

MATALAN RISKIN SYNNYTYSTEN TUKEMINEN PERHEVALMENNUKSESSA

- TERVEYDENHOITAJIEN NÄKEMYKSET KUMMIKÄTILÖTOIMINNASTA

Nina Heinikoski  
PRO GRADU-TUTKIELMA  
Hoitotiede  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Syyskuu 2018

## TIIVISTELMÄ

TURUN YLIOPISTO  
Hoitotieteen laitos

HEINIKOSKI, NINA: Matalan riskin synnytysten tukeminen perhevalmennuksessa - terveydenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnasta

PRO GRADU-TUTKIELMA, 37 sivua, 18 liitesivua  
Hoitotiede  
Syyskuu 2018

---

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) synnytyssairaaloissa (Naistenklinikka, Kätilöopiston sairaala ja Jorvin sairaala) on otettu vuonna 2016 käyttöön ns. haikaramallinen eli matalan riskin synnytyksen hoito. Kummikätilötoiminta ja yhteistyö alueen äitiysneuvoloiden kanssa ovat osa matalan riskin synnytystoiminnan vahvistamista HYKS:n synnytyssairaaloissa. Kummikätilötoiminnalla tarkoitetaan synnytysyksiköiden ja neuvoloiden välistä toimintaa, jonka tavoitteena on matalan riskin synnytystoiminnan vahvistaminen, perhevalmennuksen kehittäminen, yhteistyön edistäminen ja tiedonkulun parantaminen.

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien näkemyksiä kummikätilötoiminnasta. Lisäksi tarkasteltiin, miten terveydenhoitajat kuvasivat kummikätilötoiminnan vaikuttaneen tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä sekä synnytys-sairaaloiden ja neuvoloiden yhteistyöhön ja tiedonkulkuun. Tutkielman tavoitteena oli kehittää kummikätilötoimintaa vastaamaan terveydenhoitajien odotuksia.

Aineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä alueen neuvoloiden terveydenhoitajilta tammikuussa 2018 ja analysoitiin tilastollisin menetelmin. Tutkimukseen osallistui 83 terveydenhoitajaa.

Tutkielma osoitti, että terveydenhoitajat kokevat kummikätilötoiminnan tarpeellisenä ja hyödyllisenä yhteistyömenetelmänä. Terveydenhoitajien mielestä kummikätilötoiminta on lisännyt heidän tietojaan matalan riskin synnytysten kriteereistä ja lääkkeettömistä ja lääkkeellisistä kivunlievityksistämenetelmistä. Terveydenhoitajat kokivat kummikätilötoiminnan merkitykselliseksi synnytysvalmennusta pitäessään. Kummikätilötoiminta on syventänyt synnytysyksiköiden ja neuvoloiden välistä yhteistyötä ja kehittänyt tiedonkulkua. Toisaalta osa terveydenhoitajista ei ollut tietoinen toiminnasta eikä heillä ollut mitään kokemuksia siitä. Toiminnan sisältö oli osalle vastaajista epäselvä.

Toimintamuoto on ollut käytössä vasta muutaman vuoden eikä sen vaikuttavuutta ole tutkittu. Toimintaa tulisi tehostaa ja kehittää. Toiminnan tulisi olla yhtenäisempää sisällöltään ja sen tulisi olla nykyistä enemmän yhteydessä terveydenhoitajien käytännön työhön.

Asiasanat: matalan riskin synnytys, perhevalmennus, yhteistyö terveydenhuollossa, kummikätilötoiminta

## **ABSTRACT**

UNIVERSITY OF TURKU

Department of Nursing Science

HEINIKOSKI, NINA: Supporting low-risk deliveries in prenatal coaching – healthcare nurses' views on the pointed contact midwifery

Master's Thesis 37 pages, 18 pages of appendices

Nursing Science

September 2018

---

In 2016 the Helsinki University Central Hospital (HUCH) put into effect the so-called Stork Model, which is to say low-risk delivery policy, in their Maternity Hospitals (Women's Hospital, Kätilöopisto Maternity Hospital and Jorvi Hospital). In order to enhance the low-risk deliveries in the HUCH maternity hospitals there exists co-operation between the municipal prenatal care units and the pointed contact midwifery (kummikätilö in this thesis) of the hospitals. Pointed contact midwifery means all the connections between the municipal prenatal care units and maternity hospitals, which strive to advance low-risk deliveries, develop prenatal coaching, enhance co-operation and information sharing.

The aim of this thesis is to describe the views of healthcare nurses in the Municipal prenatal units view the pointed contact midwifery. Furthermore, it describes how the healthcare nurses assess the pointed contact midwifery to have effected their knowledge about the low-risk deliveries, as well as how they consider the co-operation and information sharing between the maternity hospitals and prenatal care units. Thus, it is the goal of this thesis to develop the pointed contact midwifery to respond to the expectations of the municipal healthcare nurses.

The material for this thesis was collect through an electronic questionnaire, which was given to the municipal healthcare nurses in January 2018. The answers were analyzed using statistical research methods. The questionnaire was answered by 83 healthcare nurses.

The material shows, that municipal healthcare nurses view the pointed contact midwifery as a necessary and useful model of co-operation. The municipal healthcare nurses feel, that the pointed contact midwifery has increased their knowledge of the criteria for low-risk deliveries, as well as given them more information concerning medicinal and non-medicinal methods of pain relief. The healthcare nurses found the co-operation meaningful when holding prenatal coaching. Pointed contact midwifery has increased the co-operation between the municipal prenatal units and enhanced information sharing. On the other hand, some healthcare nurses had not heard of the pointed contact midwifery program and had no experience of it. Details of the program were unclear to some of the participants.

The pointed contact midwifery program has been in use for a few years and, so far, there has been no studies done on its efficiency. The program should be enhanced and developed. The details of the program should be unified and it should be more applicable to the everyday work situations of the municipal healthcare nurses.

Key words: low risk delivery, prenatal coaching, co-operation in health care, pointed contact midwifery

# SISÄLTÖ

SISÄLTÖ.....	
1 JOHDANTO .....	1
2 TIEDONHAUN KUVAUS .....	2
3 KIRJALLISUUSKATSAUS .....	5
3.1 Matalan riskin synnytys.....	5
3.2 Synnytysvalmennus .....	10
3.3 Yhteistyö äitiyshuollossa.....	12
3.4 Kummikätilötoiminta.....	13
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	17
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS .....	18
5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja otos .....	18
5.2 Kyselylomake.....	18
5.3 Aineistonkeruu .....	19
5.4 Aineiston analyysi .....	20
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	22
6.1 Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot.....	22
6.2 Terveystenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnasta .....	23
6.3 Terveystenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnan yhteydestä tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä ja synnytysvalmennuksesta .....	26
6.4 Terveystenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnan yhteydestä neuvolan ja synnytys sairaalan yhteistyöhön ja tiedonkulkuun.....	28
7 POHDINTA .....	30
7.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	30
7.2 Tutkimuksen eettisyys.....	32
7.3 Tutkimustulosten tarkastelu .....	33
7.4 Johtopäätökset ja suositukset.....	36
7.5 Jatkotutkimusehdotukset .....	37

LÄHTEET.....	38
LIITTEET.....	43
Liite 1. Tiedonhakutaulukko.....	43
Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten valintaprosessi.....	44
Liite 3. Taulukko tutkielman aiheeseen liittyvistä tutkimuksista .....	45
Liite 4. Tiedote tutkimuksesta.....	51
Liite 5. Kyselylomake .....	52

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän pro gradu -tutkielman alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

# 1 JOHDANTO

Luonnonmukaisen ja matalan riskin synnytyksen kysyntä ja tarve on lisääntynyt viime vuosina. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) synnytyssairaloissa (Naistenklinikka, Kätilöopiston sairaala ja Jorvin sairaala) on otettu vuonna 2016 käyttöön ns. haikaramallinen synnytyksen hoito, jossa tuetaan äidin omia voimavaroja, käytetään pehmeämpiä hoitotapoja ja lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan normaali synnytys on spontaanisti käynnistynyt ja edennyt matalan riskin synnytys, jossa sikiö syntyy päätilassa raskausviikoilla 37 – 42. Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin. (WHO 1996.) Haikaramallin eli matalan riskin synnytyksen kriteerit ja hoito-ohjeet pohjautuvat kansainvälisiin hoitosuosituksiin ja näyttöön (NICE 2014, WHO 1996) ja HYKS:n asiantuntijaryhmän antamaan ohjeistukseen. Haikaramallisissa kätilön läsnäolo ja tuki korostuvat.

Tässä pro gradu-tutkielmassa käsiteltävä kummikätilötoiminta ja yhteistyö alueen äitiysneuvoloiden kanssa ovat osa haikaramallin eli matalan riskin synnytystoiminnan vahvistamista HYKS:n synnytyssairaloissa. Kummikätilötoiminnalla tarkoitetaan synnytysyksiköiden ja alueen neuvoloiden välistä yhteistyötä, jonka tavoitteena on matalan riskin synnytysten lisääminen synnytysvalmennuksen kehittämisen avulla, yhteistyön edistäminen ja tiedonkulun parantaminen. Kummikätilöinä toimivat synnytysyksiköiden kätilöt oman toimensa ohella alueen neuvoloiden terveydenhoitajien yhteistyökumppaneina. Toiminta on konkreettisesti ollut terveydenhoitajien ja kätilöiden yhteisiä koulutuspäiviä, molemminpuolisia 6-mennusta tukemaan ja vahvistamaan sekä tutustumiskäyntejä synnytysyksikköön.

Tämän pro gradu – tutkielman tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien näkemyksiä kummikätilötoiminnasta. Lisäksi tarkastellaan, miten terveydenhoitajat kuvaavat kummikätilötoiminnan vaikuttaneen tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä sekä synnytyssairaaloiden ja neuvoloiden yhteistyöhön ja tiedonkulkuun. Tavoitteena on kehittää kummikätilötoimintaa vastaamaan terveydenhoitajien odotuksia.

## 2 TIEDONHAUN KUVAUS

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli saada kokonaisvaltainen ymmärrys matalan riskin synnytykseen liittyvistä tekijöistä ja perhevalmennuksen merkityksestä synnyttäjälle sekä yhteistyöstä äitiyshuollossa.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi tapa tehdä katsaus ja voidaan kuvailla myös yleiskatsaukseksi, jota eivät määrittele tiukat metodiset säännöt. Tavoitteena on kuvata haluttua ilmiötä laajasti. (Grove ym. 2013, Salminen 2011.) Tiedonhaku suoritettiin elektronisista Ovid PubMed-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista. Hakulausekkeet muodostettiin yhteistyössä Helsingin yliopiston informaation kanssa. Hakusanoina olivat matalan riskin synnytys, normaali synnytys, kättilö ja perhevalmennus. Hakulausekkeet ovat nähtävissä taulukossa 1 (Liite 1).

Katsauksen artikkeleiden sisäänottokriteereitä olivat: 1) artikkeli oli julkaistu vuosien 2007 - 2017 välillä, 2) se oli suomen- tai englanninkielinen ja 3) saatavilla sähköisenä.

Aineistonkeruu toteutettiin marras-joulukuussa 2017. Tiedonhaku tuotti osuvia 177 artikkelia, joista otsikon perusteella täytti sisäänottokriteerit yhteensä 39 artikkelia. Nämä tutkimukset käytiin läpi abstraktitasolla. Lähempään tarkasteluun päätyi 26 artikkelia. Kokotekstin perusteella valittiin lopulliseen analyysiin 14 artikkelia. Ulos jätettiin 163 tutkimusta.

Lisäksi tehtiin hakuja manuaalisesti löydettyjen artikkelien lähdeluetteloita hyväksikäyttäen sekä hakuprosessin aikana esiin tulleita. Näin löytyi vielä lisäksi 10 artikkelia analysoitavaksi. Tiedonhaku on kuvattu kuviossa 1 (Liite 2).

Tarkasteltaviksi valittiin yhteensä 24 (n = 24) artikkelia, joiden julkaisuvuodet olivat 2010 - 2017. Tutkimukset oli tehty Australiassa (n = 7), Norjassa (n = 4), Isossa-Britanniassa (n = 3), Tanskassa (n = 1), Japanissa (n = 1), Suomessa (n = 1), Irlannissa (n = 1), Ruotsissa (n = 1), Iranissa (n = 1), Yhdysvalloissa (n = 1), Singaporessa (n = 1), Kanadassa (n = 1) ja Saksassa (n = 1).

Artikkeleista 11 (n = 11) oli toteutettu laadullisin menetelmin, 12 (n = 12) määrällisin menetelmin ja yksi artikkeli oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus (n = 1).



Artikkeleiden tutkimusten kohderyhminä olivat pääsääntöisesti odottavat, synnyttävät tai synnyttäneet naiset (n = 17) ja kättilöt (n = 7). Kahdessa tutkimuksessa (n = 2) selvitettiin myös isien kokemuksia. Lisäksi yhdessä tutkimuksessa käsiteltiin perhevalmennusta (n = 1) ja yhdessä erilaisten synnytysyksiköiden toimintaa (n = 1).

Määrälliset tutkimukset oli toteutettu erilaisin kokeellisin asetelmin interventioiden vaikutusta testaten (n = 4). Interventioina oli käytetty valmennusta (Brixvall ym. 2016, Levett ym. 2016, Levett ym. 2016) ja psykoedukaatiota (Fenwick ym. 2015). Yhden interventiotutkimuksen tarkoituksena oli vertailla kättilöjohtoisen ja lääkärijohtoisen yksikön kustannuksia (Kenny ym. 2015). Lisäksi määrällisiä tutkimuksia oli toteutettu havainnointitutkimuksena (Iida ym. 2014), kyselyiden avulla (Zinsser ym. 2016, Miller ym. 2015, Johnston ym. 2013, Wilson & Sirois 2010), retrospektiivisenä rekisteritutkimuksena (Voon ym. 2017, Kvist ym. 2011).

Laadulliset tutkimukset oli toteutettu haastatteluin (Aune ym. 2017, Jouhki ym. 2017, Pazandeh ym. 2017, Saftner ym. 2017, Dahlberg ym. 2016, Darra & Murphy 2016, Aune ym. 2015, Carolan-Olah ym. 2015, Kuliakis ym. 2015, Blix 2011). Yhdessä tutkimuksessa oli käytetty tutkimusmenetelmänä havainnointia (Scammell & Alaszewski 2012).

Lisäksi yksi mukaan valittu tutkimus oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa kartoitettiin synnytysvalmennuksen yhteyksiä synnytykseen (Ferguson ym. 2013).

Tiedonhaku täydennettiin toukokuussa 2018 elektronisesta PubMed-tietokannasta hakusanoilla yhteistyö, perusterveydenhuolto, synnytyssairaala. Hakulausekkeet ovat nähtävissä taulukossa 1. (Liite 1) Katsauksen artikkeleiden sisäänottokriteereitä olivat, että artikkeli oli julkaistu vuosien 2007 - 2017 välillä, se oli suomen- tai englanninkielinen ja saatavilla sähköisenä.

Tiedonhaku tuotti osuvia 68 artikkelia, joista otsikon perusteella täytti sisäänottokriteerit yhteensä 11 artikkelia. Nämä tutkimukset käytiin läpi abstraktitasolla. Lähempään tarkasteluun päätyi seitsemän artikkelia. Ulos jätettiin 57 tutkimusta.

Tarkasteltaviksi valittiin yhteensä viisi (n = 5) artikkelia, joiden julkaisuvuodet olivat vuosilta 2008 - 2017. Tutkimukset oli tehty Kanadassa (n = 3), Australiassa (n = 1) ja Iso-Britanniassa (n = 1).

Artikkeleista kaksi (n = 2) oli toteutettu laadullisin menetelmin, yksi (n = 1) sekä laadullisin että määrällisin menetelmin, yksi artikkeli oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus (n = 1) ja yksi artikkeli (n = 1) käsiteanalyysi. Artikkeleiden tutkimusten kohderyhminä olivat kätilöt (n = 5), perusterveydenhuollon työntekijät (n = 5), kätilöopiskelijat (n = 1) ja terveydenhuollon opettajat (n = 1).

Kaikkien kirjallisuuskatsaukseen valittujen julkaisujen tiedot on esitetty taulukossa 2 (Liite 3).

### **3 KIRJALLISUUSKATSAUS**

Tämän tutkielman keskeisiä käsitteitä ovat matalan riskin synnytys, synnytysvalmennus, yhteistyö terveydenhuollossa ja kummikätilötoiminta.

#### **3.1 Matalan riskin synnytys**

Matalan riskin synnytyksellä tarkoitetaan normaalisti etenevää synnytystä, jonka kulkuun ei puututa. Matalan riskin synnytyksestä käytetään myös nimityksiä normaali synnytys tai luonnonmukainen synnytys. Normaalius voidaan ymmärtää myös riskien puuttumisena tai ongelmien ilmentymättömyytenä synnytyksessä. (Scamell & Alaszewski 2012.)

