan nykyään kuuluviksi lääketieteen erikoisaloihin. Lääketiede on luonut illuusion siitä, että pystymme kontrolloimaan sairauksiamme

ja jopa kuolleisuuttamme. Lääketiede on medikalisaation myötä hyväksytty terveyden hallitsijan rooliin. (Barnet 2012: 1.)

Selviytyminen eri elämän osa-alueilla ilman lääketiedettä on heikentynyt ihmisillä huomattavasti. Ihmisistä tuntuu, etteivät he voi liikkua, laihduttaa tai parantua edes flunssasta ilman ammattiapua. Monet näistä asioista oli ennen yhteisön hoitamia, ilman lääketieteellistä apua. Terveysthuollon organisaation kasvaessa entiset tavat ja taidot hoitaa perhettä kotona ovat kuihtuneet. Medikalisaatio on yhdessä huipputeknologisen lääketieteen kanssa määritellyt uudestaan ehkäisevän, parantavan ja terminaalihoidon. (Barnet 2012: 1.)

Medikalisaation johdosta lääketieteellisiksi luokitellaan moni ei-lääketieteellinen asia. Tämä luokittelu sisältää monia ilmiöitä, kuten monet naisen elämän normaalit vaiheet. Näitä ovat esimerkiksi kuukautiset, raskaus, synnytys ja vaihdevuodet. Lisäksi lääketieteellisesti hoidettaviksi vaivoiksi luokitellaan suru, yksinäisyys, eristäytyminen ja jopa köyhyys ja työttömyys. Yhteiskunnan medikalisoituessa näitä vaivoja pyritään hoitamaan lääketieteellisesti. (Helman 2007:163 - 164.)

Medikalisaatiolle on esitetty monta selitystä. Lääketieteeseen perehtyneet yhteiskuntatieteilijät ovat väittäneet, että modernia lääketiedettä käytetään sosiaaliseen kontrollointiin, etenkin naisten elämässä. Ihmiset saadaan riippuvaiseksi lääketieteen ammattilaisista sekä lääketieteellisyydestä ja muista lääketieteeseen liittyvistä teollisuuden haaroista. (Helman 2007:164.)

Modernilla lääketieteellä pyritään kontrolloimaan sosiaalisesti poikkeavaa käyttäytymistä luokittelemalla se sairaudeksi tai mielenterveysongelmaksi, eikä pahuudeksi tai moraalittomuudeksi. Terveys moraalisena mallina on asteittain korvaamassa uskonnollisen elämäntavon, mistä johtuen yhä useampaa elämän osa-aluetta ja vastoin käymistä yritetään selittää lääketieteellisin perustein. Nykyään käsitetään sairautta johtuvan huonoista elämäntavoista eikä syntisestä käytöksestä. Tämä johtuu mahdollisesti teknologian ja tieteen kehityksestä sekä elämänlaadun parantumisesta lääketieteen avulla. (Helman 2007:164.)

Medikalisaation yleistymiselle on esitetty syyksi luonnon ja hoivan kiistaa. Jos jotkut miehet näkevät naisen fysiologian edustavan luontoa ja naisten olevan kontrolloimat-

tomia ja ennustamattomia, nähdään lääketieteen teknologian olevan keino kesyttää naiset. (Helman 2007:164.)

2.2.1 Synnytyksen medikalisaatio

Synnytys on ollut jo varhaisessa ihmisen historiassa riski naisen terveydelle ja on vieläkin monissa maissa. Oli tavallista, ja joissain maissa vieläkin, että nainen tai lapsi tai molemmat kuolivat synnytyksen aikana. Jotta synnytykseen ja lapsen sekä äidin ennusteeseen olisi voitu vaikuttaa, olisi vaadittu teollista ja lääketieteellistä edistystä.

Kun synnytys siirtyi kotoa sairaalaan, lapsi- ja äitikuolleisuus alkoi laskea. Tämä sai aikaan perustavanlaatuisia muutoksia synnytyskulttuurissa, ja sijoittuu aikaan jolloin teollinen vallankumous lähti liikkeelle. Se sai aikaan myös suuria sosiaalisia muutoksia. Ennen kätilöjohtoinen synnytys alkoi muuttua enemmän lääkärijohtoiseksi ja mukaan tulivat uudet näkemykset synnytyksen kulusta, siihen puuttumisesta ja kuva ”normaalista” synnytyksestä alkoi muuttua. Teknologiaan tukeutuva ajattelutapa sai valtaa yhteiskunnassa ja myös synnytystä lähestyttiin tästä näkökulmasta. (Selin – Stone 2009: 9 - 10.)

Medikalisaation lisääntymiseen synnytyksessä on ollut vahvasti sidoksissa maiden varallisuuteen, ei niinkään kulttuuriin tekijöihin. Taloudellisesti varakkaammissa maissa synnytyksessä käytetään enemmän lääketieteellisiä menetelmiä synnytyksen aikana ja välineet ovat kalliimpia kuin vähävaraisemmissa maissa. Taloudellisesti varakkaammat maat usein liitetäänkin käsitteeseen ”länsimaat”. Kuitenkin sekä varakkaammissa että köyhemmissä maissa esimerkiksi keisarinleikkausten määrä on ollut noususuuntainen. (Selin - Stone 2009: 10.)

Teollisen vallankumouksen aikaansaamat vaikutukset näkyvät tänäkin päivänä hyvin vahvasti terveydenhuollossa ja käynnistivät paljon puhutun medikalisaation. Synnytyksessä medikalisaatio näkyy muun muassa lisääntyneenä lääkkeellisellä kivunlievityksenä ja keisarinleikkauksilla. Esimerkiksi vuonna 2013 Suomessa syntyi keisarinleikkauksella 16,3 % kaikista lapsista (Vuori – Gissler 2014). Suomessa epiduraalin käyttäminen synnytyksessä on vuodesta 1999 vuoteen 2009 lisääntynyt kymmenen prosenttiyksikköä (Vuori – Gissler 2010).

2.3 Synnytyksen aikainen tuki

Tuki määritellään sanakirjassa (Nurmi 2002: 1138) muun muassa joksikin, joka antaa turvaa, auttaa, edistää, pitää pystyssä, vahvistaa ja kannattelee. Synnytyksen aikana tuen tarkoitus on auttaa äitiä selviytymään synnytyksen läpi ja kannustaa synnyttäjää synnytyksen aikana. Synnytyksen aikainen tuki voidaan jaotella eri muotoihin. Joissakin lähteissä synnytyksen aikainen tuki jaotellaan neljään eri muotoon: fyysinen tukeminen, emotionaalinen tuki, informatiivinen tuki ja advokeesi eli äidin asioiden ajaminen. (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2013.) Emotionaalinen tuki sisältää esimerkiksi läsnäolon ja kehumisen. Fyysinen tuki pitää sisällään esimerkiksi äidin hieromisen tai tukevan kosketuksen. Informatiivisessa tuessa äitiä pidetään ajan tasalla synnytyksen kulusta ja kerrotaan miten tulevaisuudessa edetään. Advokeesi on tuen muoto, jossa toimitaan ikään kuin äidin puolestapuhujana tai toiveiden esiin tuojana. (Hodnett ym. 2013.)

Kipu on synnytyksessä yleensä hyvin vahvasti läsnä, ja synnyttäjät kestävät ja kokevat synnytyskipua hieman eri tavalla (Vague 2003: 1). Synnyttäjän kokemus synnytyskipusta voi liittyä esimerkiksi synnytystilanteeseen, johon ympäristöllä ja tuella on vaikutusta. Kätilö voi tukea synnyttäjää esimerkiksi auttamalla synnyttäjää pysymään päätöksessään olla käyttämättä lääkkeellistä kivunlievitystä. Tällaisia kivunlievitysmenetelmiä ovat esimerkiksi veden käyttö, erilaiset asennot, hieronta sekä hallintakeinot ja terapiat. (Ross-Davie – Munro – Jokinen 2012: 3.) Synnytyksessä synnyttäjän tukena voi olla kuka tahansa hänen toivomansa henkilö, kuten synnyttäjän puoliso. Joissakin maissa synnyttäjän tukena toivotaan olevan nainen, joka on synnyttäjälle sukua. Synnyttäjät, joilla ei ole omaa tukihenkilöä, voivat saada esimerkiksi vapaaehtoisen tukihenkilön. Tukihenkilön ei ole tarvinnut käydä koulutuksia tukemiseen liittyen. Tukihenkilöt ovat tukemassa synnyttäjää, eivätkä auttamassa hoitohenkilökuntaa. (Martis, R. 2007.)

3 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla tutkimusten ja kirjallisuuden avulla, miten synnyttäjää tuetaan erilaisissa synnytyskulttuureissa. Tarkoituksena on myös kuvailla miten medikalisaatio vaikuttaa synnyttäjän rooliin ja synnytystapahtumaan sekä miten medikalisaatio vaikuttaa synnytyskulttuurien muutokseen.

Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa synnytyskulttuureista ja synnytyksen medikalisaatiosta Hyvä syntymä -hankkeen, opetuksen ja työelämän tueksi. Tavoitteena on tutustua eri maihin ja niiden synnytyskulttuureihin ja saada opinnäytetyön tulokseksi sellaista tietoa, jota voitaisiin hyödyntää mahdollisesti opiskelussa ja työelämässä. Tavoitteena on myös saada kirjallisuuskatsauksen avulla lisää tutkimusaiheita synnytyskulttuureihin liittyen.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Miten medikalisaatio vaikuttaa synnytyskulttuuriin?
2. Miten synnytyskulttuuri vaikuttaa synnyttäjälle tarjottuun tukeen?
3. Miten synnytyskulttuuri vaikuttaa synnyttäjän rooliin synnytyksessä?

4 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

4.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Valitsimme opinnäytetyön toteutustavaksi kirjallisuuskatsauksen, koska sen avulla saamme hyvin rakennettua kokonaiskuvaa synnytyskulttuureihin liittyvästä asiakokonaisuudesta. Pystymme tunnistamaan paremmin ongelmia tutkimusilmiöön liittyen ja lähestymään synnytyskulttuuria myös historiallisesta näkökulmasta. Analysoimme valitsemiamme tutkimuksia ja saamme näin vastauksia tutkimuskysymyksiimme. (Salminen 2011: 9.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa yleiskatsaus valitusta aiheesta. Sitä eivät ohjaa tietyt ja tarkat säännöt. Aineistoa saa valita laajasti ja sitä eivät rajaa tietyt metodiset säännöt. Tutkimusilmiötä voidaan kuvata laaja-alaisesti ja sen ominaisuuksia voidaan luokitella. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa myös alalajit narratiivinen ja integroiva kirjallisuuskatsaus. Käytämme opinnäytetyösämme integroivaa kirjallisuuskatsausta. (Salminen 2011: 12.)

Integroivan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata valittua tutkimusilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. Se on hyvä tapa tuottaa tutkittua tietoa jo tutkitusta aiheesta ja auttaa kirjallisuuden tarkastelussa ja kriittisessä arvioinnissa. Kriittinen tarkastelu kuuluu osaksi integroivaa kirjallisuuskatsausta ja sen avulla voidaan tiivistää tärkein tutki-

musmateriaali katsauksen pohjaksi. Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla voimme jakaa opinnäytetyömme viiteen vaiheeseen seuraavasti: tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen. (Salmi- nen 2011: 14.)

Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa tiivistetään kokeellista tai teoreettista tietoa, minkä avulla saadaan laajempi kuvaus tutkitusta ilmiöstä tai terveydenhuollon ongelmasta. Sen avulla voidaan myös kehittää hoitotieteitä esimerkiksi kehittämällä sairaanhoidon linjauksia tai erilaisia toimintamalleja. Hyvässä integroivassa kirjallisuuskatsauksessa näkyy tutkittu tieto teoreettisen viitekehyksen tukena ja sovellettavuus työelämään sekä hoitotyön toimintamalleihin tai linjauksiin. (Knafl – Whittemore 2005: 546.)

4.2 Aineiston hankinta

Teimme systemaattisen tiedonhaun eri tietokannoissa, kuten EBSCO, Ebrary, Medic. Hakusanoina oli: culture, birth, medicalization, childbirth, labour, support, tuki, synnytys, medikalisaatio, kulttuuri ja synnytyuskulttuuri. Päätimme heti tiedonhakuprosessin alussa keskittyä englanninkielisiin tutkimuksiin, koska suomenkieliset hakusanat eivät tuottaneet tuloksia. Tuloksia saimme hakusanoilla culture, birth, medicalization ja niiden yhdistelmillä.

Karsimme aineistoa ensin tiivistelmien pohjalta ja päädyimme käyttämään yhteensä 17 lähdettä. Hyödynsimme jo löytämiemme tutkimusten lähdeluetteloja tiedonhaussa, ja löysimme tutkimuksia manuaalisella haulla Metropolian Ammattikorkeakoulun Tukholmankadun kirjastosta, EBSCO-, Ebrary-, Google Scholar -tietokannoista ja Reproductive Health Journal -lehdestä. Kaikki käyttämämme aineisto on englanninkielistä. Rajasimme analysoitavan aineiston koskemaan vain synnytystapahtumaa ja aineiston julkaisuvuodet välille 2000 - 2014.

Tarkempi tiedonhaun kuvaus tiedonhakutaulukossamme, liite 1.

4.3 Aineiston kuvaus

Lopullinen analysoitava aineistomme sisältää 17 lähdettä, joista tutkimuksia on kymmenen, asiantuntija-artikkeleita kuusi ja yksi on kirjallisuuskatsaus. Lähteistä kolme on Iso-Britanniasta, kolme Kanadasta, kaksi Australiasta, kaksi Yhdysvalloista, yksi Turkista, yksi Meksikosta, yksi Chilestä, yksi Malawista, yksi sekä Israelista että Japanista, yksi Intiasta ja yksi Ghanasta.

Tutkimukset käsittelevät synnytyskulttuuria eri näkökulmista. Analysoitavistamme lähteistä seitsemän käsitteli synnytyskulttuurien medikalisaatiota, neljä käsitteli kättilöjohdoista synnytystä ja naisten kokemuksia siitä, kaksi käsitteli synnytyskulttuureita ilmiönä, kaksi lähdettä keskittyi tutkimaan naisten kokemuksia synnytyksestä, yksi tarkasteli lähde synnytyssuunnitelmien käyttöä kehittyvissä maissa ja yksi tutki vaihtoehtoisten synnytyspaikkojen vaikutusta synnytykseen.

Tarkempi aineiston kuvaus aineiston analyysi -taulukossamme, liite 2.

4.4 Aineiston analyysi

Analysoimme löytämäämme aineistoa induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Kuvattua ilmiötä voidaan sisällön analyysin avulla järjestää, kuvailla ja kvantifioida eli määrällistää. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi dokumenttien, päiväkirjojen, artikkelien ja muun kirjallisen materiaalin analyysissä. Sen pyrkimyksenä on saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysin avulla voidaan tuottaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia luokitteluja, käsitteitä, erilaisia käsittejärjestelmiä, -karttoja tai malleja. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 4-5.)

Sisällönanalyysi jaetaan erilaisiin lähestymistapoihin. Niitä ovat induktiivinen eli aineistolähtöinen, deduktiivinen eli teorialähtöinen sekä teoriaohjaava sisällönanalyysi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108.) Opinnäytetyössämme käytämme induktiivista sisällönanalyysiä. Tällöin aineiston analysointi tapahtuu aineiston kuvailemisena pelkistykseen, ryhmittelyjen ja abstrahoinnin avulla, jossa kuvaus tutkimuskohteesta muodostetaan yleiskäsitteiden avulla (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi pyrkii ymmärtämään tutkittavia näiden omasta näkökulmastaan kaikissa analyysin vaiheissa (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113).

Laadullisen aineiston aineistolähtöinen sisällönanalyysi on Milesin ja Hubermanin (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108) mukaan kolmivaiheinen prosessi:

- 1) Aineiston pelkistäminen
- 2) Aineiston ryhmittely
- 3) Abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen

Ennen analysoinnin aloittamista on määritettävä analyysiyksikkö, joka voi olla tutkimustehtävästä ja aineiston laadusta riippuen sana, lauseen osa, lause tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110.) Aineiston pelkistämisen aikana aineistosta karsitaan pois kaikki tutkimukselle epäolennainen tieto. Tietoa voidaan joko tiivistää tai pilkkoa osiin. Aineistosta voidaan etsiä ja merkitä tutkimuskysymyksien ohjaamana näitä kysymyksiä kuvaavia ilmaisuja. Nämä ilmaukset tiivistetään tutkimukselle oleellisiksi pelkistetyiksi ilmauksiksi, kuten ”esimerkit selviytymisestä”, ”keskustelu tulevaisuudesta” tai ”ajatukset pois sairaudesta”. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109 – 110.)

Aineiston ryhmittely-vaiheessa pelkistyksillä koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti ja näiden välillä etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset yhdistetään luokaksi ja nimetään niitä kuvaavalla käsitteellä alaluokaksi (esimerkiksi ”toivon vahvistaminen”). Näin aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Näitä alaluokkia voidaan ryhmitellä edelleen yläluokiksi (esimerkiksi ”tulevaisuuteen rohkaiseminen”), yläluokkia pääluokiksi (”henkinen tukeminen”) ja näitä yhdistäviksi luokiksi (”Nuoren kokemuksia saamastaan tuesta syömishäiriöstä selviytymisessä”). (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110 – 112.)

