

Veera Kattainen
Nelli Lönnrot

Synnytyksen aikainen jatkuva tuki

Kätilön näkökulma

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

17.2.2015

Tekijä(t) Otsikko	Veera Kattainen, Nelli Lönnrot Synnytyksen aikainen jatkuva tuki, Kätilön näkökulma
Sivumäärä Aika	55 sivua + 3 liitettä 17.2.2015
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilö
Ohjaaja	Pirjo Koski, Kätilötyön lehtori, TtM
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kätilöiden näkökulma synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta, sekä tuen toteutumista kuudessa suomalaisessa sairaalassa. Tarkoituksena oli myös kuvailla, miten kätilö tukee naista synnytyksen aikana. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa kätilöiden antamasta synnytyksen aikaisesta tuesta, josta Suomessa ei toistaiseksi ole yhteneväistä määritelmää. Tätä tietoa voidaan hyödyntää kätilökoulutuksessa sekä kätilöiden työssä.</p> <p>Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun toteuttamaa Hyvä Syntymä -hanketta, jonka tavoitteena on kehittää kätilötyön opetusta ja luoda kätilöille synnytyksenaikaisen tuen toimintamalli. Hankkeen yhteistyökumppaneina ovat Kätilöliitto, Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos, sekä HUS/Hyvinkään sairaalan ja Oulun yliopistollisen sairaalan synnytysosastot. Näiden kahden sairaalan lisäksi verrokkisairaaloina toimivat Kuopion, Tampereen, Hämeenlinnan ja Salon sairaalat.</p> <p>Kyselyt toteutettiin vuosina 2012 ja 2013 kaikissa kuudessa tutkimussairaalassa. Kyselyyn vastasi yhteensä 143 kätilöä ja vastausprosentti oli 83,1 %. Alkumittauksen jälkeen Hyvinkään ja Oulun sairaaloissa järjestettiin koulutusinterventio aiheesta synnytyksen aikainen jatkuva tuki. Opinnäytetyössä analysoitiin niin alku- kuin loppumittaustenkin tulokset kaikista tutkimussairaaloista sekä koulutusinterventio vaikoitusvaikutukset kokeilusairaaloista tilastollisin menetelmin.</p> <p>Tutkimuksen mukaan kätilöt pitävät tuen eri muotoja lähes yhtä tärkeinä; erityisesti puolella oleminen ja tiedollinen tuki olivat kätilöiden mielestä tärkeitä tuen muotoja, kun taas fyysisistä tukea pidettiin vähemmän tärkeänä. Tulosten mukaan kätilöt myös toteuttivat tuen muotoja lähes yhtä paljon. Kaikkia tuen muotoja pidettiin tärkeämpänä kuin mitä niitä todellisuudessa käytettiin. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia syitä, jotka estävät kätilöitä käyttämästä synnytyksen hoidossa tärkeinä pitämiään tuen muotoja.</p>	
Avainsanat	kätilö, jatkuva tuki, synnytys

Author(s) Title	Veera Kattainen, Nelli Lönnrot Continuous Support During Labor, Midwives' point of view
Number of Pages Date	55 pages + 3 appendices 17 Feb 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor	Pirjo Koski, Principal Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to map out midwives' perspective on continuous support during labor, in addition to their perspective on the delivery care process itself in six Finnish hospitals. The goal here is to produce results based on professional experience on the continuous support during labor given by midwives. Significantly, no clear framework exists in Finland thus far to approach midwife conceptions of their effectiveness. As such, this thesis represents practical data that can be taken advantage of in both the training and professional lives of midwives.</p> <p>The thesis is part of the Metropolia University of Applied Sciences Hyvä syntymä project, whose goal is to develop the education of midwives and create an approach to training with a focus on continuous support. The project is in partnership with the Midwives' Union, the Department of Health, in addition to HUS/Hyvinkää and Oulu Hospitals' maternity wards. In addition to these two hospitals, the hospitals of Kuopio, Tampere, Hämeenlinna and Salo were involved in the process.</p> <p>Surveys were carried out during 2012 and 2013 in all six of the participating hospitals. 143 midwives participated in the study with a response rate of 83,1 %. After initial data collection, training sessions concerning continuous support were carried out at the Hyvinkää ja Oulu hospitals. Both initial (pre-) and post-measurements were analyzed in the thesis for all hospitals involved, in addition to assessment of the response effects of the training sessions.</p> <p>The study found that midwives value the various forms of support provided quite equally; however, in terms of differences, advocacy and informational support were the most important forms of care according to midwives, while physical support was regarded as less important. The results also showed that midwives carry out the various forms of care relatively equally. Notably, care was carried out to a lesser extent than was expressed in the high valuation of those forms of care in all cases. The study opens the door to further research, namely into the reasons why certain highly valued forms of continuous support are not applied in the birthing process by some midwives.</p>	
Keywords	midwife, continuous support, labor

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen tausta	2
2.1	Kätilön työnkuva	2
2.2	Synnytyksen aikainen tuki kätilön näkökulmasta	3
2.2.1	Emotionaalinen tuki	3
2.2.2	Tiedollinen tuki	4
2.2.3	Fyysinen tuki	5
2.2.4	Synnyttäjän puolella oleminen	5
3	Synnytyksen hoito tutkimussairaaloissa	6
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	6
5	Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät	7
5.1	Kohderyhmä ja aineiston keruu	7
5.2	Kyselylomake	7
5.3	Aineistoanalyysi	8
6	Opinnäytetyön tulokset	9
6.1	Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen tärkeyden kokeminen kätilöiden näkökulmasta ennen ja jälkeen intervention.	10
6.2	Kätilöiden toteuttama jatkuva tuki ennen ja jälkeen intervention	12
6.3	Sairaaloiden väliset erot	13
7	Pohdinta	20
7.1	Tulosten pohdinta	20
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	23
7.3	Tutkimuksen eettisyys	26
7.4	Opinnäytetyön johtopäätökset	27
7.5	Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet ja tulosten julkaiseminen	28
	Lähteet	29
	Liitteet	
	Liite 1. Kätilöiden kyselylomake	
	Liite 2. Kätilöiden vastauksia kysyttäessä tekijöistä, jotka estävät heitä tukemasta synnyttäjää	
	Liite 3. Sairaaloiden väliset erot Mann-Whitney U-testillä	

1 Johdanto

Synnytyksen aikainen tuki on osa kättilön työtä. Se on todettavissa The Royal College of Midwives -yhdistyksen julkaisemista näyttöön perustuvista ohjeista kättilövetoiseen synnytyksen hoitoon. Ohjeiden yksi osa on naisen tukeminen synnytyksen aikana. (Evidence Based Guidelines. 2012.) Suomen Kättilöliitto ry on sivuillaan julkaissut listan hoitosuosituksista ja toimintaohjelmista, eikä listalta löydy ohjeita syntymän aikaisesta tuesta (Hoitosuositukset ja toimintaohjelmat. 2009). Tästä voidaan päätellä, ettei Suomessa ei ole olemassa yhteneväistä määritelmää syntymän aikaisesta jatkuvasta tuesta, jonka mukaan toimittaisiin kaikkialla Suomen synnytyssairaaloissa.

Jatkuvan tuen positiivisesta merkityksestä on kuitenkin olemassa paljon kansainvälistä näyttöä. Synnytyksenaikainen tuki parhaimmillaan vähentää lääketieteellisiä toimenpiteitä sekä lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä (Iliadou 2012: 386–387). Tukea antamalla synnytyksen kesto on lyhyempi ja synnytyskokemus myönteisempi (Aune 2013: 1–2). Synnytyksen aikaiseen tukeen sisältyy aikaisempien tutkimusten mukaan emotionaalinen (Aune – Hvaal Amundsen – Skaget Aas 2013: 89; Price – Johnson 2006: 101), fyysinen (Iliadou 2012: 388; Sauls 2006: 36) ja tiedollinen tuki (Sosa – Crozier – Robinson 2011: 454; Borders – Wendland – Haozous – Leeman – Rogers 2013: 311, 317) sekä synnyttäjän puolella oleminen (Hodnett ym. 2002: 1375; Kerrigan 2006: 347, 350).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen merkitystä ja sen toteutumista kättilöiden näkökulmasta suomalaisessa hoitoympäristössä. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksen aikaisesta kättilön antamasta tuesta, jonka pohjalta voidaan jatkossa luoda toimintamalli käytettäväksi kättilötyössä sekä kättilöiden koulutuksessa.

Opinnäytetyössä analysoimme syntymän aikaisesta jatkuvasta tuesta kättilöille tehdyn kyselyiden tulokset. Tutkimussairaaloina toimivat Hyvinkään sairaala, Oulun yliopistollinen sairaala, Kuopion yliopistollinen sairaala, Tampereen yliopistollinen sairaala, Kanta-Hämeen keskussairaala ja Salon sairaala. Kysely lähetettiin 172 kättilölle (N=172). Kyselyt toteutettiin kaksi kertaa: ennen ja jälkeen intervention. Koulutusinterventiot toteutettiin Oulun yliopistollisessa sairaalassa sekä Hyvinkään sairaalassa. Koko tutkimus ajoittui vuosille 2012–2013.

Opinnäytetyö on osa Hyvä syntymä -hanketta. Hankkeen tarkoituksena on kehittää yhtenäinen toimintamalli ja määritelmä synnytyksenaikaiselle tuelle kättilötyössä. Syntymän aikaisen jatkuvan tuen termin käytössä on vaihtelevuutta. Termiä käytetään väärin, sillä synnytyksen aikaisesta tuesta ei ole tarpeeksi tietoa. Väärinymmärrykset johtavat erilaisiin hoitokäytäntöihin. (Sosa – Crozier – Robinson 2011: 456.)

2 Teoreettinen tausta

Aloitimme prosessin etsimällä tietoa siitä, miten synnytyksen aikainen jatkuva tuki on määritelty aiemmin tehdyissä tutkimuksissa. Hakua tehdessämme huomasimme, että aiheesta on tehty vähän suomalaisia tutkimuksia. Enemmän löytyy tutkimuksia tukihenkilöiden ja doulien näkökulmasta, mutta kättilöiden näkökulma jää vähälle. Tiedonhaussa käytimme eri tietokantoja ja kartoitimme aikaisempien tutkimusten avulla sitä, miten synnytyksen aikainen tuki on määritelty. Kaikki löytämämme tutkimukset ovat ulkomaisia ja suurimmalta osalta kirjallisuuskatsauksia tai kvantitatiivisia tutkimuksia.

2.1 Kättilön työnkuva

Kättilö tekee työtä neuvoloissa, poliklinikoilla, naistentautien, synnytys-, prenataali- ja vuodeosastoilla sekä synnytyssaleissa. Asiakkaina on eri-ikäisiä naisia ja heidän perheitään. Kättilön työ on useimmiten itsenäistä, mutta poliklinikoilla työparina on usein lääkäri. (Kättilön työ. 2009.) Kättilöllä on valmiudet todeta raskaus ja ohjata äiti tarvittaviin tutkimuksiin raskauden edetessä. Synnytysvalmennus kuuluu kättilön työnkuvaan sekä valmennus vanhemmuuteen kasvamiseen. (Kättilön tehtävät (EU:n kättilödirektiivi). 1996.) Poliklinikkatyössä kättilö hoitaa potilasta toimenpiteissä ja sen jälkeen sekä avustaa toimenpiteessä. Vuodeosastoilla kättilön työ koostuu enimmäkseen ohjauksesta ja neuvonnasta. (Kättilön työ. 2009.) Lisäksi kättilö hoitaa ja tarkkailee vastasyntynyttä ja äitiä synnytyksen jälkeen ja toteuttaa lääkärin määräämän hoidon (Kättilön tehtävät (EU:n kättilödirektiivi). 1996). Työ toteutuu tiimissä muiden kättilöiden, sairaanhoitajien, perushoitajien ja lääkäreiden kanssa. Synnytyssalissa kättilö työskentelee itsenäisesti ja vaativassa tilanteessa konsultoi lääkäriä. (Kättilön työ. 2009.) Kättilö pystyy hoitamaan vähintään spontaanin synnytyksen, myös ne joissa vaaditaan episiotomia tai jos kyseessä on perätila (Kättilön tehtävät (EU:n kättilödirektiivi). 1996). Kättilön työ on vaihtelevaa ja toisinaan vaatii erilaisten teknisten laitteiden hallintaa (Kättilön työ. 2009).

2.2 Synnytyksen aikainen tuki kätilön näkökulmasta

Tutkimusten mukaan kätilöt määrittelevät synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen moniulotteisesti (Sauls 2006: 36). Jatkuvan tuen menetelmien käyttö vaatii kätilöltä tietoa omista työkäytännöistään (Iliadou 2012: 388) sekä auttaa kätilöä saamaan kokonaiskuvan synnytyksen etenemisestä ja sikiön voinnista (Aune ym. 2013: 91). Kätilön oman työn reflektointi on tärkeää, jotta hän voisi kehittyä työssään (Kerrigan 2006: 346) sekä mahdollistaa synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen antamisen (Aune ym. 2013: 93). Kätilöt uskoivat, että heidän tarjoamansa jatkuva tuki antoi heille itselleen paremman käsityksen normaalin synnytyksen etenemisestä (Aune ym. 2013: 91) ja tutkimusten mukaan jatkuva tuki vähentää keisarileikkausten määrää (Sosa ym. 2011: 452, 454–455).