Normaali, luonnonmukainen synnytys, tässä tutkielmassa matalan riskin synnytys, nähdään yleisesti ihanteena länsimaissa ja siihen pyritään tiedostaen sen hyvät tulokset. Synnytys on fysiologinen tapahtuma, jonka kulkuun tulisi puuttua mahdollisimman vähän ja vähin toimenpitein. Kaikkien synnyttäjien hoidon tavoitteena on taata turvallinen synnytys äidille ja vastasyntyneelle sekä hyvä synnytyskokemus perheelle. Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan normaali synnytys on spontaanisti käynnistynyt ja edennyt matalan riskin synnytys, jossa sikiö syntyy päätilassa raskausviikoilla 37 – 42. Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin. (WHO 1996.)

Matalan riskin synnytyksen tavoitteena on tukea normaalia, turvallista synnytystä synnyttäjälle ja vastasyntyneelle, vähentää tarpeetonta puuttumista synnytykseen, vähentää tarpeettomia synnytyksen aikaisia interventioita ja lääkkeellisen kivunlievityksen käyttöä sekä parantaa potilasturvallisuutta. Tavoitteena on kunnioittaa synnytyksen normaalia etenemistä ja antaa perheelle hyvä synnytyskokemus. Lisäksi pyritään tukemaan matalan riskin synnyttäjän varhaista kotiutumista. Synnyttäjälle ja hänen perheelleen halutaan tarjota vaihtoehtoja, voimaannuttaa synnyttäjää ja lisätä hänen uskoaan omiin voimavaroihinsa sekä lisätä synnytyssairaaloiden henkilökunnan työtyytyväisyyttä. (NICE 2014, WHO 1996.)

Normaaliin synnytysprosessiin puuttumiseen interventioiden avulla tulisi aina olla painava ja perusteltu syy. WHO:n määritelmän mukaan esimerkiksi epiduraalipuudutus, imukuppiulosautto ja muut lääketieteelliset toimenpiteet eivät kuulu

normaaliin synnytykseen, sillä näissä tilanteissa synnyttävä ja sikiö tarvitsevat erityistä tarkkailua. Määritelmä korostaa synnytyspaikan valinnanvapautta, kättilön tai muun koulutuksen saaneen ammattitaitoisen henkilön osallistumista synnytyksen hoitoon, synnyttäjän tukemista ja tukihenkilön läsnäoloa ja turhien toimenpiteiden välttämistä. (WHO 1996.)

Matalan riskin synnytyksen kriteerit (Taulukko 4) ja hoito-ohjeet pohjautuvat kansainvälisiin hoitosuosituksiin ja näyttöön. (NICE 2014, WHO 1996.) Jokaisesta synnyttäjistä tehdään synnyttämään tullessa riskiarvio, joka perustuu synnyttäjän terveydentilaan ja raskauden kulkuun. Jos riskiarviossa synnyttävä täyttää ns. matalan riskin kriteerit, voidaan hänen kohdallaan toteuttaa matalan riskin synnytyksen periaatteita. Kättilö hoitaa synnyttäjää matalan riskin synnytyksen periaatteiden mukaisesti niin kauan kuin se lääketieteellisesti on mahdollista. Arviointia jatketaan koko synnytyksen ajan. Matalan ja korkean riskin synnyttäjiä hoidetaan samoin eettisin ja lääketieteellisin perustein ja hoidon laatu on kaikilla synnyttäjillä yhdenvertainen riippumatta synnytyksen hoitomuodosta. Hoito on potilaslähtöistä eli synnyttäjän toiveet ja tarpeet huomioidaan sekä niitä pyritään toteuttamaan potilasturvallisuus huomioiden. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, NICE 2014, WHO 1996.)

### **Taulukko 3. Matalan riskin synnytyksen kriteerit**

- synnytyksen spontaani käynnistyminen
- toteutuminen raskausviikoilla 37 – 42
- oksitosiini-infuusiota ei käytetä avautumisvaiheessa
- oksitosiini-infuusio voidaan aloittaa ponnistusvaiheen pitkittyessä
- kivunhoidossa suositaan ei-lääkkeellisiä vaihtoehtoja
- ilokaasu, parakervikaali- ja pudendaalipuudutus ovat sallittuja lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä
- lapsi syntyy spontaanisti, pää tarjoutuvana
- synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin

Matalan riskin synnytystä hoitavan henkilön tehtävänä on tukea naista ja hänen kumppaniaan läpi synnytyksen, tarkkailla synnyttävää naista, seurata sikiön ja

vastasyntyneen vointia sekä huomata mahdolliset ongelmat varhaisessa vaiheessa. Matalan riskin synnytyksen hoidossa tuetaan äidin omia voimavaroja, käytetään pehmeämpiä hoitotapoja ja lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ja kättilön läsnäolo ja tuki korostuvat. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, NICE 2014, WHO 1996.)

Matalan riskin synnytyksen etuja ovat äidin normaali toipuminen synnytyksestä, vähentynyt synnytyksenjälkeinen verenvuoto, imetyksen käynnistyminen pian synnytyksen jälkeen ja äiti-lapsisuhteen muodostuminen. Lisäksi tutkimuksissa on todettu, että synnyttäjän yleinen tyytyväisyys on yleisempää ja synnytyksenjälkeistä alakuloisuutta on vähemmän verrattuna korkean riskin synnytyksiin. (Carolan-Olah 2015.)

Matalan riskin synnytystä edesauttavia tekijöitä ovat positiiviset mielikuvat normaalista synnytyksestä, synnytysvalmennus, ympäristön tuki ja luottamus synnytystä hoitavaan henkilökuntaan. Synnyttäjää tulisi rohkaista synnyttämään luonnomukaisesti ja hänen tulisi olla etukäteen valmistautunut ja tietoinen erilaisista vaihtoehdoista. Kätilö voi omalla asenteellaan ja käytöksellään luoda turvallisen ja positiivisen ilmapiirin synnytykseen, ottaa synnyttäjän keskiöön ja siten myötävaikuttaa luonnollisen synnytyksen ja positiivisen synnytyskokemuksen muodostumisessa. Jaettu päätöksenteko kättilön kanssa eli että synnyttäjä kokee itse voivansa vaikuttaa synnytyksensä kulkuun ja sen aikana tehtäviin valintoihin, on tärkeä tekijä normaalin synnytyksen onnistumiselle. Synnyttäjän tulee voida kokea, että hän voi ottaa itse vastuun omasta terveydestään ja synnytyksestään ja hän on valmistautunut tulevaan synnytykseensä. Synnyttäjä on asennoitunut synnyttämään normaalisti ja hän kokee synnytyksen normaalina prosessina, ei sairautena, jonka myötä hänen uskonsa omiin voimavaroihinsa kasvaa ja voimaannuttaa antaen hänelle tyydytystä. (Safner & Neerland 2017, Dahlberg ym. 2016, Carolan-Olah ym. 2015, Miller ym. 2015, Ferguson ym. 2013, Kvist ym. 2011, Wilson & Sirois 2010.)

Kätilö on keskeisessä roolissa normaalien synnytyksen mahdollistajana ja tuki-jana. Kätilön näkökulmasta synnytys nähdään yleensä normaalina tapahtumana, prosessina, normaaliuden tarkoittaessa siten riskien puuttumista. On todettu, että normaali synnytys ja kättilön rooli sen hoidossa ovat symbioottisesti yhteydessä;

kätilö hoitaa normaalin synnytyksen. Synnyttäjät ovat avoimempia uusille kokemuksille ja luonnonmukaisen synnytyksen filosofialle ja periaatteille luottaessaan kätilöön ja hänen ammattitaitoonsa kuin synnyttäjät, jotka luottavat enemmän lääkäreihin. (Scamell & Alaszewski 2012, Wilson & Sirois 2010.)

Tutkimusten mukaan kätilöavusteiset synnytykset käynnistyvät lääkärijohtoisia synnytyksiä useammin spontaanisti, niiden kulkuun puututaan harvemmin ja ne johtavat useammin alatiesynnytykseen. (Zinsser ym. 2016.) Lisäksi on todettu, että kätilöjohtoiset synnytykset ovat yhtä turvallisia kuin lääkärijohtoiset, synnyttäneillä oli vähemmän synnytyksenjälkeistä alakuloa ja imetys onnistui paremmin. (Iida ym. 2014.) Kätilöjohtoiset yksiköt ovat myös taloudellisesta näkökulmasta halvempia kuin lääkärijohtoiset turvallisuudesta tinkimättä. (Kenny ym. 2015.)

On todettu, että synnyttäjät haluavat selviytyä synnytyksestä, vaikka tietävätkin sen olevan kivuliasta ja kokevat tarvitsevansa apua, jota kätilö voi ammattinsa puolesta antaa. Kätilön tehtävänä on vastata synnyttäjän odotuksiin tarjoamalla vaihtoehtoja selviytyä synnytyksestä. Selviytymisellä synnyttäjät tarkoittavat muun muassa rentoutumista ja tilanteen hallintaa ilman paniikkia. Kätilöt kokevat kuitenkin toisinaan haasteelliseksi vastata riittävästi synnyttäjän odotuksiin. (Darra & Murphy 2016.) Normaalin synnytyksen esteiksi havaittiin kiire, riskiorientoitunut synnytyskulttuuri ja synnyttäjien odotukset (Carolan-Olah ym. 2015).

Todellisuudessa synnytys usein medikalisoidaan intensiivisellä seurannalla ja lääketieteellisin interventioin ilman selkeää syytä. Synnytyksessä mahdollisesti ilmeneviin riskeihin pyritään puuttumaan mahdollisimman varhain ja näin synnytys on lähtökohtaisesti ongelmalähtöinen, ei luonnollinen tapahtuma. Viime vuosikymmeninä normaalien synnytysten osuus on vähentynyt ja yhä useampi synnytys päättyy keisarileikkaukseen, usein ilman lääketieteellistä syytä synnyttäjän toiveesta. Suomessa on maailmanlaajuisesti kuitenkin matala sektioprosentti (16 %). Synnytyksestä ei osata hahmottaa normaalina tapahtumana ilman lääketieteellistä puuttumista (Pazandeh ym. 2017, Hadjigeorgiou & Coxon 2014, Christiaens ym. 2013, Shaw 2013) ja osa synnyttäjistä toivoo lääketieteellistä puuttumista synnytykseen eikä uskalla luottaa itseensä ja kehonsa kykyyn synnyttää normaalisti. (Chadwick & Foster 2014, Wiklund ym. 2007.) Synnytyksessä mahdollisesti

ilmenevät ongelmat ja vaaratilanteet, riskit, nostetaan keskiöön ja synnytys määritellään korkean riskin synnytykseksi lähtökohtaisesti, esimerkiksi synnyttäjän korkean iän tai synnytyksessä ilmenevän, lopulta merkityksettömän seikan perusteella. Synnytyksen vaarallisuutta ja riskejä korostetaan helposti. Synnytys nähdään riskinä ja voidaan todeta normaaliksi vasta lapsen synnyttyä, jos kaikki on mennyt hyvin. Voidaankin sanoa, että on olemassa korkean riskin synnytyksiä ja matalan riskin synnytyksiä, mutta ei ole koskaan olemassa riskitöntä synnytystä. Synnytyksen luokittelu matalan riskin tai korkean riskin synnytykseen johtaa merkittävästi toimintatapaan, jolla synnytystä hoidetaan. Luokiteltaessa synnytys matalan riskin synnytykseksi mahdollistaa se kättilöjohtoisen synnytyksen hoidon, kun taas luokiteltaessa synnytys korkean riskin synnytykseksi johtaa se herkästi lisääntyneeseen synnytyksenaikaiseen seurantaan ja lääketieteellisiin interventioihin. (Scamell & Alaszewski 2012.)

Myös kättilötyön yksi keskeinen tehtävä on riskien havaitseminen ja ehkäiseminen, varautuminen mahdollisiin ongelmiin, lääketieteellisen avuntarpeen arviointi ja yllättävistä kriisitilanteista selviytyminen lääketieteellistä apua odottaessa. (Scamell & Alaszewski 2012.) Lisäksi osa rutiininomaisista toimenpiteistä, kuten esimerkiksi suoni yhteyden laitto synnyttäjälle ja jatkuva ktg-seuranta voivat herkästi johtaa lääketieteelliseen puuttumiseen. (Kvist ym. 2011, WHO 1996.)

Suomessa noin joka neljännellä synnyttäjällä (26 %) synnytystapa on jokin muu kuin normaali alatiesynnytys eli imukuppisynnytys, perätilan ulosautto tai keisarileikkaus. Keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä on 16 % ja määrä on pysynyt samalla tasolla pitkään. Imukuppisynnytysten määrä on kasvanut selkeästi 2000-luvulla ja yhtenä syynä määrän kasvuun on pidetty epiduraalipuudutusten lisääntymistä. Epiduraalipuudutus voi heikentää synnyttäjän ponnistamisen tarvetta. Epiduraalipuudutusten määrä on viimeisen kymmenen vuoden aikana yleistynyt tasaisesti ja vuonna 2016 puudutuksen sai 50 % alateitse synnyttäneistä. 92 % synnyttäjistä sai jotakin kivunlievitystä. Spinaalipuudutuksen sai kaikista alateitse synnyttäneistä 20 prosenttia ja sitä käytettiin varsinkin uudelleensynnyttäjille. Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä (mm. akupunktio, aqua-rakkulat, hieronta, vesi ym.) sai joka kolmas (34,2 %) synnyttäjä vuonna 2016. (THL 2016.)

HYKS:ssä oli vuonna 2017 13 588 synnytystä, joista alatiesynnytyksiä oli 81 %. Epiduraali- tai spinaalipuudutuksen sai 77 % synnyttäjistä. Matalan riskin synnytyksiä ei tilastoitu. (HYKS synnytystilasto 2017.)

Epiduraalipuudutus synnytyskivun lievitykseen on yleisin syy, miksi matalan riskin synnytyksen muuttuu korkean riskin synnytykseksi. Muita yleisiä syitä ovat vihreä lapsivesi, oksitosiini-infuusion käyttö ja patologinen sikiön sydänäänikäyrä. (Kvist ym. 2011.)

Synnytysvalmennuksen on todettu olevan tehokas keino edesauttaa normaalin synnytyksen toteutumista. Sen on todettu tutkimusten mukaan lisäävän synnyttäjän luottamusta omiin voimavaroihinsa ja uskallusta synnyttää ilman lääkkeellistä kivunlievitystä. (Safner & Neerland 2017, Brixwall ym. 2016, Levet ym. 2016, Aune ym. 2015, Miller ym. 2015, Ferguson ym. 2013, Svensson ym. 2009.)

### **3.2 Synnytysvalmennus**

Synnyttäminen on yksi naisen elämän suurimpia, mieleenpainuvimpia ja luonnollisimpia tapahtumia. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on määritellyt kannanotossaan vuonna 2010, että ” raskaus ja synnytys ovat erittäin syviä kokemuksia, ja niillä on aivan erityinen merkitys naiselle, hänen läheisilleen ja koko hänen yhteisölleen. Jokaisella naisella on omat tarpeensa, toiveensa ja odotuksensa. Äitiyshuollossa on syytä tukea naisen voimavaroja ja luoda edellytyksiä synnytyksestä selviytymiseen jo raskauden aikana.” (ETENE 2010.) Neuvolassa annettava perhevalmennus odottavalle äidille sekä hänen puolisolleen on yksi keino toteuttaa tätä tavoitetta.

Valtioneuvoston asetuksen mukaan jokaiselle ensimmäistä lastaan odottavalle perheelle on järjestettävä perhevalmennusta (Finlex 6.4.2011/338). Perhevalmennuksen tavoitteena on antaa tietoa synnytyksestä, imetyksestä, lapsen hoidosta ja kasvatuksesta sekä vanhemmuudesta. Perhevalmennukseen sisältyvän synnytysvalmennuksen tavoitteena on luoda kokonaisvaltainen ja myönteinen synnytyskokemus sekä synnyttäjän voimavarojen vahvistaminen. Tavoitteena on, että valmennuksen avulla perheet saavat tarpeitaan vastaavaa, ajanmukaista ja näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksen kulusta ja hoitokäytännöistä. Valmennuksen keskeisiä aihealueita ovat synnytyksen kulku, hallinnan tunne ja kivun-



lievitysmenetelmät, synnyttäjä aktiivisena toimijana, tavallisemmat lääketieteelliset interventiot synnytyksen aikana, ensihetket ja -päivät syntymän jälkeen, yhteydenotto synnytyssairaalaan käytäntöjen mukaisesti ja synnyttämään lähdön ohjaus. (THL 2017, Klemetti & Raussi-Lehto 2016.)

Synnytysvalmennusta tarjotaan kunnasta riippuen eri määriä, mutta yleisintä lie-nee yksi synnytysvalmennuskerta perheelle ryhmäohjauksena terveydenhoitajan toimesta. Valmennuksiin osallistutaan pääsääntöisesti aktiivisesti. Valmennukseen olisi äitiysneuvolaoppaan mukaan hyvä liittää tutustumiskäynti synnytyssai-raalaan, mutta käynti on korvattu usein virtuaalisella muodolla. (Hakulinen-Viita-nen ym. 2008.)