Aineiston ryhmittely on jo osa abstrahointi-prosessia, jossa erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan sen perusteella teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja näistä tehtäviin johtopäätöksiin. Käytännössä abstrahoinnissa jatketaan aineiston yhdistelemistä luokittelujen avulla niin kauan kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. Käsitteitä yhdistelemällä aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Tutkimustulosten esittelyssä kuvataan luokittelujen avulla muodostetut käsitteet ja kategoriat sekä niiden sisällöt. Tuloksissa esitellään myös näiden avulla ai-

neistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111 – 113.)

Kirjallisuuskatsauksessa sisällönanalyysillä esiin saadut luokat eivät ole itsessään katsauksen tulos, vaan apukeino tarkastella aineistossa olevaa tietoa tiivistetyssä muodossa. Saatujen luokkien avulla voidaan aineistoon nojaten tarkastella, millaisia kuvauksia tutkimuskysymysten aiheista aineistossa esitetään. Sisällönanalyysia apukeinona käytettäessä myös ala-, ylä-, pää- ja yhdistettävien luokkien käytettävyys ja tarpeellisuus on aineistokohtaista. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 124.)

Analysoitavan aineistomme alkuperäisilmaukset taulukossa 3, liite 3.

5 Tulokset

5.1 Medikalisaation vaikutus synnytyskulttuuriin

Synnytystavan valinta

Medikalisaatiolla on erilaisia vaikutuksia synnytyskulttuureihin. Medikalisaatio vaikuttaa esimerkiksi synnytystavan valintaan. Keisarinleikkausprosentit ovat medikalisoituneissa synnytyskulttuureissa usein WHO:n suosittamaa 15 %:a korkeampia (WHO 2010: 5). Esimerkiksi Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Isossa-Britanniassa keisarinleikkaukset ovat yleistyneet synnytysmuotona (Chalmers 2012). Keisarinleikkausta suosivat usein sekä lääkärit että synnyttäjät. Lääkäreiden mielipiteisiin vaikuttaa monissa maissa, kuten Yhdysvalloissa ja Turkissa, toimenpiteen helppouden ja ajan säästävyuden lisäksi myös rahalliset palkkiot, joita lääkärit ansaitsevat erilaisista toimenpiteistä. (mm. Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010.)

Osassa löytämistämme tutkimuksista naiset itse pitivät keisarinleikkausta parhaana synnytysmuotona, osassa alatiesynnytys oli toivotumpi (mm. Yam – Grossman – Goldman – Garcia 2007). Ghanassa synnyttäjät pelkäsivät keisarinleikkauksia ja niihin joutumista (Wilkinson – Callister 2010). Turkissa keisarinleikkausten suosio synnyttäjien keskuudessa perustuu taas osittain patriarkaaliseen kulttuuriin. Alatiesynnytyksessä tapahtuneet komplikaatiot ja mahdollinen lapsen vaurioituminen koetaan synnyttäjän

syyksi, kun taas keisarinleikkauksessa vastuu on lääkäreillä. (Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010.) Myös Intiassa suunnitellusta sektioista on tullut trendi ja ideaalinen synnytysmuoto, koska sitä pidetään turvallisempuna tapana synnyttää sen alatiesynnytystä lyhyemmän keston vuoksi (Donner 2008).

Keisarinleikkauksen lisääntyminen ja riski siihen

Analysoitavasta aineistostamme kävi ilmi, että keisarinleikkauksen riskiä lisäävät sairaalasyntytykset, lääketieteelliset syyt, äidin syntyperä ja vaihtuva henkilökunta. Yhdysvalloissa sektioon oli suurempi riski, jos äidillä oli jokin lääketieteellinen tila, kuten diabetes, tai sikiö oli suuri kokoinen. Afroamerikkalaiset naiset synnyttivät kaksi kertaa todennäköisemmin sektioilla sikiön huonojen sydänäänien vuoksi verrattuna muun syntyperäisiin naisiin. Afroamerikkalaiset, aasialaiset ja latinot joutuivatkin useammin sektioon synnytysten pysähtymisen vuoksi kuin valkoihoiset naiset. (mm. Washington – Caughey – Cheng – Bryant 2012.)

Synnytystupamallin vaikutus keisarinleikkauksia vähentävästi kävi ilmi useammassa tutkimuksessa (mm. Cooper 2002). Yhdessä tutkimuksessa kävi ilmi, että saman kättilön tukea raskauden, synnytysten ja lapsivuoteen aikana saaneet naiset olivat vähäisemmässä riskissä keisarinleikkaukselle. Tutkimuksessa ei kuitenkaan käynyt ilmi oliko näillä kättilöillä myös erityinen alatiesynnytyksiin kannustava hoitofilosofia (McLachlan – Forster – Davey et al. 2012).

Medikalisaatio lisää synnytykseen puuttumista

Tutkimuksista nousi esiin, että medikalisoituneessa synnytyksessä puututaan synnytysten kulkuun. Epiduraalipuudutusta käytettiin rutiininomaisesti, sen ottamiseen jopa painostettiin (Johanson – Newburn – Macfarlane 2002). Sitä käytettiin Isossa-Britanniassa 25 %:ssa, Kanadassa 50 %:ssa ja Yhdysvalloissa 75 %:ssa synnytyksistä (Chalmers 2012). Ghanassa äitien pitää tuoda synnytykseen mukanaan omat tarvikkeet synnytystä varten, kuten hanskat ja neulat, mikä osaltaan valmistaa synnyttäjää interventioita varten. Synnytys käynnistetään lääkkeellisesti monissa maissa jopa lähes kaikissa synnytyksissä, kuten Chilessä 92,7 % ja Ghanassa oksitosiinia käytettiin lähes kaikissa synnytyksissä jouduttamaan synnytystä ja kontrolloimaan äidin jälkeisvuotoa. (Binfa – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013; Wilkinson – Callister 2010.)

Muita yleisesti käytettyjä interventioita olivat muun muassa episiotomia, jatkuva sikiön sydänäänien seuranta ja vatsan painaminen synnytyksen aikana (mm. Binfa – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013). Sikiön sydänäänien seuranta käytetään Isossa-Britanniassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa lähes kaikissa synnytyksissä (Chalmers 2012). Yhdysvalloissa synnytys on yleisin syy sairaaläkäynnille ja 5/10 yleisimmistä toimenpiteistä liittyy synnytykseen (Rutledge Stapleton – Osborne – Illuzzi 2013). Lisääntyneillä interventioilla ei välttämättä ole näyttöä tehokkuudesta normaalisti etenevässä synnytyksessä (Johanson – Newburn – Macfarlane 2002).

Medikalisaation myötä synnytyslääkärien rooli ja vastuualue ovat muuttuneet. Synnytyslääkärien vastuualueeseen kuuluvat erityisesti epäsäännölliset synnytykset ja synnytykset, joissa ilmenee komplikaatioita. Synnytyslääkärit ovat alkaneet ottaa vastuuta myös normaalisti etenevistä synnytyksistä. Tämä on yksi syy siihen, että interventiot synnytyksissä ovat lisääntyneet. (Johanson – Newburn – Macfarlane 2002.) Lisääntyneet toimenpiteet ovat saaneet aikaiseksi sen, että osa kättilöistä ja synnytyslääkäreistä on asettunut toisiaan vastaan (Reiger – Dempsey 2006).

Kokemus medikalisaatiosta

Löytämässämme tutkimuksissa medikalisaatiolla koettiin olevan sekä negatiivisia että positiivisia vaikutuksia. Medikalisaatiota pidetään merkinä taloudellisesta ja sosiaalisesta edistyksestä. Osa synnyttäjistä pitää interventioita oikeutettuina, vaikka niistä osa olisikin tarpeettomia. (mm. Parry 2008; Donner 2008.) Toisaalta kättilöt ja synnyttäjät eivät tunteneet olevansa tietyissä kulttuureissa tarpeeksi hyvässä asemassa kyseenalaistaakseen lääketieteellisiä määräyksiä (Binfa – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013). Medikalisaation koetaan olevan myös niin systemaattista, ettei sitä kyseenalaisteta, vaikka oltaisiin tietoisia erilaisista synnytyskulttuureista (Johanson – Newburn – Macfarlane 2002; Parry 2008). Osa synnyttäjistä kokee hoitohenkilökunnan antavan sellaisen kuvan, ettei nainen pysty synnyttämään ilman lääketieteellistä apua, kuten kivunhoitoa (Reiger – Dempsey 2006).

Synnytyksen riskit

Medikalisoituneen synnytyksen hyväksymiseen vaikuttaa osaltaan se, että synnytys koetaan erittäin riskialttiiksi (mm. Kitinger 2012). Siksi tutkimuksissamme useimmat naiset hakeutuivat synnyttämään sairaalaan, ja siksi myös lääkärit suosittelivat sairaal-

lasynnytystä kotisynnytyksen sijaan (Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010). Israelilaisista 99,4 % ja japanilaisista 99,8 % naisista synnyttää sairaaloissa niiden turvallisuuden vuoksi (Ivry 2009).

Alkuperäinen synnytyskulttuuri

Medikalisaation lisääntyminen ei kuitenkaan ole pelkästään riippuvainen hoitohenkilökunnasta. Mediassa on ilmennyt, että maahanmuuttajat ja alkuperäisasukkaat yritetään hienovaraisesti sopeuttaa medikalisoituneeseen terveydenhuoltoon. Medikalisoitumisen myötä osassa synnytyskulttuureista tavat, rituaalit ja seremoniat ovat muuttuneet lääketieteellisiksi tapahtumiksi ja alkuperäisen synnytyskulttuurin piirteet ovat katoamassa. (Kitzinger 2012.) Esimerkiksi Intiassa medikalisaatio ja länsimaalainen lääketiede ovat syrjäyttäneet maan perinteisen synnytyskulttuurin. Kokemus medikalisaatiosta on joskus ristiriitainen. Intiassa medikalisaatiota pidettiin yleisesti hyvänä asiana ja länsimaalaista lääketiedettä parhaana vaihtoehtona. Toisaalta medikalisaatio koettiin enemmän negatiivisena toimenpiteiden lisääntyessä ja entisten oppien syrjäytyessä. (Donner 2008.)

Kätilöjohtoinen synnytys

Osa synnyttäjistä valitsee alueellisten mahdollisuuksien mukaan kätilöjohtoisen synnytyksen ja tarjolla olevan synnytystupamallin. Synnytystupamallin on todettu vähentävän esimerkiksi epiduraalin käyttöä, episiotomioita ja synnytysten käynnistämistä. (mm. Hodnett – Downe – Walsh – Weston 2010.) On huomattu, että suunnitellut kotisynnytykset ja kätilöjohtoiset synnytykset ovat vähentäneet myös leikkaustoimenpiteitä synnytyksessä (Johanson – Newburn – Macfarlane 2002). Tällaisen mallin on todettu olevan turvallinen ja tehokas alhaisen riskin synnytysten hoitoon (Rutledge Stapleton – Osborne – Illuzzi 2013). Jotkin synnyttäjät valitsevat kätilöjohtoisen synnytysmallin, koska eivät halua interventioita. Esimerkiksi Kanadassa osa synnyttäjistä on valinnut ennemmin kätilöjohtoisen synnytyksen. Yksi syy tähän oli, että synnyttäjät eivät kokee synnytyksen olevan sairaus, jota tulisi hoitaa. (Parry 2008.) Synnytystupien on todettu ainakin Yhdysvalloissa pystyvän tarjoamaan hyvää synnytyksen hoitoa halvemmalla ja vähemmällä interventioilla kuin sairaalaympäristö (Rutledge Stapleton – Osborne – Illuzzi 2013).

Tutkimuskysymyksen tulokset myös taulukossa 4, liite 4.

5.2 Synnytyskulttuurin vaikutus synnyttäjälle tarjottavaan tukeen

Synnyttäjälle synnytyksen aikana tarjottu tuki vaihtelee erilaisten synnytyskulttuurien välillä. Synnyttäjillä on usein synnytyksessä mukana jokin tukihenkilö, jolta saa tukea tarpeen mukaan. Aina synnyttäjät eivät kuitenkaan koe saavansa tarpeeksi tukea. Synnytyskulttuurin mukaan tukihenkilö ja tuen muoto vaihtelevat. Tukea voi antaa fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. (mm. Hodnett – Downe – Walsh – Weston 2010.)

Hoitohenkilökunta ei antanut tukea

Turkissa naiset kertoivat luottavansa lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan ammattitaitoon, mutta he eivät kokeneet saavansa näiltä tukea synnytyksen aikana. Lääkäreitä ja muuta hoitohenkilökuntaa jopa pelättiin. Synnyttäjät kuvailivat saavansa huonoa kohtelua hoitohenkilökunnalta, ja synnyttäjät kokivat kärsivänsä yksin. (Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010.) Usein naiset kokivat myös, ettei hoitohenkilökunnalta saanut yksilöllistä hoitoa (Binfa – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013). Malawissa terveysasemilla hoitohenkilökunta huusi äideille, jos äidit eivät noudattaneet hoitohenkilökunnan antamia ohjeita. Äitien hoito viivästyi usein eikä äitejä tutkittu, koska heidän sanottiin olevan kunnossa. (Kumbani – Bjune – Chirwa – Malata – Øyvind 2013.) Kanadassa osa synnyttäjistä koki, ettei saanut tarvittavaa tukea synnytyslääkäriltä (Parry 2008).

Henkilökunnan tuki oli positiivista ja synnytyssuunnitelma vaikutti koettuun tukeen

Kätilön tuki koettiin monissa tutkimuksissa hyväksi ja rauhoittavaksi (mm. Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010). Malawissa synnyttäjät halusivat hoitohenkilökunnan olevan paikalla synnytyksessä, etteivät joutuisi synnyttämään yksin (Kumbani – Bjune – Chirwa – Malata – Øyvind 2013). Chilessä henkilökunnan läsnäolo koettiin positiiviseksi ja halutuksi (Binfa – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013). Intiassa ja Japanissa kätilö antoi synnyttäjälle fyysistä tukea muun muassa hieromalla (Kitzinger 2012). Kanadassa synnyttäjistä osa valitsi kätilöjohtoisen synnytyksen, koska sen koettiin lisäävän luottamuksellista suhdetta kätilöön ja kätilö ei tuntunut vieraalta synnytyksessä (Parry 2008). Meksikossa synnyttäjät kokivat synnytyssuunnitelman hyväksi keinoksi lisätä kommunikaatiota heidän ja hoitohenkilökunnan välillä (Yam – Grossman – Goldman – Garcia 2007).

Ammattitaidon puuttuminen

Kouluttamattomat kätilöt vastaanottivat synnyttäjän hyvin, mutta synnyttäjät eivät luottaneet heidän ammattitaitoonsa. Malawissa kouluttamattomat kätilöt jättivät synnyttäjät kärsimään yksin kivuista eivätkä antaneet heille tukea. Synnyttäjien mielestä kouluttamattomat kätilöt eivät olleet asianmukaisia ja he menisivät mieluummin synnyttämään terveysasemille. (Kumbani – Bjune – Chirwa – Malata – Øyvind 2013.) Ghanassa 53 %:ssa synnytyksistä ei ollut koulutettua henkilöä avustamassa synnytyksessä (Wilkinson – Callister 2010).

Tukihenkilö oli mukana synnytyksessä

Tutkimissamme synnytyskulttuureissa suurimmalla osalla synnyttäjistä oli tukihenkilö mukana synnytyksessä. Pohjois-Amerikassa ja Isossa-Britanniassa tukihenkilö oli yleensä synnyttäjän mies tai partneri. (Chalmers 2012.) Israelissa jotkut miehet osallistuvat synnytykseen ja heidän odotetaan olevan yhä enemmän mukana lääketieteellisissä toimenpiteissä ja synnytyksissä (Ivry 2009). Tukihenkilöt vaihtelivat kuitenkin kulttuurista toiseen. Ugandalaisen äidin tukena on nainen miehen perheestä. Jemenin yhteisössä naisen tukena on paljon muita naisia, jotka kannustavat synnyttäjää. Yhteisössä synnyttäjälle löytyi koko ajan joku, jolta sai esimerkiksi fyysistä tukea. Intiassa mies on mukana synnytyksessä ja synnyttäjä saa mieheltään esimerkiksi fyysistä tukea. (Kitzinger 2012.)

Meksikolaisissa sairaaloissa tilat tukihenkilöille olivat usein rajalliset (Yam – Grossman – Goldman – Garcia 2007). Chilessä 70 %:lla synnyttäjistä oli joku läheinen mukana avautumisvaiheessa ja 87,1 %:lla ponnistusvaiheessa (Binfa – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013). Ghanassa synnyttäjillä ei ollut hoitohenkilökunnan lisäksi tukihenkilöä mukana synnytyksessä ja synnytyksen jälkeen vain naispuoliset perheenjäsenet saivat nähdä synnyttäjän. Synnyttäjät saivat kuitenkin synnytysklinikoilla ollessaan tukea ja tietoa toisilta synnyttäjiltä. (Wilkinson – Callister 2010.)

Kivunlievitys tukena synnytyksessä

Osassa synnytyskulttuureista kivunlievitys oli osa tukea synnytyksen aikana. Esimerkiksi Chilessä 80 % synnyttäjistä sai lääkkeellistä kivunlievitystä synnytyksen aikana (Binfa – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013). Toisissa kulttuureissa kipua ei kui-

tenkaan haluttu lievittää. Ghanassa kipulääkkeitä oli saatavilla, mutta niitä käytettiin harvoin, koska siellä uskotaan, että synnytyksen kuuluu olla naiselle kivulias. Naisen kuuluu kärsiä synnytyskivuista, koska kipujen uskotaan olevan Jumalan tahto ja rangaistus. (Wilkinson – Callister 2010.)