Moni kätilö määrittelee tuen sanallisena rohkaisuna ja kehotuksena (Kerrigan 2006: 346–350) sekä läsnäolona (Aune ym. 2013: 89). Jatkuva tuki on myös kätilön tietoa ja taitoa eri menetelmistä, joita hän jakaa synnyttäjän kanssa (Kerrigan 2006: 346–350). Jotkin kätilöt kokevat lääkkeellisen kivunlievityksen esteenä optimaalisille synnytyksen aikaisille tukimuodoille (Sleutel – Schultz – Wyble 2007: 203–204). Isien mielestä kätilöt tuovat turvaa ja luottamusta synnytyksen kulkuun myös heille synnytyksen aikana (Hildingsson – Cederlöf – Wildén 2010: 130,131–132) ja kätilöiden tulisi huomioida isät osana synnyttäjän tukitiimiä (Price – Johnson 2006: 104).

2.2.1 Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tuki on kätilöiden mukaan esimerkiksi jatkuvaa läsnäoloa (Aune ym. 2013: 89; Sosa ym. 2012: 452, 454–455; Sauls 2006: 37, 40), sanallista rohkaisua ja kehotusta (Borders ym. 2013: 311, 315, 317) sekä synnyttäjän voimavarojen vakuuttelua (Price – Johnson 2006: 101; Sauls 2006: 37). Jo ensimmäisellä tapaamisella synnyttäjä tulee saada tuntemaan, että kätilö on paikalla juuri häntä varten (Lundgren – Dahlberg 2000: 155, 157–159, 161–162) ja tätä luottamusta kasvatetaan joka tapaamiskerralla, jotta kätilö oppisi tuntemaan sekä synnyttäjän että tämän kumppanin tarpeet ja odotukset (Aune ym. 2013: 91). Jokainen synnyttäjä tulee kohdata yksilönä ja antaa mahdollisuus osallistua sekä olla vastuussa omasta synnytyksestä. Avoimien ja suorien kysymysten kautta kätilön tulee kuunnella naisen toiveita ja näin luoda luottamuksellista suhdetta synnyttäjän kanssa. Kätilön tulisi päästä synnyttäjän kumppaniksi, joka jakaa vastuun

synnytyksestä ja kunnioittaa synnyttäjän kykyjen, sekä oman osaamisensa rajoja (Lundgren – Dahlberg 2000: 155, 157–159, 161–162).

Kätilön tulee pystyä lukemaan synnyttäjän verbaalista ja non-verbaalista viestintää, reagoida siihen sekä huomioida omien eleidensä vaikutus synnytyksenaikaiseen tukeen (Price – Johnson 2006: 103–104). Sanalliseen rohkaisuun kuuluu synnyttäjän rauhoittelu, tyyntytely sekä äidin voimavarojen vahvistaminen. Iso osa verbaalisesta tuesta on auttaa naista ymmärtämään oman vartalonsa kyky johtaa synnytystä joko epiduraalin kanssa tai ilman (Borders ym. 2013: 311, 315, 318) ja tällöin myös kätilön tulee kärsivällisesti antaa synnytyksen tapahtua luonnollisesti (Sleutel ym. 2007: 209). Sanallisen jatkuvan tuen tulisi olla positiivista ja rakentavaa sekä kätilön tulisi varmistaa, että synnyttäjä ymmärtää ja kuulee, mitä hänelle sanotaan (Kerrigan 2006: 346–350).

Sairaalan käytäntöjen ja synnytyshuoneen esittely on osa emotionaalista tukea. (Sauls 2006: 39). Oleellista on luoda turvallinen stressitön ilmapiiri, jonka synnyttäjä kokee voimaannuttavaksi haavoittuvassa tilassaan (Price – Johnson 2006: 103). Kätilön tulisi olla synnyttäjän tavoitettavissa: käydä hänen luonaan usein, vastata potilaskutsuun nopeasti (Sauls 2006: 39) sekä muistuttaa tuen jatkuvuudesta (Price – Johnson 2006: 104). Oleellista on myös luoda synnyttäjälle tunne, että hänestä välitetään ja huolehditaan. Kätilön käyttäytyminen on tärkeä osa emotionaalista tukea, joten hänen tulisi pysyä tyyneenä ja varmana synnyttäjän kanssa toimiessaan. (Sauls 2006: 39–40.) Synnyttäjää tulisi kohdella aikuisena eikä hierarkian ei tulisi näkyä kätilön ja synnyttäjän välisessä keskustelussa (Price – Johnson 2006: 103–104). Jatkuva läsnäolo edesauttaa luonnollista synnytystä ilman lääkkeellistä kivunlievitystä (Aune ym. 2013: 89).

2.2.2 Tiedollinen tuki

Informatiivinen tuki voi ilmetä ohjauksena asennonvaihtoista, hengitystekniikoista (Borders ym. 2013: 311, 316–317, 319) ja rentoutumisesta tai synnytyksen etenemisen selostamisesta (Sauls 2006: 37, 39). Kätilön tulisi antaa tietoa eri kivunlievitysmenetelmistä ja niiden seurauksista (Iliadou 2012: 388) sekä selittää tarvittavan hoitolaitteiston käyttötarkoituksen (Sauls 2006: 39). Työnsä asiantuntijana kätilö antaa naiselle tietoa synnytyksen etenemisestä (Sosa ym. 2011: 454) ja kommentoi etenemisen normaaliutta (Borders ym. 2013: 315). Jotta kätilö huomioisi tulevan ja kohtelisi synnyttäjää kuin aikuista (Price – Johnson 2006: 104), tulisi hänen perustella synnyttäjälle myös ylimääräiset lääkärin tarkastukset sekä antaa yksityiskohtaisia ennako-ohjeita syntymän lähestyessä.

Ammattitiedon jakaminen synnyttäjälle koetaan erittäin tärkeäksi, esimerkiksi selostettaessa äidin ponnistusten yhteyttä lapsen liikkumiseen synnytyskanavassa. Näin synnyttäjä ymmärtää tilanteiden kulun ja pystyy osallistumaan synnytykseen paremmin (Borders ym. 2013: 315–318).

2.2.3 Fyysinen tuki

Kättilön antamalla konkreettisella tuella ja fyysisellä huolenpidolla kohdataan synnyttäjän fyysiset tarpeet. Konkreettinen tuki pitää sisällään erilaiset hoidolliset toimenpiteet, suoran avun sekä fyysisen kosketuksen. Hoidollisia toimenpiteitä ovat sydänäänien kuuntelu ja vitaalielintoimintojen tarkistaminen. (Sauls 2006: 37.) Suora apu pitää sisällään esimerkiksi kylmien taitoksien tai jäähileiden tarjoaminen (Sauls 2006: 37, 39–40), suihkun tai kylvyn mahdollistaminen ja vessassa käymiseen sekä juomaan kehottaminen (Hodnett ym. 2011: 3; Sosa ym. 2011: 454). Fyysisestä kosketuksesta mainittiin muun muassa synnyttäjän kädestä pitäminen (Sauls 2006: 37) ja hieronnan (Hodnett ym. 2011: 3; Sauls 2006: 37, 39–40; Sosa ym. 2011: 454). Fyysinen kosketus lievittää synnyttäjän kipua sekä mahdollistaa yhteyden synnyttäjään (Price – Johnson 2006: 104). Kättilön tulisi luoda synnyttäjälle kodinomaisen ympäristö (Aune ym. 2013) poistamalla stressaavia tekijöitä (Sauls 2006: 39). Myös hengitystekniikoiden ohjaus on osa fyysistä tukea (Borders ym 2013: 311–312).

2.2.4 Synnyttäjän puolella oleminen

Kättilö ajaa synnyttäjän etuja (Iliadou 2012: 385, 388) auttamalla naista esittämään toiveensa muille (Hodnett ym. 2011: 3; Sosa ym. 2011: 454) ja välittämällä parin toiveita sairaalan henkilökunnalle (Sauls 2006: 37, 39–40). Kättilö sallii synnyttäjän synnytys-suunnitelman ja noudattaa sitä (Sauls 2006: 37, 39) sekä kehottaa synnyttäjää käyttämään omaa tietoaan ja tukee synnyttäjän päätöksiä (Lundgren – Dahlberg 2000: 157). Osa synnyttäjän etujen ajamista on synnyttäjän toiveiden tulkitseminen (Sauls 2006: 37, 39–40) ja niistä kertomaan kehottaminen (Lundgren – Dahlberg 2000: 157): kättilö ikään kuin toimii synnyttäjän puolesta (Sauls 2006: 40).

3 Synnytyksen hoito tutkimussairaaloissa

Hyvä syntymä -hankkeessa on mukana kuusi sairaalaa, joista kokeilusairaaloina toimivat Oulun yliopistollinen sairaala (verrokkisairaalat: Kuopion yliopistollinen sairaala, Tampereen yliopistollinen sairaala) ja Hyvinkään sairaala (verrokkisairaalat: Hämeenlinnan sairaala ja Salon sairaala). Synnytyksiä sairaaloissa vuonna 2012 oli Oulun yliopistollisessa sairaalassa 4 437, Hyvinkään sairaalassa 1 681, Tampereen yliopistollisessa sairaalassa 5 468, Kuopion yliopistollisessa sairaalassa 2 487, Hämeenlinnan sairaalassa 1 602, Salon sairaalassa 724. (Vuori – Gissler 2013). Yhteensä synnytyksiä oli tutkimussairaaloissa 16 399. Osastoilla asiakaspaikkoja on Tampereen yliopistollisen sairaalan 21 paikasta Oulun yliopistollisen sairaalan 39 paikan väliltä. Huoneet ovat 1–3 hengelle ja lisäksi löytyy perhehuoneita. Keskimääräinen hoitoaika on Kanta-Hämeen keskussairaalan tietojen mukaan ensisynnyttäjillä 3–4 vuorokautta ja uudelleensynnyttäjillä 2–3 vuorokautta. Osastolla hoito toteutetaan perheen voimavarojen mukaan, jotta perheellä olisi turvallinen olo (Naistentaudit ja synnytykset. 2013).

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten kätilö tukee synnyttäjää synnytyksen aikana. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota on mahdollista hyödyntää kätilötyössä ja kätilöiden koulutuksessa. Tutkimusongelma muodostuu siitä, että Suomessa ei ole olemassa yhteneväistä määritelmää jatkuvasta tuesta, jonka mukaan toimittaisiin kaikkialla Suomen synnytyssairaaloissa. Löytämämme kansainvälisten tutkimusten mukaan synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen hyödyistä on olemassa paljon näyttöä.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten tärkeäksi kätilöt kokevat synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen ennen ja jälkeen intervention?
2. Missä määrin synnytykseen liittyvä kätilön toteuttama jatkuva tuki toteutuu ennen ja jälkeen intervention?
3. Onko kätilöiden toteuttamassa synnytyksen aikaisessa jatkuvassa tuessa eroja tutkimussairaaloiden välillä?

5 Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät

5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimusotoksen muodostivat Hyvinkään ja Hämeenlinnan sairaaloiden, Salon aluesairaalan, sekä Oulun, Kuopion ja Tampereen yliopistollisten sairaaloiden synnytysosastoilla työskentelevät 172 kätilöä. Näistä kuudesta sairaalasta Hyvinkään sairaala ja Oulun sairaala toimivat tutkimuksessa kokeilusairaaloina, joissa toteutettiin koulutusinterventio. Hämeenlinnan sairaala, Salon aluesairaala, sekä Kuopion ja Tampereen yliopistolliset sairaalat toimivat verrokkisairaaloina. (Taulukko 1.) Aineisto kerättiin kahdessa osassa, ennen interventiota ja sen jälkeen, vuosina 2012–2013 lähettämällä kyselylomakkeet tutkimussairaaloiden osastoille, joissa ne on jaettu kätilöille. Kätilöt ovat halutessaan vastanneet lomakkeisiin ja palauttaneet ne keräilylaatikkoon, jonka jälkeen ne on lähetetty takaisin projektitiimille. Tämän jälkeen kummassakin kokeilusairaalassa järjestettiin kätilöille koulutusinterventio. Kokeiluvaiheen jälkeen kysely toteutettiin toistamiseen kaikissa tutkimussairaloissa, jotta saataisiin selville koulutusintervention mahdolliset vaikutukset.

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuvat sairaalat ja otos.
(* = kokeilusairaala, ** = verrokkisairaala)

Sairaala	Kätilöt
	n
Hyvinkään sairaala *	20
Hämeenlinnan sairaala **	19
Salon aluesairaala **	20
Oulun yliopistollinen sairaala *	45
Kuopion yliopistollinen sairaala **	30
Tampereen yliopistollinen sairaala **	38
Yhteensä	172

5.2 Kyselylomake

Kyselylomakkeen mittarina on käytetty Donna Saulsin vuonna 2004 kehittämää LSQ -mittaria (Labour Support Questionnaire). Kyselylomakkeessa taustatietoja kuvaavia kysymyksiä on viisi: kokemus synnytyssalutyöstä, ikä, ammatillinen koulutus, peruskoulutus

sekä sairaala, jossa työskentelee. Taustatietokysymyksistä kaksi oli suljettuja monivalintakysymyksiä, kaksi suljettuja sekamuotoisia kysymyksiä ja yksi avoin kysymys. Kyselylomakkeessa kuvattiin Likertin asteikolla kättilön antamaa synnytyksen aikaista tukea 27 erilaisella toiminnolla, joihin kättilöt vastasivat kuvaten erikseen jokaisen toiminnon tärkeyttä ja käyttöä verraten näitä omaan työhönsä. Tärkeyttä arvioitiin nollassa viiteen niin, että 0 = ”ei tärkeä” ja 5 = ”erittäin tärkeä”. Käyttöä arvioitiin myös nollassa viiteen niin, että 0 = ”ei koskaan” ja 5 = ”aina”. (Liite 1.) Kyselylomakkeen lopussa oli yksi suljettu dikotominen kysymys mahdollisista synnyttäjän tukemista estävistä tekijöistä, johon myöntävästi vastaamalla pyydettiin vastaamaan vielä yhteen suljettuun sekamuotoiseen kysymykseen näistä toiminnoista (liite 2.). Lisäksi kyselylomakkeen lopussa oli mahdollisuus kirjoittaa muita kommentteja. Samaa kyselylomaketta käytettiin sekä ennen interventiota että sen jälkeen (liite 1).