Synnytysvalmennuksen on todettu olevan tehokas keino edesauttaa normaalin synnytyksen toteutumista. Sen on todettu tutkimusten mukaan lisäävän synnyt-täjän luottamusta omiin voimavaroihinsa ja uskallusta synnyttää ilman lääkkeel-listä kivunlievitystä. Valmennuksen myötä synnyttäjän ymmärrys synnytyksen ku-lusta ja sen luonnollisuudesta lisääntyy ja synnyttäjän itseluottamus ja rohkeus ottaa itse vastuu omasta synnytyksestä voimistuu. Normaalin, luonnollisen syn-tymän merkityksellisyyden ymmärtäminen on keskeistä valmistauduttaessa luon-nolliseen synnytykseen. Synnyttäjä kokee olevansa aktiivinen tekijä synnytykses-sään eikä hän vain antaudu muiden hoidettavaksi. Valmennuksessa tulisi antaa relevanttia, realistista tietoa synnytyksestä. Lisäksi mahdollisuuden keskustella muiden odottajien kanssa on koettu tutkimusten mukaan antoisaksi ja hyödyl-liseksi keinoksi valmistauduttaessa tulevaan synnytykseen. (Safner & Neerland 2017, Brixwall ym. 2016, Levet ym. 2016, Aune ym. 2015, Miller ym. 2015, Fer-guson ym. 2013, Svensson ym. 2009.) On todettu, että puoliset kokevat haasta-vaksi ja vaikeaksi nähdä vaimonsa synnyttämässä, joten valmennuksella voidaan tukea ja valmistaa myös puolisoa tulevaan synnytykseen. (Kuliakis ym. 2015.)

Raskaudenaikaisella ahdistuksella, sulkeutuneisuudella ja emotionaalisella epä-vakaudella on todettu olevan yhteys komplikaatioihin synnytyksessä ja lisäänty-neisiin keisarileikkauksiin. Synnytysvalmennuksella voidaan vaikuttaa eh-käisevästi synnytysten komplisoitumiseen. (Johnston ym. 2013.)

Valmennuksesta on todettu olevan hyötyä myös kättilön näkökulmasta. Työsken-nellessään synnytykseen valmistautuneen ja motivoituneen synnyttäjän kanssa

kättilön ammatillinen tyytyväisyys omaan työhönsä lisääntyy ja hän kokee saavansa vaikuttaa omaan työhönsä ja synnytyksen hoitoon aktiivisesti. (Levet ym. 2016.)

Toimiva yhteistyö ja tiedonkulku neuvolan ja synnytyssairaalan välillä on yksi edellytys synnyttäjän mahdollisimman hyvälle hoidolla raskausaikana. Kaikkien ammattiryhmien työn tavoitteena on asiakkaan, tässä tutkielmassa synnyttäjän ja hänen perheensä, paras mahdollinen hoito ja se edellyttää yhteistyötä asiakkaan parhaaksi. (Äitiysneuvolaopas 2013.) Näihin tavoitteisiin pyritään osaltaan tässä tutkielmassa tarkasteltavan toimintamuodon, kummikätilötoiminnan, avulla.

### **3.3 Yhteistyö äitiyshuollossa**

Yhteistyö terveydenhuollossa tarkoittaa prosessia, jossa eri ammattiryhmien työntekijät toimivat yhdessä jakaen vastuun potilaan laadukkaan hoidon toteutumisesta. Tiiviin yhteistyön avulla voidaan parantaa potilaan hoitoa kokonaisvaltaisesti ja tehokkaasti nykypäivän maailmassa, jossa terveydenhuollon vaatimukset muuttuvat ja resurssit ovat rajalliset. (McInnes ym. 2017, Penny & Windsor 2016, Macdonald ym. 2015, Posthumus ym. 2013, Murray-Davis ym. 2011.)

Toimivan yhteistyön keskeisiä elementtejä ovat toiminnan yhteinen tavoite ja visio sekä avoin, tehokas tiedonkulku eri organisaatioiden välillä. Muita edellytyksiä ovat yhteisesti sovituista periaatteista kiinnipitäminen, ymmärrys eri ammattiryhmien toimintamalleista ja rooleista, mahdollisimman matala organisaatorakenne, tiimityö- ja konfliktinratkaisutaidot, kyky sietää erilaisuutta, halu tehdä yhteistyötä ja keskinäinen kunnioitus ja luottamus eri ammattiryhmien välillä. (McInnes ym. 2017, Aquino ym. 2016, Munro ym. 2013, DeJoy ym. 2011, Murray-Davis ym. 2011, Schmied ym. 2010.) Yhteistyötä voidaan tehdä muun muassa kasvokkain, ryhmätapaamisissa, puhelimen välityksellä ja tutustumiskäynneillä. Keskeistä on jakaa tietoa ja ideoita potilaan parhaaksi. (McInnes ym. 2017, Aquino ym. 2016.)

Yhteistyön haasteita voivat olla eri ammattiryhmien väliset kommunikaatiovaikeudet, ennakoasenteet, epäluottamus, rajalliset resurssit, epäselvät roolit ja tehtävät toiminnassa sekä toisistaan poikkeavat hoitofilosofiat. Myös konkreettinen välimatka ja riittämätön tiedonkulku eri toimijoiden välillä voi asettaa haasteita yhteistyölle. (Aquino ym. 2016, Schmied ym. 2010.) Toimimaton yhteistyö voi ilmetä

käytännössä epäluottamuksena sekä epäammattillisena käytöksenä. (Macdonald ym. 2015.)

Äitiyshuollon vaatimukset muuttuvat, joten yksi keino vastata tämän päivän haasteisiin on toimivan yhteistyön kehittäminen eri terveydenhuollon ammattiryhmien välillä. Eri ammattiryhmien välisen yhteistyön on todettu olevan yhteydessä parantuneisiin äitiyshuollon tuloksiin. (Macdonald ym. 2015.)

Tässä tutkielmassa yhteistyöllä tarkoitetaan synnytyssairaalan ja neuvoloiden välistä yhteistyötä, joka on tässä tutkielmassa kuvattu kummikätilötoiminnan kautta.

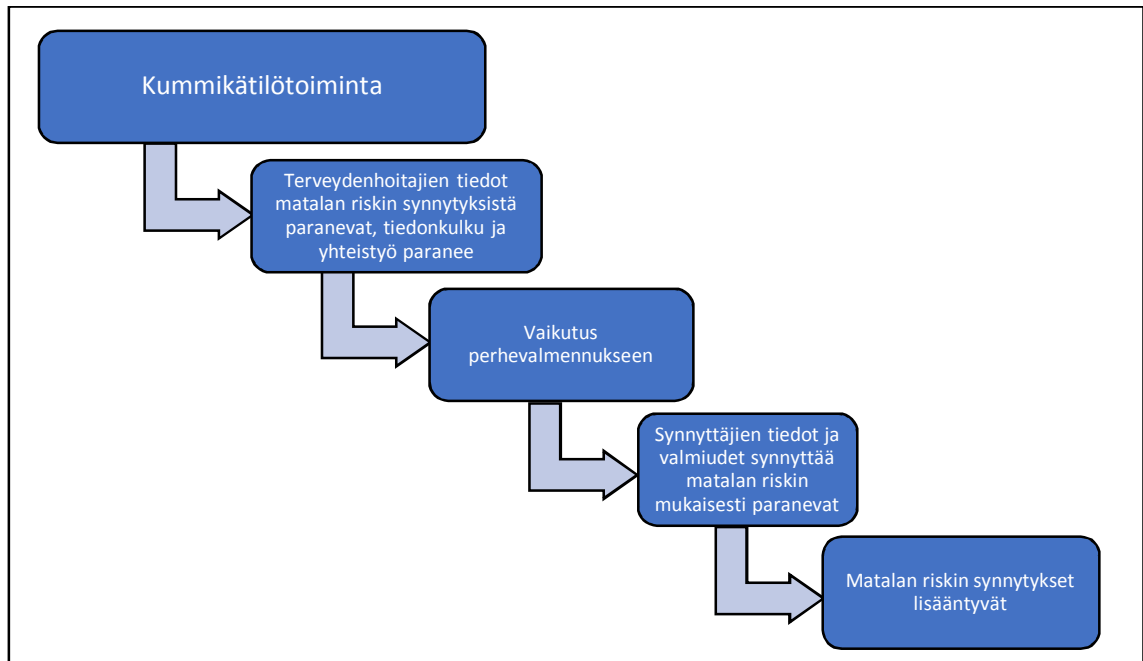
### **3.4 Kummikätilötoiminta**

Toimiva yhteistyö ja tiedonkulku neuvolan ja synnytyssairaalan välillä on yksi edellytys synnyttäjän mahdollisimman hyvälle hoidolla raskausaikana. Tavoitteena tulee olla yhteinen näkemys raskaana olevan hoidon tavoitteesta koko raskauden ajan ja synnytyksessä. Neuvolassa moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa eri ammattiryhmien ja erilaisen koulutuksen saaneiden työntekijöiden yhteistä työskentelyä eri organisaatioiden välillä. Kaikkien ammattiryhmien työn tavoitteena on asiakkaan, tässä tutkielmassa synnyttäjän ja hänen perheensä, paras mahdollinen hoito ja se edellyttää yhteistyötä asiakkaan parhaaksi. Eri tahojen on tunnettava toistensa työ ja osattava työskennellä yhteisen päämäärän mukaisesti. Tähän päästään yhteisten koulutusten, yhteisten ohjeistusten ja yhteisten käytänteiden avulla. (Äitiysneuvolaopas 2013.)

Terveydenhoitaja on merkittävässä roolissa tukiessaan odottavaa naista. Terveydenhoitaja voi auttaa odottajaa vahvistaen hänen itseluottamustaan ja omia voimavaroja asianmukaisen ja riittävän tiedonvälityksen kautta. Terveydenhoitaja tukee, neuvoa ja auttaa tarvittaessa perustuen keskinäiseen luottamukseen. (Astton 2008.)

Kummikätilötoiminnalla tarkoitetaan tässä tutkielmassa synnytysyksiköiden ja neuvoloiden välistä toimintaa, jonka tavoitteena on matalan riskin synnytystoiminnan vahvistaminen, perhevalmennuksen kehittäminen, yhteistyön edistäminen ja tiedonkulun parantaminen (Kuvio 1). Kummikätilö on synnytysyksikössä työskentelevä kätilö, joka oman toimensa ohella on mukana kummikätilötoiminnassa. Hän tekee yhteistyötä neuvolan vastuuterveydenhoitajan kanssa. Kummikätilöä

ei ole nimetty tietylle neuvolalle tai alueelle, vaan hän vastaa yhdessä kummikätilöryhmän kanssa toiminnasta.



Kuvio 2. Kummikätilötoiminnan tavoitteet

Tässä tutkielmassa kuvattu toiminta on aloitettu vuonna 2016 Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa (HYKS). Toiminta käynnistyi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyökokouksen pohjalta, jonka jälkeen neuvoloiden tiedon ja yhteistyön tarpeita kartoitettiin terveydenhoitajille suunnatulla kyselyllä. Sähköinen kysely lähetettiin tammikuussa 2016 osastonhoitajien ja muiden yhteistyöhenkilöiden kautta Helsingin, Espoon, Vantaan, Kauniaisten ja Kirkkonummen äitiysneuvoloiden terveydenhoitajille. Kyselyn tulosten perusteella terveydenhoitajille tulisi tarjota lisää tietoa synnytyksistä ja synnytyssairaaloiden toimintatavoista.

Toiminta on järjestetty tulosityksikön synnytysosastojen resursseista ja siihen ei ole haettu erillistä rahoitusta. Kummikätilöinä toimivat synnytysosastojen kätilöt oman toimensa ohella alueen neuvoloiden terveydenhoitajien yhteistyökumppaneina. Alueen neuvoloista (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kirkkonummi, Kauniainen, Porvoo ja Sipoo) ovat mukana vastuusterveydenhoitajat, joiden on tarkoitus viedä tietoa alueensa neuvoloihin. Tällä hetkellä (05/2018) kummikätilöitä on 25 ja vas-

tuoterveydenhoitajia 23. Toiminnan tavoitteena on yhteistyön edistäminen ja tiedonkulun parantaminen sekä matalan riskin synnytystoiminnan vahvistaminen perhevalmennuksen avulla HYKS:n synnytysyksiköissä (Naistenklinikka ja Jorvi).

Toiminta käynnistyi vuoden 2016 lopussa kätilöiden ja terveydenhoitajien yhteisellä työpajapäivällä, jonka tavoitteena oli luoda sähköistä materiaalia matalan riskin synnyttäjien valmennuksen tueksi ja vastata aiemmin terveydenhoitajille suunnatun kyselyn myötä esiin tulleisiin kysymyksiin ja tarpeisiin. Tavoitteena oli myös verkostoituminen ja tutustuminen eri ammattiryhmien kesken. Sähköinen materiaali julkaistiin alkuvuodesta 2017 virtuaalisen Terveyskylän Naistalo-osiossa kätilö Maria Kyytisen vetämän työryhmän tuottamana. Materiaali on tarkoitettu kaikkien perhevalmennuksia pitävien käyttöön. Materiaalin aiheita ovat synnytykseen valmistautuminen, synnytyksen eri vaiheet (latenssivaihe, avautumisvaihe, ponnistusvaihe, jälkeisvaihe), tukihenkilön rooli synnytyksessä, erityistilanteet synnytyksessä, varhainen ihokontakti ja ensi-imetys, lapsivuodeaika sekä synnytyksestä toipuminen.

Terveydenhoitajien avuksi on luotu Naistaloon niin kutsuttu ”kummimenu”, josta neuvolat ovat voineet varata tarpeensa mukaista kummikätilöiden tarjoamaa maksutonta koulutusta eri aiheista. Koulutus on suunnattu terveydenhoitajille, ei suoraan synnyttäjille. Koulutus on toteutettu luentomuotoisesti. Kummimenun aihealueita ovat synnytyspelko, seksuaaliterveys / seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen, tukihenkilön rooli synnytyksessä, vesi synnytyksessä, lääkkeettömät ja lääkkeelliset kivunlievitysvaihtoehdot ja niiden käyttötarvikkeet.

Kummikätilöt ovat myös luennoineet terveydenhoitajille synnytyksen eri vaiheista, synnytyksen käynnistymisestä ja synnytykseen liittyvistä hormoneista ja ravitsemuksesta synnytyksen aikana sekä ihokontaktin merkityksestä ja sen toteutumisesta sairaalassa ja kotona sekä imetyksestä. Aiheita ovat myös toimenpidesynnytykset, kotisynnytys ja polikliininen synnytys. Lisäksi kummikätilöt ovat kertoneet ETRI-toiminnasta (erityisen tuen ryhmäistunto, kun perheeseen syntyy erityislapsi).

Matalan riskin synnytyksissä on käyty läpi matalan riskin synnytyksen kriteerit, sen mahdollisuudet ja turvallisuus sekä varhainen kotiutuminen synnytyksen jälkeen. Myös korkean riskin synnytys, seuranta ja hoito sairaalassa ovat olleet luentojen aiheena.

Kummikätilöt ja vastuuterveystenhoitajat ovat yhteistyössä julkaisseet terveydenhoitajille suunnattuna kaksi infokirjettä ajankohtaisista asioista niin perusterveydenhuollossa kuin synnytysyksiköissäkin. Infokirjeiden tavoitteena on siirtää toimintaan vaikuttavaa ruohonjuuritason tietoa neuvoloiden ja synnytysosastojen välillä. Infokirjeiden aiheita ovat olleet muun muassa kummikätilötoiminnan esittely yleisesti, muutokset synnytystoiminnassa ja synnytyspelon hoito. Lisäksi vastuuterveystenhoitajat ovat käyneet tutustumassa synnytysosastoihin.

Kummikätilötoiminnan vaikuttavuutta ei ole toistaiseksi tarkasteltu. Toiminta on ollut viime aikoina melko vähäistä johtuen HYKS:n synnytystoiminnan muutoksista ja haasteista. Tavoitteena on tehostaa toimintaa kuluvan vuoden aikana.

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän pro gradu – tutkielman tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien näkemyksiä kummikätilötoiminnasta. Lisäksi tarkastellaan, miten terveydenhoitajat kuvaavat kummikätilötoiminnan vaikuttaneen tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä sekä synnytysairaaloitten ja neuvoloiden yhteistyöhön ja tiedonkulkuun. Tavoitteena on kehittää kummikätilötoimintaa vastaamaan terveydenhoitajien odotuksia.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälainen näkemys terveydenhoitajilla on kummikätilötoiminnasta?
2. Minkälainen näkemys terveydenhoitajilla on kummikätilötoiminnan yhteydestä tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä ja synnytysvalmennukseen?
3. Minkälainen näkemys terveydenhoitajilla on kummikätilötoiminnan yhteydestä neuvolan ja synnytysairaalan väliseen yhteistyöhön ja tiedonkulkuun?