Synnytysympäristön vaikutus tukeen

Löytämässämme tutkimuksissa synnytysympäristöllä oli vaikutusta synnytyksen aikaiseen tukeen. Isossa-Britanniassa synnyttäjät kokivat rennon ympäristön hyvänä synnytyksessä. (Cooper 2002.) Turkissa naiset kokivat saavansa yksityisissä sairaaloissa parempaa kohtelua synnytyksen aikana kuin julkisissa sairaaloissa. Kotona synnyttäminen koettiin myös helpoksi, mutta synnytyksen jälkeen siellä ei ollut tukea. (Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010.) Muualla kuin perinteisessä sairaalan potilashuoneessa synnyttäminen lisäsi tutkimuksissa positiivisen synnytyskokemuksen todennäköisyyttä (Hodnett – Downe – Walsh – Weston 2010). Yhdessä tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin siihen, ettei esimerkiksi erilainen riski keisarinleikkaukselle liity hoitopaikan sääntöihin vaan hoitohenkilökunnan omaan hoitofilosofiaan (McLachlan – Forster – Davey et al. 2012).

Tutkimuskysymyksen tulokset myös taulukossa 5, liite 5.

5.3 Synnytykskulttuurin vaikutus synnyttäjän rooliin

Synnyttäjän mielipide sivuutetaan

Medikalisoituminen lisää interventioita ja synnyttäjää ei välttämättä oteta huomioon päätöksenteossa (Johanson – Newburn – Macfarlane 2002). Osassa synnytykskulttuureista lääkärit ovat täydellisessä auktoriteettiasemassa synnyttäjiin nähden. Esimerkiksi osa turkkilaisista lääkäreistä kokee heillä olevan sitä enemmän valtaa mitä alempaa sosiaaliluokkaa synnyttävä nainen on. Naisten toivetta tietojen salassapidosta ei myöskään usein noudateta, vaan lääkärit kokevat velvollisuudekseen kertoa synnyttäjän miehelle kaikki tiedot. Patriarkaalisessa kulttuurissa kuten Turkissa miehen mielipide myös synnytyspaikasta ylittää usein naisen omat mielipiteet. (Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010.)

Aktiivinen synnyttävä ja sikiö etusijalla

Useissa maissa, kuten Meksikossa, Isossa-Britanniassa ja Kanadassa, naiset olivat erittäin kiinnostuneita naisen aktiivisesta roolista synnytyksen aikana ja he saivat vaikuttaa päätöksentekoon synnytyksessään (mm. Yam – Grossman – Goldman – Garcia 2007). Isossa-Britanniassa synnytystuvan kätilöt näkevät synnyttäjän aktiivisessa asemassa ja uskovat synnyttäjän voimavaroihin (Cooper 2002). Kanadassa synnyttävä koki hyvänä, että kätilö otti hänet mukaan päätöksentekoon (Parry 2008). Useissa synnytysskulttuureissa kuten Turkissa ja Meksikossa naiset kokivat syntyvän lapsen hyvinvoinnin tärkeämmäksi kuin omansa, joten he välittivät vähemmän siitä miten heitä itseään kohdeltiin tai mitä toimenpiteitä heille tehtiin (Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010; Yam – Grossman – Goldman – Garcia 2007).

Synnytyssuunnitelman kirjoittaminen koettiin voimauttavaksi synnyttäjien puolelta. Se johti palkitsevaan ja yksilöllisempään synnytyskokemukseen. Synnytyssuunnitelman kirjoittaneet olivat myös tietoisempia potilaiden oikeuksista synnytyssuunnitelman laatimisen jälkeen. Meksikossa osa lääkäreistä kuitenkin vastusti synnytyssuunnitelmien käyttöönottoa, koska sen johdosta he joutuisivat käyttämään enemmän aikaa yhtä potilasta kohden, joka vähentäisi lääkäreiden tuloja. (Yam – Grossman – Goldman – Garcia 2007.)

Synnyttäjän rajoittaminen ja passivointi sekä hoitohenkilökunnan käytös

Osassa synnytysskulttuureista synnyttäjiä rajoitettiin ja passivoitiin. Useissa maissa, kuten Chilessä, Turkissa ja Malawissa, synnyttäjälle ei kerrottu synnytyksen kulusta, heitä ei kuunneltu ja he tunsivat olevansa objekteja omassa synnytyksessään (mm. Bina – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013). Malawissa terveysasemilla hoitohenkilökunta vei synnyttäjän sänkyyn, hänelle annettiin kaarimalja ja kerrottiin mihin sitä käytetään. Synnyttäjän käskettiin odottaa sängyssä ja hänet jätettiin yksin. Äidit eivät saaneet ottaa ponnistusvaiheessa tukea esimerkiksi sängystä. (Kumbani – BJune – Chirwa – Malata – Øyvind 2013.) Myös synnyttäjien liikkumisen vapautta ja asentoja rajoitettiin. Chilessä 86,6 % synnyttäjistä synnytti poikkiäydällä, 77,4 % ei kävellyt synnytyksen aikana ja 94,3 % ei saanut juotavaa suun kautta, vaan suurin osa sai suonensisäistä nesteytystä. (Bina – Pantoja – Ortiz – Guroviz – Cavada 2013.) Japanissa nainen asetettiin synnyttämään sellaiseen asentoon, jossa naisen ”häpeälliset” osat peittyivät (Ivry 2009). Turkissa osa kätilöistä tunnusti kohtelevansa synnyttäjiä huonos-

ti, mutta myönsi ettei tietoa tulisi käyttää toisten loukkaamisen (Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010).

Tutkimuskysymyksen tulokset myös taulukossa 6, liite 6.

6 Pohdinta

6.1 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsauksella on kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena luoda kuva tutkimusilmioistä. Katsauksen avulla voidaan löytää hyödyllisiä käsitteitä analyysia varten ja se antaa ilmiöstä toisen käden tietoa. Laadullisen tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja eettisyyttä tulee tarkastella ja arvioida kriittisesti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010: 69.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tunnistaa tutkimusongelma ja käsitteet, löytää aikaisempia tutkimuksia aiheesta, löytää ristiriitaisia tuloksia aiheesta, tulkita aikaisempien tutkimusten tuloksia ja tutustua mahdollisiin jatkotutkimusaiheisiin. Kirjallisuuskatsausta laadittaessa tulee olla kriittinen käytettyä ja olemassa olevaa kirjallisuutta kohtaan, jotta kirjallisuuskatsaus olisi luotettava. Siinä käytettävien tutkimusten ikää tulee arvioida ja käytettävä aineisto tulee rajata tietyille vuosille. Luotettavuuden lisäämiseksi tulisi käyttää vain alkuperäistutkimuksia, koska toisen käden lähteitä käyttäessä on riski, ettei sen sisältö ole täysin oikeaa. Kirjallisuuskatsauksessa tulee kuvata myös tiedonhaku ja mukaanottokriteerit luotettavuuden lisäämiseksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010: 70 - 73.)

Luotettava laadullinen tutkimus on totuudenmukaista ja objektiivista. Se noudattaa eettisiä ohjeistuksia hyvästä tieteellisestä tutkimuksesta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen tarkoituksen, tutkijan sitoutumisen, aineiston keruun, aineiston analyysin ja raportoinnin perusteella. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134 - 141.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tekemiseen osallistui kolme henkilöä, joista jokainen osaltaan on tarkastellut tutkittavaa aineistoa. Yhden ihmisen virheet ja mielipiteet eivät

siis ole vaikuttaneet niin merkittävästi kuin yksintehdyssä opinnäytetyössä. Kirjallisuuskatsauksessamme käytimme aineistona tieteellisesti tutkittua aineistoa ja asiantuntijatekstejä. Analysoitava aineistomme on englanninkielistä, mikä osaltaan saattaa tekstiä kääntäessä lisätä virheitä ja vääriä tulkintoja. Rajasimme tutkimamme aineiston 2000-luvulle, jotta käytössämme olisi mahdollisimman tuoretta tietoa. Tämä lisää opinnäytetyömme luotettavuutta, koska materiaali on sovellettavissa nykypäivään ja lähitulevaisuuteen.

Olemme käsitelleet kirjallisuuskatsauksessamme 17 lähdetä, joten otanta on kohtalaisen suuri kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineistoksi. Kaikki tutkimamme lähteet ovat alkuperäisen tekijän kirjoittamia eli olemme välttäneet toisen käden lähteiden käyttöä. Virhemarginaaliamme lisää se, että tarkastelussa olleista synnytyskulttuureista on usein vain yksi tai kaksi tutkimusta, joten tulosten yleistäminen voi olla hankalaa ja johtopäätöksiä pitää tarkastella kriittisesti. Vielä luotettavampi kirjallisuuskatsaus vaatisi suurempaa otantaa eri synnytyskulttuurien osalta. Toisaalta tutkimuskysymyksiemme tarkoitus oli pohtia valitsemiamme ilmiöitä eri kulttuureissa, eikä näin ollen tarkoituksena ollut hankkia syvällistä tietoa jokaisesta synnytyskulttuurista.

Etsimme aineistoamme systemaattisen tiedonhaun avulla ja jokainen opinnäytetyön tekijä toteutti tiedonhaun samalla tavalla. Olemme kuvanneet tiedonhaun taulukkoon, jossa on nähtävillä myös tuloksettomat tiedonhaut. Kirjallisuuskatsauksen laajuutta rajoitti osaltaan se, että jouduimme jättämään pois muutamia löytämiämme lähteitä, koska ne olivat tarjolla vain maksullisina internet-lähteinä, emmekä voineet ja halunneet käyttää maksullisia lähteitä työssämme. Toteutimme aineiston analyysin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysi toteutettiin yhteistyössä samanlaisella metodilla, joten analyysi on luotettava sen yhtenäisyyden ansiosta. Aineiston haun ja analyysin kaikki vaiheet on kuvattu eri taulukoissa, joten opinnäytetyömme kaikki vaiheet ovat lukijalle nähtävissä ja esimerkiksi alkuperäisilmaukset ovat jäljitettävissä lähteisiin.

6.2 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksemme yksinä keskeisimmistä käsitteistä olivat länsimaalainen ja ei-länsimaalainen synnytyskulttuuri. Analyysiprosessissamme emme ole tehneet tätä jaoteltua vaan olemme tarkastelleet yleisesti kaikkia synnytyskulttuureja yhdessä. Emme jaotelleet synnytyskulttuureja länsimaisiin ja ei-länsimaisiin, koska halusimme saada

tuloksia, joita voitaisiin jollakin tasolla yleistää liittyen medikalisaatioon. Jos olisimme jaotelleet tuloksemme länsimaalaisiin ja ei-länsimaalaisiin synnytyskulttuureihin, olisi analyysiotoksen täytynyt olla suurempi. Nykyisellä otantamäärällä emme siis voineet tehdä tällaista jakoa tulosten luotettavuuden vuoksi.

Teoreettisessa viitekehysessämme olemme määritelleet medikalisaation ja mitä synnytyksen medikalisaatio pitää sisällään. Opinnäytetyömme tulosten mukaan medikalisaatiolla on vaikutusta synnytykseen ja synnytyskulttuureihin. Medikalisaatio on muokannut monia synnytyskulttuureita, ja länsimaalainen lääketiede on syrjäyttämässä kulttuureiden aikaisemmat käsitykset synnytyksestä (mm. Kitzinger 2012). Etenkin interventiot, kuten keisarinleikkaukset, ovat lisääntyneet ja niiden käyttöä ei monissa synnytyskulttuureissa kyseenalaisteta (mm. Johanson – Newburn – Macfarlane 2002). Keisarinleikkauksesta on tullut yhä suosituampi synnytystapa monissa maissa, jopa trendi ja ideaalinen synnytysmuoto (Donner 2008). Tulosten mukaan medikalisaatio on aiheuttanut sen, että joistain interventioista, kuten epiduraalipuudutuksesta, on tullut rutiinia synnytyksessä. Lisääntyneiden interventioiden tehokkuudesta ei välttämättä ole tarpeeksi näyttöä. Tutkimuksistamme kävi ilmi, että lääkärit suosivat interventioita toimenpidepalkkioiden vuoksi. (mm. Johanson – Newburn – Macfarlane 2002.)

Tuloksiamme mukaan medikalisaatiolla ei ole ollut pelkästään negatiivisia vaikutuksia synnytyskulttuureihin. Sairaaloihin hakeuduttiin, koska synnytys koettiin riskialttiiksi (Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010). Sairaalasyntytyksissä kuolleisuus on usein muita synnytyspaikkoja pienempi, vaikka matalan riskin synnytyksissä myös kättilöjohtoisten synnytystupien on todettu tarjoavan yhtä turvallisen synnytyksympäristön. Tuloksiamme mukaan useat synnyttäjät ovatkin hakeutuneet kättilöjohtoihin synnytyksiköihin. Kätilön kanssa synnyttäneet ovat saaneet olla enemmän mukana oman synnytyksensä päätöksenteossa. Yhtenä syynä kättilöjohtoiseen synnytykseen on ollut äitien halu välttää turhat interventiot. Tutkimuksienne mukaan kättilöjohtoisissa synnytyksissä äidit ovat kokeneet saavansa enemmän tukea verrattuna lääkärijohtoihin synnytyksiin. Monet äidit kaipaivat kodinomaisuutta ja luonnollisuutta synnytyksiinsä. (mm. Rutledge Stapleton – Osborne – Illuzzi 2013.)

Määrittelemme synnytyksen aikaisen tuen teoreettisessa viitekehysessämme ja jaottelemme sen fyysiseen, emotionaaliseen ja informatiiviseen tukeen sekä advokeesiin eli äidin puolesta puhumiseen ja asioiden ajamiseen (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2013). Analysoidessamme tutkimustuloksia päätimme lisätä erääksi synnyttäjän

tukimuodoksi kivunlievityksen, koska se kuuluu mielestämme sekä fyysiseen että emotionaaliseen tukeen. Riippuen synnytyskulttuurista, kipua pyrittiin joko lievittämään tai sitä kuului sietää osana synnytysprosessia (mm. Wilkinson – Callister 2010). Tutkimustuloksiemme mukaan synnytyskulttuuri vaikuttaa synnyttäjälle tarjottuun tukeen. Esimerkiksi tukihenkilöt saattavat vaihdella hyvinkin paljon synnytyskulttuurista riippuen. Tutkimuksissamme suurimmalla osalla synnyttäjistä tukihenkilö oli naisen mies tai partneri. Tukihenkilö saattoi olla myös esimerkiksi miehen naispuolinen sukulainen tai ainoastaan hoitohenkilökunta. (mm. Chalmers 2012.)

Joissakin synnytyskulttuureissa tukea ei saanut ja synnyttäjä koki, että hänet jätettiin yksin (Wilkinson – Callister 2010). Analysoimissamme aineistossa synnyttäjän tukena oli usein ammattihenkilö, kuten kätilö. Osassa tutkimuksistamme kätilön tuki koettiin positiiviseksi. (mm. Parry 2008.) Joissakin maissa synnytyksissä ei ollut mukana koulutettua henkilöä vaan vain kouluttamaton kätilö. Synnyttäjät hakeutuivat kouluttamattomien kätilöiden luokse heidän ammattitaidon puuttumisesta huolimatta, koska halusivat edes jonkinlaista tukea synnytykseen. (Kumbani – Bjune – Chirwa – Malata – Øyvind 2013.) Rennolla, kodinomaisella synnytysympäristöllä oli vaikutusta synnyttäjän saamaan tukeen ja synnyttäjän positiiviseen synnytyskokemukseen (Cooper 2002). Tutkimuksistamme kävi ilmi, että kaikki tuen muodot koettiin positiiviseksi ja niiden yksipuolisuus tai puuttuminen koettiin riittämättömänä tukena (mm. Binfa – Pantoja – Ortiz – Gurovich 2013).

Synnytyskulttuureissa, joihin medikalisaatio on vaikuttanut, naista ei oteta välttämättä huomioon synnytykseen liittyvässä päätöksenteossa. Interventioiden lisääntyessä naista ei välttämättä oteta samalla tavalla huomioon, kun hoitohenkilökunta keskittyy vain naiselle tehtäviin toimenpiteisiin. Tuloksissamme käy ilmi, että synnyttäjä on eriarvoisessa auktoriteettiasemassa ja roolissa verrattuna lääkäriin ja muuhun hoitohenkilökuntaan. Lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan päätöksiä ei välttämättä osata kyseenalaistaa tai omaa tahtoa ei uskalleta tuoda esille. Kun synnyttäjältä puuttuu tieto, hänet on helpompi painostaa interventioihin ja lääkäri sanelee synnytyksen kulun. (mm. Cindoglu – Sayan-Cengiz 2010.) Tutkimustulostemme mukaan synnyttäjät olivat synnytyksessään joko aktiivisessa tai passiivisessa roolissa. Aktiivisessa roolissa oleva synnyttäjä osallistui synnytyksensä päätöksentekoon, ja häntä oli usein valmennettu ennen synnytystä tai hän oli korkeasti koulutettu henkilö (Yam – Grossman – Goldman – Garcia 2007). Joissakin synnytyskulttuureissa synnyttäjiä passivoitiin. Tällöin heidän osallistumista synnytyksen päätöksentekoon ja esimerkiksi liikkumista rajoitettiin (Binfa –

Pantoja – Ortiz – Gurovich 2013). Alisteiseen asemaan joutuivat tyytymään useimmiten kouluttamattomimmat äidit, joilla ei ollut tietoa omista oikeuksistaan (Yam – Grossman – Goldman – Garcia 2007).