5.3 Aineistoanalyysi

Kyselylomakkeessa esitetyt erilaiset synnyttäjän tukemisen toiminnot on jaoteltu neljään eri tuen muotoon: fyysiseen (kysymykset 2, 6, 7, 9, 11, 15, 19, 23, 24, 25), emotionaaliseen (kysymykset 1, 5, 10, 20, 21, 26, 27) ja tiedolliseen tukeen (kysymykset 4, 8, 16, 17, 18, 22), sekä synnyttäjän puolella olemiseen (kysymykset 3, 12, 13, 14) (taulukko 2). Valmis aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Havaintoaineisto koostuu tutkimusyksiköiden vastauksista tutkimuskysymyksiin (Heikkilä 2008: 14), jotka kerättiin opinnäytetyössä kyselylomakkeella. Kysymyslomake koostui Likertin asteikollisista kysymyksistä.

Analysoimme vastaajien taustatiedot kuvaamalla ne prosentteina ja frekvensseinä. Aineiston analysoinnissa käytettiin myös ristiintaulukointia, jolla selvitimme kahden muuttujan välistä vaikutusta toisiinsa. Opinnäytetyössä käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä mittaamaan mahdollisia sairaaloiden välisiä eroja tuen eri muotojen tärkeydessä sekä käytössä ennen ja jälkeen koulutusintervention. Opinnäytetyössämme summamuuttujina ovat tuen eri muodot. Khiin neliö -testiä on käytetty selvittämään eri muuttujien välisiä yhteyksiä, tulosten tilastollista merkitsevyyttä. Yleensä merkitsevyytason raja on 0,05 (5 %). Tulos on tilastollisesti merkittävä p-arvon jäädessä alle rajan. (Heikkilä 2008: 194.) Vastauksia tarkastellessamme muutimme muuttujat tunnusluvuiksi tiivistääksemme informaatiota. Tunnuslukuna käytimme mediaania.

Taulukko 2. Tutkimuskysymysten jako tuen eri muotoihin.

Synnytyksen aikaisen tuen muoto	Kysymysten numerot
Fyysinen tuki	2, 6, 7, 9, 11, 15, 19, 23, 24, 25
Emotionaalinen tuki	1, 5, 10, 20, 21, 26, 27
Tiedollinen tuki	4, 8, 16, 17, 18, 22
Puolella oleminen	3, 12, 13, 14

6 Opinnäytetyön tulokset

Kyselylomakkeet lähetettiin yhteensä 172 kätilölle kuuteen eri tutkimussairaalaan. Ennen interventiota kyselyyn vastasi yhteensä 143 (83,1 %) kätilöä, joista 20 työskenteli Hyvinkään sairaalassa, 15 Hämeenlinnan sairaalassa, 20 Salon aluesairaalassa, 27 Oulun yliopistollisessa sairaalassa, 27 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja 34 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Intervention jälkeen kyselyyn vastasi yhteensä 97 (56,4 %) kätilöä, joista 16 työskenteli Hyvinkään sairaalassa, 13 Hämeenlinnan sairaalassa, 18 Oulun yliopistollisessa sairaalassa, 18 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja 32 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Salon aineisto raportoidaan puuttuvana, mikä alentaa intervention jälkeistä vastausprosenttia. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kyselyyn vastanneet kätilöt lukumäärinä ja prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

Sairaalat	Ennen		Jälkeen	
	n	%	n	%
Hyvinkään sairaala	20	100,0	16	80,0
Hämeenlinnan sairaala	15	78,9	13	68,4
Salon aluesairaala	20	100,0	–	–
Oulun yliopistollinen sairaala	27	60,0	18	40,0
Kuopion yliopistollinen sairaala	27	90,0	18	60,0
Tampereen yliopistollinen sairaala	34	89,5	32	84,2
Yhteensä	143	83,1	97	56,4

Ennen interventiota työkokemukseensa synnytyssalutyössä vastasi 140 kätilöä, eli 97,9 %. Näistä 38 (26,6 %) oli työskennellyt synnytyssalissa alle 5 vuotta, 41 (28,7 %) oli työskennellyt 5–10 vuotta, 37 (25,9 %) oli työskennellyt 11–20 vuotta ja 24 (16,8 %) oli työskennellyt yli 21 vuotta. Intervention jälkeen työkokemukseensa synnytyssalutyössä vastasi yhteensä 94 kätilöä, eli 96,9 %. Näistä alle 5 vuotta synnytyssalissa työskennelleitä oli 25 (25,8 %), 5–10 vuotta työskennelleitä 17 (17,5 %), 11–20 vuotta työskennelleitä 31 (32,0 %) ja yli 21 vuotta työskennelleitä 21 (21,6 %). Ennen interventiota ikää

kysyttäessä kätilöistä vastasi yhteensä 139 (97,2 %). Näistä alle 35-vuotiaita oli 44 (30,8 %), 36–45-vuotiaita 56 (39,2 %), 46–55-vuotiaita 28 (19,6 %) ja yli 55-vuotiaita 11 (7,7 %). Intervention jälkeen ikää kysyttäessä kätilöistä vastasi yhteensä 94 (96,9 %). Näistä alle 35-vuotiaita oli 26 (26,8 %), 36–45-vuotiaita oli 29 (29,9 %), 46–55-vuotiaita oli 23 (23,7 %) ja yli 55-vuotiaita 16 (16,5 %). Ennen interventiota kysymykseen ammatillisesta koulutuksesta vastasi yhteensä 139 (97,2 %) kätilöä. Näistä ammatilliselta koulutukseltaan kätilöitä (AMK) oli 86 (60,1 %), naistentautien ja synnytysten erikoissairaanhoidajia oli 34 (23,8 %) ja 19 (13,3 %) vastanneista oli muu hoitoalan koulutus. Intervention jälkeen kysymykseen ammatillisesta koulutuksesta vastasi yhteensä 94 (96,9 %) kätilöä. Näistä ammatillisesta koulutukseltaan kätilöitä (AMK) oli 53 (54,6 %), naistentautien ja synnytysten erikoissairaanhoidajia oli 31 (32,0 %) ja 10 (10,3 %) vastanneista oli muu hoitoalan koulutus. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastajien taustatiedot lukumäärinä ja prosentteina ennen ja jälkeen intervention.

Kysymykset	Vastausvaihtoehdot	Ennen		Jälkeen	
		n	%	n	%
Työkokemus synnytysalutyössä	alle 5 vuotta	38	26,6	25	25,8
	5–10 vuotta	41	28,7	17	17,5
	11–20 vuotta	37	25,9	31	32,0
	yli 21 vuotta	24	16,8	21	21,6
Yhteensä		140	97,9	94	96,9
Ikä	alle 35 vuotta	44	30,8	26	26,8
	36–45 vuotta	56	39,2	29	29,9
	46–55 vuotta	28	19,6	23	23,7
	yli 55 vuotta	11	7,7	16	16,5
Yhteensä		139	97,2	94	96,9
Ammatillinen koulutus	Kättilö, AMK	86	60,1	53	54,6
	Naistentautien ja synnytysten erikoissairaanhoidaja	34	23,8	31	32,0
	Muu hoitoalan koulutus	19	13,3	10	10,3
Yhteensä		139	97,2	94	96,9

6.1 Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen tärkeyden kokeminen kätilöiden näkökulmasta ennen ja jälkeen intervention.

Tärkeimpänä tuen muotona sekä ennen että jälkeen intervention pidettiin synnyttäjän puolella olemista (Md 4,50–4,75) ja lähes yhtä tärkeänä pidettiin tiedollisen tuen antamista (Md 4,33–4,58). Vähiten tärkeänä pidettiin emotionaalisen tuen antamista (Md 4,00–4,25). (Taulukko 5.)

Ennen interventiota fyysisen tuen toteuttaminen koettiin tärkeimmäksi Oulun yliopistollisessa sairaalassa ja Hämeenlinnan sairaalassa (Md 4,40), kun Hyvinkään sairaalassa se koettiin vähiten tärkeäksi (Md 4,10). Intervention jälkeen fyysisen tuen toteuttaminen koettiin tärkeimmäksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,45), kun vähiten tärkeäksi se koettiin edelleen Hyvinkäällä (Md 4,10). (Taulukko 5.)

Ennen interventiota emotionaalisen tuen toteuttaminen koettiin tärkeimmäksi Hämeenlinnan sairaalassa ja Salon aluesairaalassa (Md 4,25), kun Hyvinkään sairaalassa se koettiin vähiten tärkeäksi (Md 4,06). Intervention jälkeen emotionaalisen tuen toteuttaminen koettiin tärkeimmäksi Hyvinkään sairaalassa (Md 4,25), kun vähiten tärkeäksi se koettiin Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,00). (Taulukko 5.)

Ennen interventiota tiedollisen tuen toteuttaminen koettiin tärkeimmäksi Hyvinkään sairaalassa, sekä Oulun ja Tampereen yliopistollisissa sairaaloissa (Md 4,58), kun vähiten tärkeäksi se koettiin Hämeenlinnan sairaalassa, Salon aluesairaalassa ja Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,50). Intervention jälkeen tiedollisen tuen toteuttaminen koettiin tärkeimmäksi Hyvinkään sairaalassa (Md 4,58), kun vähiten tärkeäksi se koettiin Oulun ja Tampereen yliopistollisissa sairaaloissa. (Taulukko 5.)

Ennen interventiota synnyttäjän puolella oleminen koettiin kaikissa sairaaloissa yhtä tärkeäksi (Md 4,75). Intervention jälkeen synnyttäjän puolella oleminen koettiin tärkeimmäksi Hyvinkään ja Hämeenlinnan sairaaloissa, sekä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,75), kun vähiten tärkeäksi se koettiin Oulun ja Tampereen yliopistollisissa sairaaloissa (Md 4,50). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Jatkuvan tuen tärkeys kättilöiden näkökulmasta sairaaloittain ennen ja jälkeen intervention.

Sairaala	Tuen muodot	Ennen		Jälkeen	
		n	Md	n	Md
Hyvinkään sairaala	Fyysinen	20	4,10	16	4,10
	Emotionaalinen	20	4,06	15	4,25
	Tiedollinen	20	4,58	16	4,58
	Puolella oleminen	20	4,75	16	4,75
Hämeenlinnan sairaala	Fyysinen	14	4,40	13	4,30
	Emotionaalinen	14	4,25	13	4,13
	Tiedollinen	14	4,50	13	4,50
	Puolella oleminen	15	4,75	13	4,75
Salon aluesairaala	Fyysinen	19	4,30	–	–
	Emotionaalinen	19	4,25	–	–
	Tiedollinen	20	4,50	–	–

	Puolella oleminen	20	4,75	–	–
Oulun yliopistollinen sairaala	Fyysinen	27	4,40	18	4,20
	Emotionaalinen	27	4,13	18	4,13
	Tiedollinen	26	4,58	18	4,33
	Puolella oleminen	27	4,75	18	4,50
Kuopion yliopistollinen sairaala	Fyysinen	25	4,30	16	4,45
	Emotionaalinen	26	4,13	16	4,19
	Tiedollinen	27	4,50	16	4,50
	Puolella oleminen	27	4,75	16	4,75
Tampereen yliopistollinen sairaala	Fyysinen	34	4,20	30	4,10
	Emotionaalinen	33	4,13	32	4,00
	Tiedollinen	34	4,58	32	4,33
	Puolella oleminen	34	4,75	31	4,50

6.2 Kätilöiden toteuttama jatkuva tuki ennen ja jälkeen intervention

Käytetyin tuen muoto oli ennen interventiota kaikissa muissa sairaaloissa Oulun yliopistollista sairaalaa lukuun ottamatta synnyttäjän puolella oleminen (Md 4,50–4,75). Toiseksi käytetyin tuen muoto oli kaikissa muissa sairaaloissa Oulun yliopistollista sairaalaa lukuun ottamatta tiedollinen tuki (Md 4,17–4,33). Oulun yliopistollisessa sairaalassa ennen interventiota käytetyin tuen muoto oli tiedollinen tuki (Md 4,42) ja toiseksi käytetyin synnyttäjän puolella oleminen (Md 4,25). Intervention jälkeen käytetyin tuen muoto oli synnyttäjän puolella oleminen (Md 4,25–4,63) ja toiseksi käytetyin tiedollinen tuki (Md 4,17–4,42). Sekä ennen että jälkeen intervention vähiten käytetyin tuen muoto oli fyysinen tuki (Md 3,70–4,05). (Taulukko 6.)

Ennen interventiota fyysistä tukea annettiin eniten Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,10) ja vähiten Hyvinkään sairaalassa (Md 3,85). Intervention jälkeen fyysistä tukea annettiin edelleen eniten Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,00) ja vähiten Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Md 3,70). (Taulukko 6.)

Ennen interventiota emotionaalista tukea annettiin eniten Hämeenlinnan sairaalassa (Md 4,19), kun kaikissa muissa sairaaloissa emotionaalista tukea annettiin saman verran (Md 4,00). Intervention jälkeen emotionaalista tukea annettiin edelleen eniten Hämeenlinnan sairaalassa (Md 4,13) ja vähiten Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Md 3,88). (Taulukko 6.)