## **5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS**

### **5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja otos**

Kyseessä oli kuvaileva, kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kuvailevan tutkimuksen kautta tuotetaan tietoa mielenkiinnon kohteena olevasta asiasta ja pyritään kertomaan asioista juuri siten, miten ne ilmenevät todellisuudessa. (Grove ym. 2013.) Tutkimustavaksi valittiin määrällinen tutkimus, koska tavoitteena oli saada tutkimuksen tulokset tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja tutkimusaineistoa ja muuttujien välisiä yhteyksiä pyrittiin analysoimaan tilastollisin menetelmin. Analyysin pohjalta pyrittiin tekemään päätelmiä ja tuloksia pyrittiin yleistämään.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Helsingin, Espoon, Vantaan, Kirkkonummen, Kauniaisten, Porvoon ja Sipoon alueen neuvoloiden terveydenhoitajat (N = 403). Terveydenhoitajia oli kunnittain: Helsingissä 183, Espoossa 100, Vantaalla 104, Kirkkonummella 9, Kauniaisissa 3 ja Porvoossa 4.

Sipoo jätettiin lopulta tutkimuksen ulkopuolelle, koska terveydenhoitajat eivät kunnassa tarjonneet perhevalmennusta. Perhevalmennusta tarjosivat sipoolaisille synnyttäjille Porvoon neuvoloiden terveydenhoitajat.

Otantana käytettiin kokonaisotantaa. Tutkimus oli suunnattu kaikille alueen terveydenhoitajille siksi, että saataisiin mahdollisimman kattava kuva kummikätilötoiminnan toteutumisesta terveydenhoitajien näkökulmasta. Kokonaisotannan avulla tavoitellaan kattavaa otosta eli kaikkia niiden tutkimukseen osallistuvien neuvoloiden terveydenhoitajia, jotka tarjoavat perhevalmennusta odottaville naisille ja heidän puolisoilleen. (Grove ym. 2013.)

Tutkittavien mukaanottokriteerit olivat:

Tutkittavan tuli 1) olla terveydenhoitaja tai kätilö, 2) työskennellä äitiysneuvolassa, 3) olla suomenkielinen.

### **5.2 Kyselylomake**

Tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan terveydenhoitajien näkemyksiä kummikätilötoiminnasta. Lisäksi tarkasteltiin, miten terveydenhoitajat kuvasivat kummikätilötoiminnan vaikuttaneen tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä sekä synnytysyk-



siköiden ja neuvoloiden yhteistyöhön ja tiedonkulkuun. Tutkimus toteutettiin sähköisenä Webropol - kyselynä tammikuussa 2018 neuvoloiden yhteyshenkilöiden kautta. Sähköinen kysely oli sopiva tapa kerätä aineistoa, koska kyseisessä organisaatiossa viestintä tapahtuu sähköisesti. Kyselylomake kehitettiin tätä pro gradu -tutkielmaa varten tutkijan toimesta. Kyselylomakkeen sisältö muodostui tutkimuskysymysten pohjalta ja tavoitteena oli luoda selkeä ja ytimekäs kysely, johon olisi helppo vastata lyhyessä ajassa.

Kyselylomakkeen avulla kerätty tieto antaa tiiviimpää ja johdonmukaisempaa tietoa kuin haastattelu. Haasteena on saada riittävästi vastauksia, koska kyselyitä ja sähköpostia tulee vastaajille runsaasti. (Grove ym. 2013.)

Kyselylomake oli suomenkielinen, strukturoitu, 5-portainen likert – asteikollinen ja se oli jaettu neljään osa-alueeseen. Osa-alueita olivat vastaajien taustatiedot, vastaajien näkemys kummikätilötoiminnasta, vastaajien näkemys kummikätilötoiminnan vaikutuksesta tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä ja vaikutuksesta perhevalmennukseen sekä vastaajien näkemys kummikätilötoiminnan vaikutuksesta äitiysneuvolan ja synnytyssairaalan väliseen yhteistyöhön ja tiedonkulkuun.

Tutkimuksen taustamuuttujia olivat vastaajan työskentelykunta, koulutustausta ja kuinka kauan hän oli työskennellyt neuvolassa. Lisäksi kysyttiin, pitääkö vastaaja perhevalmennusta.

Muita osa-alueita eli tutkimuksen summamuuttujia olivat vastaajan tiedot kummikätilötoiminnasta (viisi väittämää), miten kummikätilötoiminta oli vaikuttanut vastaajan aiempaan tietoon matalan riskin synnytyksistä (viisi väittämää) ja miten vastaaja koki yhteistyön ja tiedonkulun synnytyssairaalan kanssa (kolme väittämää). Lopussa oli avoin kysymys vapaata kommentointia varten.

Vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, jonkin verran eri mieltä, en osaa sanoa, jonkin verran samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Kyselylomake oli kehitetty tätä tutkimusta varten ja sitä ei esitettävä.

### **5.3 Aineistonkeruu**

Tutkimusluvut pyydettiin jokaisesta tutkimukseen osallistuvasta organisaatiosta (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, Kirkkonummi, Porvoo, Sipoo) erikseen

loppuvuodesta 2017. Lupa saatiin jokaisesta organisaatiosta. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei haettu, koska tutkimus kohdistui henkilökuntaan, ei potilaisiin ja tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa vastaajien näkemyksiä.

Tiedote tutkimuksesta (liite 4) ja linkki kyselyyn lähetettiin terveydenhoitajille (N = 403) sähköpostitse neuvolan yhteyshenkilön kautta tammikuussa 2018. Vastausaikaa kyselyyn oli kolme viikkoa. Viikkoa ennen aineistonkeruun päättymistä terveydenhoitajille lähetettiin muistutusviesti kyselystä yhteyshenkilöiden kautta.

Tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuva terveydenhoitaja vastasi kyselyyn nimettömästi eikä vastaajan tietoja ollut mahdollista tunnistaa. Erillistä suostumusta tutkimukseen ei pyydetty, vaan kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen. Kyselyyn vastasi 83 terveydenhoitajaa. Vastausprosentti oli 20,6 %. Valtaosa vastauksista (n = 79) saatiin pian kyselyn auettua eikä muistutusviestillä ollut juurikaan vaikutusta vastausaktiivisuuteen. Muistutusviestin jälkeen vielä neljä (n = 4) terveydenhoitajaa vastasi kyselyyn.

#### **5.4 Aineiston analyysi**

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena ja tulokset analysoitiin SPSS Statistics 22.-ohjelman avulla. Tulosten tulokinnassa käytettiin apuna tilastotieteilijää Helsingin yliopiston Biostatiiikan laitokselta.

Tavoitteena oli löytää tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä eri muuttujien välillä. Tilastollinen merkitsevyys kuvaa kahden tai useamman muuttujan välistä yhteyttä, ei muuttujan vaikutusta toiseen muuttujaan.

Frekvenssit eli lukumäärät ja prosenttiosuudet laskettiin koko aineistolle. Muuttujien välistä riippuvuutta tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla. Riippuvuus- tai riippumattomuustarkastelussa tutkitaan, onko tarkastelun kohteena olevan selitettävän muuttujan jakauma erilainen selittävän muuttujan eri luokissa. Erojen tilastollinen merkitsevyys selvitettiin Fisherin tarkalla testillä. Kyseinen testi valittiin, koska aineistossa oli satunnaisesti nollavastauksia. Ristiintaulukoinnin luotettavuuden parantamiseksi 5-portaiset Likert-asteikot tiivistettiin kolmiportaisiksi. Kolmiportaiset Likert-asteikot muodostettiin liittämällä vastausvaihtoehdot täysin eri mieltä ja melko eri mieltä yhteen sekä täysin samaa mieltä ja melko samaa mieltä yh-

teen. Vastausvaihtoehdoiksi jäi eri mieltä ja samaa mieltä. Neutraali vastausvaihtoehdo en osaa sanoa jätettiin ennalleen. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa  $< 0,05$ , joka on hoitotieteellisissä tutkimuksissa yleisenä pidetty merkitsevyyden raja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tilastollisen päättelyn avulla pyrittiin selvittämään, onko sillä, että terveydenhoitaja ymmärtää kummikätilötoiminnan sekä pitää toimintaa tarpeellisena yhteyttä terveydenhoitajan tietoihin matalan riskin synnytyksistä. Samoin perusteiden haluttiin selvittää, onko näillä tiedoilla yhteyttä terveydenhoitajan mielestä synnytys-sairaalan ja neuvolan väliseen yhteistyöhön ja tiedonkulkuun. Tätä pyrittiin selvittämään ristiintaulukoinnin avulla.

Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä, koska vastaukset olivat vapaata, kuvailevaa tekstiä ja niiden analysointiin sopii valittu menetelmä. Analysointi eteni vaiheittain. Ensin aineistoon tutustuttiin huolella ja sen jälkeen aineisto pyrittiin luokittelemaan tutkimuskysymysten mukaisesti sekä löytämään samankaltaisuuksia vastauksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Polit & Beck 2008.)

Vastaukset jaoteltiin kahteen ryhmään eli terveydenhoitajien arvioihin kummikätilötoiminnasta ja miten kummikätilötoimintaa voisi heidän mielestään kehittää.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot

Kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista (n = 83) valtaosa oli Helsingistä (n = 42). Espoosta vastauksia saatiin 17 (n = 17), Vantaalta 16 (n = 16), Kauniaisista ei yhtään (n = 0), Kirkkonummelta 4 (n = 4) ja Porvoosta 2 (n = 2).

Terveydenhoitajia vastanneista oli 78 % (n = 63). Terveydenhoitaja-kätilöitä oli 21 % (n = 17) ja 1 % (n = 1) vastaaja ilmoitti koulutukseksi muu. Tätä vaihtoehtoa ei tarkemmin määritelty kyselyssä. Pelkästään kätilökoulutuksen saaneita ei kyselyyn vastannut. Vastajista selkeä enemmistö (52 %) oli työskennellyt neuvolassa yli 10 vuotta ja 93 % (n = 75) piti perhevalmennusta.

#### Taulukko 4. Vastajien taustatiedot

	n = 81	%
<b>Työskentelykunta</b>		
Helsinki	42	52 %
Espoo	17	21 %
Vantaa	16	20 %
Kirkkonummi	4	5 %
Kauniainen	0	0 %
Porvoo	2	2,5 %
Sipoo	0	0 %
<b>Koulutus</b>		
terveydenhoitaja	63	78 %
kätilö	0	0 %
kätilö-terveydenhoitaja	17	21 %
muu	1	1 %
<b>Työkokemus</b>		
< 1 v.	5	6 %
1 – 5 v.	18	22 %
6 – 10 v.	16	20 %
> 10 v.	42	52 %
<b>Pitää perhevalmennusta</b>		
Kyllä	75	93 %
Ei	6	7 %

## 6.2 Terveystenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnasta

Terveystenhoitajien mielestä kummikätilötoiminta oli tarpeellista (n = 71, 87 %) ja toiminnan tarkoitus ymmärrettiin (n = 68, 82 %). Oman neuvolan kummikätilöä ei tiennyt enemmistö vastaajista (n = 53). Yli puolet vastaajista (n = 47) oli tavannut kummikätilön kerran tai useammin, mutta 43 % (n = 36) vastaajista ei.

Selkeä enemmistö terveystenhoitajista (n = 74) ei ollut ollut yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse neuvolan kummikätilöön.

### Taulukko 5. Terveystenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnasta

Ymmärrän, mitä kummikätilötoiminnalla tarkoitetaan (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	11	13 %
Samaa mieltä	68	82 %
En osaa sanoa	4	5 %

Kummikätilötoiminta on mielestäni tarpeellista (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	2	2 %
Samaa mieltä	71	87 %
En osaa sanoa	9	11 %

Tiedän, kuka on oman neuvolani kummikätilö (n = 82)

---

	n	%
Kyllä	29	35 %
Ei	53	65 %

Oletko ollut yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse oman neuvolasi kummikätilöön? (n = 83)

---

	n	%
Kerran	2	2 %
2-3 kertaa	4	5 %
4 tai enemmän	3	4 %
Ei ole ollut yhteydessä	74	89 %

Oletko tavannut oman neuvolasi kummikätilön? (n = 83)

---

	n	%
Kerran	22	27 %
2-3 kertaa	10	12 %
4 tai enemmän	15	18 %
Ei ole tavannut	36	43 %

Terveystenhoitajista 36 vastasi avoimeen kysymykseen kummikätilötoiminnasta. Vastausten perusteella kummikätilötoiminta koettiin pääsääntöisesti hyödyllisenä ja antoisana toimintamallina. Toiminta ei kuitenkaan ollut kaikille vastaajille sisältöään selkeä ja osa vastasi, ettei tuntenut toimintaa eikä ollut hyötynyt siitä mitenkään.

Puolet (n = 18) avoimeen kysymykseen vastanneista piti kummikätilötoimintaa kaikkienensa hyödyllisenä ja tärkeänä toimintamuotona. Yhteistyön ja tiedonkulun merkitys nousi esille useassa vastauksessa ja ne koettiin tärkeinä. Toiminnan myötä eri organisaatioiden käytännöt ja yhteistyökumppanit ovat tulleet tutummiksi ja tieto välittyy aiempaa tehokkaammin. Yhteistyön toivottiin olevan nykyistä tiiviimpää.

*”Hyvä, että sellaista on, koska se tuo varmasti terveydenhoitajille tärkeää tietoa.”*

*”Hyvä juttu. Pitäisi itsekin olla aktiivisempi ja välittää tietoa täältä neuvolasta.”*

*”Mielestäni kummikätilötoimintaa kannattaa jatkaa, koska ainakin välillisesti tietoa tulee kentälle enemmän yhdysenkilön kautta.”*

Kummikätilötoiminta oli ilmennyt konkreettisesti käytännön tasolla vastaajien mukaan luentoina, infokirjeiden välityksellä, yhteisissä kokouksissa ja koulutustilaisuuksissa. Koettiin, että toiminnan myötä oli mahdollista saada aiempaa nopeammin tietoa ajankohtaisista asioista.

Osa vastaajista (n = 8) koki saaneensa hyödyllistä tietoa kummikätilöiden pitämistä luennoista koskien varsinkin synnytysten lääkkeetöntä kivunlievitystä. Vastaajat kokivat hyötynensä luennoista myös yleisesti koskien pitämäänsä perhevalmennusta synnytysten osalta.

*”Kummikätilöjen pitämät luennot ovat olleet äärimmäisen arvokkaita meille neuvolan terveydenhoitajille.”*

*”Erityisen hyödyllistä ollut luonnonmukaista kivunlievitystä käsittelevä luento sekä uutiskirjeet, jotka olen kyllä lukenut, mutta en nyt muista kyseisen kummiyhdysenkilön nimeä.”*

*”Alueemme kummikätilö on osallistunut kokouksiimme ja tuonut synnytyssairaalalan uusia tuulia neuvolaan. Sairaalassa työskentelevien kätilöiden vierailu neuvolassa, silloin käsiteltiin kivunlievitysmenetelmiä.”*

*”Perhevalmennusmateriaalit käyty läpi ja saatettu ajan tasalle. Hyvä asia, ajankohtainen tieto ajan tasalla paremmin neuvolassa.”*

Kummikätilötoimintaan liittyi terveydenhoitajien mielestä myös kielteisiä kokemuksia ja näkemyksiä. Negatiivisena vastaajat kokivat tiedonpuutteen toiminnasta ja koulutustilaisuuksien erilaiset sisällöt.

*”Kukaan ei oikein ole selittänyt kummikätilön roolia”*

*”Siinä perhevalmennuskoulutuksessa, jossa olin mukana, niin ko. kätilö suhtautui vaihtoehtoisin kivunlievitysmuotoihin melkein negatiivisesti. Hän ei siis kuin maininnut ne. Kollegani koulutuksessa käytiin ed. mainitut asiat hyvin läpi. Harmittaa, että kohdalleni osui ”lääketieteellinen” kätilö tai hänellä oli huono päivä, eikä jaksanut jakaa tietoaan. Menin suurella odotuksella ja lähdin **TODELLA** pettyneenä.”*

Kummikätilötoiminta koettiin täysin vieraana toimintana seitsemässä vastauksessa. Näiden terveydenhoitajien vastauksista ilmeni kuitenkin, että toiminta koetaan tärkeäksi ja hyödylliseksi menetelmäksi tiedonkulun, koulutuksen, valmennuksen ja yhteistyön kannalta. Syyksi, miksi toiminta oli vastaajalle vieras, mainittiin ainoastaan, että oli juuri aloittanut työssään.

*”Kuulostaa erinomaiselta toiminnalta, mutta mitään käytännön kokemusta asiasta ei ole.”*

*”En tiedä, onko meillä edes kummikätilöä, mutta kokisin sen hyväksi ja hyödylliseksi. Synnytyssairaalalan ja neuvoloiden yhteistyötä olisi tärkeä lähentää ja aktivoida.”*

Viidessä vastauksessa otettiin kantaa siihen, että toiminta on olemassa, mutta siitä ei ole ollut mitään hyötyä omaa työtä ajatellen. Vastauksista nousi esille, että yhteistyö ei ole toteutunut konkreettisella tasolla, vaikka tieto toiminnasta on ollut olemassa. Kummikätilötoiminnan sisältö oli osalle vastaajista epäselvä. He olivat kuulleet toiminnasta, mutta eivät tienneet tarkalleen, mitä toiminta pitää sisällään.