Synnytyskulttuurien tuntemus ja medikalisaation tiedostaminen on tärkeää, koska muista kulttuureista on mahdollista oppia uusia ja erilaisia tapoja käsitellä raskautta, synnytystä ja vastasyntynyttä. Globaalissa maailmassa on hyvä tuntee lähtökohdat, joista eri kulttuurin ihmiset tulevat ja tarkastelevat maailmaa. Medikalisaation levitessä on syytä oppia arvioimaan kriittisesti esimerkiksi lääkehoidon ja erilaisten lääketieteellisten toimenpiteiden tarpeellisuutta.

7 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Synnytyksen medikalisaatio on yhä ajankohtaisempi aihe suomalaisessa synnytyskulttuurissa. Myös koko maailmassa medikalisaatio syrjäyttää aikaisempia synnytyskulttuureita. Yhä useampi synnyttäjä on lisääntyvässä määrin riippuvaisempi lääketieteestä myös normaalisti etenevässä synnytyksessä. Siksi medikalisaation tutkiminen on tärkeää, jotta interventioiden käyttö olisi näyttöön perustuvampaa.

Kirjallisuuskatsauksemme perusteella voimme esittää medikalisaatiosta seuraavat johtopäätökset:

- medikalisaatio vaikuttaa synnytystavan valintaan
- medikalisaatio kasvattaa keisarileikkausten suosiota sekä lääkäreiden että synnyttäjien keskuudessa
- medikalisoituneessa synnytyskulttuurissa puututaan synnytyksen kulkuun
- osassa maista synnytyslääkärit ovat alkaneet ottaa enemmän vastuuta myös normaalisti etenevistä synnytyksistä
- medikalisaatiolla koetaan olevan sekä negatiivisia että positiivisia vaikutuksia
- medikalisoituneissa synnytyskulttuureissa keskitytään enemmän synnytyksen riskeihin
- medikalisaatio syrjäyttää aiempia synnytyskulttuureita
- kättilöjohtoinen synnytys on osalle synnyttäjistä halutumpi vaihtoehto hyvän hoitosuhteen muodostuksen ja interventioiden välttämisen vuoksi

Synnyttäjälle tarjottuun tukeen voimme esittää seuraavat johtopäätökset:

- tukihenkilöt ja tuen muodot vaihtelevat eri synnytyskulttuureissa
- naiset kokevat yksilöllisen tuen saannin tärkeäksi synnytyksessä
- kätilön tuki koetaan hyväksi ja rauhoittavaksi
- naiset kokevat, että ammattitaitoinen henkilö tuo turvaa synnytyksessä
- tukea halutaan, vaikka synnytyksen avustaja oli kouluttamatonkin
- kivunlievitys on yksi tuen muoto joissain maissa, toisissa kipu on oleellinen osa synnytystä
- synnytysympäristöllä on vaikutusta synnytyksen aikana koettuun tukeen ja synnytyskokemukseen

Synnyttäjän roolista synnytyksessä voimme esittää seuraavat johtopäätökset:

- osassa kulttuureista lääkäri on täydellisessä auktoriteettiasemassa synnyttäjään nähden
- osassa kulttuureista synnyttäjä oli kiinnostunut ja sai olla aktiivisessa roolissa omassa synnytyksessään, jolloin synnytyskokemus oli parempi
- toisissa kulttuureissa synnyttäjää passivoitiin ja rajoitettiin, eikä hän saanut päättää omasta synnytyksestään, jolloin synnyttäjä koki kontrollin puutetta synnytyksessä
- synnyttäjät kokivat synnytyssuunnitelmien käytön voimauttavana, mutta osa lääkäreistä vastusti niiden käyttöä

Näiden tulosten pohjalta olemme sitä mieltä, että synnyttäjille pitäisi kaikissa kulttuureissa tarjota enemmän tietoa synnytyksestä ja siihen liittyvistä toimenpiteistä, jotta he osaisivat kyseenalaistaa tietyt rutiinitoimenpiteet. Esimerkiksi synnytysasento on usein hoitohenkilökunnan tahdon mukainen, eikä synnyttäjä saa päättää tai osaa kyseenalaistaa sitä. Tulostemme mukaan suurin osa synnyttävistä naisista haluaa yksilöllistä tukea hoitohenkilökunnalta sekä haluaa synnytykseen oman tukihenkilön. Tämä pitäisi-kin olla mahdollista jokaiselle synnyttäjälle synnytyspaikasta huolimatta. Synnyttäjällä pitäisi olla myös oikeus aidosti vaikuttaa synnytyspaikkansa valintaan, koska synnytysympäristöllä on vaikutusta hyvään synnytyskokemukseen.

Kirjallisuuskatsauksemme pohjalta olemme pohtineet jatkotutkimusaiheita liittyen synnytyskulttuureihin. Aineistomme pohjalta huomasimme, että yhä useammassa maassa nainen saa itse valita haluaako hän alatiesynnytyksen vai keisarinleikkauksen. Kun ennen keisarinleikkaus on ollut hätäratkaisu, nyt siitä on tulossa tasavertainen synnytysmuoto. Joissakin maissa lääkäritkin suosittelivat keisarinleikkausta omista lähtö-

kohdistaan, mikä voi tarkoittaa lääkärille helpompaa työtaakkaa ja parempia palkkioita. Mielestämme keisarinleikkauksen yleistymistä ja käytön syitä tulisi tutkia tarkemmin. Myös keisarinleikkauksen ja interventioiden käyttöä tulisi pohtia ja niiden käyttöä yhteinäistä esimerkiksi hoitosuosituksen avulla.

Opinnäytetyömme mukaan synnytysympäristö vaikuttaa synnytyksen aikana koettuun tukeen ja synnytyskokemukseen. Mielestämme pitäisikin tutkia olisiko myös Suomessa mahdollista laajentaa synnyttäjien mahdollisuutta valita oma synnytyspaikkansa. Tutkimuksessamme esimerkiksi kättilöjohtoiset synnytystuvat olivat varteenotettava vaihtoehto sairaalasyntytyksille. Mielestämme pitäisikin pohtia olisiko Suomessakin mahdollista laajentaa synnytyspaikkojen vaihtoehtoja. Keskustelu tästä olisi tärkeää etenkin nyt, kun synnytyksiä keskitetään yhä enemmän suuriin sairaaloihin.

Kättilöt ovat hyvin erilaisessa asemassa eri maissa. Joissakin maissa lääkärit hoitavat nykyään jopa normaalisti etenevät synnytykset kättilöiden sijaan. Kirjallisuuskatsauksemme mukaan kättilöjohtoisen synnytyksen tulokset ovat yhtä hyviä tai jopa parempia synnyttäjän näkökulmasta verrattuna lääkärijohtoiseen synnytykseen. Kättilöjohtoisessa synnytyksessä synnyttäjät kokivat saavansa myös enemmän tukea ammattitaidon lisäksi. Meistä olisi hyödyllistä tutkia kättilöiden asemaa ja kättilötyön eroja eri kulttuureissa.

Voimme hyödyntää opinnäytetyötämme tekemällä siitä artikkelin esimerkiksi Kättilälehteen. Artikkelimme voisi herättää kättilöitä ja kättilöopiskelijoita pohtimaan medikalisaation merkitystä suomalaisessa synnytyskulttuurissa ja synnytyskulttuurien eroja. Haluaisimme tuoda esille tuloksistamme sellaisia näkökulmia ja tapoja hoitaa synnytystä, joita voisi mahdollisesti käyttää suomalaisen synnytyskulttuurin kehittämiseen.

Kirjallisuuskatsauksemme on avartanut käsityksiämme eri synnytyskulttuureista. Olemme huomanneet kuinka paljon eri kulttuurien synnytysopit eroavat ja kuinka medikalisaatio vaikuttaa yhä enemmän synnytyksiin ja synnytyskulttuureihin ympäri maailmaa. Kirjallisuuskatsauksemme tarkoituksena ei ole tyrmätä medikalisaation vaikutuksia, vaan avata keskustelua mitkä kaikki interventiot ovat tarpeellisia ja mitä kaikkea medikalisaatio on syrjäyttänyt. Tarkoituksenamme on tuoda esille se, että jokaisella naisella on oikeus hyvään synnytyskokemukseen ja hyvään syntymään.

Lähteet

Barnet, Robert J. 2012. Medicalization of Life. Canadian Dimension. 46:4.

Binfa, Lorena – Pantoja, Loreto – Ortiz, Jo-vita – Gurovich, Marcela – Cavada, Gabriel 2013. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Santiago, Chile. Midwifery 29:1151 - 1157.

Brennan, Ross - Eagle, Lynn - Rice, David 2010. Medicalization and Marketing. Journal of Macromarketing 30: 8 - 22.

Chalmers, Beverley 2012. Childbirth Across Cultures: Research and Practice. BIRTH 39:4. 276 - 280.

Cindoglu, Dilek - Sayan-Cengiz, Feyda 2010. Medicalization Discourse and Modernity: Contested Meanings Over Childbirth in Contemporary Turkey. Health Care for Women International 31: 221 - 243.

Cooper, Tracey 2004. Changing the culture: normalizing birth. British Journal of Midwifery. Vol. 12. Issue 1. 45 - 49.

Donner, Henrike 2008. Domestic Goddesses: Maternity, Globalization and Middle-class Identity in Contemporary India. Abingdon: Ashgate Publishing Group.

Frisk, Outi - Tulkki, Heikki 2005. Kulttuuriavain. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hahn, R. A. – Muecke, M. A. 1987: The antropology of birth in five US ethnic populations: implications for obstetrical practice.

Helman, Cecil G. 2007: Culture, Health and Illness. Fifth Edition. London: Hodder Education, an Hachette UK Company.

Hodnett, E.D. – Downe S. – Walsh D. – Weston J. 2010. Alternative versus conventional institutional settings for birth.

Hodnett, Ellen D. – Gates, Simon – Hofmeyr, G. Justus – Sakala, Carol 2013. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Ivry, Tsipy 2009. Embodying Culture: Pregnancy in Japan and Israel. New Brunswick: Rutgers University Press.

Johanson, Richard – Newburn, Mary – Macfarlane, Alison 2002. Has the medicalisation of childbirth gone too far? British Medical Journal 324: 892 - 895. Saatavana myös sähköisesti <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122835/>>. Luettu 5.9.2014.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kitzinger Sheila 2012. Rediscovering the Social Model of Childbirth. BIRTH: Volume 39. Issue 4. 301 - 304.

Knafl, Kathleen - Whittemore, Robin 2005. The integrative review: updated methodology. Journal of advanced nursing, 52(5), 546 - 553. Blackwell Publishing. Verkkodokumentti: < http://users.phhp.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore_knafl_05.pdf>

Koski, Pirjo 2012. Hyvä syntymä. Hankesuunnitelma. Metropolia Ammattikorkeakoulun Hyvä syntymä 2014 -työtila. Julkaisematon lähde.

Kumbani, Lily – Bjune, Gunnar –Chirwa, Ellen –Matala, Address – Øyvind Odland, Jon 2013. Why some women fail to give birth at health facilities: a qualitative study of women's perceptions of perinatal care from rural Southern Malawi. Reproductive Health.

Kupiainen, Jari - Sevänen, Erkki (toim.) 1996. Kulttuurintutkimus. Johdanto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11. 4 - 5.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2008. Etiikka Hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Martis, R. 2007. Continuous support for women during childbirth: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. Verkkodokumentti. <<http://apps.who.int/rhl/archives/rmcom/en/>>. Luettu 29.10.2014.

McLachlan H. – Forster D. – Davey M. et al. 2012. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x/full>>. Luettu 28.10.2014.

Nurmi, Timo 2002. Uusi suomen kielen sanakirja. Valitut Palat. Jyväskylä 2002: Gummerus Kirjapaino Oy.

Parry, Diana 2008. "We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience": Exploring Canadian Women's Use of Midwifery.

Reiger, Kerreen; Dempsey, Rhea 2006. Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. Health Sociology Review. Volume 15, issue 4: 364 - 373.

Ross-Davie, Mary – Munro, Jane – Jokinen, Mervi 2012. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. Supporting Women in Labour. The Royal College of Midwives.

Rutledge Stapleton, Susan – Osborne, Cara – Illuzzi, Jessica 2013. Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model. Journal of Midwifery & Women's Health. Volume 58, Issue 1, pages 3 - 14. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12003/abstract>>. Luettu 15.10.2014.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Verkkodokumentti. <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Luettu 2.4.2014.

Selin, Helaine - Stone, Pamela K. 2009. Childbirth Across Cultures: Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum. Springer Science + Business Media B.V.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vague, Stephanie 2003. Midwives' experiences of working with women in labour: interpreting the meaning of pain. Auckland University of Technology.

Van Holle, Cecilia 2003. Birth on the Threshold: Childbirth and Modernity on South India. Berkeley: University of California Press.

Vuori, Eija - Gissler, Mika 2013. Vastasyntyneet 2012. Nyfödda 2012. Newborns 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110752/Tr32_13.pdf?sequence=1>. Luettu 26.2.2014.

Vuori, Eija – Gissler, Mika 2014. Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2013. Perinatal statistics: parturients, deliveries and newborns 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014101345161>>. Luettu 14.11.2014.

Wagner, Marsden 2006. Born in the USA: How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Infants First. Berkeley: University of California Press.

Washington, Sierra - Caughey, Aaron B. - Cheng, Yvonne W. - Bryant, Allison S. 2012. Racial and Ethnic Differences in Indication for Primary Cesarean Delivery at Term: Experience at One U.S. Institution. BIRTH 39:2. 128 - 134.

WHO 1992. Traditional Birth Attendants. A Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement. Verkkodokumentti. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38994/1/9241561505.pdf?ua=1>>.

WHO 2010. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>>. Luettu 3.4.2014.

WHO 2013. Births attended by skilled health personnel: Place of residence by country. Verkkodokumentti. < <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1567?lang=en>>. Luettu 3.3.2014.

Wilkinson S.E. – Callister L.C. 2010. Giving Birth: The Voices of Ghanaian Women.

Yam, Eileen A. - Grossman, Amy A. – Goldman, Lisa A. – García, Sandra G. 2007. Introducing Birth Plans in Mexico: An Exploratory Study in a Hospital Serving Low-Income
Mexicans.

TAULUKKO 1: Tiedonhakuprosessi

Tietokanta	Hakusana	Hakutulos	Hylätyt otsikon perusteella	Hylätyt tiivistelmän perusteella	Ei saatavilla	Hylätty tekstin perusteella	Hyväksytyt
CINAHL with Full Text	birth, culture; 2000-2014	86	72	10	0	1	<p>Kitzinger, Sheila 2012: Rediscovering the Social Model of Childbirth</p> <p>Reiger, Kerreen; Dempsey, Rhea 2006: Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity</p> <p>Cooper, Tracey 2004: Changing the culture: normalizing birth</p>
EBSCO	Birth, medicalization; 2000-2014	33	27	1	3	0	<p>Cindoglu, Dilek; Sayan-Cengiz, Feyda 2010: Medicalization Discourse and Modernity: Contested Meanings Over Childbirth in Contemporary Turkey</p> <p>Binfa, Lorena; Pantoja, Loreto; Ortiz, Jovita; Gurovich, Marcela; Cavada, Gabriel 2013: Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized</p>

2 (4)

							midwifery health services in Santiago, Chile
EBSCO	Medicalization, birth, culture; 2000-2014; linked full text	62	48	8	0	3	(Cindoglu, Dilek; Sayan-Cengiz, Feyda 2010: Medicalization Discourse and Modernity: Contested Meanings Over Childbirth in Contemporary Turkey) Yam, Eileen; Grossman, Amy; Goldman, Lisa; García, Sandra 2007: Introducing Birth Plans in Mexico: An Exploratory Study in a Hospital Serving Low-Income Mexicans Parry, Diana 2008: "We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience": Exploring Canadian Women's Use of Midwifery
EBSCO	manuaalinen haku	1	-	-	-	-	Wilkinson, S. E.; Callister, L. C. 2010: Giving Birth: The Voices of Ghanaian Women
EBSCO	manuaalinen haku	1	-	-	-	-	Johanson, Richard; Newbury, Mary; Macfarlane, Alison 2002: Has the medi-

3 (4)

							calisation of childbirth gone too far?
Ebrary	manuaalinen haku	1	-	-	-	-	Donner, Henrike 2008: Domestic Goddesses: Maternity, Globalization and Middle-class Identity in Contemporary India
Ebrary	manuaalinen haku	1	-	-	-	-	Ivry, Tsipy 2009: Studies in Medical Anthropology: Embodying Culture: Pregnancy in Japan and Israel
Google Scholar	manuaalinen haku	1	-	-	-	-	Hodnett, E. D.; Downe, S.; Walsh, D.; Weston, J. 2010: Alternative versus conventional institutional settings for birth
Google Scholar	manuaalinen haku	1	-	-	-	-	McLachlan, H.; Forster, D.; Davey M. et al. 2012. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk.
Google Scholar	manuaalinen haku	1	-	-	-	-	Rutledge Stapleton, Susan; Osborne, Cara; Illuzzi, Jessica, 2013: Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model
Reproductive health journal	manuaalinen haku	1	-	-	-	-	Kumbani, Lily; Bjune, Gunnar; Chirwa, Ellen; Malata, Address; Øyvind Odland, Jon 2013: Why some women fail to give

4 (4)

							birth at health facilities: a qualitative study of women's perceptions of perinatal care from rural Southern Malawi
Medic	birth AND medicalization	0	0	0	0	0	-
Medic	labour AND medicalization	0	0	0	0	0	-
Medic	labour AND culture	2	2	0	0	0	-
Medic	birth AND culture	1	1	0	0	0	-
Medic	birth AND support	8	7	1	0	0	-
Medic	labour AND support	7	7	0	0	0	-
Metropolia Tukholmankadun kirjasto	manuaalinen haku	-	-	-	-	-	Chalmers, Beverley 2012: Childbirth Across Cultures: Research and Practice
Metropolia Tukholmankadun kirjasto	manuaalinen haku	-	-	-	-	-	Washington, Sierra; Caughey, Aaron; Cheng, Yvonne; Bryant, Allison 2012: Racial and Ethnic Differences in Indication for Primary Cesarean Delivery at Term: Experience at One U.S. Institution

TAULUKKO 2: Aineiston analyysi

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
1. Cindoglu, Dilek - Sa- yan-Cengiz, Feyda, 2010, Turkki	Tutkia naisten kokemuksia synnytyksestä ja äitiydestä nykypäivän Turkissa. Synnytyksen jatkuvan medikalisaatiokehityksen perustan löytäminen.	15 ryhmähaastattelua Istanbulissa, Izmirissä ja Ankarassa. Yhdeksän ryhmää naisia, jotka olivat käyneet terveyskeskuksissa lisääntymisterveyteen liittyvän asian vuoksi. Kolme näistä ryhmistä lukutaidottomia naisia; kolme koostui naisista, joilla oli 5-11 vuotta koulutusta ja kolme ryhmää naisia, joilla oli korkeakoulutus. Neljä ryhmää koostui lääkäreistä, jotka työskentelivät naisten lisääntymisterveyden parissa. Yksi ryhmä	Tutkimuskysymykset: Naisten näkemykset sairaalasta ja medikalisoituneesta synnytyskokemuksesta (sis. keisarileikkauksen). Naisten kokemukset hoitohenkilökunnasta, erityisesti lääkäreistä. Lääkäreiden ja kättilöiden näkemykset medikalisoituneesta synnytyksestä. Lääkäreiden ja kättilöiden suhteet potilaisiin.	(A) Sekä naiset että lääkärit näkevät synnytyksen riskialttiina. Synnyttäjät pyrkivät vähentämään riskejä hakeutumalla sairaalaan ja monet lääkärit turvautumalla keisarileikkauksiin. (B) Lääkärit ja hoitajat kokevat olevansa hierarkiassa synnyttäjiä korkeammalla, mikä oikeuttaa heidät joskus epäasialliseenkin käytökseen synnyttäjiä koh-	Kulttuurinen käsitys naisesta ”maaperänä”, joka hoivaa miehen antamaa ”siementä” (nainen ei siis osallistu lapsen luomiseen vaan vain hoivaa sitä) -> miehen oikeus päättää naisen ruumiista ”siementä” suojellakseen. Patriarkaalinen ajattelu ja medikalisaatio tukevat toisiaan. Riskiajattelu johtaa interventioihin ja keisarileikkauksiin.

		koostui valtion sairaaloiden kättilöistä ja toinen kättilöistä, jotka työskentelivät lääketieteellisessä koulussa.		taan. Synnyttäjät kokevat usein velvollisuutta käyttäytyä tietyllä tavalla sairaalassa, eivätkä valita kokemastaan epäasiallisesta kohtelusta. (C) Koska nainen nähdään miehen ”siemenen” kantajana, he ovat huolissaan siitä että kantavat ”siementä” oikein. Vastuu komplikaatioista on helpottavaa antaa sairaalalle. Naisen keho koetaan synnytyksessä toissijaiseksi lapseen verrattuna.	
2. Yam, Eileen A. - Gross-	Tutkimus synnytys-suunnitelmien käytettävyydestä kehittä-	Vuosina 2003 ja 2004 tutkimussairaalan hoitohenkilökuntaa koulutettiin käyttä-	Odottajat tekivät itselleen synnytyssuunnitelman koulutuksen	Synnytyssuunnitelmien tekoon suhtauduttiin positiivisesti, vaikeivät	Alatiesynnytys oli kaikkien tutkimusten synnyttäjien ensisijainen toive.

<p>man, Amy A. – Goldman, Lisa A. – García, Sandra G, 2007, Meksiko</p>	<p>tyvissä maissa. Meksikossa hyvin korkeat keisarinleikkausluvut. Etenkään alemman sosioekonomisen luokan naiset eivät ole Meksikossa tottuneet ilmaisemaan synnytykseen liittyviä toiveitaan hoitohenkilökunnalle.</p>	<p>mään synnytyssuunnitelmaa asiakastyössä. Tutkittavina yhdeksän alempaan sosioekonomiseen luokkaan kuuluvaa raskaana olevaa naista, joilla oli vähintään yksi aikaisempi synnytyskokemus.</p>	<p>saaneen hoitohenkilön kanssa. Viikko synnytyksen jälkeen synnyttäjät tulivat haastatelluun. Syvähaastatteluja myös synnyttäjien, sosiaalityöntekijöiden, hoitajien ja yhden yleislääkärin kanssa synnytyssuunnitelmista.</p>	<p>synnytykokemukset vastanneetkaan täysin suunnitelmia. Synnyttäjillä ei ollut mielipidettä synnyttäjää kohdistuvista toimenpiteistä, mutta vauvaan kohdistuvissa päätöksissä kaikilla oli selkeä mielipide. Tärkeä kommunikaation keino synnyttäjän ja hoitohenkilökunnan välillä.</p>	<p>Ei erityistoiveita synnyttäjään kohdistuvista toimenpiteistä, paitsi suurin osa halusi välttää ivkanyylin laittoa. Kaikki naiset halusivat jatkuvaa sikiön sydänäänien seuranta synnytyksen aikana.</p>
<p>3. Binfa, Lorena – Pantoja, Loreto - Ortiz, Jovita – Gurovich, Marcela – Cavada, Gabriel,</p>	<p>Chilessä otettiin käyttöön vuonna 2007 humanisen terveydenhuollon ja synnytyksen hoidon mallit (potilas on subjekti, ei objekti). Tutkimus kuvaa kliinisiä tuloksia niillä</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus 508 naisesta, jotka synnyttivät Santiagon kahdessa suurimmassa sairaalassa 2010-2011. Kvalitatiivinen tutkimus kuuden kohderyhmän kanssa, jotka koostuivat kättilöistä, synnytyslääkäreistä ja asiakkaista. Kaksi sy-</p>	<p>Materiaalin keräsivät 5. vuoden kättilöopiskelijat kriteerit täyttäviltä äideiltä lapsivuodeosastoilla. Synnyttäjien taustatiedot kerättiin sairaalan tiedoista tai haastatteleamalla synnyttäjää.</p>	<p>Kvantitatiivisessa tutkimuksessa paljastui ohjeistuksen huono soveltaminen: 92.7 % synnyttäjillä synnytys oli käynnistetty. 1/3 naisista oli tyytymätön saamaansa hoitoon. Kättilöiden mielestä terveydenhuolto</p>	<p>Synnyttäjät kertoivat saaneensa epäyksilöllistä hoitoa. Kättilöt kertoivat kuitenkin olevansa kiinnostuneita tarjoamaan yksilöllistä hoitoa naisille. Myös jotkut lääkärit olivat sitä mieltä, että ovat aina tarjonneet</p>

2013, Chile	naisilla, jotka ovat saaneet hoitoa tämän mallin avulla, äitien ja vastasyntyneiden hyvinvoinnin tasoa ja hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden kokemuksia humanista hoidosta synnytyksen aikana.	vähaastattelua synnytysyksiköiden johtajien kanssa.	Tutkijatiimi keräsi kvalitatiivisen materiaalin ryhmäkeskustelujen avulla.	oli hierarkista ja medikalisoitunutta, eivätkä lääkärit olleet sitoutuneita uuteen hoitomalliin. Synnyttäjät luottivat hoitohenkilökunnan osaamiseen, mutta saivat heiltä riittämätöntä henkilökohtaista hoitoa.	humaania hoitoa.
4. Kitzinger, Sheila, 2012, Oxford	Tarkoitus on tuoda esille synnytyskulttuuri aiheena, herättää kysymyksiä medikalisaation vaikutuksesta siihen ja mitä asioita pitäisi tutkia siihen liittyen.	Asiantuntija-artikkeli, jossa tutkija käyttänyt omia aikaisempia teoksiaan ja artikkeleitaan aiheeseen liittyen sekä muiden asiantuntijoiden teoksia tukemaan omaa näkökantaansa ja lähestymistapaansa synnytyskulttuureihin.	Kirjoittaja on valinnut omia tutkimuksiaan ja aikaisempia artikkeleita pohdintansa pohjaksi.	Medikalisoituneessa maailmassa synnytys koetaan joskus ”raiskausta vastaavaksi tapahtumaksi”. Medikalisaatio aiheuttaa vastakkaisia kokemuksia voimaantumiselle.	Länsimaissa synnytyskulttuuriin liitetään automaattisesti lääketieteellistyminen ja tämä saattaa helposti ohjata näkemyksiä synnytykseen liittyen.
5. Reiger Ker-	Tutkimusartikkeli, jossa kerrottu medi-	Haastatteluun valikoitui 12 ihmistä, jotka ammatiltaan	Aineisto kerättiin haastatteleamalla valittuja	Synnytys koetaan medikalisoituneessa maa-	Kun mieli ja keho eivät olleet synnytyksessä

reen - Dempsey Rhea, 2006, Australia	kalisoituneesta synnytyksestä ja miten synnytykseen nykyään suhtaudutaan. Tutkimuksessa synnytys kuvataan rinnastettuna urheilijoiden, näyttelijöiden ja muiden taiteilijoiden kokemukseen mielen ja kehon yhteydestä, joka vaaditaan onnistuneen lopputuloksen saavuttamiseksi.	käyttivät kehon ja mielen yhteyttä saavuttaakseen halutun lopputuloksen.	ihmisiä ja heidän kokemustensa kautta tuotiin esille samanlaisuus synnytyksessä vaadittavaan mielen ja kehon yhteyteen.	ilmassa kokemukseksi, jossa synnyttäjä ”näyttelee” synnytyksen, eikä ole henkisesti yhteydessä kehoonsa. Tähän ilmiöön vaikuttaa paljolti synnyttäjän usko omaan jaksamiseensa ja synnytyksessä tukeva tuovien henkilöiden läsnäolo.	yhteydessä, kokemus synnytyksestä koettiin suorittamisena. Medikaalisiaatio vaikuttaa tähän yhteyteen.
6. Cooper Tracey, 2002, Iso-Britannia	Osoittaa kätilöjohtojen synnytyksen tutkittuja hyötyjä, ja ylläpitää kätilöjohtojen synnytystä. Esittelee ”synnytystupien” toimivuutta ja	Synnytystuvissa asiantuntijat ovat keränneet vuosien varrella tietoja synnytyksiin liittyen. Kaikki synnytykset ja niissä tehdyt toimenpiteet ovat valikoituneet vuosittain kirjattavaksi ylös. Tilastollis-	Synnytystuvissa kerätty aineisto oli koottu vuodelta 2001 ja esitetty taulukoissa. Taulukoita oli verrattu ”asiantuntijalähtöisten” yksiköiden dataan ja	Naiset olivat tyytyväisempiä synnytykseen kätilöjohtoisissa ”synnytystuvissa”. Interventioita synnytyksissä ja keisarileikkauksia oli vähemmän kuin asiantun-	Synnytystupiin valikoituu enemmän normaalisti eteneviä raskauksia, jotka saattavat muuttua korkea riskin synnytyksiksi. Synnytystuvissa työssä käytetään koko

	hyötyjä tilastollisesti.	ta dataa oli esitetty artikke- lissa vuodelta 2001.	tehty päätelmiä näiden pohjalta.	tijajohtoisissa yksiköis- sä. Synnytystupien suosio on kasvanut selvästi.	ajan auditointia laadun parantamiseksi. Audi- toinnissa tarkastellaan sitä, täyttääkö tarkaste- lun kohde sille asetetut vaatimukset. Synnytys- tupien suosion kasvu aiheuttaa tungosta syn- nytystupiin, mikä on ha- vaittu kasvavaksi ongel- maksi.
7.	Tutkimus kättilöjoh- toisten synnytystu- pien (birth center) turvallisuudesta ja tehokkuudesta. Ver- tailua aiempiin 80- luvulla tehtyihin tut- kimuksiin samasta aiheesta.	Pitkittäinen kohorttitutkimus 79 kättilöjohtoisessa synny- tystuvassa 33 eri Yhdysval- tojen osavaltiossa vuosina 2007–2010.	Aineisto on kerätty American Association of Birth Centers:n in- ternet-rekisteriin. Ai- neisto ei sisällä henki- lökohtaisia potilastieto- ja. Aineisto kerättiin kaikista synnytystuvis- sa hoidetuista asiak- kaista, synnytyspaikas- ta huolimatta. Tiedot	Tulokset ovat yhte- neväisiä aiempien syn- nytyspaikkaa ja kättilö- johtoista synnytyksen hoitoa käsitelleiden tut- kimusten kanssa. Tu- lokset ovat huomatta- van samanlaiset kuin 80-luvun lopulla synny- tystupien turvallisuutta ja tehokkuutta Yhdys-	Synnytystupiin valikoitu- vassa vähäisen riskin synnytyksissä 1 % syn- nyttäjäistä oli tarpeen siir- tää sairaalaan. 91 %:lla synnytyksen jälkeinen aika oli säännöllinen, 2,4 %:lla oli tarvetta siirtyä sairaalaan. Keisarinleik- kauksia oli vähemmän kuin koko populaatiossa.

			analysoitiin tilastointijärjestelmien avulla, kuvailevat vastaukset muutettiin numeraaliseksi frekvensseiksi.	valloissa käsitellyt tutkimus, vaikka riskitekijöitä on nyky populaatiossa suhteessa enemmän.	Interventioita oli vähemmän ja synnytysten hoidon hinta oli halvempi kuin sairaaloissa.
8. Hodnett, E. D. – Downe, S. – Walsh, D. – Weston, J. 2010, Kanada	Kirjallisuuskatsaus vaihtoehtoisten synnytyspaikkojen (ei perinteinen sairaalahuone) vaikutuksesta verrattuna perinteisiin sairaalan synnytysosastoihin.	Kirjallisuuskatsauksen pohjana käytetty yhdeksää tutkimusta, joissa osallisena 10 684 naista. Osallistuneilla naisilla oli säännöllinen raskaus.	Cochrane-tietokantaa käytetty tutkimusaineiston etsinnässä. Kaikki valitut aineistot uudelleenanalysoitiin luotettavuuden varmistamiseksi.	Vaihtoehtoisten synnytyspaikkojen todettiin lisäävän spontaanin alatiesynnytyksen määrää, synnytyksiä ilman lääkkeitä kivunlievitysmenetelmiä, vaikuttavan positiivisesti imeytymiseen ja vähentävän oksitosiinin käyttöä, puuttumisen tarvetta alatiesynnytykseen, keisarileikkauksia ja episiotomioita. Naisten tyytyväisyys saamaansa hoitoon oli korkea.	Pelkän synnytyspaikan vaikutusta tuloksiin on vaikeaa arvioida, koska myös tutkittavien paikkojen organisaation mallit synnytyksen hoitamiseen olivat erilaisia.

<p>9. Chalmers Beverley, 2012, Kana- da</p>	<p>Vertailla 10 jo tehdyn tutkimuksen avulla synnytyskulttuureja eri maissa.</p>	<p>Julkaisussa on vertailtu 10 tehdyn tutkimuksen avulla synnytyskulttuureja eri maissa. Tutkimukset on tehty vuosina 1995-2006 ja ne on tehty Kanadassa, USA:ssa, Isossa-Britanniassa, Azerbaidžanissa, Liettuassa, Venäjällä ja Moldovassa. Naisia haastateltiin synnytyksen jälkeen.</p>	<p>Amerikassa ja Kanadassa käytetään paljon epiduraalipuudutuksia ja keisarinleikkauksia verrattuna muihin maihin. Pohjois-Amerikassa ja Isossa-Britanniassa lähes aina synnytyksessä mukana tukihenkilö (partneri).</p>	<p>Isossa-Britanniassa on vähemmän epiduraalipuudutuksia ja keisarinleikkauksia kuin USA:ssa ja Kanadassa, mutta kuitenkin enemmän verrattuna muihin maihin. Pohjois-Amerikassa ja Isossa-Britanniassa lähes kaikilla naisilla oli synnytyksessä mukana tukihenkilö.</p>	<p>USA ja Kanada hyvin medikalisoituneita. Pohjois-Amerikassa ja Isossa-Britanniassa synnytyksessä on lähes aina tukihenkilö.</p>
<p>10. Kumbani, Lily – Bjune, Gunnar, Chirwa, Ellen – Malata, Address - Øyvind Od- land, Jon,</p>	<p>Malawin hallitus tukee naisten synnytämistä terveysasemilla, mutta kaikilla naisilla ei ole mahdollisuutta päästä terveysasemalle synnyttämään. Tutkimuksessa esite-</p>	<p>Tutkimus on kuvaileva tutkimus, jossa on käytetty laadullista tiedon keruuta ja tarkastelu menetelmää. 12:ta naista, jotka olivat synnyttäneet kotona 12/2010-3/2011, haastateltiin käyttämällä jäsenettyä kyselylomaketta.</p>	<p>Äidit eivät tunne olevansa kontrollissa synnytyksessä ja heitä ei tueta siinä. Äidit jätetään usein yksin sekä terveysasemilla että kouluttamattomien kättilöiden toimesta. Äideille huudettiin ter-</p>	<p>Malawilaisille naisille suositellaan synnytystä terveysasemilla, mutta moni ei pääse terveysasemalle esimerkiksi sään, nopean synnytyksen tai pitkän matkan vuoksi. Synnytykseen voi pyytää avuksi myös</p>	<p>Äidit jätettiin synnytyksissä usein yksin. Tukea ei saanut oikeastaan mistään. Terveysasemille äideille huudettiin jos he eivät toimineet ohjeiden mukaan.</p>

2013, Malawi	tään syitä, miksi naiset eivät pääse synnyttämään terveysasemille.		veysasemilla, jos he eivät olleet tehneet jotakin ohjeiden mukaan. Äidit synnyttivät kuitenkin mieluummin terveysasemille niiden ammattitaitoisen henkilökunnan vuoksi.	kouluttamattoman kätilön. Terveysasemilla naiset kokivat kohtelun huonoksi, heille huudettiin ja heidät jätettiin yksin, mutta he kokivat saavansa sieltä asianmukaista hoitoa. Äidit synnyttäisivät mieluummin terveysasemilla.	
11. Ivry Tsipy, 2009, Israel ja Japani	Kirjoittaja on itse syntyperältään israelilainen ja asuu japanissa. Hän teki tutkimusta vuonna 1996, koska halusi tietää enemmän syntyperämaansa synnytyskulttuurista ja verrata sitä japanin synnytyskulttuu-	Kirjoittaja on kerännyt yhdessä apulaistensa kanssa tietoa tutkimusta varten.	Synnytys on hyvin medikalisoitunut Israelissa ja Japanissa. Yli 99 % kummankin maan synnyttäjäistä synnyttää sairaaloissa. Miehet ovat harvoin mukana raskauden seurannassa ja synnytyksissä, Israelissa kuitenkin enemmän	Isät eivät ole suuressa roolissa ja harvoin mukana synnytyksessä. Kummassakin kulttuurissa synnytys on hyvin medikalisoitunut. Israelissa lääketieteellisillä toimenpiteillä keskitytään vastasyntyneen terveyden ylläpitoon, kun taas Japanissa	Japani ja Israel hyvin medikalisoituneita synnytyksissä. Japanilaisten naisten odotetaan seuraavan tarkkaan omaa raskauttaan ja sisätutkimuksessa ”häpeälliset” osat peitetään.

	riin.		kuin Japanissa. Japanissa peitellään naisen genitaalialueita sisä-tutkimuksessakin.	lääketieteellisiä mene- telmiä käytetään enemmän tarkkailtaes- sa sikiön vointia. Israeli- laisista synnyttäjäistä 99.4 % ja japanilaisista naisista 99.8 % synnyt- tää sairaaloissa.	
12. Donner Hen- rike, 2008, Intia	Tutustua Kalkutan kulttuuriin ja äitiy- teen.	Kirja perustuu kenttätutki- mukseen 1990-luvun Kalku- tassa ja kirjoittajan tämän jälkeen vuosia keräämään tietoon. Kirjoittaja on ollut mukana ryhmässä Kalku- tassa tekemässä havaintoja ja tarkkailemassa sen kult- tuuria. Hän haastatteli syn- nyttäneitä ja raskaana olevia naisia.	Keisarinleikkauksesta on muodostunut vaih- toehto alatiesynnytyk- selle.	Jos lapsia ei kuulu avio- liiton jälkeen, epäillään miehen kyvykkyyttä. Keisarinleikkaukset ovat yleistyneet huomatta- vasti ja ne ovat syrjäyt- tämässä alatiesynny- tykset. Keisarinleik- kausta pidetään suotui- sampana synnytysme- netelmänä, koska sitä pidetään turvallisempa- na ja nopeampana syn- nytystapana.	Keisarinleikkausta pide- tään turvallisempana ja nopeampana synnytys- tapana.

<p>13. Wilkinson S. E. – Callister, L. C. 2010, Ghana</p>	<p>Tarkoituksena selvittää miten erityisesti ghanalaisen raskaana olevien kulttuurin näkökulma, uskomukset, odotukset, pelot ja kulttuuriset tavat vaikuttavat synnytykseen.</p>	<p>Kohteena 24 18 - 42-vuotiasta raskaana olevaa naista, jotka saivat hoitoa Salvation Army -klinikalla. Naiset olivat kotoisin Wiemoasesta ja sen ympäröimistä kylistä. Naisia haastateltiin ja haastattelu nauhoitettiin.</p>	<p>Synnytyksissä käytetään harvoin lääkkeitä, naiset rukoilevat apua kipuihin. Oksitosiinia käytetään lähes aina jouduttamaan synnytystä ja estämään postpartum-verenvuotoa. Äidillä ei saa olla tukihenkilöä synnytyksessä. Klinikalla naiset saivat tukea ja tietoa toisiltaan. Naisen kuuluu tuntea kipua synnytyksessä.</p>	<p>Hengellisyys toimii suurena osana Ashanti-kulttuurissa. Raskauden ajatellaan olevan tila, joka ei vaadi lääketieteellisiä toimenpiteitä. Kätilöt hoitavat naisia klinikalla. Äidin pitää tuoda itse synnytykseen tarvikkeita, kuten hanskat ja neula. Oksitosiinia käytettiin lähes joka synnytyksessä jouduttamaan synnytystä ja kontrolloimaan postpartum-verenvuotoa. Äidillä ei saanut olla henkilökunnan lisäksi tukihenkilöä synnytyksessä.</p>	<p>Hengellisyys on suuri osa Ghanan kulttuuria. Kivun uskotaan kuuluvan synnytykseen ja naiselle, koska naisen tulee kärsiä kristinuskon oppien mukaan. Noituutta uskotaan olevan jokaisessa perheessä.</p>
<p>14. Johanson, Richard –</p>	<p>Asiantuntijaryhmä tuo artikkelissa esille tutkittuun tietoon</p>	<p>Asiantuntija-artikkeli, jossa on käytetty useaa eri tutkimusta näkemysten perus-</p>	<p>Aineistona käytetty usean eri tutkimuksen tuloksia ja niitä analy-</p>	<p>Medikalisaatio on lisännyt ylimääräisiä toimenpiteitä synnytyksessä ja</p>	<p>Joissain maissa rutiinitoimenpiteet kuten episiotomian leikkaus eivät</p>

Newburn, Mary - Macfarlane, Alison, 2002, Iso-Britannia	perustuvaa näyttöä medikalisaation vai- kutuksesta synny- tuskulttuuriin.	teluina. Käytetty muiden asiantuntijoiden alkuperäisiä tutkimuksia.	soitu artikkelissa.	lisännyt synnyttäjien pelkoa. Synnyttäjää ja tämän mielipiteitä ja pelkoja tulee kuunnella, jotta synnyttäjälähtöistä tehokasta palvelua voi- daan tarjota. Tulisi roh- kaistua tutustumaan vähemmän medikalisoituneisiin maihin.	perustu siinä tilanteessa tutkittuun tietoon ja jättä- vät huomiotta WHO:n linjaukset naisten hoi- dosta synnytyksessä.
15. Parry, Diana C, 2008, Ka- nada	Tutkimuskohteena oli naisten mielipide ja valinta kättilötyöstä synnytyksessä sisäl- täen heidän havain- tojaan, kokemuksia ja käsityksiä medika- lisaatiosta.	8 naista valikoitu kriteerien pohjalta haastatteluun. Kaikki haastateltavat olivat valkoihoisia ja heillä oli puo- liso.	Aineiston keruussa käytettiin aktiivista haastattelua, joka kesti jokaisen haastatelta- van kohdalla 1-2 tun- tia. Sen jälkeen vas- taukset identifioitiin, kategorioitiin, luokitel- tiin ja naisten reak- tiomallit jaoteltiin sekä nimettiin. Saatuja luokkia ja kategorioita	Naiset vastustivat liial- lista medikalisaatiota ja ”sikiökeskeisyyttä”, vaikkakin hyväksyivät joitakin synnytyksen kannalta tärkeitä inter- ventioita. Kättilöjohto- nen synnytys koettiin kaikin puolin mukavam- pana ja voimaannutta- vana.	Naiset olivat opiskelleet keskeiset asiat medikali- saatiosta ja kättilötyöstä, jotta olivat hyvin perillä asioista vastatessaan haastattelukysymyksiin.

			analysoitiin tarkastelemalla niiden välisiä suhteita.		
16. Washington, Sierra – Caughey, Aaron – Cheng, Yvonne – Bryant, Alli- son, 2012, Yhdysvallat	Afroamerikkalais- ja latinonaiset synnyttävät useammin keisarinleikkauksella USA:ssa kuin valkoihoiset naiset. Tarkoituksena tutkia syitä keisarinleikkauksiin.	Kohorttitutkimus, jossa 11034 synnytystä. Synnytykset välillä 1990-2008. Rodulliset ja etniset erot keisarinleikkauksen indikaatioina otettiin tutkimuksessa huomioon.	Afroamerikkalaiset ja latinonaiset synnyttävät useammin keisarinleikkauksilla pysähtyneen synnytyksen, sairauksien ja poikkeavien sydämkäyrien vuoksi, verrattuna valkoihoisiin. Valkoihoisilla väärä tarjonta johtaa useammin keisarinleikkaukseen kuin muilla synnyttäjillä.	Sairaudet, kuten ylipaino, gestaatiidiabetes, pre-eklampsia ja muut krooniset sairaudet ovat lisänneet keisarinleikkausten määrää. Afroamerikkalaisilla naisilla on eniten keisarinleikkauksia poikkeavien sydämkäyrien vuoksi Afroamerikkalaisten, Aasialaisten ja Latinojen synnytys pysähtyy useammin verrattuna valkoihoisiin, mikä johtaa keisarinleikkaukseen.	Afroamerikkalais- ja latinonaisilla enemmän keisarinleikkauksia kuin valkoihoisilla.

<p>17. McLachlan, H. – Forster, D. – Davey, M. et al. 2012, Australia</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vähentääkö omahoitaja-kätilöys (sama kätilö raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeaikana) merkittävästi keisarileikkausriskiä verrattuna vaihtuviin kätilöihin.</p>	<p>Tutkittiin 2 314 alhaisen riskin synnyttäjää, jotka erotettiin saamaan tukea joko omahoitaja- tai standardimallilla. Naiset otettiin mukaan tutkimukseen alle rv 24. Heillä kaikilla oli yksisikiöinen matalan riskin raskausmukaanottohetkellä. Ryhmät olivat taustatiedoiltaan samalla tavalla rakentuneita, mutta omahoitaja-mallilla hoidetut olivat aavistuksen paremmin koulutettuja ja saivat vähemmän valtiotukia.</p>	<p>Tiedot synnytyksestä saatiin potilastietokannasta, ja tiedot hoidon jatkuvuudesta kerättiin manuaalisesti.</p>	<p>Omahoitaja-mallilla kätilön hoitoa ja tukea saaneille tehtiin vähemmän keisarileikkauksia (19,4 %) kuin standardihoitoa (vaihtuvalla henkilökunnalla) saaneille (24,9 %). Riski oli alhaisempi myös ensisynnyttäjien suunnittelemissä sektioihin. Näille naisille tehtiin myös vähemmän episiotomioita ja he saivat vähemmän epiduraalipuudutuksia. Vastasyntyneiden joutuminen teho- tai lastenosastolle oli myös harvinaisempaa. Synnyttäjät viettivät vähemmän aikaa sairaalassa. Merkittä-</p>	<p>Tulos on eri kuin Cochranen samaa asiaa käsittelevässä tutkimuksessa, jossa kuitenkin standardiryhmässä vain 78 % sai kätilön antamaa tukea synnytyksen aikana. Ei osata sanoa, miksi omahoitaja-kätilöys vaikuttaa keisarileikkausten määrään tällä tavalla.</p>
---	---	---	---	---	--

				<p>vää eroa ei ollut instrumenteilla avustettujen synnytysten määrässä, III ja IV asteen repeämien määrässä, synnytysten lääkkeellisissä käynnistämisisissä, gestaatioiässä syntymähetkellä, verenhukan määrässä tai synnytyksen jälkeisten verenvuotojen määrässä.</p>	
--	--	--	--	---	--

TAULUKKO 3: Analysoitavan aineiston alkuperäisilmaukset

Miten medikalisaatio vaikuttaa synnytyskulttuuriin?
(1) "There is so many illnesses. It is obligatory to go to a hospital. You should give birth in urban environment."
(1) "I learned that c-section births are better for baby's brain. Besides, its head comes out in better shape. They say that during normal birth there is pressure. The baby may lack oxygen. So it is risky."
(1) "I liked c-section, actually. In normal birth, you don't know what will happen, when it will happen."
(1) "The focus group interviews with the physicians yielded a clear pattern of a childbirth as extremely "risky". This perception leads almost all physicians to favor hospital births and to emphasize the dangers related to home births."
(1) "I prefer to deliver babies by c-section. - - You deliver by appointment. As a doctor, you don't have to try to make critical decisions about the patient's life, as in the case of normal birth."
(1) "One normal birth in public hospital means losing the time you could spare to eight patients in the private practice. You lose money. - - The baby will be delivered either way. Of course, I immediately say "yes" to whoever wants a c-section."
(1) "But in c-section, no pain, no suffering, no waiting. I am not even mentioning the money."
(2) "The women were - - unanimous in their preference for a vaginal delivery."
(3) "A total of 92.7% of women had medically induced labours - -"
(3) " - - 54% had an episiotomy."
(3) " - - most of the women were under continuous fetal monitoring (81.7%) - - "
(3) "Neither midwives nor women are empowered enough to question a medical prescription - -"
(4) "The result is that birth is for many women an experience comparable to rape".
(4) "Many papers approach the labour subject with the goal of fitting immigrants to the Western countries and aboriginal people smoothly into a

medical health care system.”
(4) “Compared with social childbirth, it is associated with artificial stimulation of the uterus, medication for pain relief, assisted vaginal deliveries, a virtual epidemic of cesarean sections, babies sent to intensive care, and many women suffering from posttraumatic stress disorder.”
(4) “In a technocratic culture, birth has changed from being a ceremonial and celebratory rite of passage shared by women in a continuing and close relationship to a medical drama in an alien environment among virtual strangers.”
(4) “Risk, pain, and the routine use of invasive obstetric techniques are the dominant themes.”
(5) “rising intervention rates have ‘midwives and obstetricians at loggerheads”
(5) “When the inevitable ‘storms of labour’ generate their own particular crisis of confidence, a woman’s capacity to continue, and to endure pain, is enhanced or diminished by the ways in which the immediate interactions with supporters or caregivers mediate the cultural message about birth being too difficult to accomplish without medical or pharmacological help.”
(5) “Our argument is that increasing lack of cultural confidence in the physiological processes of childbirth becomes inscribed into the material reality of birthgiving through institutional and interpersonal practices”.
(6) “The benefits of birth centres are now being recognized. Saunders et al (2000), Waldenstrom and Tiuiibidl (1998), Kooks et al (1992) found that birth centres for low-risk women reduced emergency lower segment caesarean section (LSCS) by 57%, reduced induction of labour by 50% and reduced epidural rates by nearly 60%. Hodnett (2001) Found homelike settings reduced augmentation and reduced the use of analgesia. The definition of a birth centre is:”
(7) “Childbirth is the leading cause of hospitalization in the United States, with mothers and newborns accounting for 23% of all hospital discharges in 2008.”
(7) “Five of the 10 most commonly performed procedures are associated with childbirth, and cesarean birth is the most common inpatient surgical procedure.”
(7) “A national survey reported that 90% of women had continuous electronic fetal monitoring - -”
(7) “- - 76% of women received epidural analgesia during labour.”

(7) “ - - induction of labor was performed in 22.8% of all births in 2007 - - ”
(7) “The cesarean birth rate in increased to 32.8% in 2010.”
(7) “ - - which suggest that midwifery-led birth center care is a safe and effective option for medically low-risk women.”
(7) “Had this same group of 15,574 low-risk women been cared for in a hospital, an additional 2934 cesarean births could be expected. ”
(7) “The potential savings from the cost of care and lower intervention rates highlight birth centers as an important option for providing high-value maternity care.”
(8) “Allocation to an alternative setting increased the likelihood of: no intrapartum analgesia/anesthesia, spontaneous vaginal birth, breastfeeding at six to eight weeks - - ”
(8) “Allocation to an alternative setting decreased the likelihood of epidural analgesia, oxytocin augmentation of labour and episiotomy. There was no apparent effect on serious perinatal or maternal morbidity/mortality, other adverse outcomes, or postpartum hemorrhage.”
(9) “Approximately one-third to one-half of all labors were induced - -“
(9) “Most mothers in the United States, Canada, and the United Kingdom and about three-fourths in Lithuania had electronic fetal monitoring during labor - -.”
(9) “Cesarean section rates were low in Moldova, Azerbaijan, and Lithuania, but high in the United Kingdom, Canada, and the United States.”
(9) “Vaginal birth with epidural analgesia occurred in less than 3 percent of births in former Soviet countries, one-fourth of births in the United Kingdom, one-half of Canadian births, and three fourths of American births.”
(9) “Interventions, such as pushing on the abdomen in labor, were only included in the Canadian and United states surveys - -“
(11) “Yet whereas the Japanese medical regime is oriented to managing the woman to maximize fetal health, the Israeli medical regime is oriented to diagnosing the fetus directly.”
(11) “ - - the overwhelming majority of pregnant women in Japan and Israel today enrol in prenatal care during pregnancy, and 99,4 percent of Israeli and 99,8 percent of Japanese women give birth in medical institutions.”

(12) “‘Western medicine’ was the best form of intervention - -“
(12) “Within mainstream discourses medicalized childbirth has been hailed as a sign of economic and social progress and an indicator of development and modernity, and middle-class India has adopted such models in a surprisingly uniform manner.”
(12) “The advanced technologies, monitored pregnancies and specialist interventions - -extensively used to facilitate a ‘child-only’ rather than a ‘mother-and-child-centered’ approach to care - -”
(12) “- - women I work with have wholeheartedly embraced medicalized childbirth.”
(12) “Authors such as Jordan came to the conclusion that the medicalization of childbirth has more negative than positive effects - -”
(12) “- - hospitalized birth has become the norm among the middle classes and, in line with comparable developments elsewhere, ‘elective’ Caesarean sections have become the delivery of choice.”
(12) “The rituals, technologies and practices involved in childbearing in colonial contexts were typically judged in the light of new discourses on modernity and ‘scientific’ forms of knowledge, which included new practices of ‘hygiene’ and of ‘antenatal’ and ‘post-partum’ care.”
(12) “Most prominent among the new trends is the increasing popularity of self-elected Caesarean sections, which today represent the ideal form of delivery in this stratum of Indian society.”
(12) “Caesareans are represented as less dangerous than normal births, mainly by virtue of their shorter duration.”
(13) “During pregnancy, each mother is given a list of supplies that she should bring with her when she comes to give birth”
(13) “Although no analgesia/anesthesia was used during the labor and birth, very few of the women cried out as they gave birth. Some mothers prayed vocally - -“
(13) “Oxytocin was used with almost every birth, both to induce and augment labor and to control postpartum hemorrhage.”
(13) “The midwife at the clinic said pain medication is rarely administered because childbirth is a natural albeit painful process.”
(13) “Another major concern for mothers is the fear of a Cesarean birth.”
(14) “Over the past few centuries childbirth has become increasingly influenced by medical technology, and now medical intervention is the norm

in most Western countries”
(14) “Over the past two centuries, especially in parts of the world with thriving private practice, obstetricians have increasingly taken over responsibility for normal birth in addition to their involvement in complicated births.”
(14) “Obstetricians play an important role in preserving lives when there are complications of pregnancy or labour. In developed countries, however, obstetrician involvement and medical interventions have become routine in normal childbirth, without evidence of effectiveness“
(14) “In many countries women who have straightforward pregnancies are subjected to routine intravenous infusions and oxytocin in labour.”
(14) “Women without obstetric complications are encouraged to have electronic fetal monitoring and epidural analgesia.”
(14) “Planning a home birth or booking for care at a midwife led birth centre is also associated with lower operative delivery rates”
(15) ” For example, one participant stated, “It’s [medicalization] so systemic that it’s not even questioned.”
(15) “I think it’s so ingrained, that that’s the way birth is, that it’s really hard for people to get their head around the fact that there is another way and that all these other countries are doing it the original way. Why do we think that we need all this stuff?”
(15) “the participants discussed pregnancy being viewed and treated as illness as opposed to a natural event.”
(15) “I didn’t want all the medical intervention ‘cause I felt like being pregnant is not an illness.”
(15) “Western society in general relies way too much on drugs. I didn’t want that for my pregnancy, so I went with a midwife.”
(15) “I didn’t like the idea of going into a hospital, having a nursing staff deal with you that I’ve never met before.”
(15) “I certainly believe medical intervention has a place. I’m sure there are a lot of babies that wouldn’t be here if it wasn’t for that, but I think for the most part it’s not necessary.”
(16) ”Maternal age, increasing body mass index, chronic hypertension, preeclampsia, preexisting diabetes, gestational diabetes, chorioamnionitis, induction of labor, and extremes of infant birthweight were also associated with increased risk of cesarean delivery - -”
(16) “In adjusted analyses, black women were more than twice as likely to undergo cesarean delivery for the indication of nonreassuring fetal heart tracing - -”

(16) “- - black, Latina, and Asian patients were more likely to undergo cesarean delivery for failed progress in labor.”
(17) “Women receiving caseload care experienced a significant reduction in risk for cesarean birth (19.4% vs 24.9%) - - The cesarean birth risk also was significantly reduced in - - unplanned cesarean birth in primiparous women (21.6% vs 28.6% - -”
(17) “Women receiving caseload care also were significantly less likely to experience an episiotomy (23.1% vs 29.4%) - - or epidural analgesia (30.5% vs 34.6%)”
(17) “No significant differences were reported between groups regarding instrumental birth, third- or fourth-degree lacerations, induction of labor, gestational age at birth, estimated blood loss, or rates of postpartum hemorrhage.”
(17) “- - the other benefits of caseload care reported in this study, the cost of comparison value of normal vaginal birth over cesarean birth lies not only in the dollar savings, but also in the psychological value that stays with women for the rest of their lives, the impact of which is yet to be fully realized.”
Miten synnytyskulttuuri vaikuttaa synnyttäjälle tarjottuun tukeen?
(1) ”In the village, birth is easy but afterwards there is no care.”
(1) ”Everyone in hospital is a stranger. We fear doctors and nurses.”
(1) ”If there was a maternity nurse, I would feel more comfortable.”
(1) ”They (hoitohenkilökunta) don’t value you at all as a human being.”
(1) ”- - medically, it is a very good one (sairaala), but the doctors are shouting at you, and you are shouting at them. - - How tasteless!”
(1) ”Nevertheless, there is trust to the doctor there. Indeed we suffer all by ourselves. There is no one that helps. - - Still, there is trust.”
(1) ”- - but then I went to - - (private institutions). The treatment I received there was totally different.”
(2) ”- - they saw the value of using a birth plan to improve communication with health care practitioners.”
(2) ”the majority of women requested that someone be with them at the moment [of birth] and often space would be limited - -”
(3) ”Almost 70% of the women were accompanied by a significant person during labour, which increased to 87.1% during delivery.”

(3) "Women participants - - perceived that professionals (midwives and obstetricians) were highly technically skilled, and they felt confident in their assistance."
(3) "- - participants complained that they received inadequate personal treatment from the professional staff and also from the auxiliary personnel - -"
(3) "- - more than 80% of women received pharmacological medication for pain relief - -"
(4) "An Indian midwife in Rajasthan massages the mother's back with a mix of melted ghee and glycerine, using circular and up-and-down movements. She may straddle the mother and press down at either side of her pelvis with a kneading motion."
(4) ". A Sia woman in New Mexico kneels on a bed of sand when pushing with her arms round her husband's neck. She is also supported by the midwife's body, who sits behind her massaging her abdomen."
(4) "In Uganda, the Baganda mother gives birth in the garden. She kneels grasping a tree, supported by a woman from her husband's family, while the midwife kneels behind her ready to catch the baby"
(4) "The room was crowded with other women who had come to give their encouragement and support"
(4) "She was never at a loss of a shoulder to grip, a chest to lean against, or a strong hand to steady an ankle or knee"
(4) "Women in childbirth have always been held, touched, massaged, rocked, physically supported, and caressed. The Japanese midwife is known as "Samba" the "massaging lady"."
(6) "They really like the relaxed environment and the attitude of the midwives to the concept of 'normal'. "
(6) "It (synnytystupa) is a great asset to the trust"
(8) "Allocation to an alternative setting increased the likelihood of - - very positive views of care."
(9) "Partners accompanied most women in labor in North America and the United Kingdom, but only about one-half of mothers in Lithuania and very few in other countries."
(10) "Participants perceived poor care as being shouted at and delay in receiving care."

(10) "The participants expressed lack of control over the actual place where they delivery."
(10) "Participants who delivered at TBAs reported they were well received when they went for delivery."
(10) "Participants expressed that care at the TBA was not adequate and that they preferred to deliver at a health facility."
(10) "They were also not happy that they were left alone during labor because they were in pain." (TBA)
(10) "Participants wanted health workers to be available and close by to avoid self-deliveries, without their assistance."
(10) "Health workers—informed the mothers they would not be examined because they were fine."
(11) "Clearly, in the above societies (Israel) men are coming under increasing pressure to express their commitment to their partners and children-to-be by attending medical rituals."
(11) "Certainly some Israeli men accompany their partners to checkups and ultrasound screens quite frequently, and even participate in birth-education courses and in the delivery of their children."
(13) "The clinic becomes an informal social support network with women sharing advice."
(13) "No support persons, other than the staff, were present during the labor or birth."
(13) "Female family members were allowed to see the mother after the birth."
(13) "Fifty-three percent of births are not attended by skilled personnel. "
(13) "The belief was expressed that women suffer the pains of childbirth because it is God's Will, a punishment - -"
(15) "I needed to discuss everything as it happened, and you just don't get that with an obstetrician"
(15) "I didn't like the idea of going into a hospital, having a nursing staff deal with you that I've never met before."
(17) "The difference in risk for cesarean birth may not be attributed to the discipline of the provider but to other factors including individual differences in philosophy of care."
Miten synnytyskulttuuri vaikuttaa synnyttäjän rooliin synnytyksessä?
(1) "They prepared me, gave me injections, and there I was waiting. I was lonely."

(1) "A pregnant woman has nothing to give me, but we have everything to give her. We have knowledge, method, and capability. Therefore, we have to lead. (lääkäri)"
(1) "I especially like patients who completely submit themselves to medicine, but of course, there are other categories of patients, like the educated ones. As the patient's social level goes down, I have more say on the patient. (lääkäri)"
(1) "- - if they did not scream that much, they would not be slapped, but, of course, we should not use our knowledge to insult them. Maybe some of us are caught in a superiority complex. (kättilö)"
(1) "I don't think about my health or how I am treated as long as the baby comes out well."
(1) "I said we might arrange a midwife to come home, but he (aviomies) did not want. So, I delivered at the hospital."
(1) "Women sometimes say, "Please do not let my husband learn this." We say, "No." The husband has to know. We cannot accept otherwise."
(2) "the participants - - expressed no preferences about most clinical procedures affecting the mother - -. In contrast, when it came to interventions directly affecting the baby - - the women did express clear preferences."
(2) "- - even the mere act of having written a document outlining their needs and preferences (synnytyssuunnitelma) resulted in a gratifying, more personalized experience."
(2) "One of the reasons [that a doctor would not want to use a birth plan] would be that it would require more space and time for each patient and this would obviously mean that we may not meet our economic expectations" (yleislääkäri)
(2) "- - they were extremely interested in having an informed, participatory childbirth contrary to the stereotype of the lower-middle-class Mexican woman who prefers to defer silently to the judgement of her clinicians."
(2) "Women who prepared birth plans also demonstrated an awareness of patients' rights - -"
(3) "The main weakness reported by the women was that they were not even aware of the current humanised model of assistance; therefore they could not go through a proper decision-making process."
(3) "They do not listen to me. I felt that we are treated like an object, many procedures without being informed or asked about."
(3) "During delivery 86.6% of women were in lithotomy position - -"

(3) " - - most of the women (77.4%) did not walk - -"
(3) "- - most of the women did not receive any kind of oral hydration (94.3%). On contrary, almost all received parenteral hydration."
(6) "Women give birth to their babies, the midwife does not deliver them"
(10) "TBAs were said to be very secretive about what happened during delivery."
(10) "When a client is on the bed, she is given a bedpan and kidney dish and told what to use for what."
(10) "Some of the participants were left and delivered alone, and stopped from holding the headboard of the bed to support oneself to push effectively and deliver quickly."
(11) "In Japan, the positioning of the woman's body on the obstetrical chair is arranged so as to minimize the "shameful" aspects of the vaginal examination."
(14) " Factors associated with increased obstetric intervention seem to include private practice, medicolegal pressures, and not involving women fully in decision making"
(15) "I really like that I could go to the midwife and we could discuss things. If something came up, like a concern, we would talk about it and I felt a part of the decision."

TAULUKKO 4: Medikalisaation vaikutus synnytyskulttuuriin

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
(1) Synnytyksessä paljon riskejä, joita keisarileikkaus synnyttäjien mielestä vähentää.	Synnyttäjät suosivat keisarileikkausta	Synnytystavan valinta
(1) Keisarileikkaus on synnyttäjien mielestä ennalta-arvattavampi kuin alatiesynnytys.		
(12) Suunnitellusta sektioista on tullut trendi ja ideaalinen synnytysmuoto.		
(2) Naiset pitivät alatiesynnytystä parempana synnytystapana.	Synnyttäjät toivoivat alatiesynnytystä ja sillä on psykologista merkitystä	Synnytystavan valinta
(13) Synnyttäjät pelkäsivät keisarileikkauksia.		
(17) Alatiesynnytys ja keisarileikkaus eivät eroa vain kustannuksissa vaan myös psykologisissa eroissa naisen kannalta.		
(1) Keisarileikkaus on helpompi toimenpide lääkärille.	Lääkärit suosivat keisarileikkauksia ajan säästämisen ja tuottavuuden vuoksi	Synnytystavan valinta
(1) Keisarileikkaus säästää lääkärin aikaa ja tuo lisää rahaa.		
(1) Keisarileikkaus on lääkäristä helpompi toimenpide naiselle ja tuottaa enemmän rahaa.		
(12) Keisarileikkauksia pidetään turvallisempina niiden lyhyen keston vuoksi.		
(7) Keisarileikkaus on yleisin leikkaustyyppi Yhdysvalloissa.	Medikalisaatio lisää keisarileikkausten määrää	Keisarinleikkauksen lisääntyminen ja riski siihen
(7) Keisarileikkausten määrä Yhdysvalloissa oli 22,8 % vuonna 2007.		
(9) USA:ssa, Kanadassa ja Isossa-Britanniassa keisarileikkauksia tehdään yhä enemmän.		
Taulukko 4 jatkuu sivulla 2		

Taulukko 4 jatkuu		
(6) Synnytystuvat vähentäneet sektioiden määrää Iso-Britanniassa.	Sektoriskiä lisäävät: sairaalasyntyys, lääketieteelliset syyt, äidin syntyperä ja vaihtuva hoitohenkilökunta.	Keisarinleikkauksen lisääntyminen ja riski siihen
(7) Sairaalasyntytykset lisäävät keisarileikkausten määrää verrattuna synnytystupiin.		
(16) Riski sektioon kasvoi äidin lääketieteellisen tilan ja sikiön suuren painon vuoksi.		
(16) Afroamerikkalaiset naiset synnyttivät kaksi kertaa todennäköisemmin sektiolle sikiön huonojen sydämkäyrien vuoksi.		
(16) Afroamerikkalaiset, aasialaiset ja latinot joutuivat sektioon synnytyksen pysähtymisen vuoksi useammin kuin valkoihoiset.		
(17) Saman kättilön tukea saaneet olivat vähäisemmässä riskissä sektiolle (19,4 % vs 24,9 %).		
(7) Yhdysvalloissa 76% sai epiduraalin vuonna 2007	Medikalisaatio lisää epiduraalin käyttöä	Medikalisaatio lisää synnytykseen puuttumista
(9) Epiduraalia käytettiin Isossa-Britanniassa 25%, Kanadassa 50% ja USA:ssa 75% synnytyksistä		
(14) Normaalisti etenevässä synnytyksessä naisia painostettiin ottamaan epiduraalipuudutus.		
(3) Chilessä 92,7 % synnytyksistä käynnistettiin lääkkeellisesti	Synnytystä joudutetaan lääketieteellisin keinoin	
(7) Yhdysvalloissa synnytys käynnistettiin 22,8 %:ssa synnytyksistä vuonna 2008.		
(13) Ghanassa oksitosiinia käytettiin lähes kaikissa synnytyksissä jouduttamaan synnytystä ja kontrolloimaan jälkeisvuotoa		
(14) Monissa maissa annettiin rutiinisti infuusioita ja oksitosiinia.		
Taulukko 4 jatkuu sivulla 3		

Taulukko 4 jatkuu		
(3) Chilessä 54 % tehtiin episiotomia.	Medikalisaation lisää lääketieteellisten interventioiden määrää	Medikalisaatio lisää synnytykseen puuttumista
(3) Chilessä 81,7 % naisista oli jatkuvassa sikiöseurannassa synnytyksen aikana.		
(7) Yhdysvalloissa 5/10 ylisimmistä toimenpiteistä liittyy synnytyksiin.		
(7) Yhdysvalloissa 90 % naisista oli KTG -seurannassa synnytyksen aikana.		
(7) Synnytys on yleisin syy sairaalakäynnille Yhdysvalloissa (23 %).		
(9) USA:ssa, Kanadassa ja Isossa-Britanniassa synnytyksiin puututaan paljon ja käytetään KTG seurantaa lähes kaikissa synnytyksissä.		
(9) Kanadassa ja USA:ssa painettiin vatsaa synnytyksen aikana.		
(13) Ghanassa äitien pitää tuoda synnytykseen mukanaan omat tarvikkeet kuten hanskat ja neulat.		
(14) Lääketieteelliset interventiot normit suurimassa osassa länsimaita.		
(14) Synnytyslääkärit ovat ottaneet lisääntyvässä määrin vastuun normaalisti etenevästä synnytyksestä.		
(14) Synnytyslääkärien käyttö ja toimenpiteet normaalisti etenevässä synnytyksessä ovat lisääntyneet, ilman näyttöä tehokkuudesta.		
(3) Kätilöt tai synnyttäjät eivät olleet tarpeeksi hyvässä asemassa asettaakseen lääketieteen määräyksiä kyseenalaisiksi.	Medikalisaatiolla koettiin olevan negatiivisia vaikutuksia, mutta usein medikalisaatiota ei osattu kyseenalaistaa	Kokemus medikalisaatiosta
(4) Medikalisoituneessa synnytyskulttuurissa jotkin naiset kokevat synnytyksen verrattavana raiskaukseen.		
(4) Puututtaessa synnytykseen naiset saattavat kärsiä synnytyksen jälkeisestä stressioireyhtymästä.		
Taulukko 4 jatkuu sivulla 4		

Taulukko 4 jatkuu		
(5) Synnytystä hoitava henkilökunta antaa synnyttäjälle kuvan, ettei enää pystytä synnyttämään ilman lääketieteellistä apua kuten kivunhoitoa.	Medikalisaatiolla koettiin olevan negatiivisia vaikutuksia, mutta usein medikalisaatiota ei osattu kyseenalaistaa	Kokemus medikalisaatiosta
(5) Lisääntyneet toimenpiteet synnytyksessä ovat saaneet kätilöt ja synnytyslääkärit asettumaan toisiaan vastaan.		
(12) Medikalisaatiolla nähtiin enemmän negatiivisia kuin positiivisia vaikutuksia.		
(14) Medikalisaatio on niin systemaattista, että sitä ei edes kyseenalaisteta.		
(14) Synnyttäjä ei halunnut lääketieteellisiä interventioita, koska ei ajattele synnytyksen ja raskauden olevan sairaus.		
(14) Normaalisti etenevissä synnytyksissä naisia painostetaan KTG-seurantaan.		
(15) Medikalisoitunutta synnytystä ei osattu usein kyseenalaistaa, vaikka oltiin tietoisia erilaisista synnytyskulttuureista.	Medikalisaatiolla koettiin olevan positiivisia vaikutuksia	
(12) Länsimaalaista lääketiedettä pidetään Intiassa parhaana vaihtoehtona.		
(12) Medikalisaatiota pidetään taloudellisena ja sosiaalisena edistyksenä		
(12) Yleisesti medikalisaatiota pidettiin hyvänä asiana.		
(15) Joidenkin synnyttäjien mielestä interventioilla on paikkansa, vaikka osa niistä olisikin tarpeettomia.	Synnytys koetaan riskialttiiksi	Synnytyksen riskit
(1) Joidenkin synnyttäjien mielestä synnytyksessä on riskejä sairauksille, joten synnytyksen tulisi tapahtua sairaalassa.		
(1) Lääkärit kuvailivat synnytystä erittäin riskialttiiksi, joten melkein kaikki heistä suosittelivat sairaalasyntytystä kodin sijaan.		
(4) Riskit, tuska ja rutiinisti käytetyt invasiiviset synnytysopilliset tekniikat ovat dominoivia teemoja synnytyksessä.		
Taulukko 4 jatkuu sivulla 5		

Taulukko 4 jatkuu		
(11) israelilaisista 99,4 % ja Japanilaista 99,8 % naisista synnyttää sairaaloissa sen turvallisuuden vuoksi.	Synnytys koetaan riskialttiiksi	Synnytyksen riskit
(15) Osa synnyttäjistä pohti synnytystä sairauden näkökulmasta.		
(4) Media yrittää sopeuttaa maahanmuuttajat ja alkuperäisasukkaat medikalisoituneeseen terveydenhuoltoon.	Medikalisaatio syrjäyttää alkuperäisen synnytyskulttuurin	Alkuperäinen synnytyskulttuuri
(4) Medikalisaation myötä synnytyskulttuurien perinteiset seremoniat, rituaalit ja tavat ovat muuttuneet lääketieteelliseksi tapahtumaksi.		
(12) Medikalisaatio syrjäytti Intian perinteisen synnytyskulttuurin.		
(6) Synnytystupien käyttö vähentänyt epiduraalin käyttöä ja synnytyksien käynnistämistä Iso-Britanniassa.	Kätilöjohtoinen synnytys ja synnytystuvat vähentävät interventioita, ovat kustannustehokkaampia ja osa synnyttävistä valitsee ne välttääkseen interventiot.	Kätilöjohtoinen synnytys
(7) Kätilöjohtoinen synnytystupamalli on turvallinen ja tehokas alhaisen riskin synnytyksen hoitoon.		
(7) Synnytystuvat pystyvät tarjoamaan hyvää synnytyksen hoitoa halvemmalla ja vähemmällä interventioilla.		
(8) Vaihtoehtoiset synnytyspaikat vähensivät epiduraalin ja oksitosiinin käyttöä sekä episiotomioita.		
(14) Suunnitellut kotisynnytykset ja kätilölähtöiset synnytykset vähentäneet leikkaustoimenpiteitä.		
(15) Jotkin synnyttäjät valitsevat kätilölähtöisen synnytyksen, koska eivät halua lääketieteellisiä interventioita.		
Taulukko 4 jatkuu sivulla 6		

Taulukko 4 jatkuu		
(17) Saman kätilön tukea saaneet olivat pienemmässä riskissä episiotomioille ja epiduraaleille.	Kätilöjohtoinen synnytys ja synnytystuvat vähentävät interventioita, ovat kustannustehokkaampia ja osa synnyttävistä valitsee ne välttääkseen interventiot.	Kätilöjohtoinen synnytys

TAULUKKO 5: Synnytyskulttuurin vaikutus synnyttäjälle tarjottuun tukeen

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
(1) Sairaala on täynnä vieraita ihmisiä. Naiset pelkäävät lääkäreitä ja sairaanhoitajia.	Synnyttäjät eivät saaneet tukea lääkäreiltä ja synnyttäjät jopa pelkäsivät heitä	Hoitohenkilökunta ei antanut tukea
(1) Lääketieteellisesti sairaalan osaamiseen luotetaan, mutta lääkärit kohtelevat synnyttäjiä huonosti, mistä synnyttäjät eivät pidä.		
(1) Lääkäreihin luotetaan Turkissa, mutta tukea ei saa vaan synnyttäjät kokevat kärsivänsä yksin.		
(15) Kanadalaisen synnyttäjän mielestä synnytyslääkäriltä ei saanut tukea.		
(1) Synnyttäjien mielestä hoitohenkilökunta ei arvosta synnyttäjiä ihmisinä lainkaan.	Hoitohenkilökunnan tuen ei koettu olevan hyvää tai sitä ei ollut	
(3) Synnyttäjät kokivat, etteivät saaneet yksilöllistä hoitoa hoitohenkilökunnalta.		
(10) Malawissa hoitohenkilökunta huusi äidille ja äitien saama hoito viivästyi.		
(10) Synnyttäviä äitejä ei tutkittu terveysasemilla, koska heidän sanottiin olevan kunnossa.		
(1) Jos paikalla olisi kätilö, tuntisin oloni mukavammaksi.	Synnyttäjät kokivat saavan tukea kätilöltä ja kätilöjohtoisin synnytyksen hyvänä	Henkilökunnan tuki oli positiivista
(4) Intialainen kätilö rentouttaa synnyttäjää, kuten hieroo tätä.		
(4) Kätilö hieroi synnyttäjän alaselkää.		
(4) Japanissa kätilöä kutsutaan joskus "sambaksi" eli hierovaksi naiseksi, koska tämä antaa fyysistä tukea.		
Taulukko 5 jatkuu sivulla 2		

Taulukko 5 jatkuu		
(6) Isossa-Britanniassa synnyttäjät pitivät kätilön käsityksestä siitä mikä on "normaalia".	Synnyttäjät kokivat saavan tukea kätilöltä ja kätilöjohtoisesta synnytyksen hyvänä	Henkilökunnan tuki oli positiivista
(15) Kanadassa synnyttäjä valitsi kätilöjohtoisesta synnytyksen, koska suhde kätilöön tuli luottamuksellisemmaksi ja kätilö ei ollut vieras.		
(3) Synnyttäjät kokivat, että kätilöt ja synnytyslääkärit olivat osaavia työssään ja tunsivat olonsa hyväksi heidän ohjauksessaan.	Hoitohenkilökunnalta sai vaikuttavaa tukea ja hoitohenkilökunnan läsnäolo koettiin positiivisena	
(10) Malawissa synnyttäjät halusivat hoitohenkilökunnan olevan paikalla, etteivät joutuisi synnyttämään yksin.		
(10) Kouluttamattomat kätilöt vastaanottivat äidit hyvin.	Kouluttamattomat kätilöt vastaanottivat synnyttäjän hyvin mutta synnyttäjät eivät luottaneet heidän ammattitaitoonsa	Ammattitaidon puuttuminen
(10) Synnyttäjien mielestä kouluttamattomat kätilöt eivät olleet asianmukaisia ja he menivät mieluummin terveysasemille synnyttämään.		
(10) Kouluttamattomat kätilöt jättivät synnyttäjät kärsimään yksin kivuista.		
(13) Ghanassa 53 % synnytyksissä ei ollut koulutettua henkilöä avustamassa.		
(2) Synnyttäjät Meksikossa kokivat synnytyssuunnitelman olevan hyvä kommunikoinnin väline heidän ja hoitohenkilökunnan välillä.	Synnytyssuunnitelma helpottaa tuen saamista.	Synnytyssuunnitelman vaikutus
(2) Suurin osa meksikolaisista synnyttäjistä halusi jonkun läheisen luokseen lapsen syntymän hetkelle, mutta usein tila tähän oli rajallinen.	Suurimmalla osalla synnyttäjistä oli tukihenkilö synnytyksessä ja tukihenkilöt vaihtelivat suuresti	Tukihenkilö oli mukana synnytyksessä
(3) Chilessä melkein 70 %:lla synnyttäjistä oli joku läheinen mukana avautumisvaiheessa, ja 87,1 %:lla ponnistusvaiheessa.		
(4) Ugandalaisen äidin tukena synnytyksessä on nainen miehen perheestä.		
(4) Jemenin yhteisössä naisella paljon muita naisia tukena ja kannustamassa synnytyksessä.		
Taulukko 5 jatkuu sivulla 3		

Taulukko 5 jatkuu		
(4) Jemenin yhteisössä synnyttäjälle löytyi synnytyksessä koko ajan joku jolta sai aina esim. fyysistä tukea.	Suurimmalla osalla synnyttäjistä oli tukihenkilö synnytyksessä ja tukihenkilöt vaihtelivat suuresti	Tukihenkilö oli mukana synnytyksessä
(9) Pohjois-Amerikassa ja Iso-Britanniassa suurimmalla osalla synnyttäjistä oli mukana tukihenkilö.		
(13) Ghanassa synnyttäjät saavat klinikoilla tukea toisiltaan.		
(4) Intiassa mies mukana synnytyksessä ja synnyttäjä saa mieheltään fyysistä tukea.	Miehen toivottiin olevan mukana synnytyksessä joissain maissa	
(11) Israelissa miehien odotetaan olevan enemmän mukana lääketieteellisissä toimenpiteissä ja synnytyksessä.		
(11) Jotkut israelilaiset miehet osallistuivat synnytykseen.		
(13) Ghanassa synnytyksissä ei ollut mukana tukihenkilöitä.	Joissain maissa vain naiset saivat olla synnyttäjän tukena tai tukihenkilöä ei ollut	
(13) Ghanassa vain naispuoliset perheenjäsenet saivat nähdä äidin synnytyksen jälkeen.		
(3) Yli 80 % synnyttäjistä sai lääkkeellistä kivunlievitystä.	Kivunlievitysmenetelmiä käytettiin tuen antamiseen	Kivunlievitys tukena synnytyksessä
(13) Ghanassa harva valitti kivusta ja kipulääkkeitä ei yleensä käytetty. Kipulääkkeitä oli kuitenkin mahdollisuus saada.	Kipulääkkeitä ei saanut käyttää, koska synnytyksen kuuluu olla kivulias	
(13) Kipulääkkeitä käytettiin Ghanassa vähän, koska synnytyksen kuuluu olla kivulias.		
(13) Naisen kuuluu kärsiä kivusta synnytyksessä, koska se on Jumalan tahto ja rangaistus.		
Taulukko 5 jatkuu sivulla 4		

Taulukko 5 jatkuu		
(1) Yksityissairaaloissa synnyttäjiä kohdellaan paremmin.	Synnytysympäristö ja paikka vaikuttavat synnytyskokemukseen. Ei-sairaalamaisessa ympäristössä synnyttäjä koki saavansa enemmän tukea, poikkeuksena yksityissairaala, jossa tuki oli hyvää	Synnytysympäristön vaikutus tukeen
(1) Synnyttäjien mukaan Turkissa synnyttäminen kotona on helppoa/luonnollista, mutta synnytyksen jälkeen ei ole tukea.		
(6) Isossa-Britanniassa synnyttäjät pitivät rennosta ympäristöstä synnytyksessä.		
(6) Isossa-Britanniassa synnytystupa edistää luottamuksen syntyä.		
(8) Muualla kuin tavallisessa sairaalan potilashuoneessa synnyttäminen lisäsi todennäköisyyttä positiiviselle kokemukselle synnytyksen hoidosta.		
(17) Erilainen riski keisarin-leikkaukselle erilaisissa hoitopaikoissa ei välttämättä liity hoitopaikan sääntöihin, vaan muihin asioihin kuten hoitohenkilökunnan jäsenten omaan hoitofilosofiaan.		

TAULUKKO 6: Synnytyskulttuurin vaikutus synnyttäjän rooliin synnytyksessä

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
(1) Osa lääkäreistä tuntee olevansa täydessä auktoriteettiasemassa synnytyksessä, koska heillä on kaikki annettavana synnyttäjälle, mutta tällä ei heille mitään.	Lääkärit ovat päättävässä asemassa synnytyksessä ja passivoivat synnyttäjät	Synnyttäjän mielipide sivuutetaan
(1) Osa lääkäreistä pitävät potilaista, jotka alistuvat täysin lääketieteelle ja mitä alemmaa sosiaaliluokkaa potilas on, sitä enemmän valtaa lääkäriellä on.		
(1) Monet turkkilaiset lääkärit eivät kunnioita synnyttäjän toivetta tietojen salaspidosta, vaan kaikki tiedot kerrotaan suoraan aviomiehelle.		
(14) Medikalisoituminen lisää interventioita ja synnyttäjää ei välttämättä oteta huomioon päätöksen teossa.		
(1) Aviomiehen mielipide synnytyspaikasta ylittää Turkissa usein synnyttäjän oman mielipiteen.	Jonkun muun mielipide oli tärkeämpi kuin naisen	
(10) Malawissa naiset eivät saaneet päättää synnytyspaikkaansa		
(1) Usein turkkilaiset synnyttäjät eivät välittäneet terveydestään tai miten heitä kohdellaan, kunhan vauva syntyy hyvin.	Synnyttäjille sikiön hyvä vointi oli tärkeämpi kuin heidän omansa	Sikiö etusijalla
(2) Meksikossa synnyttäjät kokivat syntyvän lapsen hyvinvoinnin tärkeämmäksi kuin omansa.		
(2) Pelkkä synnytyssuunnitelman kirjoittaminen (Meksikossa) johti palkitsevaan, yksilöllisempään synnytyskokemukseen.	Synnyttäjät kokivat synnytyssuunnitelman hyväksi mutta lääkäreistä ne veivät aikaa ja vähensivät heidän palkkioitaan	Aktiivinen synnyttäjä
(2) Jotkut lääkärit Meksikossa vastustivat synnytyssuunnitelmien käyttöä, koska tämä johtaisi lisääntyneeseen aikaan per potilas, joka vähentäisi tuloja.		
Taulukko 6 jatkuu sivulla 2		

Taulukko 6 jatkuu		
(2) Synnytyssuunnitelman kirjoittaneet osoittivat myös suurempaa tietoutta potilaan oikeuksista.	Synnyttäjät kokivat synnytyssuunnitelman hyväksi mutta lääkäreistä ne veivät aikaa ja vähensivät heidän palkkioitaan	Aktiivinen synnyttäjä
(2) Alemman sosiaaliluokan naiset Meksikossa olivat erittäin kiinnostuneita aktiivisesta synnytyksestä lääkäreiden tahtoon alistumisen sijaan.	Synnyttäjä oli aktiivisessa roolissa ja sai vaikuttaa päätöksen tekoon synnytyksessään	
(6) Isossa-Britanniassa synnytystuvan kätilöt näkevät synnyttäjän aktiivisessa asemassa ja uskovat synnyttäjän voimavaroihin.		
(15) Kanadalainen synnyttäjä koki hyvänä, että kätilö otti hänet mukaan päätöksen tekoon.		
(3) Osa synnyttäjistä Chilessä koki ettei heitä kuunnella, vaan he ovat objekteja omassa synnytyksessään.	Synnyttäjät passivoitiin ja synnytys eteni hoitohenkilökunnan toimien mukaan	Synnyttäjän rajoittaminen ja passivointi
(1) Minut valmisteltiin, minulle annettiin injektioita ja siinä minä odotin. Minä olin yksinäinen. (Turkki)		
(10) Malawissa kouluttamattomat kätilöt eivät kertoneet synnytyksen tapahtumista.		
(10) Äidille annettiin sänkyyn kaarimalja ja kerrottiin mihin sitä käytetään ja jätettiin yksin.		
(3) Synnytyksen aikana 86,6 % synnyttäjistä synnytti poikkihöydällä.	Synnyttäjän vapautta liikkua ja asentoa rajoitettiin	
(3) 77,4 % synnyttäjistä ei kävellyt synnytyksen aikana.		
(3) 94,3 % ei saanut juotavaa suun kautta. Suurin osa sai iv-nesteytystä.		
(10) Malawissa jotkut äideistä jätettiin synnyttämään yksin, eivätkä he saaneet ottaa tukea esim. sängystä ponnistusvaiheessa.		
(11) Japanissa nainen asetettiin synnyttämään siten, että "häpeälliset" osat peittyvät.		
Taulukko 6 jatkuu sivulla 3		

3 (3)

Taulukko 6 jatkuu		
(1) Kätilöt tunnustivat kohtelevansa synnyttäjiä joskus huonosti, esimerkiksi läpsäyttelemällä heitä, mutta myönsivät ettei tietoa tulisi käyttää toisten loukkaamiseen.	Hoitohenkilökunta tiedosti kohtelevansa synnyttäjiä joskus huonosti	Hoitohenkilökunnan käytös