Ennen interventiota tiedollista tukea annettiin eniten Oulun yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,42) sekä vähiten Salon aluesairaalassa ja Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,17). Intervention jälkeen tiedollista tukea annettiin eniten Hyvinkään sairaalassa

(Md 4,42) ja vähiten Oulun, Kuopion ja Tampereen yliopistollisissa sairaaloissa (Md 4,17). (Taulukko 6.)

Ennen interventiota synnyttäjän puolella olemista toteutettiin eniten Hämeenlinnan sairaalassa ja Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,75) ja vähiten Oulun yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,25). Intervention jälkeen synnyttäjän puolella olemista toteutettiin eniten Hyvinkään sairaalassa (Md 4,63) ja vähiten edelleen Oulun yliopistollisessa sairaalassa (Md 4,25). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kätilöiden toteuttama jatkuva tuki sairaaloittain ennen ja jälkeen intervention.

Sairaala	Tuen muodot	Ennen		Jälkeen	
		n	Md	n	Md
Hyvinkään sairaala	Fyysinen	20	3,85	16	3,75
	Emotionaalinen	20	4,00	16	3,94
	Tiedollinen	20	4,33	16	4,42
	Puolella oleminen	19	4,50	16	4,63
Hämeenlinnan sairaala	Fyysinen	14	4,05	13	3,90
	Emotionaalinen	14	4,19	13	4,13
	Tiedollinen	14	4,33	13	4,33
	Puolella oleminen	15	4,75	13	4,50
Salon aluesairaala	Fyysinen	19	4,00	–	–
	Emotionaalinen	19	4,00	–	–
	Tiedollinen	19	4,17	–	–
	Puolella oleminen	20	4,50	–	–
Oulun yliopistollinen sairaala	Fyysinen	25	4,00	18	3,80
	Emotionaalinen	27	4,00	18	4,00
	Tiedollinen	26	4,42	17	4,17
	Puolella oleminen	27	4,25	18	4,25
Kuopion yliopistollinen sairaala	Fyysinen	25	4,10	17	4,00
	Emotionaalinen	25	4,00	17	4,00
	Tiedollinen	26	4,17	18	4,17
	Puolella oleminen	26	4,75	18	4,50
Tampereen yliopistollinen sairaala	Fyysinen	33	3,90	29	3,70
	Emotionaalinen	32	4,00	31	3,88
	Tiedollinen	33	4,33	32	4,17
	Puolella oleminen	33	4,50	31	4,50

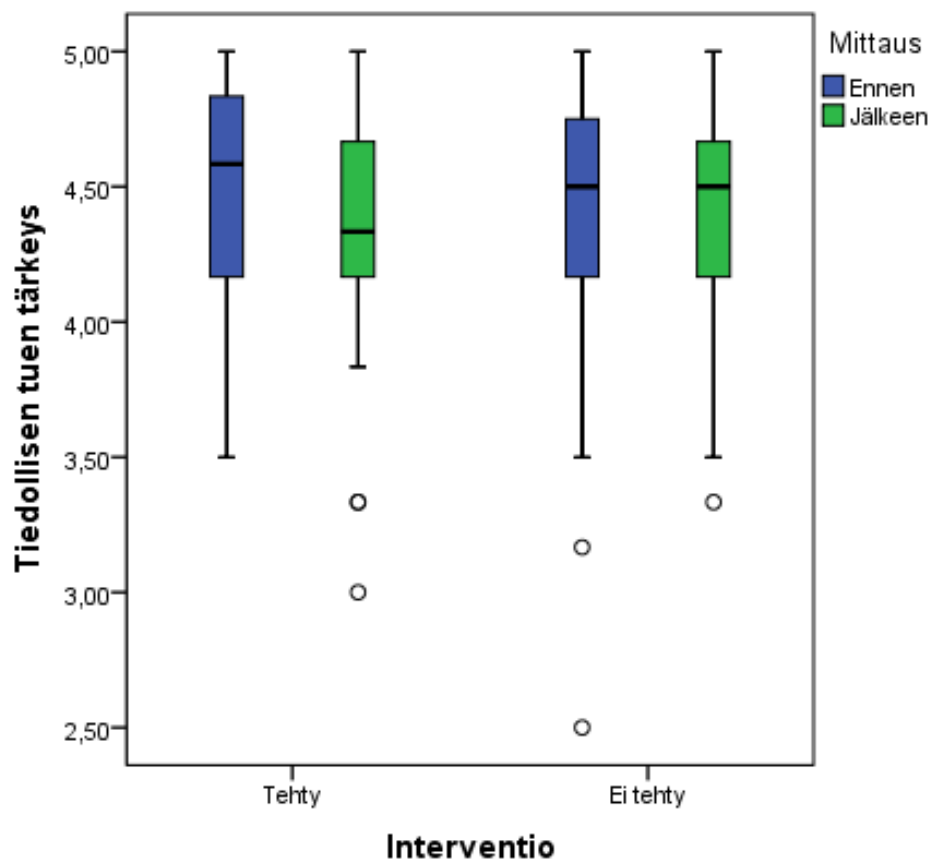
6.3 Sairaaloiden väliset erot

Vertasimme sairaaloiden välisiä eroja Mann-Whitneyn U-testillä sekä tunnusluvuilla (minimi, mediaani ja maksimi). Vertasimme alku- ja loppumittausten tuloksia synnytyssairaloissa, joissa interventio oli tehty (Hyvinkään ja Oulun sairaalat) niihin, joissa interventiota ei ollut tehty (Hämeenlinnan, Salon, Kuopion ja Tampereen sairaalat). (Liite 2.)

Kun tarkastellaan intervention vaikutusta kätilöiden vastauksiin mitattaessa tuen muotojen tärkeyttä, havaittiin tilastollisesti merkitsevää eroa ainoastaan Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tiedollisen tuen tärkeydessä ($p=0,044$). Myös tarkasteltaessa tuen muotojen käyttöä, vain Tampereen yliopistollisessa sairaalassa havaittiin tilastollisesti merkitsevää eroa tiedollisen tuen käytössä ($p=0,045$). Muissa sairaaloissa ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa tarkasteltaessa tuen eri muotojen tärkeyttä ja käyttöä ennen interventiota verrattuna intervention jälkeen tehtyihin kyselyihin. (Liite 2.)

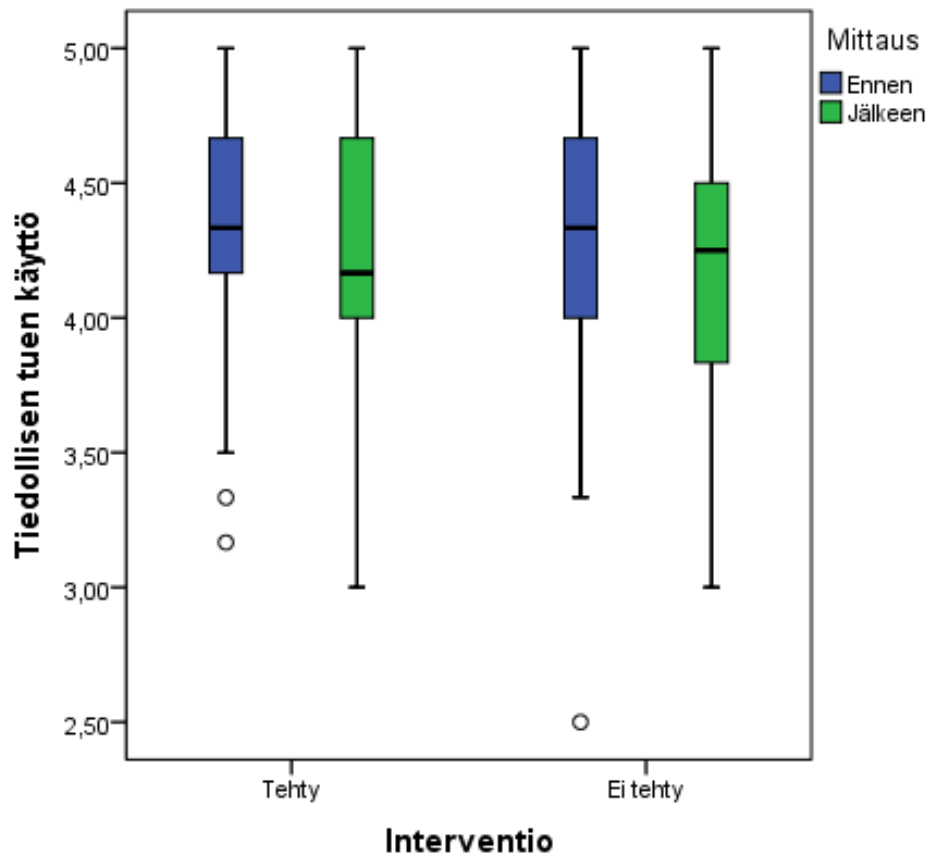
Kuviossa 1 kuvataan kätilöiden tiedollisen tuen tärkeyden kokemista kaikissa tutkimussairaaloissa ennen interventiota ja sen jälkeen. Vastausten mediaani oli alkumittauksessa 4,50–4,58 ja loppumittauksessa 4,33–4,58. (Kuvio 1; Taulukko 5.)

Kuvio 1. Tiedollisen tuen tärkeyden kokeminen ennen ja jälkeen intervention (minimi, mediaani ja maksimi).



Kuviossa 2 kuvataan tiedollisen tuen käytön toteutumista kaikissa tutkimussairaaloissa ennen interventiota ja sen jälkeen. Vastausten mediaani oli alkumittauksessa ja loppumittauksessa 4,17–4,42. (Kuvio 2, Taulukko 6.)

Kuvio 2. Tiedollisen tuen käytön toteutuminen ennen ja jälkeen intervention (minimi, mediaani ja maksimi).



Ennen interventiota kaksi tärkeintä tuen muotoa sekä aluesairaaloissa (Hyvinkää, Hämeenlinna ja Salo) että yliopistollisissa sairaaloissa (Oulu, Kuopio ja Tampere) olivat puolella oleminen (Md 4,75) ja tiedollinen (Md 4,50–4,58). Nämä kaksi tuen muotoa pysyivät tärkeimpinä myös intervention jälkeen sekä yliopistollisissa, että aluesairaaloissa (puolella oleminen Md 4,50–4,75, tiedollinen Md 4,33–4,58). (Taulukko 5).

Ennen interventiota kaksi käytetyintä tuen muotoa sekä aluesairaaloissa (Hyvinkää, Hämeenlinna ja Salo) että yliopistollisissa sairaaloissa (Oulu, Kuopio ja Tampere) olivat puolella oleminen (Md 4,25–4,75) ja tiedollinen (Md 4,17–4,33). Nämä kaksi tuen muotoa

pysyivät käytetyimpinä myös intervention jälkeen sekä yliopistollisissa, että aluesairaaloissa (puolella oleminen Md 4,25–4,63), tiedollinen Md 4,17–4,42). (Taulukko 6).

Vertailimme kätilöiden toteuttamaa synnytyksenaikaisen tuen tärkeyttä ja käyttöä Khiin neliötestillä. Sairaaloita verrattaessa saimme viisi tilastollisesti merkitsevää p-arvoa. Kuvailemme tulokset frekvensseinä ja prosentteina (n, %). Merkitseviä arvoja tuli sekä tärkeyden ja käytön, että ennen ja jälkeen intervention tehtyihin aineistoihin. Otimme tarkasteluun myös näiden vastauksien niin sanotut vastaparit ennen- tai jälkeen-aineistoista, vaikka niissä kaikissa ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa.

Ennen interventiota löytyi tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,013$) tuen ”hieroo synnyttäjää (esim. selkää ja jalkoja) auttaakseen häntä rentoutumaan” (kysymys 2) käytössä. Vastaukset keskittyvät suurimmalta osin luokkaan ”silloin tällöin/toisinaan” (45,5 %); suurin suhteellinen prosenttiluku oli Hyvinkään sairaalassa (65,0 %) ja pienin Oulun yliopistollisessa sairaalassa (29,6 %). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Käyttö. Hieroo synnyttäjää (esim. selkää ja jalkoja) auttaakseen häntä rentoutumaan. Ennen-aineisto.

Khiin neliötestin p-arvo 0,013			Sairaala					Yhteensä
			Oulu	Hyvinkää	Kuopio	Tampere	Hämeenlinna	
hieroo synnyttäjää (esim. selkää ja jalkoja) auttaakseen häntä rentoutumaan	ei koskaan	n	0	1	0	3	0	4
		%	0,0	5,0	0,0	9,1	0,0	3,3
	harvoin	n	1	2	4	10	1	18
		%	3,7	10,0	15,4	30,3	6,7	14,9
	silloin tällöin/ toisinaan	n	8	13	13	15	6	55
		%	29,6	65,0	50,0	45,5	40,0	45,5
	usein	n	7	3	3	5	4	22
		%	25,9	15,0	11,5	15,2	26,7	18,2
	melkein aina	n	9	1	5	0	3	18
		%	33,3	5,0	19,2	0,0	20,0	14,9
	aina	n	2	0	1	0	1	4
		%	7,4	0,0	3,8	0,0	6,7	3,3
Yhteensä		n	27	20	26	33	15	121
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Intervention jälkeen löytyi tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,000$) tuen ”hieroo synnyttäjää (esim. selkää ja jalkoja) auttaakseen häntä rentoutumaan” (kysymys 2) käytössä. Vastaukset keskittyvät suurimmalta osin luokkaan ”silloin tällöin/toisinaan” (39,2 %); suurin suhteellinen prosenttiluku oli Hyvinkään sairaalassa (50,0 %) ja pienin Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (27,8 %). (Taulukko 8).