*”Lienee alussa vasta alueellani, sillä se ei ole näkynyt meillä mitenkään. Pidän siis toimintaa tarpeellisena, mutta en havaitse sitä alueellamme.”*

*”Muistan kyllä, että asiasta on ollut infoa joissakin koulutustilaisuuksissa. Luulen muistavani, kuka on meidän kummikätilö. Yhteistyötä meidän neuvolan kanssa ei ole kuitenkaan ollut. Harmi! Olisi hyvä, jos olisi enempi yhteistyötä. Tosin nyt on niin kiireistä, ettei siihen varmaan löydy aikaa...”*

### **6.3 Terveydenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnan yhteydestä tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä ja synnytysvalmennuksesta**

Kummikätilötoiminta oli lisännyt terveydenhoitajien tietoja matalan riskin synnytyksen kriteereistä (n = 34, 41 %), mutta 34 % vastaajista (n = 28) oli eri mieltä ja 25 % (n = 21) ei osannut sanoa, oliko kummikätilötoiminta lisännyt heidän tietojaan.

Vajaa puolet terveydenhoitajista (n = 34, 41 %) raportoi ymmärtävänsä matalan riskin synnytyksen kriteerit paremmin kummikätilötoiminnan myötä. Vastaajista 35 % (n = 29) oli eri mieltä väitteestä ja 24 % ei osannut vastata kysymykseen (n = 20).

Kummikätilötoiminta oli lisännyt selkeästi enemmistön tietoja lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä (n = 50, 60 %), mutta 20 % koki, ettei kummikätilötoiminta ollut vaikuttanut tietoihin (n = 24) ja 16 % totesi, ettei osaa sanoa (n = 13).

Vastaajien tiedot lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä eivät olleet lisääntyneet vastaajan mielestä (44 %) ja 19 (23 %) ei osannut arvioida tätä. Kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista 27 (33 %) arvioi tietojensa lääkkeellisistä kivunlievityksistä lisääntyneen.

Kummikätilötoiminnalla koettiin olleen vaikutusta vastaajan antamaan synnytysvalmennukseen (n = 48, 57 %). Eri mieltä oli 25 % vastaajista (n = 21) ja 17 % (n = 14) vastaajista ei osannut vastata kysymykseen.



## **Taulukko 6. Terveystenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnan yhteydestä tietoihin matalan riskin synnytyksistä ja synnytysvalmennuksesta**

Tietoni matalan riskin synnytyksen kriteereistä on lisääntynyt kummikätilötoiminnan myötä (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	28	34 %
Samaa mieltä	34	41 %
En osaa sanoa	21	25 %

Ymmärrän matalan riskin synnytyksen kriteerit paremmin kummikätilötoiminnan myötä (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	29	35 %
Samaa mieltä	34	41 %
En osaa sanoa	20	24 %

Tietoni lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ovat lisääntyneet kummikätilötoiminnan myötä (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	20	24 %
Samaa mieltä	50	60 %
En osaa sanoa	13	16 %

Tietoni lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä ovat lisääntyneet kummikätilötoiminnan myötä (n = 82)

---

	n	%
Eri mieltä	36	44 %
Samaa mieltä	27	33 %
En osaa sanoa	19	23 %

Kummikätilötoiminnalla on ollut merkitystä antamaani synnytysvalmennukseen (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	21	25 %
Samaa mieltä	48	57 %
En osaa sanoa	14	17 %

#### **6.4 Terveydenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnan yhteydestä neuvolan ja synnytys sairaalan yhteistyöhön ja tiedonkuluun**

Vastaajista yli puolet (n = 42, 51 %) koki, että yhteistyö neuvolan ja synnytys sairaalan välillä oli syventynyt kummikätilötoiminnan myötä. Tiedonkulku neuvolan ja synnytys sairaalan välillä oli kehittynyt 47 % vastaajan mielestä (n = 39), mutta 29 % oli eri mieltä (n = 24) ja 24 % vastasi ei osaa sanoa (n = 20).

Selkeä enemmistö vastaajista (n = 66, 80 %) oli sitä mieltä, että kummikätilötoiminta on hyödyllistä ja ainoastaan 2 vastaajaa oli eri mieltä. Lähes viidennes vastaajista (n = 15, 18 %) valitsi vastausvaihtoehdon ”ei osaa sanoa”.

#### **Taulukko 7. Terveydenhoitajien näkemykset kummikätilötoiminnan yhteydestä neuvolan ja synnytys sairaalan yhteistyöhön ja tiedonkuluun**

Koen, että yhteistyö neuvolan ja synnytys sairaalan välillä on syventynyt kummikätilötoiminnan myötä (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	21	25 %
Samaa mieltä	42	51 %
En osaa sanoa	20	24 %

Koen, että tiedonkulku neuvolan ja synnytys sairaalan välillä on kehittynyt kummikätilötoiminnan myötä (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	24	29 %
Samaa mieltä	39	47 %
En osaa sanoa	20	24 %

Koen kummikätilötoiminnan hyödylliseksi (n = 83)

---

	n	%
Eri mieltä	2	2 %
Samaa mieltä	66	80 %
En osaa sanoa	15	18 %

Mikäli terveydenhoitaja koki ymmärtävänsä kummikätilötoiminnan tarkoituksen, hän myös koki tietonsa matalan riskin synnytyksen kriteereistä (p = 0,016) ja lääkkeitä kivunlievitysmenetelmistä (p < 0,001) ja lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä (p < 0,001) hyväksi. Lisäksi kummikätilötoiminnan ymmärtäminen

oli yhteydessä siihen, että terveydenhoitaja koki kummikätilötoiminnan merkitykselliseksi myös synnytysvalmennusta pitäessään ( $p < 0,001$ ).

Mikäli terveydenhoitaja koki kummikätilötoiminnan tarpeelliseksi, hän myös koki tietonsa matalan riskin synnytyksen kriteereistä ( $p = 0,003$ ) ja lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ( $p < 0,001$ ) ja lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä ( $p = 0,044$ ) hyväksi. Lisäksi koettaessa kummikätilötoiminta tarpeelliseksi oli se yhteydessä siihen, että terveydenhoitaja koki kummikätilötoiminnan merkitykselliseksi myös synnytysvalmennusta pitäessään ( $p < 0,001$ ).

Lomakkeen avoimen kysymyksen vastauksista ilmeni, että kummikätilötoiminnan tulisi sujua paremmin ja yhteistyön tulisi olla itsestään selvää ja monipuolisempaa. Terveydenhoitajien mielestä synnytysairaalan ja neuvoloiden yhteistyötä olisi tärkeä lähentää ja aktivoida. Tapaamisia ja koulutuksia toivottiin järjestettävän nykyistä useammin, jotta ohjeistukset ja tiedot pysyisivät ajan tasalla paremmin. Vastauksissa toivottiin myös, että kätilöiden ammattitaitoa tulisi hyödyntää nykyistä enemmän neuvoloissa esimerkiksi synnytysvalmennusten muodossa. Lisäksi toivottiin työkierron mahdollisuutta neuvolasta synnytysairaalaan.

*”Enemmän infoa toiminnasta olisi hyödyllistä meille kaikille. Varmaankin hyödyllinen ja kehitettävä asia sairaalan ja neuvoloiden välillä, josta molemmat osapuolet voivat hyötyä työssään. Näin ollen myös asiakkaan etu.”*

*”Kaikki positiivinen yhteydenpito ja toisen työn arvostuksen osoittaminen parantaa yhteishenkeä ja asiakastyön laatua. Yhteiset asiakkaat :)”*

*”Kummikätilöt voisivat tulla pitämään perhevalmennusta, etenkin synnytykseen liittyen. Tuntuu hölmöltä, että asioista paljon enemmän tietävät ja asiantuntevammin tärkeistä asioista kertovat eivät osallistu asiakastyöhön tässä suhteessa. Nykypäivän perhevalmennuksessa käyvät hyötyisivät tuhannesti enemmän kätilön pitämästä/pitämistä luennoista kuin terveydenhoitajien. Näin itse ja suurin osa kollegoistani ajattelee.”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata ja miten hyvin tulokset voidaan yleistää. Reliabiliteetilla viitataan tulosten pysyvyyteen, toistettavuuteen ja johdonmukaisuuteen. (Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Rattray & Jones 2007.)

Tämän tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tukena käytettiin CASP-kriteeristöä (Critical Appraisal Skills Programme 2018) sekä hoitotieteellisessä tutkimuksessa yleisesti käytettyjä arviointikriteereitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tässä tutkielmassa arvioitiin tutkimusmenetelmää ja tutkimusasetelmaa sekä sitä, olivatko tutkimuksen tulokset tieteellisesti paikkansapitäviä ja onko tutkimuksesta hyötyä käytännön hoitotyössä.

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet kuvattiin lyhyesti ja ymmärrettävästi ja tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset käytetyn kyselylomakkeen avulla. Tutkimustavaksi valittiin määrällinen tutkimus, koska tavoitteena oli saada tutkimuksen tulokset tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja tutkimusaineistoa ja muuttujien välisiä yhteyksiä pyrittiin analysoimaan tilastollisin menetelmin. Analyysin pohjalta pyrittiin tekemään päätelmiä ja tuloksia pyrittiin yleistämään. Nämä toteutuivat tuloksissa. Laadullisin tutkimusmenetelmin olisi ollut kuitenkin mahdollista saada syvempää tietoa tutkimusaiheesta.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki terveydenhoitajat, jotka toimivat alueen äitiysneuvoloissa (N = 403). Otantana käytettiin kokonaisotantaa, koska tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava kuva kummikätilötoiminnan toteutumisesta terveydenhoitajien näkökulmasta. Kohdejoukko kuvattiin selkeästi ja yksityiskohtaisesti tekstinä ja taulukkoina, koska tavoitteena oli kuvata tutkimuksen tausta mahdollisimman huolellisesti. Tutkimuksen luotettavuutta tuki se, että tutkimusjoukko oli melko homogeeninen koulutustaustan ja työkokemuksen perusteella.

Tutkimuksen vastausprosentti oli 20 %, jota voidaan pitää matalana. Pieni aineisto heikentää tulosten yleistettävyyttä. Tutkimuksen tuloksia voidaan kuitenkin harkiten soveltaa koskemaan tutkimuksen kohdeorganisaatiota, koska tutkimus toteutettiin kokonaisotantana. (Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julku-nen 2009.) Toisaalta voidaan pohtia, valikoituiko vastaajiksi ainoastaan positiivisesti kummikätilötoimintaan suhtautuvat ja negatiivisesti toiminnan kokevat eivät kokeneet tarpeelliseksi vastata kyselyyn. Tämä vaikuttaa luonnollisesti tutkimuk-sen luotettavuuteen ja yleistettävyyteen.

Kysely välitettiin vastaajille sähköisesti neuvoloiden yhteyshenkilöiden kautta, mikä saattoi vaikuttaa matalaan vastausprosenttiin. Vastauskadon pienentä-miseksi tutkimukseen vastaamisesta muistutettiin sähköpostitse kerran. Täyttä varmuutta siitä, että tutkimukseen osallistuvat saivat tiedon kyselystä ei ole. Tämä voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Vastausprosentti olisi voinut olla korkeampi, jos kysely olisi voitu lähettää suoraan kohdejoukolle heidän omaan sähköpostiinsa ilman välikäsiä.

Tutkimuksessa käytetyn mittarin validiteetti ja reliabiliteetti ovat keskeisessä osassa tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Mittarin määrittäminen lähtee siitä, että ensin määritellään asia tai ilmiö, jota halutaan mitata. Tämä edellyttää ilmiön täsmällistä käsitteellistämistä. (Ratray & Jones 2007.) Tätä tutkielmaa var-ten tehtiin kuvaileva, kattava kirjallisuuskatsaus tutkittavan ilmiön keskeisistä kä-sitteistä ja ilmiö oli tutkijalle tuttu, joten nämä tukivat tutkielman luotettavuutta.

Tutkielmassa käytettiin tätä tutkimusasetelmaa varten luotua sähköistä kyselylo-maketta. Pilotointi on merkittävä osa kyselylomakkeen kehittämistä ja sen sisäl-lön validiteetin arviointia. Sen tavoitteena on löytää tutkittavan kyselylomakkeen puutteet ja selventää tutkittavaa ilmiötä ennen mittarin laajempaa testausta. (Ratray & Jones 2007.) Tässä tutkielmassa käytettyä kyselylomaketta ei esites-tattu, joten sen luotettavuudesta ei voida olla varmoja. Kyselylomakkeen luotet-tavuutta ei myöskään testattu tilastollisin menetelmin, joten sen luotettavuutta ei voida siten varmistaa. Tarkoituksena ei ollut mittarin kehittäminen vaan kuvaile-van tiedon tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä.

Kyselylomake luotiin tutkimuskysymysten pohjalta yhdessä tutkielman ohjaajan kanssa. Tämän tutkielman validiteettia tukee se, että kyselylomakkeen kysymykset oli laadittu ja ryhmitelty tutkimuskysymysten perusteella. Tutkielman kyselylomakkeen vahvuus oli sen loogisuus ja systemaattisuus. Kysymykset koskivat ainoastaan tutkimusongelmaa ja ne etenivät tutkimuskysymysten mukaisina kokonaisuuksina. Kyselyyn oli helppo ja nopea vastata, koska Likert-asteikollisia kysymyksiä oli 17. Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys.

Kvalitatiivisen aineiston osalta luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden ja siirrettävyyden kriteereillä. (Graneheim & Lundman 2004.) Vastaukset jaoteltiin kahteen ryhmään ja niiden analyysin yhteydessä käytettiin suoria lainauksia vastauksista. Vastaukset tukivat määrällisin menetelmin saatuja tuloksia. Tämä vahvistaa tutkielman uskottavuutta. Siirrettävyyden näkökulmasta voidaan pohtia, miten tuloksia voitaisiin yleistää kohdejoukon ulkopuolelle ja hyödyntää yleisesti äitiyshuollon ja synnytyssairaaloiden yhteistyössä. Tulokset ovat toimintaa kuvaavia, joten tästä näkökulmasta tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan laajentamiseen. Siirrettävyyttä tuki lisäksi se, että tutkimusasetelma ja tulokset oli kuvattu ytimekkäästi ja selkeästi. Heikkoutena voidaan pitää tutkijan kokemattomuutta kvalitatiivisen aineiston analysoinnissa.

Tutkielman reliabiliteettia arvioitaessa vahvuutena voidaan pitää sitä, että tutkielman analyysi ja tutkielman vahvuudet ja rajoitukset on kuvattu selkeästi ja ymmärrettävästi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tutkimustulokset pyrittiin kirjoittamaan auki selkeästi ja ytimekkäästi ja analyysin tukena esitettiin taulukoita tutkimustuloksia selventämään. Tilastollinen päättely ja ristiintaulukointi tukivat tuloksia ja niitä voidaan pitää kliinisesti ja tilastollisesti merkitsevinä.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyöhön ja niiden avulla voidaan parantaa hoitotyön laatua.

## **7.2 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimusta voidaan pitää eettisesti perusteltuna ja merkittävänä tutkimusaiheena, koska aihetta ei ole Suomessa paljon tutkittu. Tutkimuksen aihe, kummikätilötoiminta, ei ole yleinen toimintamalli, mutta tutkimustulosten perusteella sille on tarvetta. Tutkimustuloksia voidaan käyttää kummikätilötyön kehittämisen apuna perusterveydenhuollossa ja synnytysyksiköissä.

Tätä tutkimusta ohjasivat tieteellisen tutkimuksen keskeiset eettiset periaatteet (TENK 2012) tutkittavien ihmisarvoa ja oikeuksia kunnioittaen.

Tutkittavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja vastaaminen kyselyyn tulkittiin tietoisesti suostumukseksi. Erillistä suostumusta tutkittavilta ei pyydetty. Tutkittavilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin vain ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkittavat pidettiin anonyymeinä. Tämä varmistettiin käyttämällä vastauksia kerätessä Webropol-ohjelman anonymiteetti-toimintoa. Vastaajia ei siten ollut mahdollista tunnistaa vastauksista. Aineisto säilytettiin sähköisessä muodossa ja se oli ainoastaan tutkijan käytettävissä. Aineisto säilytetään tutkielman valmistumiseen asti, jonka jälkeen se tuhotaan tiedostoista ja Webropol-ohjelmasta.

Tutkimuksessa pyrittiin noudattamaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tarvittavat tutkimusluvut hankittiin asianmukaisesti ennen tutkimusaineiston keräämistä. (TENK 2012). Tutkimukselle ei haettu eettisen toimikunnan puolta, koska tutkimus kohdistui terveydenhoitajien näkemyksiin eikä kohderyhmänä ollut potilaita. Tutkimusaihe ei ollut erityisen sensitiivinen.

### **7.3 Tutkimustulosten tarkastelu**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien näkemyksiä kummikätilötoiminnasta. Lisäksi tarkasteltiin, miten terveydenhoitajat kuvasivat kummikätilötoiminnan vaikuttaneen tietoihinsa matalan riskin synnytyksistä sekä synnytysairaaloitten ja neuvoloiden yhteistyöhön ja tiedonkulkuun.

Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että kummikätilötoiminta on tarpeellista ja hyödyllistä sekä toiminnan tarkoitus ymmärrettiin. Kummikätilötoiminta koettiin tärkeäksi ja hyödylliseksi menetelmäksi tiedonkulun, koulutuksen, synnytysairaalan käytäntöjen tuntemuksen, perhevalmennuksen ja yhteistyön kannalta. Kuitenkin yllättävän suuri osa vastaajista ei ollut tietoinen toiminnasta eikä heillä ollut mitään kokemuksia siitä. Lisäksi toiminnan sisältö oli osalle vastaajista epäselvä. He olivat kuulleet toiminnasta, mutta eivät tieneet tarkalleen, mitä toiminta pitää sisällään tai toimintaa ei ollut konkreettisesti ollut juurikaan ja se oli jäänyt vieraaksi.

Kummikätilötoiminta koettiin hyödyllisenä ja kehitettävänä asiana sairaalan ja neuvoloiden välillä, mistä molemmat osapuolet voivat hyötyä työssään. Toiminnan koettiin siten olevan myös asiakkaan etu. Synnytyssairaalassa kätilö kohtaa hyvin synnytykseen valmentautuneen synnyttäjän, joka on tietoinen synnytyksen kulusta ja luonnonmukaisuudesta ja se edesauttaa matalan riskin synnytystä. Neuvolassa terveydenhoitaja kykenee tarjoamaan laadukasta ja ajantasaista tietoa synnytyksestä ja synnytyssairaalan käytänteistä ja tämän myötä synnytysvalmennuksen sisältö ja taso paranee. Asiakas, raskaana oleva nainen ja hänen puolisonsa, saavat laadukasta ja kokonaisvaltaista hoitoa ja ohjausta sekä raskauden että synnytyksen aikana.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että terveydenhoitajat kokivat kummikätilötoiminnan lisänneen heidän tietojaan matalan riskin synnytyksen kriteereistä ja lääkkeettömistä ja lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Kummikätilötoiminnan koettiin parantaneen vastaajien tarjoamaa synnytysvalmennusta. Matalan riskin synnytystä edesauttavia tekijöitä ovat muun muassa positiiviset mielikuvat synnytyksestä, johon synnytysvalmennuksella voidaan tutkimusten mukaan vaikuttaa. Synnytysvalmennuksen tavoitteena on, että perheet saavat tarpeitaan vastaavaa, ajanmukaista ja näyttöön perustuvaa tietoa. Normaalin, luonnollisen syntymän merkityksellisyyden ymmärtäminen on keskeistä valmistaututtaessa normaaliin, luonnolliseen synnytykseen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, Ferguson ym. 2013.) Matalan riskin synnytyksen etuja ovat äidin normaali toipuminen synnytyksestä, vähentynyt synnytyksenjälkeinen verenvuoto, imetyksen käynnistyminen pian synnytyksen jälkeen, äiti-lapsisuhteen muodostuminen ja synnyttäjän yleinen tyytyväisyys. Lisäksi on todettu, että synnytyksenjälkeistä alakuloisuutta on vähemmän verrattuna korkean riskin synnytyksiin. (Carolan-Olah 2015.)

Vastaajien mielestä yhteistyö neuvolan ja synnytyssairaalan välillä oli syventynyt kummikätilötoiminnan myötä ja tiedonkulku neuvolan ja synnytyssairaalan välillä oli kehittynyt. Yhteydenpito eri organisaatioiden välillä ei ollut vastausten perusteella aktiivista, vaikka tutkimusten mukaan se olisi yksi merkittävä tekijä asiakkaan parhaaksi toteutuvan hoidon toteutumisessa. (McInnes ym. 2017, Aquino ym. 2016, Munro ym. 2013, DeJoy ym. 2011, Murray-Davis ym. 2011, Schmied



ym. 2010.) Yhteistyö terveydenhuollossa tarkoittaa prosessia, jossa eri ammattiryhmien työntekijät toimivat yhdessä jakaen vastuun laadukkaaseen hoidon toteutumisesta. Tiiviin yhteistyön avulla voidaan parantaa potilaan hoitoa kokonaisvaltaisesti ja tehokkaasti. (McInnes ym. 2017, Penny & Windsor 2016, Macdonald ym. 2015, Posthumus ym. 2013, Clancy ym. 2012, Isoherranen 2012, Murray-Davis ym. 2011.) Toimiva yhteistyö ja tiedonkulku neuvolan ja synnytys sairaalan välillä on yksi edellytys synnyttäjän mahdollisimman hyvälle hoidolla raskausaikana. Neuvolassa moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa eri ammattiryhmien ja erilaisen koulutuksen saaneiden työntekijöiden yhteistä työskentelyä eri organisaatioiden välillä. Eri tahojen on tunnettava toistensa työ ja osattava työskennellä yhteisen päämäärän mukaisesti. Tähän päästään yhteisten koulutusten, yhteisten ohjeistusten ja yhteisten käytänteiden avulla. (Äitiysneuvolaopas 2013.) Toimivan yhteistyön myötä eri terveydenhuollon työntekijöistä voi tulla parempia ja tehokkaampia ammattilaisia ja kunnioitus toista ammattiryhmää kohtaan voi kasvaa. (DeJoy ym. 2011.)

Synnytys sairaaloiden sekä neuvolan välisen yhteistyön toivottiin sujuvan aiempaa paremmin sekä yhteistyön toivottiin olevan itsestään selvää sekä monipuolisempaa eikä ainoastaan nojautua kummikätilötoimintaan. Esimerkiksi esimiehet sekä sairaalan että neuvolan puolelta voisivat kokoontua useammin, jonka myötä tiedonkulku ja yhteistyö sujuisivat paremmin. Neuvolan henkilökunnan ja kummikätilöiden yhteistapaamisia toivottiin olevan useammin, jotta jatkuvasti päivittyvät ohjeistukset ja tiedot pysyisivät ajan tasalla kaikilla.

Kummikätilötoiminta oli konkreettisesti toteutunut käytännön työssä luentoina, infokirjeiden välityksellä, yhteisissä kokouksissa ja koulutustilaisuuksissa. Lisäksi neuvolan perhevalmennusmateriaalia oli päivitetty ja muokattu kummikätilön kanssa virtuaalisen Naistalon materiaalin pohjalta.

Tähän tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat toivoivat saavansa tarkempaa tietoa kummikätilötoiminnan sisällöstä ja mahdollisuuksista. Joillakin terveydenhoitajilla oli kokemuksia siitä, että kummikätilötoiminnan puitteissa tarjotut luennot olivat olleet kätilöstä riippuvaisia ja he olivat kokeneet saaneensa eritasoista koulutusta vaihtelevin sisällöin. Kummikätilötoiminnan tavoitteet ja sisältö

tulisi tarkastella yksityiskohtaisesti uudelleen ja määritellä ne yhteistyössä kummikätilöiden ja terveydenhoitajien kanssa. Kummikätilöiden tulisi jatkossa noudattaa näitä ennalta sovittuja tavoitteita ja toiminnan sisältöä, jotta terveydenhoitajat voisivat luottaa saavansa tasalaatuista ohjausta ja tietoa kummikätilöstä riippumatta.

Tiedottamista toiminnasta tulisi tehostaa ja toiminta tulisi jalkauttaa nykyistä tehokkaammin käytännön työn tueksi, koska osalle terveydenhoitajista kummikätilötoiminta oli täysin vierasta. Infoa toiminnasta tulisi antaa kaikille terveydenhoitajille ja tiedottamisen tulisi kohdistua suoraan jokaiselle terveydenhoitajalle ilman välikäsiä tai esimiehen kautta. Terveydenhoitajien ja kummikätilöiden yhteistyö tulisi olla nykyistä käytäntöä useammin. Näin jatkuvasti päivittyvät ohjeistukset ja tiedot pysyisivät kaikilla ajan tasalla. Lisäksi esimiehet sairaalan sekä neuvolan puolelta voisivat kokoontua useammin, jonka myötä tiedonkulku ja yhteistyö sujuisivat vielä aiempaa paremmin. Kummikätilötoiminnan sisältö tulisi määritellä nykyistä tarkemmin ja yhdenmukaistaa koskemaan kaikkia toiminnassa mukana olevia. Infoa toiminnasta tulisi tarjota kaikille terveydenhoitajille suoraan, ei vastuuterveydenhoitajien kautta. On todettu, että uuden toimintamallin jalkauttamisessa ja implementoinnissa käytäntöön on keskeistä, että kaikilla prosessiin osallistuvilla on selkeä käsitys toiminnan tavoitteista ja kaikki prosessiin osallistuvat ovat sitoutuneet ja motivoituneet toiminnan muutokseen. (Harvey & Kitson 2016.)

#### **7.4 Johtopäätökset ja suositukset**

Terveydenhoitajat kokivat kummikätilötoiminnan tarpeellisenä ja hyödyllisenä yhteistyömenetelmänä. Terveydenhoitajat kokivat kummikätilötoiminnan lisänneen heidän tietojensa matalan riskin synnytyksen kriteereistä sekä lääkkeettömistä että lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. Kummikätilötoiminnalla koettiin olleen vaikutusta vastaajien tarjoamaan synnytysvalmennukseen. Vastaajien mielestä yhteistyö neuvolan ja synnytys sairaalan välillä oli syventynyt kummikätilötoiminnan myötä ja tiedonkulku neuvolan ja synnytys sairaalan välillä oli kehittynyt. Selkeä enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että kummikätilötoiminta on hyödyllistä.

Kummikätilötoiminnan sisältö tulisi määritellä aiempaa tarkemmin. Huomiota tulisi kiinnittää kummikätilöiden kouluttamiseen ja siihen, että kummikätilöt jakaisivat terveydenhoitajille samankaltaista tietoa. Toimintaan olisi hyvä saada selkeästi enemmän resursseja, jotta kummikätilöt voisivat aiempaa tehokkaammin tehdä yhteistyötä neuvoloiden henkilökunnan kanssa. Tällä hetkellä toiminta toteutuu varsinaisen työn ohessa ja työvoimapulan takia on haastavaa irrottaa henkilökuntaa tähän toimintaan.

## **7.5 Jatkotutkimusehdotukset**

Tämän tutkielman tarkoituksena oli kartoittaa uutta toimintamallia. Olisi mielekästä toistaa kysely toiminnan jatkuttua ja vakiinnuttua toiminnan kehittymistä arvioitaessa. Laadullisen tutkimuksen menetelmin, esimerkiksi syvähaastattelemalla terveydenhoitajia, olisi mahdollista saada laajempi ja syvempi ymmärrys kummikätilötoiminnan vaikutuksista ja siitä, miten terveydenhoitajat kokevat toiminnan.

Lisäksi olisi tärkeää tutkia, onko kummikätilötoiminnalla ollut vaikutusta matalan riskin synnytyksiin ja lukumääriin. Tätä näkökulmaa ei tässä tutkielmassa tutkittu tai mitattu.

Olisi mielenkiintoista myös tutkia, miten kummikätilöt kokevat toiminnan ja onko sillä heidän mielestään vaikutusta terveydenhoitajien antamaan synnytysvalmennukseen ja synnytyssairaalan ja neuvolan väliseen yhteistyöhön ja tiedonkulkuun. Haikaramallin yksi tavoite on henkilökunnan työtyytyväisyyden lisääminen ja kummikätilötoiminnan avulla vaikutettaessa matalan riskin synnytysten esiintyvyyteen tähän tavoitteeseen voitaisiin osaltaan päästä. Tätä näkökulmaa olisi myös mielenkiintoista tutkia sekä laadullisin että määrällisin menetelmin.

Äitiyshuollon asiakkaan näkökulmaa ei ole tutkittu ja siihen olisi ensiarvoisen tärkeää perehtyä. Kuten tämän tutkielman vastauksista kävi ilmi, kummikätilötoiminta ja sen myötä toimivan yhteistyö ja tiedonkulun koetaan olevan yksi keino asiakkaan mahdollisimman hyvälle hoidolle ja sehän on kaiken toiminnan tavoite, sekä neuvolassa että synnytyssairaalassa.

## LÄHTEET

Aune I., Hoston M.A., Kolshus N.J. & Larsen C.E.G. 2017. Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery* 50, 21-26. DOI: 10.1016/j.midw.2017.03.020.

Aune I., Torvik H.M., Selboe S., Skogås A., Persen J. & Dahlberg U. 2015. Promoting a normal birth and a positive birth experience -- Norwegian women's perspectives. *Midwifery* 31(7), 721-727. DOI: 10.1016/j.midw.2015.03.016.

Aquino M.R.J. V., Olander E.K., Needle J.J. & Bryar R.M. 2016. Midwives' and health visitors' collaborative relationships: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies* 62, 193-206. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.002.

Blix E. 2011. Avoiding disturbance: midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery* 27(5), 687-692. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.008>.

Brixval C.S., Axelsen S.F., Thygesen L.C., Due P. & Koushede V. 2016. Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: Results from a Danish randomised trial. *Sexual & Reproductive Healthcare* 10, 32-34. DOI: 10.1016/j.srhc.2016.03.003.

Carolan-Olah M., Kruger G. & Garvey-Graham A. 2015. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery* 31(1), 112-121. DOI: 10.1016/j.midw.2014.07.003.

Clancy A., Gressnes T. & Svensson T. 2013. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(3), 659-68. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01079.

Critical Appraisal Skills Programme . 2018. Saatavilla: <https://casp-uk.net/> luettu 2.7.18.

Dahlberg U., Persen J., Skogås A., Selboe S., Torvik H.M. & Aune I. 2016. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare* 7, 2-7. DOI: 10.1016/j.srhc.2015.08.001.

Darra S. & Murphy F. 2016. Coping and help in birth: An investigation into 'normal' childbirth as described by new mothers and their attending midwives. *Midwifery* 40, 18-25. DOI: 10.1016/j.midw.2016.05.007.

DeJoy S., Burkman R., Graves B., Grow D., Sankey H., Delk C., Feinland J., Kaplan J. & Hallisey A. 2011. Making It Work. Successful Collaborative Practice. *Obstetrics & Gynecology* 118 (3), 683 -686.

ETENE. 2010. Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet – kannanotto. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Saatavilla [https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/hyva\\_synnytys\\_250310.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/hyva_synnytys_250310.pdf) / luettu 4.4.2018

Fenwick J., Toohill J., Gamble J., Creedy D.K., Buist A., Turkstra E., Sneddon A., Scuffham P.A. & Ryding E.L. 2015. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy & Childbirth* 15, 284. DOI: 10.1186/s12884-015-0721-y.

Fenwick J., Gamble J., Creedy D.K., Buist A., Turkstra E., Sneddon A., Scuffham P.A., Ryding E.L., Jarrett V. & Toohill J. 2013. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy & Childbirth* 13, 190. DOI: 10.1186/1471-2393-13-190.

Ferguson S., Davis D. & Browne J. 2013. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 26(1), 5. DOI: 10.1016/j.wombi.2012.09.003.

Graneheim U.H. & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112. DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Grove S, Burns N & Gray J. 2013. THE PRACTICE OF NURSING RESEARCH. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. Elsevier Saunders. China.

Hakulinen- Viitanen T., Pelkonen M., Saaristo V., Hastrup A. & Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakesin raportteja 21/2008. Stakes. Valopaino Oy. Helsinki.

Harvey GH & Kitson A. 2016. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science* 11:33, doi 10.1186/s13012-016-0398-2.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Haikaramallinen synnytyksen hoito ja perhepesäosasto vastaavat synnyttäjien toiveisiin. Saatavilla: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Haikaramallinen-synnytyksen-hoito-ja-Perhepesä-osasto-vastaavat-synnyttäjien-toiveisiin.aspx> / luettu 2.4.2018.

Iida M., Horiuchi S. & Nagamori K. 2014. A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan. *Women and Birth* 27(3), 202-207. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.05.001.

Isoherranen K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä etsimässä. Akateeminen väitöskirja, sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto.

Johnston R.G. & Brown A.E. 2013. Maternal trait personality and childbirth: the role of extraversion and neuroticism. *Midwifery* 29(11), 1244-1250. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.005>.

Jouhki M., Suominen T. & Åstedt-Kurki P. 2017. Giving birth on our own terms—Women's experience of childbirth at home. *Midwifery* 53, 35-41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>.

Kankkunen P. & Vehviläinen -Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY-pro. Porvoo.