Intervention jälkeen ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,772$) tuen ”esittelee synnytyssalin ja selittää sairaalan käytänteet” (kysymys 16) käytössä. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Käyttö. Esittelee synnytyssalin ja selittää sairaalan käytänteet. Jälkeen-aineisto.

Khiin neliötestin p-arvo 0,772			Sairaala					Yhteensä
			Oulu	Hyvin- kää	Kuo- pio	Tam- pere	Hä- meen- linna	
esittelee synny- tyssalin ja selit- tää sai- raalan käytän- teet	ei koskaan	n	0	0	1	0	0	1
		%	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	1,0
	harvoin	n	0	0	0	1	0	1
		%	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	1,0
	silloin tällöin /toisinaan	n	4	1	2	2	0	9
		%	22,2	6,3	11,1	6,3	0,0	9,3
	usein	n	3	2	3	3	1	12
		%	16,7	12,5	16,7	9,4	7,7	12,4
	melkein aina	n	7	6	6	14	5	38
		%	38,9	37,5	33,3	43,8	38,5	39,2
	aina	n	4	7	6	12	7	36
		%	22,2	43,8	33,3	37,5	53,8	37,1
Yhteensä		n	18	16	18	32	13	97
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ennen interventiota löytyi tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,017$) tuen ”esittelee synnytyssalin ja selittää sairaalan käytänteet” (kysymys 16) tärkeydessä. Vastaukset keskityivät suurimmalta osin luokkiin ”melko tärkeä” (39,0 %) ja ”erittäin tärkeä” (40,7 %); suurin suhteellinen prosenttiluku oli Hämeenlinnan sairaalassa (53,3 %) ja pienin Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (44,1 %). (Taulukko 11)

Taulukko 11. Tärkeys. Esittelee synnytyssalin ja selittää sairaalan käytänteet. Ennen-aineisto.

Khiin neliötestin p-arvo 0,017			Sairaala					Yhteensä
			Oulu	Hyvin- kää	Kuo- pio	Tam- pere	Hä- meen- linna	
esittelee synny- tyssalin ja selit- tää sai- raalan käytän- teet	ei tärkeä	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2	n	1	0	2	0	0	3
		%	3,7	0,0	7,4	0,0	0,0	2,4
	3	n	5	4	11	2	0	22
		%	18,5	20,0	40,7	5,9	0,0	17,9
	4	n	13	6	7	15	7	48
		%	48,1	30,0	25,9	44,1	46,7	39,0
	erittäin tär- keä	n	8	10	7	17	8	50
		%	29,6	50,0	25,9	50,0	53,3	40,7
Yhteensä		n	27	20	27	34	15	123

	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
--	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Intervention jälkeen ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa tuen ”esittelee synnytys-salin ja selittää sairaalan käytänteet” (kysymys 16) tärkeydessä. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Tärkeys. Esittelee synnytys-salin ja selittää sairaalan käytänteet. Jälkeen-aineisto.

Khiin neliötestin p-arvo 0,321			Sairaala					Yhteensä
			Oulu	Hy- vin- kää	Kuo- pio	Tam- pere	Hä- meen- linna	
esitte- lee syn- nytys- salin ja selittää sairaa- lan käytän- teet	ei tärkeä	n	0	0	1	0	0	1
		%	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	1,0
	1	n	1	0	0	1	0	2
		%	5,6	0,0	0,0	3,1	0,0	2,1
	2	n	1	1	0	1	0	3
		%	5,6	6,3	0,0	3,1	0,0	3,1
	3	n	4	1	3	1	0	9
		%	22,2	6,3	17,6	3,1	0,0	9,4
	4	n	7	5	8	17	4	41
		%	38,9	31,3	47,1	53,1	30,8	42,7
erittäin tärkeä	n	5	9	5	12	9	40	
	%	27,8	56,3	29,4	37,5	69,2	41,7	
Yhteensä		n	18	16	17	32	13	96
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ennen interventiota ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa tuen ”helpottaa synnyttäjän fyysistä oloa ja kipua antamalla kylmä- ja lämpöhoitoa, esim. jyväpussit ja geelit” (kysymys 24) käytössä. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Käyttö. Helpottaa synnyttäjän fyysistä oloa ja kipua antamalla kylmä- ja lämpöhoitoa, esim. jyväpussit ja geelit. Ennen-aineisto.

Khiin neliötestin p-arvo 0,998			Sairaala					Yhteensä
			Oulu	Hy- vin- kää	Kuo- pio	Tam- pere	Hä- meen- linna	
Helpot- taa synnyt- täjän fyysistä oloa ja kipuja antamalla kylmä-	ei koskaan	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	harvoin	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	silloin täl- löin /toisi- naan	n	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	usein	n	3	2	2	3	1	11
		%	11,1	10,0	7,7	9,1	6,7	9,1
	melkein aina	n	11	8	12	15	8	54
		%	40,7	40,0	46,2	45,5	53,3	44,6

ja lämpöhoitoa	aina	n	13	10	12	15	6	56
		%	48,1	50,0	46,2	45,5	40,0	46,3
Yhteensä		n	27	20	26	33	15	121
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Intervention jälkeen löytyi tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,037$) tuen ”helpottaa synnyttäjän fyysistä oloa ja kipua antamalla kylmä- ja lämpöhoitoa, esim. jyväpussit ja geelit” (kysymys 24) käytössä. Vastaukset keskittyivät suurimmalta osin luokkiin ”melkein aina” (48,5 %) ja ”aina” (36,1 %); suurin suhteellinen prosenttiluku oli Oulun yliopistollisessa sairaalassa (77,8 %) ja pienin Hämeenlinnan sairaalassa (46,2 %). (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Käyttö. Helpottaa synnyttäjän fyysistä oloa ja kipua antamalla kylmä- ja lämpöhoitoa, esim. jyväpussit ja geelit. Jälkeen-aineisto.

Khiin neliötestin p-arvo 0,037			Sairaala					Yhteensä	
			Oulu	Hyvin- kää	Kuo- pio	Tam- pere	Hä- meen- linna		
Helpottaa synnyttäjän fyysistä oloa ja kipuja antamalla kylmä- ja lämpöhoitoa	ei koskaan	n	0	0	0	0	0	0	
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	harvoin	n	0	0	0	0	0	0	
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	silloin tällöin /toisinaan	n	0	0	0	0	1	1	
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	1,0	
	usein	n	0	2	2	7	3	14	
		%	0,0	12,5	11,1	21,9	23,1	14,4	
	melkein aina	n	14	5	6	16	6	47	
		%	77,8	31,3	33,3	50,0	46,2	48,5	
	aina	n	4	9	10	9	3	35	
		%	22,2	56,3	55,6	28,1	23,1	36,1	
	Yhteensä		n	18	16	18	32	13	97
			%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdinta

Fyysinen tuki on kädestä kiinni pitämistä, kosketusta (Sauls 2006: 37) ja hierontaa (Hodnett ym. 2011: 3; Sauls 2006: 37, 39–40; Sosa ym. 2011: 454). Se on konkreettista

tukea, jolla kohdataan synnyttäjän fyysiset tarpeet ja joka pitää sisällään erilaisia hoidollisia toimenpiteitä. (Sauls 2006: 37.) Kyselyyn vastanneet pitivät fyysistä tukea melko tärkeänä tuen muotona jokaisessa sairaalassa. Fyysisen tuen käytössä oli kuitenkin selkeästi pienemmät keskiluvut; fyysistä tukea siis pidetään tärkeänä, mutta sitä käytetään todellisuudessa vähemmän. Itsekin huomasimme omassa synnytyssaliharjoittelussamme, että fyysistä tukea todellisuudessa annetaan vähiten. Suomalaisessa kulttuurissa jokaisella on oma tilansa ja alueensa, jolle muita ei helposti päästetä. Tämä saattaaakin olla yksi vaikuttava tekijä, miksi kätilöt eivät käytä fyysistä tukea työssään niin paljon. He ymmärtävät tämän tuen muodon tärkeyden, mutta todellisessa tilanteessa käyttävät esimerkiksi kosketusta vähemmän, sillä se voidaan kokea suomalaisessa kulttuurissa jopa epämukavaksi. Olisikin tärkeää pystyä lukemaan tilannetta ja synnyttäjää niin, että voi päätellä synnyttäjän fyysisen tuen tarpeen ja näin toteuttaa sitä yksilöllisesti.

Emotionaalinen tuki pitää sisällään kätilön sanallisen rohkaisun ja kehotuksen (Borders ym. 2013: 311, 315, 317), stressittömän ilmapiirin luomisen (Price – Johnson 2006: 103), synnyttäjän voimavarojen vakuuttelun (Price – Johnson 2006: 101; Sauls 2006: 37) ja ennen kaikkea kätilön jatkuvan läsnäolon (Aune ym. 2013: 89; Sosa ym. 2012: 452, 454–455; Sauls 2006: 37, 40). Emotionaalista tukea pidettiin melko tärkeänä jokaisessa sairaalassa, mutta myös itse sen käyttö oli vähäisempää kaikkien vastaajien kesken. Emotionaalinen tuki tuntuu olevan hyvin tärkeää myös omasta kokemuksestamme: synnytyssalijaksolla näimme useita synnyttäjiä, jotka olivat emotionaalisen tuen tarpeessa. Tämä tuen muoto tuli tarpeeseen erityisesti silloin, kun synnytys edistyi hitaasti ja synnyttäjän omat voimavarat alkoivat ehtymään. Tällöin kätilön rohkaisevat sanat ja kehotukset antoivat synnyttäjälle uutta voimaa ja edistys näkyi selvästi.

Tiedollinen tuki on kätilön antamaa tietoa synnytyksen etenemisestä (Sosa ym. 2011: 454), ennakko-ohjeita synnytyksen lähestyessä ja erilaista ohjausta esimerkiksi asennonvaihdoista sekä hengitystekniikoista (Borders ym. 2013: 311, 315–317, 319). Myös tiedollista tukea pidettiin kyselyn perusteella tärkeämpänä, kuin mitä sitä todellisuudessa käytettiin. Itse huomasimme harjoittelussamme hieman päinvastaista; käytimme sitä useammin kuin mitä osasimme odottaa. Meidän mielestämme tämä johtuu paljon varmasti opiskelijan näkökulmasta: itsekin on vielä oppimassa asioita, joten asioiden ääneen puhuminen on kertaamista, jolloin samalla jakaa tätä tiedollista näkökulmaa myös asiakkaalle. Asioita ei pidetäkään itsestänselvyytenä monien työvuosien jälkeen, vaan ne tulee toistaa ohjaajalle ja itsellekin ääneen.

Synnyttäjän puolella oleminen on synnyttäjän etujen ajamista (Iliadou 2012: 385, 388), puolesta toimimista, synnytyssuunnitelman sallimista ja noudattamista (Sauls 2006: 37, 39–40), sekä synnyttäjän toiveiden esittämistä muille (Hodnett ym. 2011: 3; Sosa ym. 2011: 454). Kyselyn mukaan puolella olemisen käytön ja tärkeyden välillä yhdessä sairaalassa keskiluku oli sama; muuten puolella olemista käytettiin hieman vähemmän, kuin mitä sitä pidettiin tärkeänä. Omasta kokemuksestamme puolella oleminen on vielä alue, jossa ammatillinen kasvu tapahtunee vuosien varrella. Siksi pidempään alalla työskennelleillä ei niin suurta eroa näiden asioiden välillä ole, kun meille taas asia on tärkeä, mutta sen käyttö ei varmasti omassa toiminnassa näy vielä niin selkeästi.

Tulosten mukaan siis kätilöt pitivät tärkeinä eri tuen muotoja, mutta se ei tarkoita, että he myös käyttivät näitä. Esimerkiksi synnyttäjän puolella olemista ja tiedollista tukea pidettiin kaikissa sairaaloissa hyvin tärkeinä, mutta näiden kahden käyttö oli vähäisempää kuin mitä niitä pidettiin tärkeinä. Tuloksia katsoessa tulee mieleen, että kätilöillä on mielessä ajatus hyvän tuen mallista, mutta erinäisistä seikoista johtuen he eivät voi toteuttaa tätä tuen mallia työssään. Tärkeinä pidettyjen tuen muotojen käyttöä voivat rajoittaa useatkin eri asiat, esimerkiksi kiire, synnyttäjien määrä ja sairaalan tai osaston resurssit. Nämä seikat toistuvat myös kätilöiden vastauksissa kysyttäessä tukemisen käytön estäviä asioita (liite 2). Myös synnyttäjän omat toiveet synnytyksen tuesta saattavat osaltaan vaikuttaa, sillä joku synnyttäjä saattaa kokea jonkin tietyn osa-alueen erityisen tärkeänä ja muut tuen muodot voivat jäädä tällöin vähemmälle.

Tilastollisesti merkitsevää eroa tutkimussairaaloiden välillä oli verrattain vähän. Eroa löytyi ainoastaan muutamassa eri tuen muotoja mittaavista kysymyksistä. Tutkimuksessa oli mukana sekä yliopistollisia sairaaloita että pienempiä aluesairaaloita. Synnytysten keskittäminen suuriin sairaaloihin aiheuttaa synnyttäjien määrän paljouden, joka voi vaikuttaa kätilön synnytyksen aikaisen tuen muotojen toteuttamiseen. Toisaalta taas pienemmissä synnytysyksiköissä hallinnolliset tekijät saattavat vaikuttaa siihen, ettei kätilöillä ole resursseja toteuttaa tuen muotoja samalla tavalla kuin suuremmissa yksiköissä, vaikkakin heillä saattaakin olla enemmän aikaa. Eri sairaaloissa voi olla erilaiset hoitokulttuurit ja asenteet, jotka tukevat tai estävät kätilöiden eri tuen muotojen toteuttamista. Myös johtamistavat eri sairaaloiden ja osastojen välillä saattavat vaikuttaa: toisaalla voidaan olla myöntyväisempiä esimerkiksi täydennyskoulutuksiin ja työntekijöiden hyvinvoinnin ylläpitämiseen, jolloin heillä on paremmat resurssit jaksaa työssään ja tarjota monipuolista tukea jokaiselle synnyttäjälle.

Koulutusintervention mahdollisia hyötyjä tarkasteltaessa ei mielestämme voi sanoa, että interventiolla olisi ollut merkittävää hyötyä kummankaan sairaalan vastauksien perusteella. Vastaajamäärät vähenivät kaikissa sairaaloissa koulutusintervention jälkeen tehdyissä kyselyissä. Vastausprosentit olivat suuria, mutta koulutusintervention jälkeinen vastaajamäärien lasku vähentää tulosten luotettavuutta ja tulkittavuutta.

Kun tarkastellaan intervention vaikutuksia tuen muotojen tärkeyttä kohtaan, niin Hyvinkään sairaalassa emotionaalisen tuen tärkeys nousi hieman intervention jälkeen, kun muut tuen muodot pysyivät yhtä tärkeinä. Oulun yliopistollisessa sairaalassa taas sekä fyysisen, tiedollisen että puolella olemisen tuen muotojen tärkeydet laskivat ja emotionaalisen tuen tärkeys pysyi samana intervention jälkeen.

Kun tarkastellaan intervention vaikutuksia kätilön käyttämiä eri tuen muotoja kohtaan, niin Hyvinkään sairaalassa käytettiin tiedollisen ja puolella olemisen tuen muotoja hieman enemmän intervention jälkeen kuin ennen sitä. Fyysisen ja emotionaalisen tuen käyttö hieman väheni. Oulun yliopistollisessa sairaalassa taas emotionaalisen sekä puolella olemisen tuen muotojen käyttö pysyi samana ja fyysisen sekä tiedollisen tuen käyttö väheni. Emme osaa sanoa, johtuvatko tulokset todella siitä, että vastaajamäärät ovat laskeneet vai jostain muusta. Erikoista kuitenkin oli, että interventiosta huolimatta Oulun vastauksissa mediaani pieneni kahdessa tuen muodossa, vaikka intervention tarkoituksena oli nimenomaan nostaa sitä.

Verrokkisairaaloissa fyysisen tuen tärkeys koettiin yleisesti ottaen myös vähemmän tärkeäksi intervention jälkeen; ainoastaan Kuopiossa mediaani nousi vastaajien vähentymisestä huolimatta. Mediaani vähentymistä verrokkisairaaloissa voitaneen selittää osittain vastaajien vähentymisellä, mutta kyseessä voisi olla myös kyllästyminen asialle: tutkimuksiin vastaileminen työn ohessa saattaa olla monelle vain lisähaitta, jolloin vastaukset saatetaan hutiloida. Toisaalta saattaa olla, että alkukysely on laittanut verrokkisairaaloiden kätilöt pohtimaan eri tuen muotoja, vaikka interventiota ei tehtykään. Näin jokin tuen muoto on voinut nousta heidän mielissään tai käyttäytymismalleissaan tärkeämmäksi kuin ennen alkukyselyä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvata validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti eli pätevyys kuvaa systemaattisen virheen puuttumista. (Heikkinen 2014: 27.)

Se viittaa mittarin luotettavuuteen: kuinka tutkimuksen käsitteet on muokattu muuttujiksi ja onko pystytty mittaamaan sitä, mitä oli tarkoituskin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152.) Validiteetti tulisi varmistaa etukäteen, koska perusjoukon tarkkaa määrittelyä ja edustavan otoksen saamista on vaikea tarkastella tutkimuksen teon jälkeen. Huolellisella suunnittelulla ja korkealla vastausprosentilla saadaan tutkimuksesta pätevämpi. Myös tutkimuslomakkeen kysymyksiin tulee keskittyä etukäteen: niiden tulisi kattaa koko tutkimusongelma, ei vain pieniä osia ja ne täytyisi suunnitella mittaamaan oikeita asioita mahdollisimman yksiselitteisesti. (Heikkilä 2014: 27.) Ennen kuin tutkimus aloitettiin, määriteltiin tarkkaan sekä tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, että perusjoukko.

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten tärkeänä kätilöt kokevat synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen antamisen ja miten paljon he todellisuudessa tukea antavat. Tavoitteena on luoda yhteneväinen määritelmä synnytyksen aikaisesta jatkuvasta tuesta, jota voitaisiin käyttää kaikissa Suomen synnytyssairaaloissa. Tämän tutkimuksen perusjoukko on selkeästi määritelty ja sen muodostavat kaikki Suomen työssä käyvät kätilöt, joita vuonna 2012 oli 2275 (Tilastokeskus 2014). Koska koko perusjoukko olisi ollut liian laaja ja sen tutkiminen olisi ollut liian kallista ja aikaa vievää tutkittavaksi kokonaisuudessaan (Heikkilä 2014: 31), tämä tutkimus on tehty otantatutkimuksena. Otanta-tutkimuksessa tutkitaan perusjoukosta vain tietty otos (Heikkilä: 2014: 12–13), jolloin tässä opinnäytetyössä otanta on tutkimuksessa olleiden kuuden tutkimussairaalan synnytysosastoilla työskentelevät kätilöt. Kysely lähetettiin yhteensä 172 kätilölle. Otantatutkimuksessa otannan tulisi olla pienoiskuva perusjoukosta, jotta se edustaa ominaisuuksillaan koko perusjoukkoa samassa suhteessa; näin arvioitaessa otoksesta lasketut tunnusluvut vastaavat perusjoukon arvoja mahdollisimman hyvin. Erilaiset tilastolliset testit auttavat tutkittaessa eri hypoteesien paikkansapitävyyttä perusjoukkoa tarkasteltaessa. (Heikkilä 2014: 31–32.) Yleistettäessä otoksen vastauksia perusjoukkoon tulosten virhemarginaali jää mahdollisimman pieneksi ($p < 0,05$).

Reliabiliteetissa on kyse tulosten tarkkuudesta ja luotettavuudesta: luotettavan tutkimuksen vaatimuksena on toistettavuus samankaltaisiin tuloksiin. Otoskoon pienetessä tulosten sattumanvaraisuus kasvaa. Kohderyhmän tulisi edustaa koko perusjoukkoa, eikä jättää pois joitain siihen kuuluvia ryhmiä. (Heikkilä 2014: 28.) Tutkimuksemme otanta edusti perusjoukkoa hyvin, sillä kyselyyn vastasi eri-ikäisiä ja eri koulutustaustaisia kätilöitä ympäri Suomea, eikä se ole näinollen jättänyt pois mitään tiettyä ryhmää. Kuitenkin otoskoko tutkimukssamme on melko pieni, joten sattumanvaraisuudelle on suurempi mah-

dollisuus. Kuitenkin samanlainen mittaus olisi helposti toteutettavissa uudelleen samankaltaisissa olosuhteissa samalla mittarilla, jolloin vastaukset voivat vaihdella tutkimussa-raaloista riippuen.

Vastaajamäärä tutkimuksessa oli pienehkö ($n=143$) ja vastausprosentti ennen interventiota 83,1 %. Valtakunnallisissa kuluttajatutkimuksissa otoskoon tulisi olla 500–1000, mikäli halutaan verrata osaryhmiä. Kuitenkin 100 henkilön otoskoko riittää, mikäli tuloksia tarkastellaan kokonaistasolla ja kohderyhmä itsessään on suppea. (Heikkilä 2014: 43.) Tässä tapauksessa siis tutkimuksemme otos on tarpeeksi suuri, sillä vastausprosentti oli 83,1 % vaikka vastauslomakkeita palautettiin vain 143. Intervention jälkeen kyselylomakkeita palautettiin 97, jolloin vastausprosentti oli 56,4 %. Tutkimuksen validiteettia tarkasteltaessa on tärkeää huomioida myös erilaisten systemaattisten virheiden mahdollisuus (Heikkilä 2014: 177). Tässä opinnäytetyössä systemaattisia virheitä voivat olla esimerkiksi vastausten vaihtelevuus eri tekijöiden johdosta (esimerkiksi vuorokauden aika, vastaajan mielentila), vastauksen kirjaaminen väärin epähuomiossa tai vastausten kaunistelu. Kaunistelua saattaa tapahtua, mikäli vastaus kuvaa sitä, miten asioiden toivotaan tapahtuvan. Tutkimuksessa esiintyvät systemaattiset virheet alentavat niin reliabiliteettia kuin validiteettiäkin. (Heikkilä 2014: 177).

Tässä opinnäytetyössä käytetyn kyselylomakkeen mittarina on Donna Saulsin vuonna 2004 kehittämä LSQ -mittari. Kyselylomakkeen luotettavuutta voidaan niin ikään kuvata validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti viittaa mittarin luotettavuuteen: kuinka tutkimuksen käsitteet on muokattu muuttujiksi ja onko pystytty mittaamaan sitä, mitä oli tarkoituskin. Reliabiliteetissa on kyse tulosten pysyvyydestä. Mittarin kyetessä tuottamaan ei-sattumanvaraisia tuloksia puhutaan mittaamisen reliabiliteetista. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152.) LSQ -mittari on kattava, koska eri osa-alueita on mitattu verrattain tarkasti. Lähes kolmestakymmenestä keskeisestä ja konkreettisesta synnytyksen aikaisesta tukitoiminnosta muodostetut kysymykset, jotka ovat jaettu neljään eri tuen muodon luokkaan, eivät jätä vastaajalle tulkinnanvaraa (liite 1). Näin voidaan myös todeta, että kyselyllä on saatu vastauksia juuri niihin asioihin, joita sillä haluttiinkin mitata. Kysymykset ovat olleet hyvin tarkkoja ja helppoja, mikä voi vaikuttaa vastausten laatimiseen huiloiden, eikä vastaamiseen ole keskitytty kunnolla.

Poistuma eli kato on yleistä kyselytutkimuksissa ja tämä tulisi ottaa huomioon jo tutkimusta suunniteltaessa. Katoa esiintyy, mikäli lomakkeita jää palauttamatta. Useimmiten kyselykirjeet ovat alttiita kadolle, tosin sitä saattaa pienentää mukana oleva motivoiva

saatekirje ja vaivaton kyselyn palauttamistapa. (Heikkilä 2014: 28.) Tutkimuksessamme käytetty kyselylomake sisälsi saatekirjeen, jonka lisäksi palauttaminen oli tehty helpoksi. Näistä huolimatta intervention jälkeiseen kyselyyn vastasi jokaisessa sairaalassa vähemmän kättilöitä, kuin ennen interventiota. Myös Salon aineiston kato intervention jälkeen vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Saadut tulokset on siis vaikea yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Salon aineiston katoa ei myöskään huomattu tarpeeksi ajoissa, jolloin aloimme käsittelemään saatua aineistoa. Virheen havaittuamme jouduimme ajamaan taulukot uudestaan SPSS-ohjelmalla, mutta virheen mahdollisuus väärin taulukoiden ottamisesta työhön on tässäkin olemassa.

Matriiseja käsiteltäessä huomattiin, kuinka osa vastauksista oli syötetty väärin. Samankaltaisia syöttövirheitä on siis saattanut jäädä huomaamatta, joka oletettavasti vaikuttaisi vastauksiin ja täten tutkimuksen luotettavuuteen. Satunnaisvirheet saattavat johtua mitaus- ja käsittelyvirheistä ja johtavat puutteelliseen reliabiliteettiin (Heikkilä 2014: 178).

Reliabiliteettikerroin voidaan määrittellä erilaisilla reliabiliteettia mittaavilla kertoimilla. Opinnäytetyössämme käytimme SPSS-ohjelman Cronbachin alfa -kerrointa. Teimme ajot fyysisen, emotionaalisen ja tiedollisen tuen sekä puolella olemisen tärkeyden ja käytön mukaan niin alku- kuin loppumittauksiin. Reliabiliteettikerroin on välillä 0–1 ja suuremmat arvot kertovat reliabiliteetin olevan korkea (Heikkilä 2014 178). Saimme tuloksiksi arvoja väliltä 0,560–0,793 (taulukko 15). Luvun tulisi olla yli 0,7 ollakseen luotettava. Tästä syystä osa tuen muotoja määrittelevistä kysymyksistä tulisi ottaa huomioon aineistoanalyysissä ja osan kohdalla luotettavuuteen tulisi suhtautua kriittisesti.

Taulukko 15. Cronbachin alfa (reliabiliteettikerroin) synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen eri muodoissa ennen ja jälkeen intervention.

	Ennen		Jälkeen	
	tärkeys	käyttö	tärkeys	käyttö
Fyysinen tuki	0,793	0,735	0,780	0,724
Emotionaalinen tuki	0,736	0,725	0,693	0,693
Tiedollinen tuki	0,674	0,675	0,638	0,623
Synnyttäjän puolella oleminen	0,640	0,732	0,560	0,671

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Jo se, että tutkimuksen tietolähteenä ovat ihmiset, asettaa eettiset kysymykset merkitykselliseen asemaan. Tutkimusta ohjaa lainsäädäntö ja tutkimuksessa tulee käyttää hyvää tieteellistä käytäntöä, joka on määritelty tutkimustieteellisen neuvottelukunnan ohjeissa. (Leino-Kilpi – Välimäki 2009: 361–363.) Tähän tutkimukseen on saatu tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Kirjalliset tutkimusluvut on saatu kaikista tutkimukseen osallistuneista sairaaloista.

Aineistoa kerätessä, tietolähteet tulee valita niin, että tutkittaville aiheutuu vähiten haittaa. Tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä tulee olla mahdollisimman paljon infoa tutkimuksesta ja sen mahdollisista velvoitteista. Tutkittavan tulee tietää hänen oikeutensa rehellisesti kerrottuna. Hoitotyöntekijän osallistuessa tutkimukseen hänellä on samat oikeudet, kuin muillakin. (Leino-Kilpi – Välimäki 2009: 365–368.) Tähän tutkimukseen osallistuneet kätilöt ovat saaneet tietoa tutkimuksesta sekä päättää itse osallistumisestaan. Lisäksi heidän anonyymiutensa on taattu. Nämä asiat tiedotettiin heille kyselylomakkeessa. Kyselylomakkeessa kerrottiin myös, että vastaamalla kyselyyn vastaaja antaa tietoisensa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Halutessaan kätilöt ovat voineet ottaa yhteyttä projektipäällikköön, jonka yhteystiedot löytyivät kyselylomakkeesta. Näillä edellä mainituilla seikoilla toteutui tutkimukseen osallistuneiden kätilöiden oikeudet, jotka ovat osa tutkimuksen eettisyyttä.

Tutkimusaineistoa analysoidessa ei mitään osaa aineistosta tule jättää tutkimatta, esimerkiksi kyselylomakkeista on tutkittava jokainen kysymys, johon on vastattu ja tutkimustulokset on raportoitava rehellisesti. (Leino-Kilpi – Välimäki 2009: 369–370.) Tutkimuksen tulokset tulee tallentaa huolellisesti. Opinnäytetyössämme raportoimme tuloksia eri tavoin vastaten tutkimuskysymyksiin. Raportoinnissa olemme esimerkiksi tarkistaneet taulukoiden luvut moneen kertaan yhdessä ja erilaisilla menetelmillä, jotta virheitä välttyttäisiin. Vastaavanlaista tutkimusta ei ole aiemmin Suomessa tehty, joten olemme pohtineet opinnäytetyömme tuloksia ulkomaisista tutkimuksista saamiimme tietoihin pohjautuen ja olemme pohtineet tuloksia monista eri näkökulmista.

7.4 Opinnäytetyön johtopäätökset

Opinnäytetyömme perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- 1) Kätilöiden mielestä synnyttäjän puolella oleminen on tärkein synnytyksen aikaisen tuen muoto.

- 2) Kätilöiden mielestä emotionaalinen ja tiedollinen tuki ovat lähes yhtä tärkeitä. Sen sijaan fyysinen tuki on kätilöiden mielestä vähiten tärkein tuen muoto.
- 3) Kätilöt eivät välttämättä käytä tuen muotoja yhtä paljon, kuin pitävät niitä tärkeinä.
- 4) Hyvinkään sairaalassa ja Oulun yliopistollisessa sairaalassa toteutetuilla koulutusinterventioilla ei ollut tulosten mukaan positiivista vaikutusta kätilöiden mielipiteisiin jatkuvan tuen tärkeydestä eikä eri tuen muotojen käyttöön.

7.5 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet ja tulosten julkaiseminen

Pienten synnytysyksiköiden lakkauttamisen myötä synnytykset keskittyvät yhä enemmän isoihin synnytysyksiköihin. Suuremmissa synnytysyksiköissä kätilöllä voi olla yhtä aikaa hoidettavanaan kaksi synnyttäjää ja heidän perhettään. Tällöin on syytä pohtia, miten kätilöt jatkossa pystyvät toteuttamaan yksilöllistä hoitoa ja käyttämään niitä tuen muotoja, jotka kokevat tärkeiksi. Jatkossa olisi hyvä tutkia tarkemmin eri syitä, jotka estävät kätilöitä käyttämästä tärkeinä pitämiään synnytyksen aikaisia jatkuvan tuen muotoja. Tässä tutkimuksessa keskityttiin tutkimaan kätilön antamaa tukea nimenomaan synnyttäjille, mutta kätilöiltä ei kysytty kuinka he tukevat puolisoa; ainoastaan yhdessä kysymyksessä mainittiin sana ”pariskunta” (liite 1). Kuitenkin kätilöiden vapaissa kommentteissa kyselyn viimeisellä sivulla useampi heistä mainitsi juuri tukihenkilön sisällyttämisen tärkeyden synnytyksen aikaisessa tuessa (liite 2). Jatkossa voitaisiin tutkia myös kätilöiden tukea ja ohjausta tukihenkilölle ja kuinka tämä vaikuttaa synnyttäjän tukemiseen ja synnytyskokemukseen. Mielenkiintoista olisi myös tarkastella äideille, tukihenkilöille ja kätilöille suunnattuja tutkimuksia yhdessä, eli kohtaavatko annettu ja saatu hoito käytännössä. Oleellista olisi myös keskittyä jatkossa mahdollisten koulutusinterventioiden laatuun, jotta niiden vaikutukset olisivat näkyvämpiä tutkimustuloksissa.

Julkaisemme opinnäytetyön tulokset tekemällä posteriyhteenvedon ja julkaisemalla sähköisen version opinnäytetyöstämme Theseus -tietokannassa.

Lähteet

Aune, Ingvild – Hvaal Amundsen, Hanne – Skaget Aas, Lene Christina 2013. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labor. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813000545>>. Luettu 24.9.2013.

Borders, Noelle – Wendland, Claire – Haozous, Emily – Leeman, Lawrence – Rogers, Rebecca 2013. Midwives' verbal support of nulliparous women in second-stage labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 42. 311–320.

Evidence Based Guidelines for midwifery-led care in labour 2012. The Royal College of Midwives. Verkkodokumentti. <<http://www.rcm.org.uk/college/policy-practice/evidence-based-guidelines/>>. Luettu 27.3.2014.

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. 14–194. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. 12–178. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hildingsson, Ingegerd – Cederlöf, Linnea – Wildén, Sara 2010. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Ruotsi. Women and Birth* 2011 (24). 129–136.

Hodnett, Ellen D – Cates, Simon – Hofmeyr, G Justus – Sakala, Carol – Weston, Julie 2011. Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Library* 2. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003766.pdf>>.

Hodnett, Ellen D– Lowe, Nancy – Hannah, Mary – Willan, Andrew – Stevens, Bonnie – Weston, Julie – Ohlsson, Arne – Gafni, Amiram – Muir, Holly – Myhr, Terri – Stremler, Robyn 2002. Effectiveness of Nurses as Providers of Birth Labor Support in North American Hospitals. A Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association* 288 (11). 1373–1381.

Hoitosuosituksset ja toimintaohjelmat. 2009. Suomen Kätilöliitto ry. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/?do=open&page=63>>. Luettu 27.3.2014.

Iliadou, Maria 2012. Supporting women in labour. Kreikka. Health Science Journal 3 (6). 385–391.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 103–118. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kerrigan, Angela 2006. The mother-midwife partnership: A critical analysis of intrapartum care. British Journal of Midwifery 14 (6). 346–350.

Kätilön tehtävät (EU:n kätilödirektiivi). 1996. Suomen kätilöliitto ry. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/?do=open&page=27>>. Luettu 26.3.2014

Kätilön työ. 2009. Suomen kätilöliitto ry. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/?do=open&page=5>>. Luettu 29.10.2013.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä 361–370. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.

Lundgren, Ingela – Dahlberg, Karin 2001. Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. Midwifery 18 (2). 155–164.

Naistentaudit ja synnytykset. 2007. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. Päivitetty viimeksi 21.01.2013. <<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=632>>. Luettu 29.10.2013.

Naistentaudit ja synnytykset. 2013. Synnytysvuodeyksikkö. Kuopion yliopistollinen sairaala. Verkkodokumentti. <<http://www.psshp.fi/index.asp?link=5944.5&language=1>>. Luettu 29.10.2013.

Naistentautien ja synnytysten vuodeosasto. 2013. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/synnytys/naistentautien-ja-synnytysten-vuodeosasto/Sivut/default.aspx>>. Luettu 29.10.2013.

Price, Mary R. – Johnson, Martin 2006. An ethnography of experienced midwives caring for women in labor. Evidence Based Midwifery 4 (3). 101–106.

Sauls, Donna J. 2006. Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *Journal of Nursing Scholarship* 38 (1). 36–41.

Sleutel, Martha – Schultz, Susan – Wyble, Kerri 2007. Nurses` views of factors that help and hinder their intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 36. 203–211.

Sosa, Georgiana – Crozier, Kenda – Robinson, Jill 2011. What is meant by one-to-one support in labour: Analysing the concept. *Midwifery* 28 (4). 451–457.

Synnytykset. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin KY. Verkkodokumentti. Päivitetty 22.03.2013. <<http://www.khshp.fi/index.asp?language=1>>. Luettu 29.10.2013.

Synnytys ja naistentaudit. Synnyttäneiden vuodeosasto 13. 2013. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <https://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime116/prime102.aspx>. Luettu 29.10.2013.

Tilastokeskus 2014. Työssäkäyntitilasto. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. Verkkodokumentti. <<http://193.166.171.75/Dialog/Saveshow.asp>>.

Vuori, Eija – Gissler, Mika 2013. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Liitetäulukko 2. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110498/Tr24_13.pdf?sequence=4>. Luettu 19.11.2013.

Kätilöiden kyselylomake



Hyvä kätilö!

Pyydämme sinua osallistumaan kätilön synnytyksenaikaista toimintaa koskevaan tutkimukseen. Vastaavaa tutkimusta ei ole Suomessa julkaistu, joten osallistumisesi on tärkeää. Saatua tietoa käytetään sekä synnytyksen hoidon että opetuksen kehittämiseen. Tutkimuksen tekijöinä ovat Metropolia ammattikorkeakoulu ja yhteistyökumppaneina HUS/Hyvinkään sairaala sekä Oulun yliopistosairaala. Tietoa kerätään myös Kuopion ja Tampereen yliopistosairaaloista, Kanta-Hämeen keskussairaalaista sekä Salon aluesairaalaista. Kyselyyn pyydettävien kätilöiden määrä on 172.

Pyydämme sinua jättämään kyselylomakkeen osastolla siihen varattuun paikkaan suljetussa kirjekuoressa tai kiinni nidottuna. **Täytettynä palautettu kysely katsotaan tutkimukseen suostumukseksi.** Tutkimukseen on saatu oman organisaatiosi tutkimuslupa. Vastaaminen on vapaaehtoista. Yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa tuloksista. Taustatietojasi tarvitaan erilaisten (ikä, kokemus jne.) kätilöryhmien toiminnan vertailuun. Lisätietoja antaa projektipäällikkö Pirjo Koski.

Kiitokset osallistumisestasi!

Pirjo Koski
Hyvä syntymä-hankkeen projekti-
päällikkö, lehtori
pirjo.koski@metropolia.fi
Puh. 020 783 5640
Metropolia ammattikorkeakoulu
PL 4030
00079 Metropolia

Kätilöiden taustatiedot. Ole hyvä ja merkitse oikea vaihtoehto.

1 Työkokemus synnytyssalutyössä

- alle 5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- yli 21 vuotta

2 Ikä

- alle 35 vuotta
- 35-45 vuotta

46-55 vuotta

yli 55 vuotta

3 Ammatillinen koulutus

kättilö, amk

naistentautien ja synnytysten erikoissairaanhoitaja

muu hoitoalan koulutus, mikä _____

4 Peruskoulutus (merkitse korkein)

yliopistotutkinto

lukio

peruskoulu

muu, mikä

Sairaala, jossa työskentelet _____

Kysely kätilöille synnyttäjän tukemisesta

Ohjeet: Alla on kuvattu 27 toimintoa, joita kätilöt voivat käyttää tukiessaan synnyttäjää. Arvioi jokaista toimintoa sen **tärkeyden** perusteella nollasta viiteen. *Nolla (0)* tarkoittaa ei tärkeä ja *viisi (5)* erittäin tärkeä. Ympyröi se numero, joka parhaiten vastaa käsityksiäsi kyseisen synnytyksen tukemistoiminnon tärkeydestä. Ilmaise vapaasti ajatuksiasi ja tunteitasi. Arvio seuraavassa "tukemistoiminnon käyttö"- sarakkeessa kuinka usein, asteikolla 0-5, **käytät** kyseistä toimintoa. *Nolla (0)* tarkoittaa ei koskaan ja *viisi (5)* aina. Ole hyvä ja ympyröi se numero, joka parhaiten kuvaa sitä, miten usein toiminto on osa työtäsi. Ilmaise vapaasti ajatuksiasi ja tunteitasi. **HUOMAA:** Voit kokea, että jokin toiminto on tärkeä ilman, että käytät sitä työssäsi. Pidä tämä mielessä kun pohdit jokaista toimintoa. **Ole hyvä ja vastaa kaikkiin kohtiin. Älä jätä mitään kohtaa tyhjäksi.**

Kätilö.....		Tukemistoiminnan tärkeys					Tukemistoiminnon käyttö						
		Ei tärkeä				Erittäin tärkeä	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin/toisinaan	Usein	Melkein aina	Aina	
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	rohkaisee synnyttäjää sanomalla esimerkiksi: " pärjät hienosti" tai "todella hyvä".	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

2	hieroo synnyttäjää (esim. selkää ja jalkoja) auttaakseen häntä rentoutumaan.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3	toteuttaa synnyttäjän toiveita, kunhan ne ovat hyväksytyjen hoitokäytänteiden suuntaisia.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Kätilö...		Tukemistoiminnan tärkeys					Tukemistoiminnon käyttö						
		Ei tärkeä				Erittäin tärkeä	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin/toisinaan	Usein	Melkein aina	Aina	
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4	kertaa aikaisempia ohjeita, esim. hengitys, rentoutuminen tai ponnistustekniikat.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5	luo turvallisuudentunnetta käymällä tasaisin väliajoin tarkistamassa synnyttäjän voinnin ja vastaamalla ripeästi kutsuun.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6	eliminoi stressaavat tekijät. Hän huolehtii esim. ympäristön raikkaudesta.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7	huolehtii kipulääkkeen antamisesta synnyttäjän sitä pyytäessä.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

8	kertoo miten synnytys edistyy ja mitä tapahtuu seuraavaksi.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9	auttaa asentojen vaihdoissa ja liikkumisessa.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
10	osoittaa, että välittää synnyttäjistä.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
16	esittelee synnytyssalin ja selittää sairaalan käytänteet.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Kätilö.....		Tukemistoiminnan tärkeys					Tukemistoiminnon käyttö						
		Ei tärkeä					Erittäin tärkeä	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin/toisinaan	Usein	Melkein aina	Aina
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
17	selittää kaikki toimenpiteet ennen niiden suorittamista.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
18	esittelee hoidossa ja seurannassa käytettävät välineet.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
19	on seurana pysymällä synnyttäjän luona.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
20	yrittää saada naisen huomion muualle synnytyksen alkuvaiheessa, esim. juttelemalla naiselle, antamalla hänen katsoa TV:tä tai kuunnella musiikkia, jos se vain sopii tilanteeseen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
21	toimii rauhallisesti ja itsevarmasti olleessaan vuorovaikutuksessa synnyttäjän kanssa.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

22	tarjoaa tietoa ja neuvoja, esimerkiksi keskustelee synnyttäjän kanssa eri vaihtoehtoista koskien synnyttäjän toiveita.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

		Tukemistoiminnan tärkeys					Tukemistoiminnon käyttö						
		Ei tärkeä				Erittäin tärkeä	Ei koskaan	Harvoin	Silloin tällöin/toisinaan	Usein	Melkein aina	Aina	
Kättilö.....		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
23	auttaa hengitys- ja rentoutumistekniikoissa.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
24	helpottaa synnyttäjän fyysistä oloa ja kipuja antamalla kylmä- ja lämpöhoitoa, esim. jyväpussit ja geelit.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
25	vähentää synnyttäjän suun kuivumista esim. tarjoamalla jääpaloja, vesihörppyjä tai huolehtimalla muuten suuhygieniasta.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

26	rohkaisee ja kannustaa esim. kertomalla, että synnyttävä pärjää hyvin tai että synnytys edistyy normaalisti.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
27	osoittaa ymmärrystä ja huolenpitoa.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Onko sellaisia tekijöitä, jotka estävät sinua tukemasta synnyttäjää?

- Kyllä
- Ei

Jos vastasit myöntävästi, mitkä tekijät toimivat estävästi:

- Henkilöstöhallinto
- Kirjaaminen
- Kokemuksen puute
- Kollegani eivät arvosta synnyttäjän tukemista
- Esimieheni eivät arvosta synnyttäjän tukemista
- Synnyttäjä ei arvosta tukemista
- Muu, mikä?

Muita kommenttejasi:

Kätilöiden vastauksia kysyttäessä tekijöistä, jotka estävät heitä tukemasta synnyttäjää

”Opiskelijat, suunnaton kiire ajoittain, aine ei pidä kaikkeen puuttua”

”Kiire, ei aikaa olla läsnä, kun mukana on aina yksi-kaksi opiskelijaa, joiden pitää myös auttaa tehdä ja vuoro vaikuttaa: on vaikea luoda intiimi ja perhekeskeinen vuorovaikutus. Kysymysten asettelu mietitytti, monet perusasioita, jotka pitää aina tehdä.”

”Synnytyssalin kokonaistilanne, jos kiire, ei ole aikaa olla tukemassa vain omaa synnyttäjää”

”Tukihenkilö ei arvosta tai anna tukea”

”Vuorovaikutus molempiin suuntiin tärkeää”

”Kiiretilanteet rajoittavat tukemista”

”Kielimuuri”

”Liika synnyttäjiä /potilaita yhtä aikaa. Yhden hätätilanne jättää muut asiakkaat oman onnensa nojaan, koska kätilöiden määrä ei riitä!”

”Ajoittain liian kova kiire”

”Mihin tällä tutkimuksella pyritään? Asiat itsestäänselvyyksiä ja kaikki vimmatusti toimivat näin esim. katsekontakti.”

”Osa synnyttäjistä haluaa olla rauhassa avautumisvaiheessa ja seurustella oman puolisonsa/tukihenkilön kanssa. Puolisolla/tukihenkilöllä on enemmän aikaa synnyttäjän tukemiseen. Synnytys on perheen yhteinen asia, on tärkeää, että puoliso saa osallistua äidin tukemiseen. Nopeasti etenevässä synnytykse...” (Matriisissa ei lauseelle jatkoa.)

”Aggressiivinen synnyttäjä tai tukihenkilö”

"Henkilöstöhallinto: poliklinikkapotilaiden hoito synnytyksen hoidon ohessa, muu: ajoittain suuri asiakasmäärä suhteessa kättilöiden määrään. Vuorotyöstä johtuva väsymys"

"Mikäli synnyttävä ei halua läsnäoloa tai tukemista, niin silloin asia pitäisi hyväksyä ja mukautua tilanteeseen itse."

"Isälle voi delegoida monia pieniä tehtäviä synnyttäjän hoidossa."

"Kiireen vuoksi ei aina voi olla synnytyshuoneessa niin paljon kuin haluaisi"

"Tutkimuksessa ei huomioida sitä, miten kättilö aktivoi tukihenkilöä tukemaan synnyttäjää synnytyksen eri vaiheissa."

"Ohjaan isää tai tukihenkilöä hieromaan synnyttäjää rentouttavasti, jos se tuntuu synnyttäjältä hyvältä. Kirjaamista on niin paljon, että välillä tuntee itsensä "koneenhoitajaksi", mieluummin antaisin sen ajan synnyttäjälle."

"Kiire estää tukemisen, joskin lähinnä painetta tuolloin muiden puolelta, itse koen ehtiväni."

"Kiireestä huolimatta aina löytyy keinoja tukea synnyttäjää joskus hyvinkin "pienieleisesti" "

"Kiire/paljon potilaita"

"Kiire(joskus ei oikeasti ehdi olla huoneessa)"

"Ei ole yhteistä kieltä, synnyttävä eri kulttuurista, ei ole tarjolla esim. perhehuonetta."

"Ajoittain liian vähän henkilökuntaa (mm. kesät), monta synnyttäjää yhtä aikaa, ei ehdi kuin kääntyä huoneessa, se harmittaa."

"Kiire, työn kuormittavuus"

"Kiire, kielivaikeudet ulkomaalaisten synnyttäjien kanssa"

”Liian vähän aikaa olla synnyttäjän kanssa”

”Ulkomaalainen, ei yhteistä kieltä, vaikea sanallisesti tukea! Sanaton viestintä silloin tärkeä!”

”Kiire, liian vähän henkilökuntaa”

”Toisinaan kiire on sellainen, ettei synnyttävää perhettä pysty tukemaan niin hyvin kuin haluaisi, vaan joutuu nipistämään esim. läsnäolosta vaikka huomaa, että tarvetta kättilön läsnäololle olisi.”

”Kiire ja kielimuuri tms. kontaktin este”

”Kiire toisinaan”

”Toisinaan kiire”

”Kiire, kielimuuri”

”Kiire joskus”

”Joskus kiire, joskus perhe ei kaipaa mitään”

”Kielimuuri, kommunikointi ong.”

”Ei sallitut tukemistavat”

”Täydellinen yhteisen kielen puuttuminen ajoittain kiire”

”Huono henkilökemia”

”Kiire! (synn.salissa)”

”Mahdollisesti, kemiat eivät kohtaa”

”Riittävä henkilökuntamäärä, kiire!!!”

”Kiire toisinaan”

”Mielestäni synnyttäjän tukihenkilöä voi opastaa synnyttäjän esim. hieromisessa. Nykyään on lähestulkoon kaikilla synnyttäjillä tukihenkilöt, jotka kokevat olonsa tärkeämmäksi (jotain konkreettista tekemistä synnyttäjää auttaakseen) voidessaan tehdä jotain.”

”Jos vastaa kysymykseen kielteisesti, niin EI voi toimia kättilönä”

”Kiire / synnytyshuoneeseen ei voi "jumittua" 24/7, muut kättilöt saattavat kaivata käsiäsi.”

”Samoja kysymyksiä moneen kertaan”

”Kiire, ei mahdollisuutta läsnäoloon”

”Liiallinen kiire”

”Muu tilanne synnytysosastolla (jos on kiire ja syntynyt paljon yhtä aikaa ym...)”

”Synnyttäjä ei aina välttämättä ymmärrä tilanteiden todellista tilaa, selityksistä tai perusteluista huolimatta, vaan voi loukkaantua/ihmetellä, jos jotain asiaa ei voidakkaan tehdä heti kun synnyttäjä sitä olettaa! Tämä luo kättilölle riittämättömyyden tunteita, koska on ristitulella ammatillisuuden ja synn. toiveiden välissä!”

”Synnyttäjät ovat muuttuneet, kivunlievitys on muuttunut, isän läsnäolo on "kokonaisvaltaisempaa" (vähentää joissain tilanteissa kättilön läsnäolon tarvetta). Hyvä syntymä on varmasti ollut kautta aikain kättilön tärkein periaate. En oikein ymmärrä että nyt puhutaan jostain hyvä syntymä hankkeesta?! Nämä kaikki asiat ovat kättilön perusasioita ja koen tällaiset hankkeet turhaksi. Jokaisella jo peruskoulutuksessa tulee olla avustus synnyttäjää kohtaan. Atk-asiat vievät aivan turhaa aikaa synnyttäjän luona olemisesta-varsinkin kun monet kirjaamiset voisi tehdä joku muu kuin kättilö.”

”Isän/tukihenkilön tehtävä on ensisijaisesti tukea synnyttäjää”

”Kiire osastolla (ei tosin joka vuorossa) monesti voi olla useampi synnyttäjä hoidettavana samaan aikaan”

”Työkokemus tuo ajan mittaan parempia valmiuksia synnyttäjän tukemiseen.”

”Kiire ja hätätilanteissa tukeminen voi olla puutteellista”

”Jos isä on mukana synnytyksissä, on myös isän tehtävä tukea, hieroa selkää/jalkoja ja toteuttaa synnyttäjän pikkutoiveita. Isän ei tule odottaa, että myös häntä "palvellaan". Synnyttäjälle tulee antaa myös omaa tilaa ja rauhaa, useimmat eivät halua, että vierellä ollaan koko ajan.”

”Kiire, et ehdi olla synnyttäjän luona niin paljon kuin haluaisit”

”Kiire, kätilöt nykyisin hätä- ja kiireellisissä sektioissa. jolloin synnytyssalin puolelle voi jäädä huono henkilökuntatilanne”

”Kätilöt hätä- ja kiireellisissä sektioissa instrumentti -sekä valvovanhoitajana päivystysaikana kuormittaa toimintaa. Saattaa olla, että joudut jättämään potilaasi, jolloin et voi olla toteuttamassa kätilötyötä synnyttäjän luona.”

”Kiire, riittämätön määrä henkilökuntaa työvuoroissa”

”Mies mukaan tukemiseen, myös mies ohjataan huolehtimaan synnyttäjän tukemista, esim. alkuvaiheen kivunlievitys (geelipussit, hierominen jne.). Monet isät kokevat tulevansa näin hyödyllisiksi ja puolisoikin ovat tästä otettuja.”

”Kiire ajoittain”

”Tukihenkilö estää tukemisen”

”Kiiretilanteet, jolloin ei ehdi olla läsnä niin paljon kuin synnyttäjä tarvitsee tai itse haluaisin”

”Ei ole yhteistä kieltä/tulkkia”

”Henkilökuntaa liian vähän.”

”Vakituisia toimessa olijoita vähän. Rekryn listoilla olijoilla ei asiat ole "hanskassa", samoin ei keikkalaisilla, joten vakihenkilökunta ei voi keskittyä omiin asiakkaisiin koska joutuu vastaamaan koko osaston asioide "pyörimisestä" ja toisten kättilöiden asiakkaiden turvallisuudesta. Kaikkea oheistyötä pitää tehdä vaikka sali täys synnyttäjiä, joten ei voi keskittyä asiakkaan hyvinvointiin niin paljon kuin tarvetta.”

”Kiire, aina ei ehdi olla riittävästi läsnä”

”Lian vähäinen henkilökuntamäärä, joskus puuttuu yhteinen kieli.”

”Esim. kieliongelma”

Sairaaloiden väliset erot Mann-Whitneyn U-testillä

	Fyysinen tuki		Emotionaalinen tuki		Tiedollinen tuki		Synnyttäjän puolella oleminen	
	Tärkeys	Käyttö	Tärkeys	Käyttö	Tärkeys	Käyttö	Tärkeys	Käyttö
Oulu	0,436	0,245	0,689	0,387	0,185	0,136	0,381	0,266
Hyvinkää	0,532	0,949	0,492	0,936	0,594	0,687	0,933	1,000
Kuopio	0,611	0,928	0,292	0,085	0,594	0,990	0,865	0,733
Tampere	0,076	0,075	0,121	0,299	0,044	0,045	0,175	0,429
Hämeenlinna	0,450	0,142	0,086	0,603	0,767	0,901	0,887	0,152