- Kenny C., Devane D., Normand C., Clarke M., Howard A. & Begley C. 2015. A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery* 31(11), 1032-1038. DOI: 10.1016/j.midw.2015.06.012.
- Klemetti R & Raussi-Lehto E (toim.). 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33. 3. painos. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Kuliukas L., Hauck Y., Duggan R. & Lewis L. 2015. The phenomenon of intrapartum transfer from a western Australian birth centre to a tertiary maternity hospital: The overall experiences of partners. *Midwifery* 31(5), 87. DOI: 10.1016/j.midw.2015.01.010.
- Kvist L.J., Damiati N., Rosenqvist J. & Sandin-Bojo A. 2011. Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery* 27(6), 188. DOI: 10.1016/j.midw.2010.07.001.
- Levett K.M., Smith C.A., Bensoussan A. & Dahlen H.G. 2016. The Complementary Therapies for Labour and Birth Study making sense of labour and birth -- Experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. *Midwifery* 40, 124-131. DOI: 10.1016/j.midw.2016.06.011.
- Miller Y.D., Prosser S.J. & Thompson R. 2015. Back to normal: A retrospective, cross-sectional study of the multi-factorial determinants of normal birth in Queensland, Australia. *Midwifery* 31(8), 818-827. DOI: 10.1016/j.midw.2015.04.005.
- Megan A. 2008. Public health nurses as social mediators navigating discourses with new mothers. *Nursing Inquiry* 15(4), 280-288..
- Munro S., Kornelsen J. & Grzybowski S. 2013. Models of maternity care in rural environments: Barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery* 29(6), 646-652. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.004.
- Murray-Davis B., Marshall M. & Gordon F. 2011. What do midwives think about interprofessional working and learning? *Midwifery* 27(3), 376-381. DOI: 10.1016/j.midw.2011.03.011.
- NICE. 2014. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE guidelines (CG190).
- Pazandeh F., Potrata B., Huss R., Hirst J. & House A. 2017. Women's experiences of routine care during labour and childbirth and the influence of medicalisation: A qualitative study from Iran. *Midwifery* 53, 63-70. DOI: 10.1016/j.midw.2017.07.001.
- Penny Robyn A. & Carol W. 2017. Collaboration: A critical exploration of the care continuum. *Nursing Inquiry* 24(2), e12164.
- Polit D.F & Beck C.T. 2008. Nursing research. Principles and methods. Eighth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Posthumus A.G, Schölmerich L.N., Waeput A.J.M, Vos A.A., de Jong-Potjer L.C., Bakker R., Bonsel G.J., Groenewegen P., Steegers E.A.P & Denktas S. 2013. Bridging Between Professionals in Perinatal Care: Towards Shared Care in The Netherlands. *Maternal Child Health* 17, 1981 – 1989.

Ratray J & Jones MC. 2007. Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*. 2007. 16, 234 - 243.  
DOI:10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x.

Saftner M.A., Neerland C. & Avery M.D. 2017. Enhancing women's confidence for physiologic birth: Maternity care providers' perspectives. *Midwifery* 53, 28-34.  
DOI: 10.1016/j.midw.2017.07.012.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto. Saatavilla: [http://www.uva.fi/ma-teriaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/ma-teriaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf) / luettu 19.4.2018.

Scamell M. & Alaszewski A. 2012. Fateful moments and the categorisation of risk: Midwifery practice and the ever-narrowing window of normality during child-birth. *Health, Risk & Society* 14(2), 207-221.

Susan M., Kath P., Andrew B. & Elizabeth H. 2017. A qualitative study of collaboration in general practice: understanding the general practice nurse's role. *Journal of Clinical Nursing* 26(13-14), 1960-1968. DOI: 10.1111/jocn.13598.

Svensson J., Barclay L. & Cooke M. 2009. Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery* 25 (2), 114-125.  
DOI:10.1016/j.midw.2006.12.012

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) / luettu 3.4.2018.

THL. 2017. Raskausajan seuranta. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaalijalisaantymisterveys/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-seuranta> /luettu 4.4.2018.

THL. 2016. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Saatavilla: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135445/Tr\\_37\\_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135445/Tr_37_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y) / luettu 4.4.2018.

THL.fi. 2015. Perhevalmennus. Saatavilla: [https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ja\\_lastenneuvola/aitiysneuvola/perhevalmennus](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/aitiysneuvola/perhevalmennus) / luettu 4.4.2018.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2012 (Finlex). Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338> / luettu 2.8.2018.

Virginia S., Annie M., Sue K., Lynn K., Cathrine F. & Caroline H. 2010. The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *Journal of Clinical Nursing* 19(23), 3516-3526.

Voon S.T., Lay J.T.S., San W.T.W., Shorey S. & Lin S.K.S. 2017. Comparison of midwife-led care and obstetrician-led care on maternal and neonatal outcomes in

Singapore: A retrospective cohort study. *Midwifery* 53, 71-79. DOI: 10.1016/j.midw.2017.07.010.

WHO. 1996. Care in normal birth: A practical guide. Department of Reproductive Health & Research. World Health Organization. Geneva.

Wilson K.L. & Sirois F.M. 2010. Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 28(1), 69-83.

Zinsser L.A., Stoll K. & Gross M.M. 2016. Midwives' attitudes towards supporting normal labour and birth -- A cross-sectional study in South Germany. *Midwifery* 39, 98-102. DOI: 10.1016/j.midw.2016.05.006.



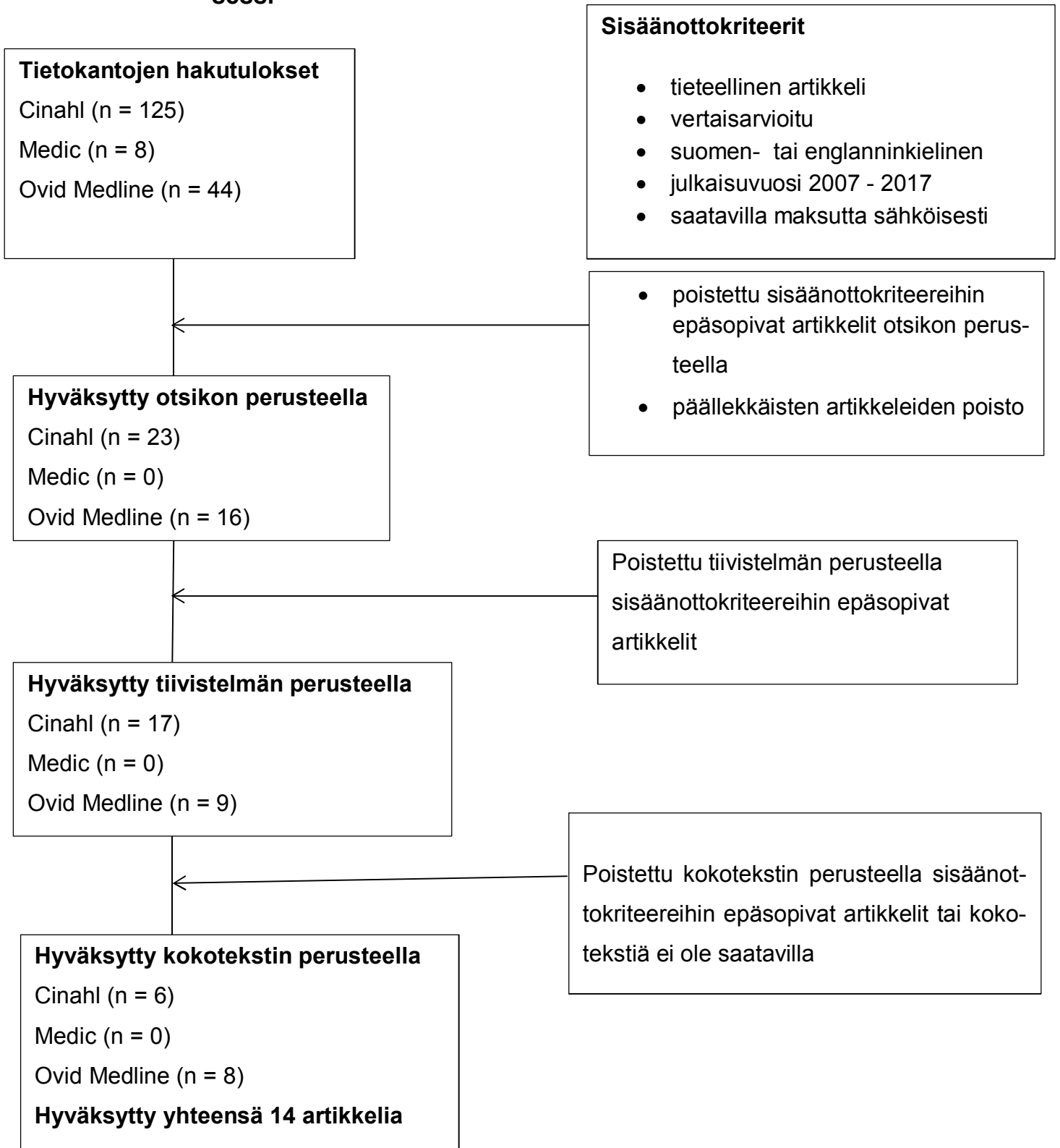
# LIITTEET

## Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Taulukko 1. Tiedonhaun kuvaus

Tieto-kanta	Hakusanat	Rajaukset	Tu-los	Vali-tut
CINAHL	(low* risk* birth* OR low* risk* labour* OR normal* birth* OR normal* labour* low* risk* OR lowrisk* (MH "Childbirth") OR (MH "Term Birth") OR (MH "Vaginal Birth+") OR (MH "Labor+")(famil* OR parent* OR prenatal* OR antenatal* OR childbirth* OR labour*) N3 (educat* OR class* OR course*)	2007-2017 Peer Reviewed English Language	125	6
Medic	perhevalm*	2007-2017	8	0
OVID MEDLINE	(consult* adj2 midwife*)low* risk* birth*low* risk* labour*normal* birth*normal* labour*exp Parturition/exp Labor, Obstetric/ow* risk*((famil* or parent* or prenatal* or antenatal* or childbirth* or labour*) adj3 (educat* or class* or course*))exp Midwifery/ or midwife*.mp. or exp Nurse Midwives)	2007-2017 Peer Reviewed English Language	44	8
PUBMED	(collaboration[All Fields] AND ("nurses, community health"[MeSH Terms] OR ("nurses"[All Fields] AND "community"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "community health nurses"[All Fields] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "nurse"[All Fields]) OR "community health nurse"[All Fields])) AND ("midwifery"[MeSH Terms] OR "midwifery"[All Fields] OR "midwife"[All Fields]) AND ("2008/05/20"[PDat] : "2018/05/17"[PDat])	2008-2018 English Language	68	6

## Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten valintaprosessi



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten valintaprosessi

### Liite 3. Taulukko tutkielman aiheeseen liittyvistä tutkimuksista

Taulukko 2. Taulukko tutkielman aiheeseen liittyvistä tutkimuksista

TEKIJÄ, VUOSI, PAIKKA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT	TUTKIMUKSEN ASETELMA	TUTKIMUKSEN KESKEISET TULOKSET
Aston 2008 Kanada	Luoda ymmärrys äitiyshuollon työntekijän ja äidin välisestä vuorovaikutuksesta		Teorian testaus	Äitiyshuollon työntekijöillä on keskeinen rooli olla äidin tukena synnytyksen jälkeen.
Aune ym. 2015 Norja	Saada syvempi ymmärrys tekijöistä ja ympäristön vaikutuksesta, jotka ovat tärkeitä normaalin synnytyksen ja positiivisen synnytyskokemuksen muodostumisessa	12 tervettä ensisynnyttäjää (n=12)	Laadullinen tutkimus, haastattelu	Turvallinen ympäristö ja synnyttäjän emotionaalinen vahvuus olivat kaksi keskeistä tekijää positiivisen synnytyskokemuksen muodostumisessa.
Aune ym. 2017 Norja	Saada syvempi ymmärrys, miten kätilö voi edesauttaa normaalin synnytyksen onnistumista kotisynnytyksessä	12 kätilöä (n=12)	Laadullinen tutkimus, syvähaastattelu	Keskeistä oli kätilön luja luottamus siihen, että lapsen syntymä on luonnollinen tapahtuma ja synnyttävä nainen pystyy siihen. Synnytykseen ei tulisi puuttua, tunne oman kodin turvallisuudesta ja tuttuudesta sekä läheinen ja luottamuksellinen suhde kätilöön olivat tärkeitä tekijöitä kotisynnytyksen onnistumisessa.
Aquino ym. 2016 Iso-Britannia	Tunnistaa yhteistyöhön liittyviä tekijöitä kätilöiden ja perusterveydenhuollon työntekijöiden välillä	18 artikkelia (n = 18)	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, laadullinen ja määrällinen tutkimus	Yhteistyö koettiin tärkeäksi ja toimiva kommunikaatio oli yksi keskeinen edellytys yhteistyön onnistumiselle. Haasteita yhteistyön onnistumiselle olivat kommunikaation haasteet, rajalliset resurssit ja epäselvyys ammattiryhmien rooleista.
Blix 2011 Norja	Tutkia kätilötyön käytäntöjä kotisynnytyksissä	12 kätilöä (n=12)	Laadullinen tutkimus, syvähaastattelu	Keskeinen tulos oli, että kätilöt pyrkivät suojelemaan synnyttäjää häiriöiltä synnytyksen aikana eli luomaan mahdollisimman rauhallisen ja turvallisen ilmapiirin. Tämän avulla pyritään suomaan synnyttäjälle rauha keskittyä täysin omaan synnytykseensä. Synnyttäjä itse ”tekee työn”.
Brixval ym. 2016 Tanska	Arvioida strukturoidun, pienryhmäluokkavalmennuksen ja luentomaisen valmennuksen vaikutusta synnytykseen	1766 (n=1766) odottajaa satunnaistettuna interventioryhmään (n=883) ja kontrolliryhmään (n=883)	Määrällinen tutkimus, RCT	Pienryhmässä annettu valmennus oli tilastollisesti merkitsevästi tehokkaampaa kuin suurelle ryhmälle annettu valmennus. Pienryhmävalmennus antoi synnyttäjälle varmuutta olla synnytyksen aikana pitempään kotona ja sillä oli positiivinen vaikutus naisen luottamukseen selviytyä synnytyksestä.

Carolan-Olah ym. 2015 Australia	Tutkia kätilöiden kokemuksia ja näkemyksiä tekijöistä, jotka vaikuttavat normaaliin synnytykseen edistävästi tai haitallisesti	22 kätilöä (n=22)	Laadullinen tutkimus, fenomenologinen tutkimus, syvähaastattelu	Normaalin synnytyksen esteiksi havaittiin kiire, riskiorientoitunut synnytyskulttuuri ja synnyttäjien odotukset. Normaalista synnytyksestä edistäviä tekijöitä olivat ympäristön tuki, kätilöiden rooli ja halu edistää normaalia synnytyksestä.
Dahlberg ym. 2016 Norja	Ymmärtää ensisynnyttäjän kokemusta kätilön vaikutuksesta normaaliin synnytykseen ja positiivisen synnytyskokemuksen muodostumisessa	12 tervettä ensisynnyttäjää (n=12)	Laadullinen tutkimus, syvähaastattelu	Kätilöllä on keskeinen rooli synnyttäjän positiivisen synnytyskokemuksen muodostumisessa ja normaalin synnytyksen mahdollistajana.
Darra & Murphy 2016 Iso-Britannia	Tutkia, miten synnyttäjät ja kätilö kuvailevat normaalia synnytyksestä	12 synnyttäjää (n=12), 16 kätilöä (n=16)	Laadullinen tutkimus, strukturoimaton syvähaastattelu	Äidit kokivat selviytyneensä normaalista synnytyksestä ”hengittämällä sen läpi”? ja asiantuntevan kätilön avulla. Kätilöt pyrkivät mahdollistamaan normaalin synnytyksen, mutta käyttivät usein myös interventioita synnytyksen aikana. Käsite normaali synnytys ei ollut selkeä tässä tutkimuksessa.
Fenwick ym. 2015 Australia	Testata kätilön antaman psykoedukation vaikutusta synnytyspelkoon	91 naista interventioryhmässä (n=91), 93 naista kontrolliryhmässä (n=93)	Määrällinen tutkimus, RCT, kyselykaavake	Interventiolla pystyttiin vaikuttamaan odottajan synnytyspelkoon, se auttoi päätöksenteossa ja ilmeni mm. sektoiden vähenemisellä. Synnytyksen jälkeiseen masennukseen, luottamukseen vanhemmuudesta ja tyytyväisyyteen äitiydestä interventiolla ei ollut vaikutusta.
Ferguson ym. 2013 Australia	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus synnytysvalmennuksen yhteyksistä synnytykseen	3286 artikkelia (n=3286) Ovid Medline-, CINAHL-, Cochrane- ja Web of Knowledge-tietokannoista	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Valmennuksella oli paljon positiivisia vaikutuksia: se lievitti synnytykseen liittyvää ahdistusta, synnyttäjät osasi hahmottaa synnytyksen käynnistymisen paremmin ja puoliset olivat aktiivisemmin mukana synnytyksessä. Valmennus saattoi lisätä synnytyksenaikaisia toimenpiteitä.
Iida ym. 2014 Japani	Vertailla kätilöjohtoisen ja lääkärijohtoisen hoidon vaikutuksia synnyttäjälle ja vastasyntyneelle	238 synnyttäjää (n=238)	Määrällinen tutkimus, havainnointitutkimus, kyselykaavake	Kätilöjohtoinen hoito oli suositus eikä sillä ollut haitallisia vaikutuksia verrattuna lääkärijohtoiseen hoitoon. Kätilöjohtoinen hoito lisäsi synnyttäjien tyytyväisyyttä, vähensi kalvojen puhkeamista synnytyksen aikana, imetys onnistui paremmin ja synnytyksen jälkeistä alakuloa ilmeni vähemmän.

Johnston ym. 2013 Iso-Britannia	Tutkia synnyttäjän persoonallisten piirteiden yhteyttä synnytyskokemukseen	755 synnyttänyttä naista (n=755)	Määrällinen tutkimus, kyselykaavake	Synnyttäjän persoonallisuus vaikutti merkittävästi synnytyskokemukseen. Varsinkin sulkeutuneet ja emotionaalisesti epävakait synnyttäjät kokivat useammin synnytyksessään interventioita ja synnytys päättyi keisarileikkaukseen.
Jouhki ym. 2017 Suomi	Kuvailla, miten synnyttäjä kokee kotisyntytyksen	14 kotona synnyttänyttä naista (n=14)	Laadullinen tutkimus, fenomenologinen tutkimus, haastattelu	Kotisyntytyks koettiin onnentunteena. Synnyttäjä koki, että hänellä oli kontrolli omasta kehostaan. Negatiiviseksi he kokivat muiden ihmisten epäilykset ja huolen valinnastaan synnyttää kotona sairaalan sijaan.
Kenny ym. 2015 Irlanti	Vertailla kättilöjohtoisen ja lääkärijohtoisen yksikön kustannuksia synnyttäjien hoidossa	1653 raskaana olevaa naista (n=1653) satunnaistetusti jaettuna kahteen ryhmään 1101 odottajaa kättilöjohtoiseen yksikköön (n=1101), 552 lääkärijohtoiseen yksikköön (n=552)	Määrällinen tutkimus, RCT kustannusvertailu	Kättilöjohtoisen yksikön antama hoito oli halvempaa kuin lääkärijohtoisessa yksikössä. Hoidon kättilöjohtoisessa yksikössä todettiin olevan yhtä turvallista kuin lääkärijohtoisessa, joten kättilöjohtoisia yksiköitä tulisi käyttää aiempaa tehokkaammin.
Kuliakis ym. 2015 Australia	Kuvailla synnyttäjän puolison kokemuksia synnytyksestä	15 puolisoa (n=15)	Laadullinen tutkimus, kuvaileva, fenomenologinen tutkimus, haastattelu	Puolisot kokivat haastavaksi ja vaikeaksi nähdä vaimonsa synnyttämässä. Ammattilaisien apua kunnioitettiin. Keskeistä oli, että puoliso tunsu synnyttävän vaimonsa parhaiten ja osasi tulkita häntä parhaiten ja täten auttaa ja tukea häntä parhaiten.
Kvist ym. 2011 Ruotsi	Mitata, miten laajasti kättilöt noudattavat WHO:n suosituksia synnytyksen hoidossa matalan riskin synnytyksissä ja vertailla kättilötyötä matalan ja korkean riskin synnytyksissä	144 matalan riskin synnytystä (n=144), 54 korkean riskin synnytystä (n=54)	Määrällinen tutkimus, retrospektiivinen rekisteritutkimus	Synnytyksen hoidossa oli yleisessä käytössä toimenpiteitä, joita ei WHO:n suosituksen mukaan olisi tarpeen käyttää rutiinomaisesti, kuten esim. iv-kanyylin laittaminen, sikiökalvojen puhkaisu, jatkuva ktg-seuranta ja lääkkeellinen kivunlievitys ilman perusteltua syytä. Matalan riskin ja korkean riskin synnytysten hoito ei juurikaan poikennut toisistaan. Kättilöt eivät tehneet synnyttäjän riskiarvioita säännönmukaisesti.

Levett ym. 2016 Australia	Saada tietoa, miten raskaana oleva nainen, hänen puolisonsa ja kättilöt kokevat vaihtoehtoisen hoidon valmennuksen raskauden aikana	13 matalan riskin synnyttäjää (n=13), 7 puolisoa (n=7), 12 kättilöä (n=12)	Laadullinen tutkimus, RCT, syvähaastattelu, fokusr ryhmä	Valmennus antoi synnyttäjälle, hänen puolisolleen ja kättilölle valmiuden ymmärtää synnytyksen luonnollisuus. Valmennuksessa annettu tieto vaihtoehtoisesta, lääkkeettömästä kivunlievityksestä auttoi synnyttäjää synnyttämään luonnonmukaisesti ja se vähensi turhia toimenpiteitä synnytyksen aikana.
Levett ym. 2016 Australia	Arvioida intervention, kaksipäiväisen valmennuksen, vaikutusta epiduraalipuudutuksen tarpeeseen synnytyskivun hoidossa	88 odottajaa interventoryhmässä (n=88), 83 odottajaa kontrolliryhmässä (n=83)	Määrällinen tutkimus, RCT, kyselykaavake	Interventiossa annettu ohjaus vaihtoehtoisista kivunlievitysmenetelmistä vaikutti merkittävästi vähentämään epiduraalipuudutuksen tarvetta synnytyskivun hoidossa. Lisäksi todettiin sen vähentäneen keisarileikkauksia.
Macdonald ym. 2015 Kanada	Tunnistaa ja arvioida kättilöiden ja äitiyshuollon työntekijöiden kokemuksia yhteistyöstä äitiyshuollossa	5 tutkimusta (n = 5)	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Negatiivisen yhteistyön syitä olivat epäluottamus, eri ammattiroolien epäselvyys ja epäammattillinen käyttäytyminen. Positiivisen yhteistyön edellytys oli positiivinen kokemus tiimityöskentelystä.
McInnes ym. 2017 Australia	Tutkia perusterveydenhuollon yhteistyön mahdollistavia ja estäviä tekijöitä	8 perushoitajaa (n = 8) 14 sairaanhoitajaa (n = 14)	Laadullinen tutkimus, puolistrukturoitu haastattelu	Toimivan yhteistyön edellytyksiä ovat kommunikaatio, ammatillinen kehittyminen ja ei-hierarkkinen työympäristö.
Miller ym. 2015 Australia	Luoda parempi ymmärrys normaaliin synnytykseen vaikuttavista tekijöistä	772 synnyttäjää naista (n=772)	Määrällinen tutkimus, kyselykaavake	Normaaliin synnytykseen vaikuttavista tekijöistä olivat mm. valmennukseen osallistuminen, sikiön sydänäänten jaksottainen seuranta, synnyttäjän kokemus saada synnyttää omaan tahtiinsa ja että hän oli etukäteen asennoitunut synnyttämään normaalisti.
Murray-Davis ym. 2011 Iso-Britannia	Kuvailla kättilöiden ja kättilötyön opettajien näkemyksiä ammatillisesta yhteistyöstä ja oppimisesta	11 kättilötyön johtajaa (n = 11) 16 kättilötyön opettajaa (n = 16) 7 vastavalmistunutta kättilöä (n = 7)	Laadullinen tutkimus, puolistrukturoitu haastattelu, fokusryhmät	Kättilöt ovat tietoisia siitä, mitä ominaisuuksia tehokas yhteistyö vaatii ja he tukevat kättilöopiskelijoita harjoittelun aikana.
Pazandeh ym. 2017 Iran	Saada käsitys synnyttäjän kokemuksista rutiininomaisesta hoidosta sairaalaympäristössä	26 synnyttäjää (n=26), joista 14 oli saanut valmennusta (n=14) ja 12 ei saanut valmennusta (n=12)	Kuvaileva, laadullinen tutkimus, syvähaastattelu	Lääketieteellinen näkökulma on vahva synnyttäjien kokemuksissa. Synnytykseen puututtiin herkästi ja keisarileikkaukset olivat yleisiä.

Saftner ym. 2017 Yhdysvallat	Kartoittaa äitiyshuollon henkilökunnan uskomuksia ja asenteita normaalista synnytyksestä ja tunnistaa ne elementit, joiden äitiyshuollossa työskentelevät uskovat voivan vaikuttaa odottajan luottamukseen synnyttää normaalisti	31 äitiyshuollon työntekijää (n=31)	Laadullinen, kuvaileva tutkimus, puolistrukturoitu haastattelu	Tutkimuksessa nousi esille kuusi keskeistä teemaa, joilla voidaan rohkaista/vahvistaa synnyttäjää synnyttämään normaalisti (luonnonmukaisesti). Näitä olivat mm. positiivinen käsitys normaalista synnytyksestä, luottamuksellinen suhde hoitohenkilökuntaan ja valmennus ja tieto.
Scamell & Alaszewski 2012 Iso-Britannia	Tutkia, miten synnytys luokitellaan matalan tai korkean riskin synnytykseksi ja miten luokittelu vaikuttaa päätöksentekoon synnytyksen hoidossa	4 erilaista synnytyksyksikköä (=4), 1 korkean riskin synnytyksyksikkö (n=1), 2 kättilöjohtoista yksikköä (n=2), 1 kotisynnytyksyksikkö (n=1)	Laadullinen tutkimus, etnografinen tutkimus, puheen havainnointi	On olemassa korkean riskin synnytyksiä ja matalan riskin synnytyksiä, mutta ei ole koskaan olemassa riskitöntä synnytystä. Synnytyksen vaarallisuutta ja riskejä korostetaan helposti. Synnytys nähdään riskinä ja voidaan todeta normaaliksi vasta lapsen synnyttyä, jos kaikki on mennyt hyvin.
Voon ym. 2017 Singapore	Tutkia matalan riskin synnytysten tuloksia kättilö- ja lääkärijohtoisessa yksikössä	368 synnyttäneen naisen potilaskertomukset (n=368)	Laadullinen tutkimus, retrospektiivinen kohorttitutkimus, rekisteritutkimus	Tilastollisesti merkitsevä ero ilmeni synnytyksen kestossa ja raskaudenaikaisissa käynteissä yksiköiden välillä. Eroa ei ollut synnytystavalla, episiotomien määrässä, kivunlievityksessä, synnytysten käynnistysmäärässä, synnytystraumoissa, vastasyntyneen apgar-pisteissä tai vastasyntyneen voinnissa synnytyksen jälkeen. Johtopäätöksenä todettiin, että hoitotyö matalan riskin synnytyksissä on kättilöjohtoisessa yksikössä yhtä turvallista ja tehokasta kuin lääkärijohtoisessa yksikössä.
Wilson & Sirois 2010 Kanada	Tutkia, millaisia mielleyhtymiä ja odotuksia odottajalla on liittyen synnytykseen ja valintaan synnytyksen "hoitajasta" sekä miten tyytyväinen odottaja oli raskaudenaikaiseen hoitoonsa. Tätä varten luotiin ja testattiin "synnytysfilosofiamittari".	133 matalan riskin synnyttäjää (n=133)	Määrällinen tutkimus, sähköinen kysely	Synnyttäjät, jotka valitsivat kättilön synnytyksensä hoitajaksi, halusivat synnyttää luonnonmukaisesti, luottivat omiin kykyihinsä, kokivat itsensä tasa-arvoisiksi kättilön kanssa synnytyksessään ja olivat selkeästi tyytyväisempiä kaikilla mitatuilla osioilla, joten synnyttäjän ja hänen synnytystään hoitavan henkilön välinen yhteys on merkityksellinen.

<p>Zinsser ym. 2016 Saksa</p>	<p>Kuvailla mittaria ja sen käyttöä. Mittarin tarkoituksena on mitata kätilöiden asenteita normaalin synnytyksen tukemisessa (avustamisessa).</p>	<p>188 kätilöä (n=188)</p>	<p>Määrällinen tutkimus, sähköinen kysely</p>	<p>Kätilöt, jotka luottivat omaan kykyihinsä, työskentelivät ei-sairaalamaisessa työympäristössä ja olivat olleet työelämässä vasta muutaman vuoden, suhtautuivat myönteisemmin normaaliin, luonnomukaiseen synnytykseen. Muutoin työkokemuksella tai yleisellä luottamuksella omaan kykyihin ei ollut juurikaan vaikutusta kätilöiden suhtautumisessa luonnomukaiseen synnytykseen.</p>
---------------------------------------	---	--------------------------------	---	--



## **Liite 4. Tiedote tutkimuksesta**

### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

#### HYVÄ TERVEYDENHOITAJA

Pyydämme Sinua osallistumaan tutkimukseen, jossa tarkastellaan näkemyksiäsi kummikätilötoiminnasta. Kummikätilötoiminnalla tarkoitetaan vuonna 2016 aloitettua toimintaa, jolla pyritään tehostamaan synnytysyksiköiden ja neuvoloiden yhteistyötä, parantamaan tiedonkulkua ja tehostamaan perhevalmennusta matalan riskin synnytysten näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää kummikätilötoimintaa.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja Sinulla on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksessa kerättäviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä.

Voit osallistua tutkimukseen vastaamalla oheiseen sähköiseen kyselyyn. Kysely on suunnattu kaikille Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) synnytysyksiköiden alueiden neuvoloiden (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kirkkonummi, Kauniainen, Porvoo ja Sipoo) perhevalmennusta antaville terveydenhoitajille. Sinun osallistumisesi on tärkeää tutkimuksen onnistumisen kannalta. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10 minuuttia.

Lupa tämän tutkimuksen toteuttamiseen on saatu HYKS - sairaanhoitoalueen Naistentautien ja synnytysten tulosyksiköstä. Tutkimus on Nina Heinikosken pro gradu – tutkielma Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella.

Mikäli Sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Nina Heinikoski  
kätilö, TtM - opiskelija  
Hoitotieteen laitos  
20014 Turun yliopisto  
nina.k.heinikoski@utu.fi  
puh. xxx xxx xxxx

Hannakaisa Niela – Vilèn  
kätilö, TtT, tutkija  
Hoitotieteen laitos  
Turun yliopisto  
hmniel@utu.fi  
puh. xxxx xxx xxx

## **Liite 5. Kyselylomake**

### **KYSELY TERVEYDENHOITAJILLE KUMMIKÄTILÖTOIMINNASTA**

Pyydän sinua ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin. Tavoitteena on kehittää kummikätilötoimintaa.

#### **Taustatiedot**

1. Työskentelykuntasi
  1. Helsinki
  2. Espoo
  3. Vantaa
  4. Kauniainen
  5. Kirkkonummi
  6. Porvoo
  7. Sipoo
  
2. Oma koulutustaustasi
  1. terveydenhoitaja
  2. kätilö
  3. terveydenhoitaja – kätilö
  4. muu
  
3. Kuinka kauan olet työskennellyt neuvolassa
  1. alle vuoden
  2. 1 – 5 vuotta
  3. 5 – 10 vuotta
  4. yli 10 vuotta
  
4. Pidätkö perhevalmennusta?
  1. kyllä
  2. ei

#### **Seuraavilla kysymyksillä kartoitetaan tietojasi kummikätilötoiminnasta**

5. Ymmärrän, mitä kummikätilötoiminnalla tarkoitetaan
  1. täysin eri mieltä
  2. jonkin verran eri mieltä
  3. en osaa sanoa
  4. jonkin verran samaa mieltä
  5. täysin samaa mieltä
  
6. Kummikätilötoiminta on mielestäni tarpeellista
  1. täysin eri mieltä
  2. jonkin verran eri mieltä

3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

7. Tiedän, kuka on oman neuvolani kummikätilö

3. kyllä
4. ei

8. Oletko ollut yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse oman neuvolasi kummikätilöön

1. kerran
2. 2 – 3 kertaa
3. neljä kertaa tai enemmän
4. en ole ollut yhteydessä

9. Oletko tavannut oman neuvolasi kummikätilön

1. kerran
2. 2 – 3 kertaa
3. neljä kertaa tai enemmän
4. en ole tavannut

**Seuraavilla kysymyksillä kartoitetaan, miten kummikätilötoiminta on vaikuttanut aiempaa tietoosi matalan riskin synnytyksistä? Matalan riskin synnytyksellä tarkoitetaan normaalia synnytystä, johon ei puututa.**

10. Tietoni matalan riskin synnytyksen kriteereistä on lisääntynyt kummikätilötoiminnan myötä

1. täysin eri mieltä
2. jonkin verran eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

11. Ymmärrän matalan riskin synnytyksen kriteerit paremmin kummikätilötoiminnan myötä

1. täysin eri mieltä
2. jonkin verran eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

12. Tietoni lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ovat lisääntyneet kummikätilötoiminnan myötä

1. täysin eri mieltä
2. jonkin verran eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

13. Tietoni lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä ovat lisääntyneet kummikätilötoiminnan myötä

1. täysin eri mieltä
2. jonkin verran eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

14. Kummikätilötoiminnalla on ollut merkitystä antamaani synnytysvalmennukseen

1. täysin eri mieltä
2. jonkin verran eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

**Seuraavana kysymyksiä äitiysneuvoloiden ja synnytys sairaaloiden välisestä yhteistyöstä**

15. Koen, että yhteistyö synnytys sairaalan ja neuvolan välillä on syventynyt kummikätilötoiminnan myötä

1. täysin eri mieltä
2. jonkin verran eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

16. Koen, että tiedonkulku synnytys sairaalan ja neuvolan välillä on kehittynyt kummikätilötoiminnan myötä

1. täysin eri mieltä
2. jonkin verran eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

17. Koen kummikätilötoiminnan hyödylliseksi

1. täysin eri mieltä

2. jonkin verran eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jonkin verran samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

18. Miten muuten haluaisit kommentoida kummikätilötoimintaa: