

KATRI RYTTYLÄINEN

# Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana

Naisspesifinen näkökulma

Women's Assessments of Control During Pregnancy  
Surveillance and Labor Care

A Women-Specific Perspective

Väitöskirja

Esitetään Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan luvalla  
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden tohtorin arvoa varten  
Kuopion yliopistossa Medistudian luentosalissa MLI,  
perjantaina 2. joulukuuta 2005 klo 10

Hoitotieteen laitos

Kuopion yliopisto

Tutkimusyksikkö

Kuopion yliopistollinen sairaala



KUOPION YLIOPISTO

KUOPIO 2005

**Jakelu:** Kuopion yliopiston kirjasto  
PL 1627  
FIN-70211 KUOPIO  
Puh. 017 163 430  
Fax 017 163 410  
<http://www.uku.fi/kirjasto/julkaisutoiminta/julkmyyn.html>

**Sarjan toimittajat:** Jari Eskola, YTT  
Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos  
  
Jari Kylmä, FT  
Hoitotieteen laitos  
  
Veli-Matti Poutanen, YTT  
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalitalouden laitos

**Tekijän osoite:** Hoitotieteen laitos  
Kuopion yliopisto  
PL 1627  
FIN-70211 KUOPIO  
Puh. 017 162 274  
Fax 017 162 632

**Ohjaajat:** Professori Katri Vehviläinen-Julkunen, THT  
Hoitotieteen laitos  
Kuopion yliopisto  
  
Professori Anna-Maija Pietilä, THT  
Hoitotieteen laitos  
Kuopion yliopisto

**Esitarkastajat:** Dosentti Marja-Terttu Tarkka, THT  
Hoitotieteen laitos  
Tampereen yliopisto  
  
Dosentti Lisbet Lindholm, HVD  
Institutionen för vårdvetenskap  
Åbo Akademi, Vaasa

**Vastaväittäjä:** Professori Eija Paavilainen, TtT  
Hoitotieteen laitos  
Tampereen yliopisto

**Kannen kuva:** Janika Herlevi

ISBN 951-27-0367-X  
ISBN 951-27-0079-4 (PDF)  
ISSN 1235-0494

Kopijyvä  
Kuopio 2005  
Finland

Ryttyläinen, Katri. Women's assessments of control during pregnancy surveillance and labour care – a woman-specific perspective. Kuopio University Publications E. Social Sciences 128. 2005. 216 p.  
ISBN 951-27-0367-X  
ISBN 951-27-0079-4 (PDF)  
ISSN 1235-0494

## ABSTRACT

**Purpose of the study:** The purpose of this study was to describe and explain the control in the context of pregnancy and delivery. The work hypothesis was that a woman's feeling of control during pregnancy surveillance and labour care is constituted by involvement in decision-making, the reception of information, and the consideration of the body and self-confidence. The study also examined the factors explaining a woman's experience of control within a collaborative relationship with a public health nurse, an obstetrician, and a midwife. Moreover, a preliminary model was developed to describe the experience of control and the future development of maternity care.

**Material and methods:** The basic cohort of the study consisted of Finnish-speaking women, aged from 18 to 44, who had delivered between the years 1995 and 2002. The random sample collected from the Population Information System included 3,000 women. The data was collected with a survey in the year 2003. The 1,625 respondents translate into a response rate of 54%. The statistical description of the data was implemented with frequencies and percentages, cross-tabulation, and mean values. The analysis methods included Kruskal-Wallis test, Spearman's correlation coefficient, linear regression analysis, and factor analysis. The women's assessments of control in relation to professional groups were studied using Friedman and Wilcoxon tests. The answers to open questions were analyzed using quantitative content analysis.

**Results:** The work hypothesis was disproved. Based on the statistical analysis, it was not possible to divide control into the sub-dimensions of involvement in decision-making, reception of information, and consideration of the body and self-confidence. The content analysis of the data, made the content of control more versatile. Control by women was concretized fairly well with various experts. With all the experts, the implementation of control was worst with respect to the strengthening of self-confidence, discussion on alternatives, and involvement in decisions. There were few factors associating and explaining the control. The woman's education, full term deliveries and childbirth experience had an effect on control. Control was best concretized with the public health nurse at the maternity clinic, and worst with the obstetrician in the delivery room. It was promoted by the secure and skilled performance of the expert, sufficient provision of adequate information, involvement in decision-making, sufficient pain relief, consideration of the body and self-confidence, and an assuring a safe and peaceful environment and situation. Control was reduced by unskilled and expert's insecure performance, the lack of appropriate information and involvement in decisions, strong labour pain, disregard for the body and self-confidence, long waiting, and an environment and situation which caused anxiety. The relationship between the woman and the expert was significant for control. In order to develop the maternity care service system, several needs were presented. A preliminary model was developed to describe the control and the development of maternity care.

**Conclusions:** The clarification of the content of control calls for the use of complementary perspectives and methods. A positive experience of the first childbirth is important for the generation of control in later childbirths. The feeling of control arises through interaction. Various dimensions of the maternity care service system must be intensively developed.

**Medical Subject Headings (MeSH):** maternal health services; prenatal care; pregnancy; parturition; labor; obstetric; women's health services; internal-external control





Ryttyläinen, Katri. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana – naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128.2005. 216 s.  
ISBN 951-27-0367-X  
ISBN 951-27-0079-4 (PDF)  
ISSN 1235-0494

## TIIVISTELMÄ

**Tutkimuksen tarkoitus:** Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selittää naisen hallintaa raskauden ja synnytyksen kontekstissa. Tutkimuksessa asetettiin **työhypoteesi**, jonka mukaan naisen hallinta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana muodostuu päätöksentekoon osallistumisesta, tiedon saamisesta sekä kehon ja itseluottamuksen huomioimisesta. Lisäksi selvitettiin hallintaa selittäviä tekijöitä yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa ja kehitettiin alustava malli jäsentämään naisen hallintaa ja äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämistä

**Tutkimusaineisto ja menetelmät:** Tutkimuksen perusjoukon muodostivat 18 – 44 -vuotiaat suomenkieliset naiset, jotka olivat synnyttäneet vuosina 1995–2002. Väestötietojärjestelmästä poimittiin satunnaisotannalla 3000 naista. Aineisto koottiin kyselyllä vuonna 2003. Vastaajia oli 1625 ja vastausprosentiksi saatiin 54 %. Aineiston tilastollinen kuvaus tehtiin frekvenssi- ja prosenttiosuuksien, ristiintaulukoinnin ja keskiarvojen avulla. Analyysimenetelminä käytettiin Kruskal-Wallisin testiä, Spearmanin korrelaatiokerrointa, lineaarista regressioanalyysia ja faktorianalyysia. Naisten arviointeja hallinnasta suhteessa ammattiryhmiin tutkittiin Friedmanin ja Wilcoxonin testeillä. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin määrällisellä sisällön analyysilla.

**Tulokset:** Tutkimuksen alussa asetettu **työhypoteesi** kumoutui. Tilastollisessa analyysissa hallinnasta ei voitu erottaa päätöksentekoon osallistumisen, tiedon saamisen eikä kehon ja itsetunnon huomioimisen osa-alueita. Sen sijaan naisten kokemuksiin perustuvan aineiston sisällön analyysi rikasti hallinnan sisältöä. Naisen hallinta mahdollistui eri asiantuntijoiden kanssa varsin hyvin. Heikoiden hallinta mahdollistui itseluottamuksen lujittamisessa, vaihtoehtoista keskustelussa ja päätöksiin osallistumisessa kaikkien asiantuntijoiden kanssa. Hallintaan yhteydessä olevia ja selittäviä tekijöitä oli vähän. Koulutuksella, täysiaikaisten synnytysten määrällä ja synnytyskokemuksella oli vaikutusta hallintaan. Hallinta mahdollistui parhaiten terveydenhoitajan kanssa äitiysneuvolassa ja huonoiten synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa. Hallintaa edistivät asiantuntijan varma ja taitava toiminta, riittävä ja hyvä tiedon saaminen, osallistuminen päätöksentekoon, riittävä kivunlievitys, kehon ja itseluottamuksen huomiointi, varmistuminen ja rauhallinen hoitoympäristö ja -tilanne. Sitä heikensivät asiantuntijan taitamaton ja epävarma toiminta, riittämätön ja huono tiedon saaminen, päätöksentekoon osallistumattomuus, kova synnytyskipu, kehon ja itseluottamuksen huomiotta jättäminen, odottaminen sekä epävarmuutta herättävä hoitoympäristö ja -tilanne. Hallinnassa oli merkittävää naisen ja asiantuntijan suhde. Äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehittämistarpeita esitettiin runsaasti. Tutkimustulosten pohjalta kehitettiin **alustava malli** kuvaamaan naisen hallintaa ja äitiyshuollon kehittämistä.

**Johtopäätökset:** Hallinnan sisällön selkiyttäminen vaatii erilaisten, toisiaan täydentävien näkökulmien ja metodien käyttöä. Myönteisen kokemuksen syntyminen ensisynnytyksestä on tärkeää hallinnan tunteen syntymiselle myöhemmin. Hallinta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana on vuorovaikutuksellista. Äitiyshuollon palvelujärjestelmää on kehitettävä useista eri näkökulmista.

**Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA):** hallinta, äitiyshuolto; raskaus; synnytys; äitiysneuvolat, äitiys; naistutkimus; sukupuolitutkimus



## **ESIPUHE**

### **Kiitän lämpimästi**

Rohkaisusta, kannustuksesta, avusta ja keskusteluista.

Ohjaajiani Katri Vehviläinen-Julkusta ja Anna-Maija Pietilää, esitarkastajiani Lisbeth Lidholmia ja Marja-Terttu Tarkkaa, työtovereitani, yhteistyökumppaneita ja ystäviäni Leena Liimataista, Johanna Heikkilää, Tanja Minkkistä, Tarja Huttusta, Sirpa Valkamaa, Anna-Liisa Pekkasta, Arja Matikaista, Mervi Patosuota, Pirjo Ramista, Päivi Löfmania, Ismo Vainikkaa, Satu Mäkitaloa, Pekka Pohjolaa, Jukka Harjua, Vesa Kiviniemeä, Kristiina Poikajärveä, Maija Ritamoa, Mika, Pia, Veera, Antti ja Ukko Kimosta, Jorma Lohea, Leena Kiemaa ja kaikkia tutkimukseen osallistuneita naisia.

Rahasta.

Tutkimustyötäni ovat rahallisesti tukeneet William ja Ester Otsakorven Säätiö, Naisten Tiedesäätiö, Kuopion yliopisto, Suomen Kätilöliitto, Suomen sairaanhoitajaliiton Saimaan sairaanhoitajat ry ja Jyväskylän ammattikorkeakoulu, virkavapaan muodossa.

Rakkaudesta.

Appivanhempiani Sirkka-Liisa ja Lauri Ryttyläistä, syntymäkotini väkeä Suonenjoen Levässä.

Ikuisesta rakkaudesta

Edesmennyttä puolisoani Velipekka Ryttyläistä – olet aina mukana.

Mutta eniten kiitän sinua, Pekka.

Jyväskylässä Hauhontielä 12.11.2005.

*Katri Ryttyläinen*



## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....</b>	<b>20</b>
<b>3 NAISSPESIFISYYS, NYKYÄITIYS JA ÄITIYSHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄ TUTKIMUKSEN KEHYKSIÄ .....</b>	<b>21</b>
3.1 Naisspesifisyys tutkimuksessa .....	21
3.2 Ambivalenttinen nykyäitiys .....	23
3.3 Äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja sen kehityslinjoja 2000-luvulla.....	27
3.3.1 Suomalainen äitiyshuollon palvelujärjestelmä.....	27
3.3.2 Äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehityslinjoja.....	29
3.3.2.1 Erikoissairaanhoidon painottuminen .....	29
3.3.2.2 Pirstaleisuus ja keskittäminen.....	34
3.3.2.3 Medikalisaatio ja luonnonmukaisuus .....	36
3.3.2.4 Normaalistaminen ja yksilöllistäminen .....	39
3.4 Yhteenveto tutkimusorientaatiosta.....	40
<b>4 NAISEN HALLINTA RASKAUDEN JA SYNNYTYKSEN AIKANA.....</b>	<b>44</b>
4.1 Hallinnan käsite.....	44
4.2 Naisen hallinnan määrittelyt raskautta ja synnytystä käsittelevissä tutkimuksissa .....	51
4.3 Naisen hallintaan vaikuttavia tekijöitä raskauden ja synnytyksen aikana .....	59
4.3.1 Hallinta naisen päätöksentekoon osallistumisena .....	59
4.3.1.1 Hoitoympäristö päätöksentekoon osallistumisen ja hallinnan edellytyksenä.....	62
4.3.1.2 Synnytyskipu, osallistuminen päätöksentekoon ja naisen hallinta .....	64
4.3.1.3 Synnytystavan vaikutus naisen päätöksentekoon osallistumiseen ja hallintaan .....	65
4.3.1.4 Asiantuntijoiden toiminnan ja äitiyshoitotyön organisointitavan vaikutus pätöksentekoon osallistumiseen ja naisen hallintaan.....	67
4.3.2 Tiedon saaminen raskauden ja synnytyksen aikana edellytyksenä naisen hallinnalle .....	70
4.3.3 Naisen sosiaalisen taustan yhteys hallintaan.....	77
<b>5 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDISTA .....</b>	<b>79</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN EMPIIRISEN OSAN TOTEUTUS .....</b>	<b>82</b>
6.1 Tutkimusaineisto ja sen keruu.....	82
6.2 Kyselylomakkeen laadinta .....	82
6.3 Tutkimusaineiston analyysi.....	84
6.3.1 Tilastollinen analyysi.....	85
6.3.2 Avoimien kysymysten sisällön analyysi .....	86
6.4 Tutkimuseettiset kysymykset .....	92
<b>7 TULOKSET .....</b>	<b>94</b>
7.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus.....	94
7.2 Hallinta tilastollisen analyysin perusteella .....	98
7.3 Naisen hallinta terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kätilön kanssa.....	103
7.3.1 Hallinnan riittävyys .....	103
7.3.2 Naisen sosiaalisen taustan ja synnytyksen vaikutus hallintaan.....	106

7.3.3	Naisen hallintaa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa selittävät tekijät.....	108
7.3.4	Naisen hallinnan eroja yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa.....	109
7.4	Hallintaa edistävät ja estävät tekijät raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana.....	111
7.4.1	Hallintaa edistävät tekijät raskauden seurannan aikana.....	112
7.4.2	Hallintaa estävät tekijät raskauden seurannan aikana.....	117
7.4.3	Hallintaa edistävät tekijät synnytyksen aikana.....	122
7.4.4	Hallintaa estävät tekijät synnytyksen aikana.....	134
7.5	Hallinta tilastollisen analyysin ja avoimien vastausten sisällön analyysin perusteella.....	146
7.6	Äitiyshuollon palvelujärjestelmän tulevaisuuden kehittämishaasteet.....	147
7.7	Alustava malli naisen hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen aikana.....	155
<b>8</b>	<b>POHDINTA.....</b>	<b>160</b>
8.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	160
8.2	Tulosten tarkastelu.....	167
8.2.1	Naisen hallinta yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa.....	167
8.2.2	Naisen hallinnan toteutumista edistävät ja estävät tekijät.....	169
8.2.3	Äitiyshuollon palvelujärjestelmän tulevaisuuden kehittäminen.....	175
8.2.4	Alustavan mallin arviointi.....	182
8.3	Naisspesifisen orientaation anti.....	183
<b>9</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET.....</b>	<b>187</b>
<b>10</b>	<b>TULOSTEN KÄYTTÖ JA JATKOTUTKIMUS EHDOTUKSET .....</b>	<b>189</b>
	<b>LÄHTEET .....</b>	<b>193</b>
	<b>LIITE</b>	
	<b>LIITETAULUKOT</b>	

## TAULUKOT

Taulukko 1.	Suomalaista äitiyshuoltoa kuvaavia tilastotietoja
Taulukko 2.	Yhteenveto hallinnan käsitteen ja sen lähikäsitteiden määrittelyistä (1963 – 2003)
Taulukko 3.	Tutkimuksia hallinnan ja sen lähikäsitteiden määrittelyistä raskauden ja synnytyksen aikana (1993 – 2004)
Taulukko 4.	Hallintaa mittaavien kysymysten laadinnassa käytetty keskeisin kirjallisuus
Taulukko 5.	Kyselylomakkeen teemat, niitä mittaavat kysymykset sekä kysymysten kategoriat
Taulukko 6.	Tutkimukseen osallistuneiden naisten taustatiedot (n, %)
Taulukko 7.	Synnytyksiin liittyvät taustatiedot (n, %)
Taulukko 8.	Suunnitelma summamuuttujien muodostamisesta teoreettisen tiedon ja työhypoteesin mukaisesti
Taulukko 9.	Hallinnan summamuuttujat
Taulukko 10.	Hallinnan riittävyys terveydenhoitajan kanssa äitiysneuvolassa (n, %)
Taulukko 11.	Hallinnan riittävyys synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa (n, %)
Taulukko 12.	Hallinnan riittävyys kätilön kanssa synnytyssalissa (n, %)
Taulukko 13.	Täysiaikaisten synnytysten lukumäärän vaikutus hallintaan (n, r., p-arvo)
Taulukko 14.	Synnytyskokemuksen vaikutus hallintaa (n, r., p-arvo)
Taulukko 15.	Hallintaa terveydenhoitajan kanssa selittävät tekijät
Taulukko 16.	Hallintaa synnytyslääkärin kanssa selittävät tekijät
Taulukko 17.	Hallintaa kätilön kanssa selittävät tekijät
Taulukko 18.	Hallinnan eroja terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kätilön kanssa (ka, kh, Friedmanin testi, $\chi^2$ , df, p-arvo)
Taulukko 19.	Äitiyshuollon palveluiden rakenteisiin ja järjestämiseen liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet
Taulukko 20.	Organisaatioiden toimintaan liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet
Taulukko 21.	Äitiyshuollon toiminnan painotuksiin ja sisältöihin liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet
Taulukko 22.	Äitiyshuollon asiantuntijoihin liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet
Taulukko 23.	Naisen hallinnan ja osallistumismahdollisuuksiin liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet
Taulukko 24.	Toimintatapoja äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehittämiseksi naisen hallintaa tukevaksi

## KUVIOT

- |           |   |
|-----------|---|
| Kuvio 1.  | Tutkimuksen viitekehys  |
| Kuvio 2.  | Avoimien kysymysten aineiston muodostuminen   |
| Kuvio 3.  | Yhteenvedo avoimien kysymysten aineiston analysoinnin etenemisestä  |
| Kuvio 4.  | Raskauden seurannan hallintaa edistävien tekijöiden kategoriat ja tekstiotteiden määrät                     |
| Kuvio 5.  | Raskauden seurannan hallintaa estävien tekijöiden kategoriat ja tekstiotteiden määrät                       |
| Kuvio 6.  | Synnytyksen hoidon hallintaa edistävien tekijöiden kategoriat ja tekstiotteiden määrät                      |
| Kuvio 7.  | Kehon ja itsetunnon huomiointi-kategoria ja tekstiotteiden määrät   |
| Kuvio 8.  | Rauhoittava hoitoympäristö ja -tilanne-kategoria ja tekstiotteiden määrät                                   |
| Kuvio 9.  | Asiantuntijan taitava toiminta -kategoria ja tekstiotteiden määrät  |
| Kuvio 10. | Osallistuminen päätöksentekoon-kategoria ja tekstiotteiden määrät   |
| Kuvio 11. | Riittävä tiedon saaminen-kategoria ja tekstiotteiden määrät   |
| Kuvio 12. | Synnytyksen hoidon hallintaa estävien tekijöiden kategoriat ja tekstiotteiden määrät                        |
| Kuvio 13. | Epävarmuutta herättävä hoitoympäristö ja -tilanne-kategoria ja tekstiotteiden määrät                        |
| Kuvio 14. | Osallistumattomuus päätöksentekoon-kategoria ja tekstiotteiden määrät                                       |
| Kuvio 15. | Asiantuntijoiden taitamaton toiminta-kategoria ja tekstiotteiden määrät                                     |
| Kuvio 16. | Kova synnytyskipu -kategoria ja tekstiotteiden määrät   |
| Kuvio 17. | Riittämätön tiedon saaminen -kategoria ja tekstiotteiden määrät   |
| Kuvio 18. | Kehollisuuden ja itsetunnon huomiotta jättäminen-kategoria ja tekstiotteiden määrät                         |
| Kuvio 19. | Kuvaus hallinnasta tilastollisen analyysin ja avoimien kysymysten vastausten sisällön analyysin perusteella |
| Kuvio 20. | Alustava malli naisen hallinnan edistämisestä ja äitiyshuollon tulevaisuuden Kehittämisestä                 |



## **LIITE**

Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje

## **LIITETAULUKOT**

- Liitetaulukko 1. Naisen hallintaa, selviytymistä ja pystyvyyttä raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1993 – 2005)
- Liitetaulukko 2. Naisen päätöksentekoa raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1994 – 2004)
- Liitetaulukko 3. Naisen tiedon saamista raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1995 – 2004)
- Liitetaulukko 4. Naisen itseluottamusta ja kehollisuutta raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1999 – 2004)
- Liitetaulukko 5. Äitiyshuollon palvelujärjestelmää ja naisten hallintaa raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1993 – 2004)
- Liitetaulukko 6. ”En muista” vastaukset terveydenhoitajan kanssa hallintaa mittaavissa kysymyksissä
- Liitetaulukko 7. ”En muista” vastaukset synnytyslääkärin kanssa hallintaa mittaavissa kysymyksissä
- Liitetaulukko 8. ”En muista” vastaukset kätilön kanssa hallintaa mittaavissa kysymyksissä
- Liitetaulukko 9. Hallinta ja terveydenhoitaja: faktorilataukset ja kommunaliteetit
- Liitetaulukko 10. Hallinta ja synnytyslääkäri: faktorilataukset ja kommunaliteetit
- Liitetaulukko 11. Hallinta ja kätilö: faktorilataukset ja kommunaliteetit
- Liitetaulukko 12. Hallinnan summamuuttujien keskinäiset korrelaatiot
- Liitetaulukko 13. Täysiaikaisten ja ennenaikaisten synnytysten sekä raskaudenkeskeytysten ja keskenmenojen yhteys hallintaan
- Liitetaulukko 14. Synnytystavan ja synnytystapatoiveen yhteys hallintaan



# 1 JOHDANTO

*”Raskaus ja synnyttäminen ovat kuin kapean sillan ylittämistä, ihmiset  
voivat saattaa sinut sillalle, he voivat ottaa sinut vastaan toisella  
puolella siltaa, mutta silta sinun on ylitettävä yksin.”*

Afrikkalainen sanalasku

Äitiys, raskaus ja synnyttäminen ovat aina olleet jollakin tavalla vilkkaan keskustelun kohteena. Se on välttämätön aihe niin naisten keskinäisessä puheessa kuin laajemminkin yhteiskunnallisessa keskustelussa. Raskauden ja synnytyksen merkitys naiselle ja hänen terveydelleen on länsimaissa aikojen kuluessa muuttunut kuolemanriskistä elämän taite- ja kohokohdaksi ja viime aikoina selkeästi tietoiseksi valinnaksi. Äitiyshuollon palvelujärjestelmä on merkittävä äitiyden muokkaaja ja tukija, ja sillä on jo vuosikymmenten ajan ollut arvostettu asema äitien ja naisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Meillä äitiyshuollon palvelut on järjestetty hyvin yhtenäisesti ja palvelujärjestelmä tavoittaa käytännöllisesti katsoen kaikki lasta odottavat naiset. Suomalaista äitiyshuoltoa pidetään eräänlaisena menestystarinana, jos sitä tarkastellaan imeväis- ja äitikuolleisuuden mittareilla, sillä ne ovat edelleen maailman alhaisimpia. (Vehviläinen-Julkunen 2002.) Myös äitiyshuollon palvelujärjestelmämme tavoitteiden voidaan sanoa olevan varsin modernit ja moniaineiset. Palvelujärjestelmää on koko 1990-luvun ja 2000-luvun alun ajan aktiivisesti pyritty kehittämään perhekeskeisyyttä ja vanhemmuutta korostavaan suuntaan. Kuitenkin perhe on ymmärretty äitiyshuollon käytänteissä ja tutkimuksissakin pääasiassa traditionaalisesti ydinperheenä (ks. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999), vaikka jo se, mitä perheellä käsitetään, puhumattakaan perheen rakenteesta, ovat suomalaisessa yhteiskunnassa voimakkaassa muutoksessa (ks. myös Paavilainen 1998).

Viime vuosien perheen ja vanhemmuuden näennäinen sukupuolineutraali puhe on osittain häivyttänyt sukupuolierityiset ongelmat ja auttamisen tarpeet äitiyshuollosta (ks. Kuronen, Granfelt, Nyqvist & Petrelius 2004, Wrede 2003). Tällöin nainen ei näyttäydy äitiyshuollossa asiakkaana, jolla on myös omia sukupuolierityisiä tarpeita, vaikka äitiyshuoltoon liittyy runsaasti kysymyksiä, jotka edellyttävät sukupuolen nykyistä näkyvämpää käsittelemistä ja problematisointia sekä tutkimuksessa että käytännön työssä. Varsinkin ammatillisissa, kuten naisen asemasta hoitotyöntekijänä, mutta myös hoitotieteellisessä keskustelussa sukupuolen merkityksiä, ilmenemistapoja ja vaikutuksia on tarkasteltu niukasti. Suomen kaltaisessa maassa, jossa äitiyshuolto hoituu suurimmalta osin virallisessa ja julkisessa järjestelmässä, on kehittäminen naisspesifisistä toimintatavoista ollut vähäistä ja vierasta. Äitiyshuoltoa on tutkittu ja analysoitu niukasti naistutkimuksen siihen tarjoamin käsittein (Pelkonen, Hakulinen

& Perälä 2003, Vehviläinen 2000, Pelkonen, Hakulinen & Perälä 2005). Tähän liittyy se, että yhteiskuntaamme leimaa vahvemmin sukupuolten tasa-arvon ideologia kuin nais(sukupuoli)spesifiset kysymykset. Pohjoismaissa terveystalveluiden järjestämisen periaatteina on ollut universalismi eli palveluiden saattaminen kaikkien ulottuville. Näkemys korostaa sukupuolten välistä tasa-arvoa, joka on ollut merkittävä strategia myös naisten terveystalveluiden turvaamisessa. Tästä syystä naisten terveyteen liittyviä kysymyksiä ei ole lähestytty yksittäisinä kysymyksinä.(Bergman 2002.) Universalismiin perustuvat normit ja palveluiden standardisointi ovat perustuneet homogeeniselle näkemykselle sukupuolesta, mistä on seurannut, että sukupuolten erot ja siten myös yksilöiden erilaiset tarpeet on jätetty vähälle huomiolle. (Riskä 2005.) Kuitenkin järjestelmässä on naisspesifisistä lähtökohdista rakentuvien palveluiden ja toimintatapojen paikkoja, joissa naisten osallistumisen ja hallinnan tavoite on mielekäs ja tavoiteltava. Raskauteen, synnyttämiseen, äitiyteen ja perheeseen liittyvät kysymykset määrittyvät naisisiksi tai niitä ainakin lähinnä käsitellään naisasiakkaiden kanssa. Pelkästään miestä koskettavia asioita on äitiyshuollossa vähemmän.

Kansainvälisesti naistutkijat ovat jo pitkään ja voimakkaastikin esittäneet kritiikkiä äitiyshuoltoa kohtaan (mm. Oakley 1984, 1993, Turkel 1990, Davis-Floyd 1992, Armstrong 2000, Cahill 2001, Miller 2005) arvostellen erityisesti lääketiedettä ja sitä kautta myös äitiyshuollon palvelujärjestelmää toimijoiheen äitiyden liiallisesta kontrolloinnista. Kritiikin mukaan lääketieteellinen asiantuntijuus on etäännyttänyt naiset äitiyden kokemisesta sekä raskauden ja synnytyksen hallinnasta. Radikaaleimmat kuten Armstrong (2000) ovat nähneet myös naisten valmentamisen raskauteen ja synnytykseen strategiana, joka paremminkin sosiaalistaa lasta odottavat naiset synnytysairaalan rutiineihin kuin kannustaa heitä asettamaan omia tavoitteitaan synnytysprosessissa. Lääketieteen katsotaan vaikuttavan, ei vain yksittäisiin naisiin sekä heidän hoitokäytäntöihinsä, vaan myös koko siihen käsitykseen, joka vallitsee naisista äiteinä (Oakley 1984, 1993, Davis-Floyd 1992, Cahill 2001, Miller 2005). Suomalainen keskustelu äitiyden kontrolloinnista on ollut vaikeampaa. Vaikka naistutkijoiden esittämää kritiikkiä ei voidaakaan suoraan siirtää koskemaan suomalaista äitiyshuollon palvelujärjestelmää, se antaa kuitenkin ai-neksia järjestelmän tarkasteluun uusista lähtökohdista - sukupuolispesifisesti naisen näkökulmasta.

Raskaus ja synnytys tuottavat monia tilanteita, jotka vaativat naiselta aiemmin käyttämättömiä taitoja ja selviytymismekanismeja, jolloin hän joutuu arvioimaan pystyvyyttään ja hallinnankykyään uusissa tilanteissa. Ensisynnyttäjällä ei voi olla kovin realistista käsitystä siitä, mitä asioita raskaudessa ja synnytyksessä voi ylipäättään itse kontrolloida ja hallita. Hallinnasta tulee pysyvää vasta kun naisen sitä vahvistavia kokemuksia kertyy runsaasti. Tällä tarkoitetaan toisaalta niitä kokemuksia ja käsityksiä, joita naiselle on syntynyt elämänsähistoriansa aikana erilaisista tilanteista ja toisaalta aiemmista hoitokokemuksista. Tästä syystä ensimmäinen synnytyskokemus on hallinnan kannalta keskeinen. Sen pohjalta nainen rakentaa käsitystä hallinnasta ja siihen vaadittavista merkittävistä toimista seuraavissa synny-

tyksissä. (Zadoroznyj 1999.) Näin ollen äitiyshuollon ja sen asiantuntijoiden mahdollisuus vahvistaa naisen hallinnan kokemusta ja aktiivista osallistumista on ainutkertainen. Suomalainen äitiyshuolto pystyy tehokkaasti tunnistamaan ja hoitamaan raskauteen liittyviä sairauksia ja arvioimaan naisen fyysistä tilaa raskauden aikana, mutta sen kyky arvioida naisen yksilöllistä voimavaroja selviytyä ja hallita uutta tilannetta on osittain puutteellinen.

Terveystieteiden, synnytyslääkärin ja kättilön arviot naisen tilanteesta sekä heidän kykynsä tukea ja rohkaista naista korostuvat hallinnan tunteen ja sitä seuraavan toiminnan vakiinnuttamisessa (mm. Cahill 1996, Tinkler & Quinney 1998, Vehviläinen 2000, Ruusuvuori 2000, Stapleton, Kirkham, Curtis & Thomas 2002b, Lundgren 2004). He voivat edistää sen toteutumista esimerkiksi vahvistamalla naisen omanarvontunnetta (Matthews & Callister 2004) ja itsetuntoa (mm. Perälä, Pelkonen, Vehviläinen-Julkunen, Viisainen & Räikkönen 1998), osallistamalla naista hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (mm. Brown & Lumley 1998, Ahonen 2001) sekä antamalla tietoa ja perusteluja naisen päätöksenteon tueksi (Bluff & Holloway 1994, Vallimies-Patomäki 1998, Vehviläinen 2000). Asiantuntijat voivat puolestaan estää hallinnan toteutumista mm. pitämällä päätöksenteko-oikeuden raskauden ja synnytyksen aikana pääosin itsellään (mm. Too 1996) tai kohtelemalla naista avuttomana ja kykenemättömänä tekemään päätöksiä (Brown & Lumley 1998). Naisen hallinnan tunteen on todettu lukuisien tutkimusten mukaan olevan eduksi raskauden ja synnytyksen aikana. Raskauden aikainen hyvinvointi on yhteydessä siihen, kuinka vahva koherenssin tunne naisella on (Sjögren, Langius-Eklöf & Hjertberg 2004). Naisen luottamus omiin ja toisten hallinnan mahdollisuuksiin raskauden ja synnytyksen aikana on osoittautunut olevan selvästi yhteydessä hänen tyytyväisyyteensä synnytyskokemuksensa (Green, Coupland & Kitzinger 1990, Knapp 1996, Too 1996, Campero, Carcia, Ortiz, Reynoso & Langer 1998, Weaver 1998, Waldenström 1999a, Green & Baston 2003, Goodman, Mackey & Tavakoli 2004). Negatiivisesti koettuun raskauden aikaan ja synnytykseen liittyä sen sijaan naisen kokemus hallinnan menettämisestä tai sen puuttumisesta. (Fowles 1998, Deluca 1999, Green & Baston 2003, ks. myös Czarnocka & Slade 2000).

Kysymys naisen hallinnasta raskauden ja synnytyksen aikana on mielenkiintoinen monella tavalla. Yhtäältä naiset haluavat hallita itseään ja tilannettaan raskauden ja synnytyksen aikana (Cosslett 1994, Kline, Martin & Deyo 1998, Marander-Eklund 2000, Eames 2004, Melender 2004) ja toisaalta osa naisista uskoo raskauden ja synnytyksen olevan tapahtumia, jotka ohjautuvat ulkoisesti, ovat primitiivisesti luonnon tai Jumalan tahdon vallassa. (Zadoroznyj 1999, Hirvonen 2000, Piensoho 2001, Paavilainen 2003, ks. myös Khalaf & Callister 1997). Naiset pelkäävät raskauden ja synnytyksen aikana lapsensa hyvinvoinnin puolesta ja oman itsenäisyytensä ja omanarvontunteensa säilymisestä (Bondas 2000, 2002, myös Matthews & Callister 2004) ja sitä, että menettävät hallintakykynsä synnytyksessä (DiMatteo, Kahn & Berry 1993, Suonio, Vartiainen, Laasanen & Saarikoski 1993). Hallinta ja sen

mukana vaikuttamismahdollisuudet sekä kyky niiden toteuttamiseen ovat tärkeitä lasta odottavalle ja synnyttävälle naiselle (ks. Ryttyläinen 2005). Marander-Eklund (2000) viittaa tutkimuksessaan naisten tarpeeseen ”suorutua” synnytyksestä. Hallinta ilmiönä vertautuukin helposti raskauden ja synnytyksen yhteydessä suoriutumiseen tai suorittamiseen. Hallinta on kuitenkin jotakin muuta kuin suoriutumista ja suorittamista. Tilanteessa hallinta saattaa mahdollistua ja toteutua, vaikka raskaus ja synnytys etenisivät tai päättyisivät epäsäännöllisesti ja ennustamattomasti (ks. Weaver 1998). Suoriutumisessa taas on enemmänkin kyse nimenomaan yksilön aikaan saamasta onnistuneesta, varsin konkreettisestakin ”lopputuloksesta”, joka raskaudessa ja synnytyksessä on vaikeaa määritellä ja tavoittaa.

Tässä tutkimuksessa hallinta ymmärretään naisen tunteena siitä, että hän vaikuttaa tai että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan tilanteeseensa raskauden seurannan ja synnytyksen aikana. Hallinta on sisällöllisesti jäsennetty kolmeen osa-alueeseen: päätöksentekoon osallistumiseen, tiedon saamiseen sekä kehon ja itseluottamuksen huomioon ottamiseen. Kirjallisuuden mukaan ne on useimmiten liitetty hallinnan osa-alueiksi. Lisäksi hallinta käsitetään tutkimuksessa ”suhteellisena” eli vuorovaikutuksessa toteutuvana (ks. Walker, Hall & Thomas 1995, myös Weaver 1998). Vastakkaisesti individualistisen käsityksen mukaan nainen nähtäisiin suhteessa hallintaan riippumattomana ja itseriittoisena. Hallinta ei yksinomaan synny autonomisesti naisessa itsessään vaan suhteissa toisiin, tässä tutkimuksessa suhteissa asiantuntijoihin. Vuorovaikutussuhteissa oleminen muodostaa siis hallinnan mahdollisuuden ja toisaalta myös sen ehdon. Hallinta edellyttää naisen omaa pyrkimystä vaikuttaa raskauden seurantaan ja synnytyksen hoitoon sekä hoitoympäristöön, mutta silti se syntyy, tulee mahdolliseksi ja toteutuu sosiaalisesti ja tilannesidonnaisesti. Tässä tutkimuksessa hallinnan tilannesidonnaisuus merkitsee sitä, että hallintaa käsitellään suhteessa raskauden ja synnytyksen aikaan. Hallintaan katsotaan vaikuttavan ja siihen suodattuvan myös laajempien ilmiöiden, kuten käsityksen äitiydestä, äitiyshuollon palvelujärjestelmä, joista raskaana olevan ja synnyttävän naisen hallintaa ei voida tarkastella irrallisena.

Suomessa naisen hallintaa raskauden ja synnytyksen aikana ei ole tutkittu omana kokonaisuutenaan laajasti, vaan sitä on tutkittu mm. päätöksentekoon osallistumisen, synnytyskivusta selviytymisen, synnytyskokemusten ja – odotusten yhteydessä. Tutkimukset äitiyshuollosta ovat paljolti tarkastelleet terveydenhoitajan ja kättilön suhdetta naiseen, mutta naisen hallinnasta yhteistyösuhteessa synnytyslääkəriin ei ole olemassa suomalaista hoitotieteellistä tutkimusta. Suomalaisissa tutkimuksissa on äitiyshuoltoa ja sen palveluita analysoitu niukasti naisspesifisestä näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa naisen hallinta ankkuroidaan nykyäitiyteen ja suomalaiseen äitiyshuollon palvelujärjestelmään. Nainen käsitetään aktiivisena toimijana, jolla on kykyä hallita raskauden ja synnytyksen ajan tilanteita ja vaikuttaa niihin. Äitiyshuollon palvelujärjestelmäksi käsitetään kunnallinen äitiysneuvola mukaan lukien synnytys- ja perhevalmennus, erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikka sekä synnytyssairaala. Synnytyssairaala-

lan osalta tarkastelu päättyy synnytyssaliin, ja siten lapsivuodeajan hoito ja tapahtumat on jätetty tutkimuksessa tarkastelun ulkopuolelle.

Tutkimuksessa nimitetään yleisesti terveydenhoitajaa, kätilöä ja synnytyslääkäreitä asiantuntijaksi tekeväksi aina eroa heidän välille. Ammatit katsotaan tässä yhteydessä asiantuntijatehtäviksi, jotka vaativat laaja-alaista koulutusta ja osaamista. Tutkimus on sukupuolispesifistä hoitotieteellistä tutkimusta. Perinteisesti lääketiede on tuottanut runsaasti tietoa naisten terveydestä, vaikka suurin osa naisten terveysongelmista on ennaltaehkäistävissä ja ne liittyvät mm. lisääntymisterveyteen eivätkä siten ole välttämättä lääketieteellisiä kysymyksiä. Lääketieteen ja hoitotieteellisen sukupuolineutraalin tiedon rinnalle tarvitaan naisen terveyttä ja sen edistämistä koskevan uuden ja vaihtoehtoisen tiedon tuottamista, joka perustuu naisten omiin kokemuksiin. Tämä tutkimus edustaa myös ehkäisevän hoitotieteen alaa, sillä se tuottaa tietoa naisen terveyden edistämisen ehdoista niin hallinnan kuin naisspesifisestäkin näkökulmasta. Tutkimus on osa professori Katri Vehviläinen-Julkusen johtamaa ”Maternity services in the information societies” -tutkimushanketta Kuopion yliopistossa. Uutta tutkimustietoa saadaan naisen hallinnasta, hallinnan edistämisestä ja sen esteistä raskaana olevan ja synnyttävän naisen hoitotyössä sekä äitiyshuollon palvelujärjestelmän tulevaisuuden kehittämisestä naisspesifisesti.

## 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selittää hallintaa raskauden ja synnytyksen kontekstissa, yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kätilön kanssa. Tutkimuksessa asetetaan työhypoteesi, jonka mukaan naisen hallinta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana muodostuu päätöksentekoon osallistumisesta, tiedon saamisesta sekä kehon ja itseluottamuksen huomioon ottamisesta. Lisäksi tutkimuksessa kehitetään alustava malli naisen hallinnasta ja äitiyshuollon kehittämisestä hallintaa tukevaksi.

### **Tutkimusongelmat:**

1. Mistä osa-alueista hallinta muodostuu raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon kontekstissa?
2. Mitkä tekijät selittävät naisen hallintaa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kätilön kanssa raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana?
3. Mitkä tekijät edistävät ja estävät naisen hallintaa raskauden seurannan ja synnytyksen aikana?
4. Miten äitiyshuollon palvelujärjestelmää tulee kehittää naisen hallintaa vahvistavaksi ja tukevaksi?



### 3 NAISSPESIFISYYS, NYKYÄITIYS JA ÄITIYSHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄ TUTKIMUKSEN KEHYKSIÄ

#### 3.1 Naisspesifisyys tutkimuksessa

Suomalaisissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on naista tarkasteltu äitiyshuollon palvelujärjestelmän asiakkaana ja potilaana kovin sukupuolineutraalina toimijana (ks. Pelkonen, Hakulinen & Perälä 2003, Pelkonen, Hakulinen & Perälä 2005). Aiemmissä äitiyshuoltoa koskevissa tutkimuksissa on useimmiten lähdetty liikkeelle ensisijaisesti äitiyshuollon hallinnollisesta tehtävästä tai sille ammatillisesti asetettujen tavoitteiden toteutumisesta (esim. Vehviläinen-Julkunen, Lauri, Kivivirta & Callister 1994b, Vehviläinen-Julkunen 1996, Sihvo & Koponen 1998, myös Pelkonen & Löthman- Kilpeläinen 2000, Varjoranta, Pirskanen, Pelkonen, Hakulinen & Haapakorva 2004). Yksistään tämä näkökulma ei riitä, vaan äitiyshuollossa tarvitaan myös käsitystä siitä, mitä ja millaista nais erityistä kokemusta ja tietoa naiset kantavat itsessään. Raskauden ja synnyttämisen mahdollisuus on keskeinen naista ja miestä biologisesti erottava tekijä. Ilmiön sukupuolispesifisyys tuo luonnollisesti naisen äitiyshuollon tutkimuksen keskiöön. Raskaus ja synnytys koskevat kaikkia naisia, sillä halusivatpa naiset äidiksi tai eivät, heidän tulee ottaa siihen jollakin tavoin kantaa elämässään. Naisspesifinen ja -lähtöinen tarkastelu paljastaa kokijoiden näkökulmia, jotka muutoin saattaisivat jäädä äitiyshuollon palvelujärjestelmän ja sen toimijoiden tavoittamattomiin. Naiset ovat kaksoisroolissa äitiyshuollossa: asiakkaina ja työntekijöinä. Tästä on seurannut, että naisten omat tarpeet ja heidän näkökulmansa eivät ole saaneet riittävää huomiota, eikä tähän ole tutkimuksissakaan kiinnitetty tarpeeksi huomiota. (Ks. Pohjola 1996.)

Se, että tässä tutkimuksessa hallintaa, äitiyshuoltoa palveluja ja sen kehittämistarpeita katsotaan naisnäkökulmasta, on ideologinen kannanotto. Tätä perustellaan sillä, että raskauden ja synnyttämisen fyysinen puoli on pääasiassa naisten kannettava ja lisääntymisen fysiologia vaikuttaa huomattavasti vähemmän miesten arkielämään (Hemminki 1998). Sukupuoli nähdään tutkimuksessa keskeisenä kategoriana ja lähtökohtana, jonka kautta hallinnan toteutumista ja äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehittämistä heijastellaan. Yhteiskunnallisella, äitiyshuollon palveluiden järjestämisen ja niiden kehittämisen tasolla nais- tai miesnäkökulman valinta on keskeinen: moraaliset periaatteet ja järjestelmäratkaisut ovat riippuvaisia valitusta näkökulmasta ja painotuksista (Hemminki 1998). Nykyisen ja tulevaisuuden äitiyshuollon haasteet ja ongelmat eivät liitykään enää vain sairaalaan, raskauteen tai synnytystilanteeseen, vaan ovat kytköksissä terveydenhuollon kokonaisuuteen, koko äitiyshuollon palvelujärjestelmään, väestön terveyden ja hyvinvoinnin kehitykseen sekä kulttuuriin. Sukupuolispesifisyys ja

sen mukana naisen hallinnan vahvistuminen äitiyshuollossa on siten poliittinen kysymys, joka kietoutuu siihen, millaista äitiyshuoltoa ja laajemmin terveydenhuoltoa halutaan.

Suomessa on noin miljoona fertiilissä iässä olevaa naista, jotka käyttävät äitiyshuollon palveluita. Nykyisin äitiyshuollon lähtökohtana on miltei poikkeuksetta abstrakti väestö, jolloin asiakasta lähestytään perheen kautta ja sukupuolittuneet tarpeet jäävät usein piiloon. Terveyspolitiikan perusretoriikkaa on hallinnut sukupuolisokealla tavalla neutraali perheen käsite. Terveyspolitiikan perheessä ei ole miehiä ja naisia, joilla olisi lähtökohtaisesti terveydenhoitoon liittyviä sukupuolittuneita tarpeita. (Wrede 2003, ks. myös Riska 2005.) Myös useiden asiantuntijoiden (esim. Rimpelä 2002, Viljamaa 2003) mielestä neuvolan uudet hyvinvointihaasteet ovat ensisijaisesti vanhemmuuden alueilla. Tällöin nainen ei näin näyttäyty oman terveydenhoitonsa subjektina, arvokkaana ensisijaisena asiakkaana (Wrede 2004) ja naisen raskaus jää sivurooliin tulevasta perheestä huolta kantavassa neuvolassa (ks. Pohjola 1996). Keskeinen kysymys on, minkälaisiin palveluihin naisella on oikeus raskautensa hoidossa, millaisia palveluita naisten tulee saada ”omana itsenään” eikä vain perheen synnyttäjinä ja koossapitäjinä.

Sillä, että huomiota kiinnitetään hedelmällisessä iässä olevien, raskaana olevien ja synnyttävien naisten äitiyshuollon palvelujärjestelmään ja sen kehittämistä liittyviin toiveisiin, on järjestelmän uusiutumista rohkaiseva vaikutus (Tuomainen & Saarikoski 2004). Yksilölliset hallinnan kokemukset ja nykynaisen käsitykset äitiydestä, raskaudesta ja synnyttämisestä tarjoavat äitiyshuollon palvelujärjestelmälle uudenlaisia haasteita ja tehtäviä. Raskaana olevien naisten riskien seulonnan rinnalle tarvitaan naisten kokemuksiin perustuvaa näkemystä hallinnasta ja omasta osallistumisestaan raskauden seurantaan ja synnytyksen hoitoon. Naisen omat kokemukset, käsitykset ja tietämys ovat arvokasta asiantuntijuutta, jonka tärkeys on sen herkkyydessä ja yksityiskohtaisuudessa. Se tarjoaa mahdollisuuden soveltaa naisen hoitamista koskeva tieto ja toiminta äitiyshuollon palvelujärjestelmässä yksilölliseksi ja eri tilanteisiin mukautuvaksi. Naisen asiantuntijuus ja hallinta ovat tärkeitä voimavaroja äitiyshuololle ja sen asiantuntijoille ja opettavat äitiyshuollon ammattilaisille lisää naisen yksilöllisestä ja sopivasta neuvonnasta, tukemisesta, hoidosta sekä palveluiden kehittämisestä raskauden ja synnytyksen aikana. Tällä hetkellä äitiyshuollossa käytettävät keinot eivät ehkä vastaakaan 2000-luvun naisen tarpeisiin, ja virallisen palvelujärjestelmän toimintamallit ja sen tarjoama ”oikea ja virallinen” tieto ovat vanhentuneita naisen elämäntilanteeseen sovitettuina.

Tässä tutkimuksessa hallintaa lähestytään määrällisen tutkimusotteen mukaisesti, vaikka erilaiset kvantitatiiviset menetelmät ja erityisesti niihin liittyvä positivismi on usein nähty naistutkimuksen piirissä epäsensitiivisenä naisten kokemuksille. Kuitenkin samanaikaisesti tilastollisin menetelmin tehdyt tutkimukset, surveyt, kokeet (esim. asennetutkimuksissa) ja tilastot ovat olleet äärimmäisen tärkeitä nais-

ten ja miesten keskinäisen aseman kuvaamiselle ja epäoikeudenmukaisuuden osoittamiselle (Ronkainen 2004). Ulkopuolisten näkökulmasta naistutkimuksella tai feministisellä tutkimuksella ja kvantitatiivisella tutkimuksella ei ole mitään tekemistä toistensa kanssa. Naistutkimuksen tekeminen on laadullisen tutkimuksen tekemistä, kuten esimerkiksi Toivonen (1999) näkee metodioppaassaan. Pitkään jonkinlaisena ihannekuvana hyvästä naistutkimuksellisesta tutkimuksesta on pidetty dialogin mahdollistavaa, kasvokkaista, vapaamuotoista syvähaastattelua (ks. esim. Oinas 2004). Naistutkijat ovat silti kehittäneet myös tilastollista tutkimusta (Kinnunen 2001). Tässä tutkimuksessa ajatellaan, että episteemisesti kvantitatiivinen tutkimus on samassa asemassa kuin kvalitatiivinen tutkimustapa. Se ei vain mittaa tai kuvaa, vaan myös valitsee, etsii näkökulmia ja merkityksellistää sitä, mikä tuotetaan tietona. Kvantitatiivinen tutkimus tuottaa sille ominaista tietoa ja välineitä tulkita maailmaa - kuten kvalitatiivinenkin.

Naisspesifinen tutkimusorientaatio merkitsee tässä tutkimuksessa neljää asiaa. Ensiksi tutkimusprosessissa tuodaan esille äitiyshuollon naiserityisiä kysymyksiä ja naisen ääntä. Tarkastelun lähtökohtana ovat nimenomaan naisasiakkaan tarpeet äitiyshuollossa. Toiseksi tutkimus pyrkii löytämään naisen hallinnan mahdollistumisen paikkoja ja esteitä raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana äitiyshoitotyön ja palvelujärjestelmän kehittämiseksi. Kolmanneksi tutkimus korostaa naisen kokemuksellisen tiedon, raskauden ja synnytyksen sekä hallinnan kokemuksen merkitystä vastakohtana raskauden ja synnytyksen kokemuksellisuuden ulkopuoliseksi ymmärtäville näkemykselle. Neljänneksi tutkimuksessa nainen nähdään aktiivisena toimijana, jolla on kykyjä ja voimavaroja hallita raskauden ja synnytyksen ajan tilanteita ja vaikuttaa niihin.

### 3.2 Ambivalenttinen nykyäitiys

Vaikka lapsettomasta elämästä on tullut yksi tapa elää aikuista elämää, valtaosa naisista haluaa edelleen äidiksi. Monet naiset kokevat äitiyden erittäin tärkeäksi osaksi elämänsuunnitelmaansa. Naiset eivät kuitenkaan halua lasta vastuuttomasti, vaan haluun liittyy pohdintoja siitä, onko valmis ottamaan lapsen vastaan ja mahdollistavatko elämän taloudelliset ja muut rakenteet sen. (Sevón & Huttunen 2002.) Äidiksi haluamiseen kytkeytyy ristiriitoja, eikä naisten ole helppoa antaa selkeää vastausta siihen, miksi he haluavat äidiksi. Jokisen (1996) tutkimuksessa äidit selittivät epämääräisesti, että äitiyys oli lupaus kypsydestä, aikuisuudesta ja naisena olemisesta (ks. myös Mäenpää-Reenkola 1997). Ehkäisymenetelmien kehittymisen myötä periaatteessa jokaisella suomalaisella lapsella on mahdollisuus syntyä toivottuna, odotettuna ja suunniteltuna. Äitiydestä on tullut yksilöllinen valinta, vaikkakin ristiriitainen mahdollisuus muiden elämäntapojen rinnalla. Nykyäitien voidaan sanoa olevan myös lisääntyneen lääketieteellisen vaikutuksen, jopa kontrollin alaisena (mm. Oakley 1984, Hemminki 1993, Tuomainen, Myllykangas, Elo & Ryyänen 1999, Miller 2005). Tästä ovat esimerkkejä lapset-

tomuushoitojen hoitomuotojen kehittyminen ja tarjonnan lisääntyminen. Mm. koeputkihedelmoitushoitokasojen lukumäärä kolminkertaistui 1990-luvulla (Gissler & Tiitinen 2001). Äitiys on myös alati muuttuva kategoria, sillä moderni lisääntymisteknologia muuttaa sitä, mitä äitiydellä on aiemmin ymmärretty mahdollistamalla raskauden ilman seksuaalisuhdetta mieheen (Miller 2005).

Raskauteen ja synnytykseen latautuu nykynaiselle runsaasti erilaisia odotuksia ja pelkoja. Synnytys on kokemuksena poikkeuksellinen, koetaanhan se keskimäärin vain kaksi kertaa elämässä. Naisilla on runsaasti toiveita ja uskomuksia omasta kyvystään suoriutua raskaudesta ja synnytyksestä ja sen vaatimista tärkeistä toimista. He korostavat kertoessaan synnytyksestä haluaan hallita tilanne paremmin ja ikään kuin ”suorittaa synnytys” ja toisaalta mahdollisuutta kuunnella enemmän omia vaistojaan. (Marrander-Eklund 2000, Eames 2004.) Naiselle on tärkeää, ettei hän tunne menettävänsä synnytystilanteesta otettaan ja selviää synnytyksessä mm. synnytyskivun kanssa (mm. Cosslett 1994, Callister, Lauri, Semenic, Kartchner & Vehviläinen-Julkunen 2003). Tästä huolimatta 1990-luvun lopussa käytiin keskustelua naisten itsekkästä pyrkimyksestä kokea synnytys elämyksenä. Synnytyslääkäreiden mukaan naisten elämyksellisyyden ja vaihtoehtojen toiveet muodostivat jo riskin synnytyksessä vaarantaa lapsen hyvinvoinnin (Rutanen & Ylikorkala 1998, Ekblad 1998). Synnytyslääkärin oli oltava viime kädessä se asiantuntija, joka uskalsi asettaa rajat naisten ”elämysmetsästyksessä” ja jonka oli otettava kokonaisvastuu synnytyksestä, totesivat Rutanen ja Ylikorkala (1998).

Vehviläinen-Julkunen ym. (1994b) tutkimuksessa suomalaisista naisista yli puolet piti vanhempana olemista ihmisistä kehittäväenä, mutta toisaalta puolet äideistä koki myös sekavia tunteita vanhemmuudesta. Noin kolmannes naisista ilmoitti kokeneensa naiseuden täyttymisen äitiyden myötä. Vaikka em. tutkimus ajoittuu 1990-luvun puoliväliin, kulttuurissamme on edelleenkin havaittavissa asenteita, joiden mukaan nainen on nainen vasta äitinä, ja vanhemmuus on yhteiskunnallisen aikuisuuden välttämättömä edellytys. Perinteisesti äitiys on nähty naisen elämäntehtävänä, joka saadaan biologisesti säädellyyn tapahtuman välityksellä. Se on tehtävä, johon kaikkien naisten täytyy ottaa kantaa, synnyttävät he lapsia tai eivät. (Eliasson & Carlsson 1993.) Äitiyteen näyttää myös latautuvan isyyttä vahvemmin erilaisia odotuksia ja oletuksia siitä, millaisen hyvän äidin tulee olla. Nk. äitimyytin juuret löytyvät ydinperheideologian syntyajoilta 1800-luvulta, jolloin äidin lapsen välisestä suhteesta tuli perhekäsityksen kulmakivi (Jallinoja 1984). Viime vuosituhannen lopussa ja 2000-luvulla äitiyden ihannoinnin rinnalle on naistutkimuksen piirissä syntynyt äitiyden ambivalenttisuutta pohtiva suunta. Tietoinen äitiyden ambivalenssin tematisointi on nykyisin se tapa, jolla naistutkijat pyrkivät äitimyytin mukaisen äitiyden syyllistämisen ja ihannoinnin tuolle puolelle. Äiti on paitsi äiti, myös nainen ja naissubjekti, jolla on myös lapsesta riippumattomia tarpeita. (Vuori 1999.) Naistutkijoiden (mm. Jokinen 1996, Vuori 1999, 2003) keskeinen kysymys, joka liittyy raskauteen, synnyttämiseen ja äitiyteen on ollut se, miten kulttuurissamme äitejä kuvataan, määritellään ja ohjaillaan. Tuntuu kuin äitejä olisi liian kauan

katsottu ulkoapäin, joko ihannoiden tai arvostellen. Yhteiskunnassa vallitsee kulttuurinen käsitys siitä, millaista raskauden ja synnyttämisen ja viime kädessä äitiyden pitää olla (Miller 2005). Kurosen (1994) näkemyksen mukaan äitiyttä tuotetaan erityisissä äitiyden instituutioissa ja niiden käytännöissä kuten äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Länsimainen yhteiskunta on riskiyhteiskunta, jossa aiemmin elämän tosiasioina pidettyjä raskautta ja synnytystä on alettu ymmärtää riskinä. Riskiin liittyy myös vastuun käsite. Nykyäiti joutuu pohtimaan aiempaa enemmän, millaista on vastuullinen äitiys. Hän pyrkii minimoimaan ja välttämään riskejä mm. valmentautumalla huolella äidiksi tuloon, luottamalla vahvasti asiantuntijoihin ja lääketieteelliseen teknologiaan (Miller 2005).

Koska raskauden ja synnytyksen merkitys naiselle ja hänen terveydelleen länsimaissa on aikojen kuluessa muuttunut kuolemanriskistä elämän taite- ja kohokohdaksi ja nyttemmin tietoiseksi valinnaksi, myös raskautta ja synnytystä koskevien tutkimusten painopiste on siirtynyt riskitekijöiden tarkastelusta raskauden ja synnyttämisen sosiaalisiin, yhteiskunnallisiin ja kulttuuriin kysymyksiin. Tämä selittää osaksi myös miesnäkökulman lisääntymisen suomalaisissa äitiyshuollon sekä muissa yhteiskuntatieteellisissä tutkimuksissa (esim. Kaila-Behm 1997, Vuori 2002a, Sevón & Huttunen 2002, 2004, Paavilainen 2003, Mesiäislehto-Soukka 2005). Viime vuosiin saakka suhdetta äitiin on pidetty lapsen ratkaisevimpana ihmissuhteena, mutta nykytietous perheestä on alkanut korostaa isän suhdetta lapseen ja roolia kasvattajana (mm. Huttunen 2001, Viljamaa 2003, Mesiäislehto-Soukka 2005). Ritva Nätkin (1997) peilaa suomalaista äitiyttä käsittelevässä sosiaalipolitiikan tutkimuksessaan kiinnostavalla tavalla miehen kumppanuutta ja isyyttä. Hän piirtää äitien tarinoiden perusteella kuvaa suomalaisesta äidistä, joka uskollisesti jätti vanhemmuuden oven raolleen ”erilaisissa taisteluissa haavoittuneelle” miehelle, jos tämä vain jaksoi tai halusi osallistua vanhemmuuteen. Äitien tarinoista erottui familistinen, perhekokonaisuutta ja avioliittoa koossa pitämistä tavoitteleva malli sekä maternalistinen eli äidin ja lapsen kiinteään suhteeseen ja miehen poissulkemiseen pyrkivä malli. Maternalistisessa mallissa lapsen hyvinvointi oli riippuvainen valtaosin äidin hyvinvoinnista. Kun äidit puhuivat lapsen kasvatuksesta, he puhuivat juuri maternalistisesti. Asiantuntijadiskursseissa äideille annettiin itsenäinen päätösvalta ja vastuu lapsista, mutta heitä saatettiin myös syyllistää. (Nätkin 1997.)

Äitiyshuollon palveluita on arvosteltu niiden naiskeskeisyydestä ja siitä, että miehen rooli on niissä toissijainen. Miehen roolin on katsottu rakennetun naista tukevaksi ja naisen ehdoilla toimivaksi. (Sihvo & Viisainen 1998, ks. myös Mesiäislehto-Soukka 2005.) Tätä näkökantaa voidaan myös kritisoida. Esimerkiksi Marjo Kuronen (2001) toteaa, että suomalainen neuvolainstituutio näyttäytyy todellisena jaetun vanhemmuuden keulakuvana verrattaessa sitä esimerkiksi Skotlannin neuvolakäytänteisiin. Meillä neuvolassa kiinnitetään huomiota koko perheeseen ja isän osuuteen jopa niin ponnekaasti, että naisten yksilölliset ja toisistaan paljon poikkeavatkin olosuhteet ja tarpeet sivuutetaan. Samalla naiset valjastetaan kantamaan vastuuta miehen osallistumisesta ja osalliseksi pääsemisestä. (Kuronen 2001,

ks. myös Vuori 2002a.) Lisäksi voidaan sanoa, että miehellä on usein valittavanaan esimerkiksi se, kuinka paljon hän osallistuu vastasyntyneen hoitoon, kun taas naisen tulee hyväksyä vastuu vauvasta äitiyteen kuuluvaksi. Vauvan tarpeiden lisäksi miehen tarpeet menevät usein naisten omien tarpeiden edelle ja, että naiset pitävät parempana sitä, että heillä oli hyvinvoiva mies tukemassa heitä, kuin että he olisivat vaatineet mieheltään yhtäläistä osallistumista. Lisäksi naiset näkevät paljon vaivaa isän ja lapsen suhteen edistämiseksi. (Fox 2001.) Sevón ja Huttunen (2004) nimittävät tätä ”isyyttämiskäytännöksi”. Käytäntö tulee ymmärrettävämmäksi, kun ajatellaan kulttuurisia kertomuksia vastuullisista, uhrautuvista ja kykenevistä äideistä (Helsti 2000, Katvala 2001).

Helstin (2000) kotisynnytyssaineistossa esiintyi ns. sankariäitejä, jotka synnyttivät jälkeläisensä työnsä keskellä ja pystyivät yhdistämään saumattomasti raskaan työn ja synnyttämisen. Yksin pärjääminen on linjassa suomalaisen vahvan naisen mielikuvan ja äidin vastuun ideologian kanssa. Molemmat ovat yhä edelleen tarjolla lasta odottavalle äidille niin kulttuurisissa kertomuksissa kuin osittain neuvolan suhtautumisessakin. Eeva Jokisen (1996) väitöskirja-aineistossa äidit näyttäytyivät jatkuvasti väsyneinä. Äidit pyrkivät olemaan ”niin hyviä kuin kykenivät”, mutta epärealistiset äitiyden vaatimukset olivat eräs keskeinen väsymisen syy. Kyse lienee osittain siitä, miten kulttuurissamme äideille luodaan tilaa toimia subjekteina. Vaikka äitiys merkitsee suhdetta toisiin ihmisiin, se ei tarkoita sulautumista toisiin. Osittain äitien väsymyksen syynä saattaa olla naisten heräävä tietoisuus äitiyden jakamattomasta vastuun taakasta, joka tuntuu äideistä liian raskaalta. (Jokinen 1996, myös Jokinen 1997.) Nätkinin, Helstin ja Jokisen tutkimukset luovat kiinnostavasti kuvaa siitä maaperästä, jonka myötävaikuttamana 2000-luvun suomalainen äitiys on syntynyt. Naisnäkökulma äitiyteen näyttäytyy kovin jännitteisenä: naiset ja äidit nähdään holhouksen, sääntelyn ja vähintään suojelun alaisena, mutta myös vahvoina, aktiivisina selviytyjinä.

Länsimaissa äitiys on sekä julkinen että yksityinen tapahtuma. Tina Miller (2000, 2005) on tutkinut, miten ensi kertaa äidiksi tulevat naiset luovat ja rakentavat merkityksiä ammatillisesti määritellyn, mutta henkilökohtaisesti koetun äitiyteen siirtymänsä ympärille. Hänen mukaansa sekä ennen että siirtymän aikana naiset kohtaavat useita kulttuurisia odotuksia, julkisia kertomuksia eli lääketieteellisesti tai ammatillisesti määriteltäviä kertomuksia sekä yksilöllisiä kertomuksia. Sillä, että raskaus sijoittuu sairauskehikseen (eli neuvolaan tai sairaalaan) ja että julkiset kertomukset (eli lääketieteellinen ja ammatillinen) hallitsevat tai ovat etuoikeutetussa asemassa yksilön kertomuksiin nähden, on pitkäaikaisia vaikutuksia siihen, miten naiset muodostavat ja muokkaavat omia kertomuksiaan äitiydestä ja siihen siirtymisestä. Kulttuureissa on paljon erilaisia ns. mallitarinoita, jotka tarjoutuvat ihmisille elämän hahmottamisen välineiksi. Syvimmillään ne ovat myyttisiä jäsennyksiä, jotka muovaavat käsityksiä muun muassa siitä, millainen on hyvä ja oikeanlainen nainen ja äiti. Millerin tutkimuksessa naisten oli vaikea kertoa omista kokemuksistaan, jos ne poikkesivat yleisesti hyväksytyistä tavoista kokea

äidiksi tuleminen. On siis merkittävää, ovatko julkiset ja samalla hallitsevat, kuten äitiysneuvolan kertomukset sopusointuisia vai riitasointuisia naisten omien yksilöllisten kertomuksien kanssa. Naiset käyttivät monia keinoja rakentaakseen kertomuksen, jonka he ymmärsivät hyväksytyksi tavaksi kertoa äitiydestään. (Miller 2000, 2005.)

### **3.3 Äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja sen kehityslinjoja 2000-luvulla**

#### **3.3.1 Suomalainen äitiyshuollon palvelujärjestelmä**

Äitiyshuollon palveluista vastaavat perusterveydenhuollossa kunnalliset ja yksityiset äitiysneuvolat sekä erikoissairaanhoidossa äitiyspoliklinikat ja synnytysosastot. Päämääränä on, että äitiyshuollon palvelut muodostavat käyttäjän näkökulmasta saumattoman kokonaisuuden, ja siksi äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan yhteistyön ja työnjaon tulee olla suunnitelmallista ja jatkuvaa. Palveluiden tarkoituksena on vastata raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidollisiin tarpeisiin. Äitiyshuolto muodostuu kaikkiin raskaana oleviin naisiin kohdistuvasta, äitiysneuvolassa tapahtuvasta säännöllisestä terveydenhoitajan ja lääkärin seurannasta ja tarvittaessa erikoislääkärin tutkimuksista ja hoidoista sairaalan äitiyspoliklinikalla tai osastolla. (Stakes 1999.) Lähes kaikissa Suomen synnytysairaaloissa toimii nykyään myös erikoisäitiyspoliklinikka synnytystä pelkääville naisille (Ekblad 1998).

Suomalaisten äitien ja pikkulasten terveydentilan kohoaminen maailman parhaimpien joukkoon on nähty tehokkaan äitiyshuollon järjestelmän ansioksi. Neuvolapalveluiden kattavuus ja saatavuus on Suomessa hyvä. Stakesin (1999) suosituksissa määritellään äitiyshuollon tehtäviä ja tavoitteita seuraavasti: ”Äitiyshuollon ydintehtävänä on odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten parhaan mahdollisen terveyden turvaaminen. Pyrkimyksenä on mm. raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisy, häiriöiden varhainen toteaminen, sujuva hoitoon ohjaaminen, tehokas hoito ja kuntoutus, hyvä synnytyksen hoito ja vastasyntyneestä huolehtiminen sekä perheen tukeminen sairauden tai vamman kohdatessa. Laajemmin äitiyshuollon tavoitteena on edistää tulevien vanhempien terveyttä ja hyvinvointia sekä auttaa heitä suhtautumaan myönteisesti perhe-elämään ja perheen asemaan yhteiskunnassa”. (Stakes 1999, 9.) Raskautta suunnitteleville ja lasta odottaville naisille on tarjolla erilaisia yksityissektorin palveluja: yksityislääkärin vastaanottoja sekä yksityissairaita, nykyisin myös yksityisiä äitiysneuvoloita.

Äitiysneuvoloiden työmuotoina ovat olleet ja edelleen ovat terveystarkastukset, henkilökohtainen ohjaus sekä synnytys- ja perhevalmennus. Nykyisissä äitiysneuvolatyön suosituksissa (Stakes 1999)

esitetään seuraavia lääkäreiden tekemiä määräaikaistarkastuksia: kolme raskauden aikaista ja yksi synnytyksen jälkeinen tarkastus sekä ensi- että uudelleensynnyttäjälle. Suosituksissa esitetään terveydenhoitaja-kätilön toteuttamien määräaikaistarkastusten lukumääräksi äitiysneuvolassa ensisynnyttäjille 15 ja uudelleen synnyttäjälle 11. Näihin käyntimääriin sisältyy yksi synnytyksen jälkeinen kotikäynti niin ensi- että uudelleen synnyttäjien perheisiin. (Stakes 1999.) Vuonna 2003 raskauden aikana naiset kävivät neuvolassa keskimäärin 17 kertaa. Ensimmäinen neuvolakäynti ajoittuu yhdeksännelle raskausviikolle. (Stakes 2004b.) Terveyskeskuksilla voi olla myös omia ohjeistojaan, jotka mukailevat valtakunnallisia hoitosuosituksia. Suosituksia sovelletaan kuntakohtaisesti vaihtelevasti. Kaikissa kunnissa tai kuntayhtymissä suositusten mukaiset tarkastukset eivät toteudu. Tämä voidaan tulkita kahdella tapaa: osassa kuntia määräaikaistarkastukset jäävät tekemättä liian vähäisen henkilöstön vuoksi tai tarkastuksia on vähennetty ja muutettu tarkoituksenmukaisemmin asiakkaiden tarpeita vastaamaan. Silti äitiysneuvolassa työskentelevät lääkärit ja terveydenhoitaja-kätilöt toteavat, ettei heillä ole työsään riittävästi aikaa erityis- ja yksilöllistä tukea tarvitseville asiakkaille. (Varjoranta ym. 2004.)

Raskaana olevalle naiselle suositellaan tehtäväksi äitiysneuvolassa verenpaineen seuranta, raskausdiabeteksen seulontatutkimukset, virtsan tutkimukset, hemoglobiinin seuranta, veriryhmäimmunisaatiotutkimukset, kaikututkimus, sikiön sydänäänten ja liikkeiden tarkkailu, kohdunpohjan mittausta, painon seuranta ja infektioseulontoja. Äidin kanssa tulee keskustella neuvolakäynneillä mm. raskauden tuomista muutoksista, terveyden edistämisen teemoista, kuten ravitsemuksesta, liikunnasta, tupakoinnista ja päihteiden käytöstä, imetyksestä ja sen merkityksestä. Lisäksi käsitellään seksuaalisuuteen, parisuhteeseen, isyyteen ja sosiaaliseen tukeen liittyviä asioita. Myös synnytyksestä, synnytyspelosta ja synnytyskivun lievityksestä tulee keskustella. Synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä ohjataan käsittelemään vauvanhoitoa, imetystä, vanhemmuutta, mielialan vaihteluita, raskauden ehkäisyä ja terveysneuvontaan liittyviä seikkoja, kuten ravitsemuksen, levon ja liikunnan merkitystä. (Stakes 1999.)

Vuonna 1999 laadituissa kansallisen tason raskaudenseurantasuosituksissa ehdotetaan kahta synnytyksen jälkeistä kotikäyntiä (Stakes 1999), mutta käytännössä vain harvoissa kunnissa ja kaupungeissa suositus toteutuu. Terveysneuvolajärjestelmän kotikäynnit synnyttäneiden luo ovat vähentyneet 1990-luvulla (Perälä ym. 1998). Kotikäyntien tekemättä jättäminen johtunee kustannussäästöistä kunnissa, naisen omasta toivomuksesta tai asiantuntijan tarveharkinnasta. Stakesin ylläpitämä syntymärekisteri ei tilastoi synnytyksen jälkeisiä kotikäyntejä.

Äitiyshuollon palvelujärjestelmästä voidaan havaita joitakin, osittain vastakkaisiakin kehityslinjoja, kuten palveluiden painottumisen erikoissairaanhoidon, palvelujärjestelmän pirstaleisuuden ja toisaalta joidenkin palveluiden voimakkaan keskittämisen. Äitiyshuollossa ja sen rakenteissa on medikalisoitumisen piirteitä, mutta myös tarpeita ja toiveita raskauden ja synnytyksen luonnonmukaisuudesta. Tä-



män lisäksi voidaan huomata, että järjestelmä pyrkii normalistamaan asiakkaidensa tarpeet ja tilanteet, mutta samanaikaisesti se kohtaa voimakkaitakin palveluiden yksilöllistämisen vaatimuksia. Seuraavissa kappaleissa käsitellään tarkemmin em. äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehityslinjoja.

### **3.3.2 Äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehityslinjoja**

#### **3.3.2.1 Erikoissairaanhoidon painottuminen**

Äitiyshuoltoa ja sen kehitystä kuvaavat tärkeimmät tunnusluvut esitetään taulukossa 1. Suomessa oli vuonna 2003 kaikkiaan 55 788 synnytystä. Synnytysten määrä on kääntynyt laskuun 1990-luvun puolivälissä. Vuonna 2003 oli 13 % vähemmän synnytyksiä kuin vuonna 1993, mutta vuonna 2002 synnytysten määrä kuitenkin kasvoi 2 %. (Stakes 2004b.) Ensimmäistä lastaan saamassa olevat naiset aloittavat odotuksensa kovin vaihtelevissa elämäntilanteissa, yleensä jo pitkään työelämässä olleina, jolloin lapsen saaminen asettuu yhä yksilöllisempiin kehyksiin. Synnyttäjien keski-ikä on korkea. Synnytysten määrän lasku ja synnyttäjien keski-ikä kohoaminen vastaavat useampien Euroopan maiden kehitystrendejä (Vuori & Gissler 2003, ks. myös Hemminki & Gissler 2003). Suomalaisten naisten yleinen hedelmällisyysluku (1,76) on kuitenkin suhteellisen korkea verrattuna muiden Euroopan maiden lukuja (EU-maiden keskiarvo 1,45) (Stakes 2003). Naisen koulutuksella ja ensimmäisen lapsen synnytysikäällä on yhteys lapsilukuun. Eniten synnytyksiä on perusasteen koulutuksen suorittaneilla ja niillä naisilla, jotka olivat synnyttäneet ensimmäisen lapsensa alle 20-vuotiaina (Koponen, Lindbohm & Sihvo 2004). Äitiys, varsinkin pienten lasten kanssa eläminen, ei leimaa enää 2000-luvun naisen koko elämäkaarta, mutta on silti hyvin keskeinen naisen merkityksen määrittäjänä.

Perälä ym. (1998) ja myös Hemminki, Malin ja Kojo-Austin (1992) havaitsivat jo 1990-luvun alussa tutkimuksissaan, että äitiyspoliklinikan asema raskauden seurantapaikkana on selvästi vahvistunut. Tämän seurauksena on äitiyspoliklinikan ohjaava ja koordinoiva rooli lisääntynyt raskauden seurannassa (Perälä ym. 1998). Paljon äitiyspoliklinikkaa käyttävien osuus on kaksinkertaistunut runsaassa kymmenessä vuodessa (Stakes 2004b). Neuvolalääkäri tai kättilö-terveydenhoitaja ohjaa äidin äitiyspoliklinikalle mm. seuraavista syistä: äidillä on voimakas raskauspahoinvointi, verenvuoto, pre-eklampsian<sup>1</sup> oireita, monisiköraskaus, raskaushepatoosi tai lapsen perätarjontaepäily. Päivystysläheteen aiheita äitiyspoliklinikalle ovat esimerkiksi epäily sikiön voinnin huononemisesta, verenvuoto, oireinen tai vakava pre-eklampsia sekä ennenaikainen synnytys. (Stakes 1999.)

Poliklinikkakäyntien kasvuun ovat vaikuttaneet työn ja resurssien jaossa tapahtuneet muutokset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, hoidon jatkuvuuden puuttuminen (raskauden ja synnytyksen hoito eri henkilöiden toimesta) ja uudet tekniset laitteet, jotka on hankittu pääosin sairaaloihin (Hemminki, Malin & Kojo-Austin 1992, Poikajärvi & Mäkelä 1998). Äitiyspoliklinikalle lähettämisen aiheet ja samalla haasteet ovat laajentuneet viime vuosina. Raskaana olevien naisten päihteiden käyttö, mielenterveys- ja sosiaaliset ongelmat ja synnytyspelot ovat tuoneet muuttuneita toimintatapoja äitiyspoliklinikoiden toimintaan ja koko äitiyshuoltoon (Vehviläinen- Julkunen 2002, ks. myös Paavilainen 1998). Äitiyspoliklinikalla hoidettavien asioiden moninaistuminen on myös yksi syy poliklinikkakäyntimäärien lisääntymiseen. Synnyttäjien ikärakenteen kehityksen huomioon ottaen neuvolan ja äitiyspoliklinikoiden kuormitus lisääntyy edelleen, mikäli hoitokäytännöt pysyvät nykyisen kaltaisina eikä synnytysten määrä merkittävästi vähene.

Äitiyspoliklinikan toimintaympäristö on erilainen kuin äitiysneuvoloiden. Poliklinikat ovat kiinteä osa sairaalaa ja toiminta on järjestetty sairaalajärjestelmän mukaisesti. Hoidon sisällön kannalta tärkeä asiantuntijaryhmä on erikoislääkärit. Poliklinikoilla on käytössään nykyaikaisimmat tutkimus- ja hoitomenetelmät. Sairaalaympäristö muovaa poliklinikoiden toimintaa äitiysneuvoloista poikkeavasti esimerkiksi tehtävien eriyttämisen, hoidon antajan vaihtuvuuden ja teknologiapainotteisuuden osalta. Erilaiset tutkimukset äitiyspoliklinikoilla ovat huomattavasti yleisempiä kuin neuvoloissa. Äitiyspoliklinikoilla ei enää keskitytä vain riskisynnyttäjien konsultaatioon, vaan niiden toiminta on alkanut korvata osittain myös äitiysneuvoloita. (Hemminki, Malin & Kojo-Austin 1992.) Äitiyspoliklinikan roolin kasvun merkitystä naiselle ei ole laajalti tutkittu. Hemmingin ja Kuposen (1998) tutkimuksessa naiset halusivat erikoislääkärin tai erikoistuneita palveluita, erityisesti raskauden ehkäisyasioissa. Sama ilmiö ulottunee äitiyshuoltoonkin. Äitiyspoliklinikkakäyntien lisääntymistä selittävät vain vähän naisten kasvanut halu hallita riskejä ja maksimoida turvallisuutta raskauden aikana. Enemmänkin hoidonantajien raskauden seurannan asiantuntemus vaikuttaa siihen, mihin ja millaisin indikaatioin asiakkaat ohjataan tutkimukseen ja hoitoon (Hemminki, Malin & Kojo-Austin 1992). Näkemykset asiantuntevasta raskauden aikaisesta hoidosta sekä omasta asiantuntemuksesta poikkeavat erilaisen koulustaustan takia erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa raskauden seurannassa ja hoidossa toimivilla (Wrede 1997). Oma ammattitaitoaan epäilevä saattaa lähettää asiakkaan äitiyspoliklinikalle vähäisestä syystä. Väestövastuiseen toimintamalliin siirtyminen on saattanut lisätä äitiysneuvoloissa työskentelevien omaa osaamistaan epäilevien hoidonantajien määrää, toteavat Hemminki, Malin ja Kojo-Austin (1992). Käyntimäärän kasvua saattaa selittää myös se, että erikoislääkärin palvelut ovat

---

<sup>1</sup> Pre-eklampsialla (aiemmin toksemialla) tarkoitetaan raskauden 20. ensimmäisen viikon jälkeen tapahtuvaa verenpaineen nousua ja/tai proteiinia virtsassa aiemmin terveellä naisella (ks. tarkemmin Ylikorkala & Kauppila 1996)

tosiasiallisesti parempia, naiset kokevat ne paremmiksi tai naiset olettavat raskauden seurannan vaativan erikoislääkäreitä (Hemminki & Koponen 1998). Äitiyspoliklinikkakäyntien lisääntyessä ja mahdollisesti korvatussa äitiysneuvolakäyntejä on Räikkösen, Gisslerin, Perälän, Pelkosen ja Järvenpään (1999) mukaan uhkana, että osa asiakkaista uuteen elämäntilanteeseen kypsymisen tarpeista jää huomaamatta ja vastaamatta.

Suomalainen nainen synnyttää sairaalassa (Callister, Vehviläinen-Julkunen & Lauri 2000, Vallimies-Patomäki, Gissler & Viisainen 2003). Suomessa kotisynnytys on määrältään lähinnä tilastollinen kuriositeetti (Viisainen 2000, 2001, Tuomainen & Saarikoski 2004). Sairaalahoidon synnytyksen jälkeen on lyhentynyt 1990- ja 2000-luvulla. Enemmistö synnyttäjistä kotiutuu neljänteen päivään mennessä synnytyksestä. Kahden päivän jälkeen synnytyksestä kotiutui noin neljännes äideistä. Polikliinisesti synnyttäneitä on vähän. (Stakes 2004b.) Raskaana olevien sairaalahoidon on puolestaan yleistynyt 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa (Stakes 2003). Osa aiempaa intensiivisemmästä erikoissairaanhoidon roolista raskaana olevien ja synnyttävien naisten hoidossa selittyy synnyttäjien taustatekijöiden muutoksella: synnyttäjät ovat aiempaa useammin yli 35-vuotiaita, hedelmöityshoidoista alkunsa saaneita raskauksia on enemmän ja monisikiöisten synnytysten osuus on korkeampi kuin 1990-luvun alussa (Gissler & Vuori 2003a, b).

**Taulukko 1.** Suomalaista äitiyshuoltoa kuvaavia tilastotietoja

ÄITIYSHUOLTOA KUVAAVA TIETO	TUNNUSLUKU	LÄHDE
Kaikkien ensisynnyttäjien keski-ikä	30 vuotta	Stakes 2004b
Ensisynnyttäjien keski-ikä	27,8 vuotta	Stakes 2004b
Ensisynnyttäjistä > 35-vuotiaita (2003)	19,4 %	Stakes 2004b
Uudelleensynnyttäjiä > 35-vuotiaita (2003)	10 %	Stakes 2004b
Äitiysneuvolakäynnit (2003)	17,1 kertaa/raskaus	Stakes 2004b
Äitiyspoliklinikkakäynnit (2003)	3 kertaa/raskaus	Stakes 2004b
Polikliininen synnytys/kotisyntyminen	0,9 % 0.01 %	Viisainen 2000 (Stakesin syntymärekisteri)
Sairaalahoidossa raskauden aikana (2002)	22 %	Stakes 2003
Kotiutui 4. päivänä synnytyksestä (2003)	79 %	Stakes 2003
Kotiutui 2. päivänä synnytyksestä (2003)	25 %	Stakes 2003
Kotiutui samana päivänä synnytyksestä (2003)	0,5 %	Stakes 2003
Synnytyspaikan valintatoiveena sairaala ensisynnytyksessä/myöhemmissä synnytyksissä (1994)	85 % / 69 %	Perälä ym. 1998
Synnytyspaikan valintatoiveena koti ensisynnytyksessä/myöhemmissä synnytyksissä (1994)	3 % / 6 %	Perälä ym. 1998
Polikliininen synnytys toiveena ensisynnytyksessä/myöhemmissä synnytyksissä (1994)	6 % / 14 %	Perälä ym. 1998
Kaikista alateitse synnyttäneistä synnytyskivunlievitystä saaneet (2002 – 2003)	87 % <sup>1</sup>	Stakes 2004a
Ensimmäistä kertaa alateitse synnyttäneistä synnytyskivunlievitystä saaneet (2002 – 2003)	94 % <sup>1</sup>	Stakes 2004a
Epiduraalipuudutuksen saanut (2002 – 2003)	44 %	Stakes 2004a
Kaikista yliopistosairaalassa synnyttänyt epiduraalipuudutuksen saanut (2002 – 2003)	51 %	Stakes 2004a
Ensisynnyttäjistä epiduraalipuudutuksen saanut (2002 – 2003)	74 %	Stakes 2004a
Kaikista synnyttäjistä alatiesynnytyksellä synnyttänyt (2002 – 2003)	83,9 %	Stakes 2004a
Ensisynnyttäjistä alatiesynnytyksellä synnyttänyt (2002 – 2003)	80,4 %	Stakes 2004a
Kaikista synnyttäjistä keisarileikkauksella synnyttänyt (2003)	19,3 %	Stakes 2004a
Ensisynnyttäjistä keisarileikkauksella synnyttänyt (2003)	16,0	Stakes 2004a
Kaikkien synnyttäjien keisarileikkausprosentin vaihtelu sairaaloittain (2000 – 2001)	9-25 %	Gissler & Vuori 2003 a, b, Stakes 2004b
Ensisynnyttäjien keisarileikkausprosentin vaihtelu sairaaloittain (2000 – 2001)	10 – 39 %	Gissler & Vuori 2003 a, b
Perätilasynnytysten keisarileikkaukset (2001)	81 %	Gissler & Vuori 2003 a, b
Sydänäänänten elektroninen seuranta (KTG)	81,6 %	Stakes 2004b
Synnytyspelkodiagnoosi keisarileikatuilla (2001)	3 %	Gissler 2001

<sup>1</sup>. Lukuun laskettu mukaan myös ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät.

Suomessa naiset valitsevat mieluiten sekä ensimmäisen että myöhempien synnytyksien paikaksi sairaalan, vaikka ovat osoittaneet kiinnostusta myös vaihtoehtoihin, kuten koti- ja polikliiniseen synnytykseen. Vaihtoehtoista synnytyspaikasta kiinnostuneet naiset olivat useammin naimattomia, synnyttämättömiä ja nuorempia kuin sairaalasyntymisen valinneet. Kokemus synnytyksestä näyttää vaikuttavan kiinnostukseen vaihtoehtoista synnytyspaikkaa kohtaan. (Perälä ym. 1998.) Mm. Iso-Britanniassa ja Australiassa tilanne synnytyspaikan valinnassa on samantyyppinen (ks. Viisainen 2000). Siitä huolimatta, että mielenkiinto vaihtoehtoihin synnytyspaikkoihin naisten keskuudessa on olemassa, käytännössä vaihtoehtoja tai valinnan mahdollisuutta ei palvelujärjestelmässä ole. Poikkeuksen kodin valitsemisessa synnytyksen paikaksi muodostaa Hollanti, jossa kotisyntymykset ovat osa julkista äitiyshuoltoa ja naisella on realistinen mahdollisuus valita synnytyspaikka (de Vries 2003). Polikliinisesta synnytyksestä suomalaiset naiset eivät ole pysyneet olemaan laajalti kiinnostuneita, sillä polikliinista synnyttämistä ei järjestelmässämme markkinoida juuri ollenkaan. Tämä puolestaan johtuu siitä, että kunnat joutuvat maksamaan saman hinnan sekä polikliinisestä että ns. normaalista sairaalasyntymyksestä ja tämän lisäksi joutuvat vielä lisäämään resursseja lisääntyneitä kotikäyntejä varten.

Kotisyntymysten vähäisyyteen taas suurin syy lienee se, ettei niihin löydy ammattiaavustajia (Perälä ym. 1998). Kyse ei ole marginaalisen naisjoukon oudosta toiveesta, vaan kotisyntymyksen toteutuksen vaikeudesta ja jopa mahdottomuudesta (Viisainen 2001). Kotona synnyttäminen on niiden harvojen naisten vaihtoehto, jotka ovat valmiita uhmaamaan vallalla olevaa ns. teknokraattista synnytyksen hoidon mallia ja lääketieteen edustajien kielteisiä mielipiteitä kotona synnyttämisestä. Kotisyntymysvaihtoehdon valinneet naiset etsivät ympäristöä, jossa he voivat hallita omaa synnytysprosessiaan ja sen aikana tehtäviä päätöksiä sekä välttää turhia toimenpiteitä. Tämän he eivät usko toteutuvan sairaalassa. He eivät usko synnytyssairaalan tarjoavan sellaisia olosuhteita, joissa nainen voisi kontrolloida synnytystään. (Ogden 1998, Chamberlain, Wraight & Crowley 1997, Viisainen 2000, 2001, Andrews 2004.) Sairaalasyntymystä perustellaan synnytyksiin liittyvien riskien eliminoinnilla. Uusia riskejä saatetaan kuitenkin synnyttää teknologian sivuvaikutuksena, mikäli riskien minimointi on ainut syy pitää synnytykset erikoissairaanhoidossa (Hemminki 1993). Sairaalasyntymykseen yhdistetään turvallisuus (mm. Chamberlain, Wraight & Crowley 1997, Melender 2004, Liamputtong 2004). Synnytysten sairaalahoitoa ja keskittämistä vahvistava voima ovat uudet tekniset laitteet ja välineet, joita on hankittu lähinnä vain sairaaloihin. Koska sekä asiantuntijat että myös naiset haluavat varmuuden siitä, että kaikki on hyvin ja kaikki mahdollinen tehdään, vaaditaan ja samalla oikeutetaan myös laajempi toimenpiteiden ja teknisten laitteiden käyttö.

Kivunlievitysmenetelmien käyttö synnytyksessä on kasvanut Suomessa koko 1990-luvun ja 2000-luvun alun ajan. Vuosina 2002 ja 2003 kaikista alakautta synnyttäneistä 87 % sai jotakin kivunlievitys-

tä. Ensimmäistä kertaa synnyttäneistä 94 % sai jotakin kivunlievitystä. Prosenttilukuja tulkittaessa on otettava huomioon, että niihin on laskettu mukaan myös ei-lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät. Epiduraalipuudutus on lisääntynyt nopeasti, myös pienissä sairaaloissa. Epiduraalipuudutusta oli käytetty 44 %:ssa synnytyksistä kaikissa sairaaloissa. Yliopistosairaloissa synnyttäneistä puudutuksen oli saanut kaikista synnyttäjistä 51 % ja ensisynnyttäjistä 74 %. Toisaalta ensisynnyttäjien kohdunsuupuudutuksen osuus on pienentynyt tasaisesti. (Stakes 2004a.)

Keisarileikkausten määrä on maassamme hiljalleen noussut koko 1990-luvun lopun ja 2000-luvun alun aikana. Kuitenkin vuonna 2003 keisarileikkausten osuus oli edellisvuotta pienempi. (Stakes 2004b.) USA:ssa, Kanadassa ja Iso-Britanniassa synnytyksistä noin 20 % tapahtui keisarileikkauksella (Paranjothy & Thomas 2001). Euroopan korkeimmat keisarileikkausluvut ovat Espanjassa, jossa 26,4 % synnytyksistä on keisarileikkauksia (Bosch 1998). Suomessa synnytyssairaalan koko vaikuttaa keisarileikkausten määrään. Pienissä sairaaloissa, joiden tulisi olla ns. matalan riskin synnytyssairaloita, on kuitenkin keisarileikkausten osuus korkeampi kuin yliopistollisissa sairaaloissa (Stakes 2004b). Tätä eivät selitä pelkästään lääketieteelliset kysymykset vaan synnytysten hoitokulttuurilla on tähän vaikutusta. Synnytystavan valintaan vaikuttavat myös lääkärin ja sairaalan käsitykset ja olettamukset eri tilanteiden parhaasta hoidosta. Epävarmoissa tilanteissa lääkäri saattaa useista syistä valita mieluummin leikkauksen kuin alatiesynnytyksen. Pienissä sairaaloissa synnytystoimintaa ei useinkaan ole viikonloppuisin eikä anestesiaalääkäreitä ole yhtä joustavasti saatavilla kuin suuremmissa sairaaloissa. Synnytykset pyritään hoitamaan virka-aikana ja arkisin, jolloin keisarileikkauksia tehdään herkemmin myös muista kuin puhtaasti lääketieteellisistä syistä. Keisarileikkauksella synnyttäneistä noin 3 %:lla on synnytyspelkodiagnoosi, mutta diagnoosin käytön vaihtelevuudesta johtuen arvioidaan synnytyspelko-indikaatiolla tehtyjen leikkausten määrän olevan pienempi (Gissler 2001).

### **3.3.2.2 Pirstaleisuus ja keskittäminen**

Tällä hetkellä raskaana olevan ja synnyttäjän hoito toteutuu äitiyshuollon palvelujärjestelmän eri pisteissä ja porrastuksen eri tasoilla. Kukin järjestelmän osasysteemi tarkastelee vain kapeaa osaa naisen koko elämänaalueesta. Synnytyksiä hoitavien ja avohoidossa raskautta seuraavien asiantuntijoiden keskinäiset yhteydet eivät välttämättä ole kovin vahvat. Sama kättilö ei juuri koskaan seuraa äitiä raskauden alusta lapsivuoteeseen saakka. (Poikajärvi & Mäkelä 1998.) Tämän pirstaleisuuden Hemminki (1993) näkee yhdeksi äitiyshuollon palvelujärjestelmämme visaisimmaksi ongelmaksi, joka koskettaa koko lisääntymisterveyden aluetta. Raskausajan hoito on pääosin porrastettu. Perusterveydenhuollon vahvuuksina on nähty mm. tavallisten ongelmien hoito lähellä odottavan äidin kotia ja yksilöiden terveyden sitominen sosiaalisiin verkostoihin (Vehviläinen-Julkunen 2002). Myös synnytysten hoito on osittain porrastettu: riskitapaukset lähetetään yliopistosairaaloihin, mutta toisaalta suurin osa normaa-

lisynnytyksistäkin tapahtuu yliopistosairaaloissa (Hemminki & Koponen 1998). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjako vaihtelee paikasta toiseen melkoisesti; samoin julkinen palvelutarjonta vaihtelee uusien teknologioiden osalta, mutta myös perinteisemmän äitiyshuollon kohdalla kunasta toiseen. Väestövastuu on laajentanut lääkärin, terveydenhoitajien ja kättilöiden työkenttää. Entistä vähäisemmät raskaudet jakautuvat perusterveydenhuollossa nyt entistä useammalle hoitajalle. (Pojakärvi & Mäkelä 1998.)

Suomessa synnytystoimintaa on 1980-luvun lopusta 2000-luvulle keskitetty voimakkaasti ja sama kehitys jatkunee. Kyse on yleispohjoismaisesta trendistä (ks. Wiklund, Matthiesen, Klang & Ransjö-Arvidson 2002). Suomessa lakkautettiin vuosina 1987–2001 synnytystoiminta kaikkiaan 13:ssa terveydenhuollon yksikössä. Pienten synnytyssairaaloiden lukumäärä onkin puolittunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Taustalla on ollut paljolti näkemys, että pienissä yksiköissä toiminta on kallista ja lääketieteellinen kriisinhallinta ongelmallista. (Tuomainen & Saarikoski 2004.) Sairaalasynnytystä pidetään synnytyksen perusmallina, jonka naiset näyttävät hyväksyneen, koska eivät ole osallistuneet synnytysten keskittämiseen liittyvään keskusteluun kovin aktiivisesti. Toisaalta keskittämisen vaikutuksia ja hyödyllisyyttä naisen näkökulmasta eivät tutkijatkaan ole katsoneet kovin tärkeäksi tutkimuksin todistaa tai selvittää. Synnytysten hoito muodostaa oman erityisalueensa sairaalassa, koska kyse ei ole sairaudesta. Silti tarvittaessa hoitoon tulee pikaisesti saada mukaan lääketieteellinen osaaminen ja siksi toiminnan on katsottu parhaaksi olla terveydenhuollon laitoksessa. (mm. Tuomainen & Saarikoski 2004.) Synnytystoiminnan keskittäminen on ajoittain herättänyt keskustelua ja ristivetoa asiantuntijoiden kesken. Vastakkain ovat olleet mielipiteet synnytysten vielä tehokkaammasta keskittämisestä sairaaloihin komplikaatioiden vähentämiseksi sekä näkemykset kotisynnytyksistä ja synnytyksistä pienissä hoitoyksiköissä, jotka lisäisivät synnyttävien naisten tyytyväisyyttä. (Erkkola 1997a, b, Miettinen 1997a, b.) Keskustelua on käyty myös sairaalasynnytysten ja kotisynnytysten turvallisuudesta (esim. Erkkola 1997a,b, Miettinen 1997a,b, Viisainen ym. 1999), jolloin esille on noussut mm. komplikaatioiden hoitamista edellyttävän osaamisen takaaminen, matkasynnytysten riskit sekä mahdollisuudet ohjata normaalisynnyttäjät pieniin yksiköihin hoitoon. Keskusteluissa ovat vaihdelleet vaatimukset yhtäältä synnytyspaikan ja hoitokäytäntöjen vaihtoehtojen lisäämisestä ja toisaalta tehokkaammasta hoidon keskittämisestä. Yksilöllisyys assosioidaan nimenomaan pieniin synnytysyksiköihin, mutta ovatko naisten ja perheiden 2000-luvun yksilölliset ratkaisut jo niin vaativia, että ne edellyttävät jonkinlaista keskittämistä, kysyvät Tuomainen ja Saarikoski (2004). Synnytyskulttuurissamme 1990-luvun alussa tapahtuneen muutoksen myötävaikuttamana synnytyssaleja on muutettu kodinomaisemmiksi, lapsivuodeosastojen potilashuoneita on uudistettu perhehuoneiksi ja yleisesti on pyritty edesautamaan yksilöllisen hoidon onnistumista (Callister, Lauri & Vehviläinen-Julkunen 2000). Tämä on riippumatonta synnytysyksikön koosta.

### 3.3.2.3 Medikalisaatio ja luonnonmukaisuus

Yhteiskunnan kannalta katsottuna raskaus, synnytys ja äitiys eivät ole vain naisen oma yksilöllinen asia, vaan yhteiskunta pyrkii ohjailemaan raskautta ja synnytystä esimerkiksi medikalisaation avulla. Raskauden ja synnytyksen medikalisoituminen merkitsee niihin liittyvien ongelmien nimeämistä ja tunnistamista lääketieteellisin termien ja käsitysten mukaisesti. Yleisessä mediakalisaatiokeskustelussa (mm. Tuomainen ym. 1999, Myllykangas 2001) medikalisaatiolla tarkoitetaan lääketiedeinstituution kasvua, sen vallankäyttöä sekä elämän tapahtumien ja poikkeavuuden lääketieteellistämistä. Medikalisaation merkittävinä alueina ovat olleet naiset ja naisen kehon ilmiöt kuten raskaus ja synnytys. Medikalisaation piiriin suljetaan jatkuvasti uusia ilmiöitä kuten viime aikoina naisten synnytyspelot ja niiden patologisointi.

Tarpeeton medikalisointi on meilläkin merkittävä ehkäisevän terveydenhuollon erityisongelma. Medikalisaatiolla on huono kaiku, koska ilmiöiden haltuunotto on tapahtunut usein yksipuolisesti biolääketieteellisen näkökulman syrjäyttäessä muut näkökulmat. (Hemminki 1993.) Koko 1990-luvun ja 2000-luvun alun ajan medikalisaatiota on käsitelty aika ajoin suomalaisia naisia ja äitiyshuoltoa koskevissa tutkimuksissa (esim. Hemminki, Kangas & Topo 1992, Miettinen - Jaakkola 1992, Hemminki 1993, Kuronen 1993, Vehviläinen 2000). Kansainvälisesti naistutkijat ovat esittäneet jo pitkään lääketiedekriittisiä puheenvuoroja (mm. Oakley 1984, Turkel 1990, Davis-Floyd 1992, Cahill 2001). Suomessa Miettinen-Jaakkola (1992) on arvostellut synnyttäjien medikalisoimista. Hän on mm. kritikoinut synnytysteknologian käyttöä normaaleissa synnytyksissä sekä korostanut synnytyskokemuksen merkitystä. Vehviläinen (2000) kuvaa medikalisaation ilmenemistä äitiyshuollon palvelujärjestelmän eri tasoilla. Hän näkee sen ilmenevän yhteiskunnallisella tasolla mm. äitiyden ideologian tuottamisena sekä raskauden ja synnytyksen ymmärtämisenä lääketieteellisenä ilmiönä. Organisaatiotasolla medikalisaatio tulee esille normaaliutena ja lisääntyneenä teknologian käyttönä. Työntekijätasolla medikalisaatio merkitsee asiantuntijan vallankäyttöä ja naisen kokemuksellisen tiedon syrjäytymistä ja tilannetasolla medikalisaation seurauksena naista tarkastellaan pääosin toimenpiteiden ja hoidon kohteena. (Vehviläinen 2000.)

Oakleyn (1984) väittää synnytyksen medikalisoinnin tapahtuneen synnytysteknologian avulla. Esimerkiksi sikiön seurantalaitteiden runsaan käytön on nähty heijastelevan medikalisoituneiden käytäntöjen yleisyyttä länsimaissa (Johanson, Newburn & Macfarlane 2002). Kivunlievitysmenetelmien enenevä käyttö synnytyksissämme (ks. Taulukko 1) kertoo yhtäältä menetelmien kehittyneisyydestä, naisen lisääntyneistä oikeuksista tehokkaaseen synnytyskivun lievitykseen tai muuttuneesta suhtautumisesta kivun sietämiseen ja toisaalta heijastelee myönteisyyttä synnytysteknologiaa ja sen käyttöä kohtaan. Medikalisaation kannalta on oleellista, mikä on käytettävän teknologian määrä ja laatu terveydenhuol-



lossa ja mikä on hoidon antajien asema suhteessa hoidon saajiin. Viimeksi mainittu seikka on ollut erityisen keskeinen synnytyspalvelujen arvioinnissa. (Hemminki & Koponen 1998.) Hemminki (2004) otaksuu medikalisaation ja lääketieteellisen teknologian tukevan toisiaan kehämäisesti. Normaalien raskauksien ja synnytysten muuttuessa korkeaa teknologiaa vaativiksi lisääntyvät myös paineet uuden lääketieteellisen teknologian kehittämiseksi (myös Hemminki, Kangas & Topo 1992). Hemminki (2004) kuvaa naisia willing victims -termillä, jolloin teknologian tuottajat käyttävät ns. manipulatiivista mallia naisiin uuden raskauksiin ja synnytyksiin liittyvän teknologian kehittämisessä. Mikäli lääketieteellistä teknologiaa kehitettäessä ja sitä käyttöön otettaessa vedotaan lapsen turvallisuuteen ja hyvinvointiin on luonnollista, että jokainen lasta odottava nainen haluaa teknologiaa käytettävän raskauden ja synnytyksen aikana. Tämä kehitys on jo näkyvissä suomalaisessakin äitiyshuollossa.

Medikalisaatiokehitys kietoutuu myös asiantuntijan valtaan (Tuomainen ym. 1999, Myllykangas 2001), sillä esimerkiksi sikiön tarkkailun ja synnytyksen käynnistämisen tekniikat ovat luoneet synnytyslääkäreille mahdollisuuden hankkia tietoa tilanteesta enemmän kuin itse synnyttäjät. Siten lääkäreiden on katsottu saavan valtaa suhteessa synnyttäjiin ja myös kätilöihin. Tässä medikalisaatiodiskurssissa olennainen tieto raskaudesta ja synnytyksestä on asiantuntijoiden hallussa (myös Machin & Scamell 1997) ja tiedon kohteena on naisen keho. Synnytysteknologian käyttö ei silti itsestään selvästi merkitse asiantuntijan valta-aseman kasvua, mutta synnytyksen teknistyessä on esille väistämättä noussut entistä vahvemmin kysymys raskaana olevan ja synnyttävän naisen itsemääräämisestä ja hallinnan mahdollisuuksista. Yhtäältä teknologia ja sen myötä medikalisaatio voidaan nähdä naisen kokemusta esineellistävänä ja passivoina vallankäytön välineenä. Toisaalta taas medikalisaation yhteydessä voidaan korostaa naisen omaa hallintaa, aktiivisuutta ja halua käyttää teknologiaa omien tarkoitusperien saavuttamiseksi, esimerkiksi lisääntymisteknologian valikoivana käyttönä ja raskauden jatkamisen valinnan mahdollisuutena. (Lock & Kaufert 1998, myös Thistlethwaite & Jordan 2000.) Medikalisaatiossa osa naisista on siis voittajia, osa häviäjiä (ks. Oinas 2001). Medikalisaatio ja lääketieteen kehitys voivat olla naiselle voimaannuttavia mm. auttaen häntä jäsentämään omia valintojaan ja strategioitaan (Zadoroznyj 1999). Lääkärit eivät ole ainoita toimijoita medikalisaatioprosessissa, vaan myös naisilla on oma kulttuurinsa, joka ei ole irrallaan lääketieteen asiantuntijuudesta ja organisaatiosta (Riskä 2003).

Äitiyshuollon medikalisoitumisen vastavoimana voidaan tulkita olevan raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon ympärille on muodostuneen naisten organisoimaan kansalaisaktivismia, jolla on ollut vaikutusta tutkimuksen suuntautumiseen naiskeskeisemmäksi ja naisen aktiivista osallistumista painottavammaksi (ks. Viisainen 2000, 2001). Suomalainen naisliike on kansainvälisesti verrattuna kiinnittänyt hieman vaimeasti huomiota raskauden ja synnytyksen hoitokäytänteisiin. Poikkeuksena tästä on 1970-luvun aktiivisuus synnytyskivun hoidon saatavuudesta ja 1980- ja 1990-lukujen liikehdintä, joka koski aktiivista ja luonnonmukaista synnytystä. Suomessa 1980-luvulla kasvaneen kansainvälisen

synnytysliikkeen vaatimuksena oli naisen itsemääräämisen kunnioittaminen. Aktiivinen synnytys ry:n perustivat Suomeen naiset, jotka olivat huolissaan synnytyskäytännön muuttumisesta tekniseksi ja rutiininomaiseksi. Yhdistys pyrkii vaikuttamaan synnytyskulttuuriin siten, että siitä tulisi moniarvoisempi. Yhdistys haluaa rohkaista naisia löytämään oman tapansa olla raskaana ja synnyttää. (Sutela-Tervonen 1999, myös Balaskas 1988.)

Aktiivisella synnyttämisellä tarkoitetaan synnytysprosessia, johon puututaan mahdollisimman vähän ulkoapäin, erityisesti lääketieteellisesti (mm. Odent 1984). Se käsitetään helposti kokoelmaksi erilaisia asentoja ja apuvälineitä, mutta Aktiivinen synnytys ry:n mukaan (2003) se merkitsee ennen kaikkea asennoitumista, omien tuntemusten kuuntelua, toimimista niiden mukaan ja yksilöllisten tarpeiden huomiointia. Vaihtoehtoisissa hoitokäytännöissä korostetaan mm. toimenpiteiden ja lääkityksen välttämistä, sosiaalista tukemista, naisen tukemista hoitoaan koskevassa päätöksenteossa, omatoimisuutta, jalkeilla olemista ja selviytymiskeinojen käyttöä avautumisvaiheessa (Vallimies-Patomäki 1998, ks. myös WHO 1996, International Confederation of Midwives 1999, 2004, Suomen Kättilöliitto 2004). Nykyään nähdään, etteivät synnytyslääketiede ja naisen aktiivisuus sulje pois toisiaan, vaan pyritään paremminkin löytämään tasapaino luonnonmukaisuuden ja lääketieteellisen teknologian käytön välille (Aktiivinen synnytys ry 2003), vaikka synnytysliikkeen alkuaikoina tämän suhteen oltiin huomattavasti ankarampia.

Obstetrista tekniikkaa vastustavan reaktion seurauksena saivat alkunsa ensimmäiset ABC-klinikat (= Active Birth Centre), jotka aloittivat toimintansa USA:ssa 1970-luvulla. Pohjoismaissa ensimmäinen klinikka avattiin vuonna 1984 Tanskaan. ABC-klinikan toiminnasta vastaa keskeisesti kättilö synnytys- ja lastenlääkärin toimiessa konsulttina. Raskauden seurannassa painottuu naisen itsehoidon periaate, ja perheille annetaan huomattavasti vastuuta terveytensä hoitamisesta. Klinikalla pyritään mahdollisimman luonnonmukaiseen, yksilölliseen synnytyksen kulkuun siihen tarpeettomasti puuttumatta ja luotetaan naisen omiin voimavaroihin synnytyksessä. Perhekeskeisyyttä ja normaalia synnytyksen kulkua tuetaan kodinomaisella synnytysympäristöllä. ABC-yksikön periaatteita on, että raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika muodostavat kokonaisuuden, josta yksikön kättilöt huolehtivat alusta loppuun. Klinikkan kättilöt vastaavat myös synnytys- ja perhevalmennuksesta. (Valvanne 1986.) Suomessa naisten kansalaisaktivismi käynnistyi huomattavasti myöhemmin kuin Englannissa tai USA:ssa, eikä se johtanut ABC-klinikan kaltaisten vaihtoehtoisten synnytyspaikkojen perustamiseen. Sitä vastoin suomalainen äitiyshuollon järjestelmä vastasi haasteisiin kehittämällä synnytyksen hoitoa sairaaloissa, joiden pienemmissä synnytysyksiköissä ainakin osa ABC-klinikan periaatteista toteutuu.

### 3.3.2.4 Normaalistaminen ja yksilöllistäminen

Suomalaista äitiysneuvolatoimintaa on arvostelu siitä, että se pyrkii liiaksi normaalistamaan ja keskin-kertaistamaan asiakkaidensa yksilölliset tilanteet (Kuronen 1993, Vehviläinen 2000). Asiantuntija tulkitsee naisen tilanteen normaalina, vaikka nainen itse pitää sitä huolestuttavana. Naiset ja mukaan lukien äitiysneuvolan asiantuntijat ovat mahdollisesti mieltäneet neuvolan paikaksi, jossa tulee ensisijaisesti osoittaa normaaliutta. Käynnin tavoite on suoriutua testeistä ja mittauksista, jotta voi osoittaa olevansa hyvä tuleva äiti. (Ks. Koponen 1994, myös Hirvonen 2000.) Asiantuntija normaalistaessaan vertaa äidin yksilökohtaista tilannetta yleisiin keskiarvoihin ja tilanteiden kulkuun. Normaali raskaus pysyy siis tiettyjen raja-arvojen sisällä ja noudattelee keskiarvokäyriä. Normaalius äitiysneuvolan käynneillä viittaa useimmiten lääketieteelliseen normaaliuteen, jolloin raskaus nähdään tilana, joka hyvin herkästi muuttuu normaalista poikkeavaksi. (Ruusuvaori 1994, Vehviläinen 2000.) Vehviläisen (2000) tutkimukseen osallistuneiden naisten kuvauksissa normaalius oli neuvolassa ns. valmiiksi määriteltä ja tarkoitti sitä, että nainen toimi äitiysneuvolan eli järjestelmän käytäntöjen mukaisesti. Normaaliuden määrittäminen ei ole vain lääketieteellinen ilmiö, vaan naisia ja heidän elämäntilannettaankin saatetaan tarkastella normaaliudesta käsin (Kuronen 1994, Vehviläinen 2000). Tämä lienee osasyynä siihen, ettei äitiyshuollon toiminnassa ole aina pystytty ottamaan kokonaisvaltaisesti huomioon naisten elämässä ja asemassa tapahtuneita muutoksia.

Äitiysneuvolakäynnit ajoitetaan ennalta suunnitellun, valtakunnallisesti suositellun ohjelman mukaan, joka organisoii äitiysneuvolan toimintaa (mm. Vienonen 1993, Neuvolakirja 1999, Stakes 1999). Vaikka äitiysneuvolalle annetut suositukset eivät ole suoranaisesti hallinnollisesti sitovia, ne näyttävät kuitenkin määrittävän ja normittavan äitiysneuvolatyön tekemisen tapaa, varsinkin sisällöllisesti (ks. Kuronen 1993, Hemminki 1998), joskus myös naisen yksilöllisen huomioon otamisen kustannuksella. Kuronen (1993) on todennut, että äitiysneuvolassa naiselle jää käytännössä hyvin vähän päätäntä- ja harkintavaltaa neuvolakäyntien määrästä ja ajankohdasta. Ruotsalaisessa tutkimuksessa on saatu hieman erilainen tulos. Siinä todettiin, että valtaosa naisista ei noudattanut standardin mukaisesti neuvolakäyntien ohjelmaa. Naiset kävivät äitiysneuvolassa suosituksia useammin. Käyntimäärään vaikuttivat heidän yksilölliset tarpeensa ja toiveensa. Enemmistö naisista oli tyytyväisiä äitiysneuvolakäynteihin ja niiden määrään. (Hildingsson, Rådestad & Waldenström 2005.) Raskauden ajan käynneille on myös määriteltä varsin tarkka aikataulu, ja usein nämä aikataulut otetaan itsestään selvinä normeina. Ohjeet ja suositukset saattavatkin välittyä osittain naisasiakkaalle riskien seulontana vastaanottokäynneillä ja lääketieteellisen normaaliuden tavoitteluna. (Kuronen 1993.)

Naisten äitiyshuoltoon kohdistuu odotukset ja tarpeet näyttävät myös yksilöllistyvän. Osa naisista on erityisen huolellisesti perehtynyt miltei kaikkeen mahdolliseen äitiyteen, raskauteen sekä synnytykseen

liittyvään materiaaliin ja hankkinut laajasti asiantuntijatietoa oman tilanteensa ymmärtämiseksi ja hallitsemiseksi (Vehviläinen-Julkunen, Lauri, Laine, Peni, Beaton & Gupton 1994a, Zadoroznyj 1999, Ahonen 2001). Tietoa etsitään runsaasti asiantuntijaorganisaatioiden ulkopuolelta, kuten eri yhdistyksistä, järjestöistä ja Internetin keskustelupalstoilta, jotka mahdollistavat paremmin myös kriittisesti suhtautuvan sekä yksilöllisen tiedon hankkimisen. Modernin tekniikan on arveltu 2000-luvulla olevan merkittävä apuväline yksilöllisen tuen antamisessa ja tiedon jakamisessa äitiyshuollossa (Kouri, Antikainen, Saarikoski & Wuorisali 2001, Vehviläinen-Julkunen 2002). Internetin kautta naisten on mahdollista saada apua juuri silloin, kun he sitä tarvitsivat, ja apu kohdistuu juuri heille ajankohtaiseen ja tärkeään kysymykseen. (Munnukka, Kiikkala & Valkama 2002, Kytöharju, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004.) Tämä ei useinkaan toteudu perinteisillä äitiysneuvola-, äitiyspoliklinikkakäynneillä tai synnytys- ja perhevalmennuksessa. Tällainen aktiivisesti tietoa hankkiva nainen on luonnollisesti paljon tasa-arvoisempi keskusteluosapuoli kuin perinteisesti asiantuntijan auktoriteettiin luottava nainen. Ahosen (2001) tutkimustulokset antavat viitteitä äitiysneuvolassa jaetun tiedon marginalisoitumisesta ja siitä, että asiantuntijat ovat alkaneet menettää tiedollista autonomiaansa. Yhä useammat naiset arvostivat enemmän toisilta naisilta saatua tietoa ja tukea kuin virallisen järjestelmän taholta tarjottua tietoa. (Ahonen 2001.) Osittain naisasiakkaan tilalle onkin astumassa valistunut ja riskitietoinen asiakas ja kuluttaja, joka neuvottelee hoidon eri yksilöllisistä vaihtoehdoista ammattilaisen kanssa (Davis 2003, Ryynänen, Kinnunen, Myllykangas, Lammintakanen & Kuusi 2004). Ilmiö näkyy ehkä selkeimmin sikiödiagnostiikkaan ja reproduktioteknologiaan liittyvissä valinnoissa. Muutos on osa laajempaa kultus- ja yksilöitymiskulttuurin voimistumista yhteiskunnassa ja on yhteydessä medikalisaatiokehitykseen asettaen haasteita myös äitiyshuollossa jaettavalle tiedolle, sen yksilökohtaisuudelle ja ajankohtaisuudelle.

### 3.4 Yhteenveto tutkimusorientaatiosta

Niin äitiyshuollon käytänteitä kuin sen tutkimustakin on leimannut Suomessa sukupuolineutraalius. Kuitenkin äitiyshuoltoa on mielekästä tarkastella myös naistutkimuksen tarjoamin käsittein ja välinein, sillä ne tarjoavat aineksia pohtia ja kehittää järjestelmää tuoreemmista lähtökohdista. Raskauteen ja synnyttämiseen liittyvät kysymykset määrittivät edelleen enimmäkseen naisisiksi, vaikka viimeaikainen äitiyshuollon tutkimus ja toiminta on pyrkinyt ottamaan miehen näkökulman huomioon huomattavasti aiempaa voimakkaammin. On tarpeellista kysyä, onko naisella oikeus palveluihin omana itsenään eikä esimerkiksi perheen synnyttäjänä. Tässä tutkimuksessa pyritään paljastamaan kokijan näkökulma ja tuomaan kuuluviin naisen ääni, joka muutoin saattaisi hukkaa äitiyshuollon palvelujärjestelmää kehitettäessä.

Äitiydestä on länsimaissa muodostunut yksilöllinen valinta muiden elämänvalintojen rinnalla. Äidiksi haluamiseen liittyy ristiriitoja, vaikka äitiys koetaan edelleen tärkeäksi osaksi naisen elämää. Nykyäiti on usein jo keski-ikäinen nainen, jolle äitiys merkitsee aiempaa vahvemmin yksilöllistä naiskokemusta. Äitiyteen liitetään vieläkin nk. äitimyytin oletuksia siitä, millainen on hyvä äiti. Äitiyden ihannoimisen rinnalle on syntynyt naistutkimuksessa äitiyden ambivalenttisuutta pohtiva näkemys, jonka mukaan äiti on myös nainen ja naissubjekti ominen tarpeineen ja tavoitteineen. Äitiyttä tuotetaan ja uusinnetaan kulttuurisesti ja äitiyden instituutioissa kuten neuvolassa ja synnytyssairaalassa. Äitiyden pohtimisessa tulee tarkasteltavaksi myös suhde mieheen ja isyyteen. Vauvan ja miehen tarpeet menevät usein naisen omien tarpeiden edelle, ja vanhemmuudessa on edelleen runsaasti jakamatonta vastuuta. Äidit nähdään vahvoina selviytyjinä, ja kulttuurissamme elävät vahvasti tarinat sankariäideistä. Ajoittain äidit ovatkin hämmentyneitä ns. julkisten kertomusten ja kulttuuristen odotusten sekä oman henkilökohtaisesti koettun äitiyden välisistä ristiriidoista. Kehitettäessä äitiyshuollon palvelujärjestelmää on siis otettava huomioon, kuinka yhteiskunnassamme äitiyttä määritellään ja arvotetaan.

Suomalaista äitiyshuollon palvelujärjestelmää voidaan pitää moniaineksisena ja sen tavoitteita moderneina. Palvelut on järjestetty valtakunnassa yhtenäisesti ja niiden järjestämistä ohjaavat valtakunnalliset suositukset. Järjestelmän kehityksessä voidaan erottaa erilaisia, vastakkaisiakin kehityssuuntia: erikoissairaanhoidon painottuminen, toiminnan keskittäminen ja toisaalta sen pirstaleisuus, medikalisaatio ja luonnonmukaisuus sekä normittaminen ja yksilöllisyyden toteutumisen tavoite. Äitiysneuvolan koordinoiva rooli on pienentynyt ja äitiyspoliklinikoiden rooli sen sijaan kasvanut. Sairaalasynnytys on suomalaisen synnytyksen perusmalli. Poliklinisesti tai kotona synnytetään vähän. Synnytystoimintaa on määritetöisesti keskitetty viime vuosikymmeninä ja kehitys jatkuu. Raskaana olevan ja synnyttävän naisen hoito toteutuvat palvelujärjestelmän eri pisteissä ja hoidon porrastuksen eri tasoilla, jolloin kukin osajärjestelmä tarkastelee kapeasti naisen tilannetta. Äitiyshuollon kehittämisessä on tavoiteltu yksilöllisten palveluiden tarjoamista onnistumatta kuitenkin erityisen hyvin. Neuvolatoimintaan on sisäänrakennettu ns. normaaliuden ideaali, ja vaihtoehtoja ja valinnan mahdollisuuksia on niukasti. Raskaana olevat naiset hakevat yhä enemmän yksilöllistä tietoa ja tukea toisilta naisilta, kuten esimerkiksi Internetin keskustelupalstoilta, jolloin vaarana on äitiyshuollon tarjoaman ”virallisen” tiedon marginalisoituminen. Medikalisaatio voidaan tulkita sekä kielteiseksi että myönteiseksi ilmiöksi äitiyshuollossa, mutta huolestuttavaa on, mikäli naisen kehon ilmiöitä aletaan tarkastella yksinomaan biolääketieteellisestä näkökulmasta. Suomessa syntyi 1980-luvulla kansainvälisen liikehdinnän seurauksena synnytyksen luonnollisuutta ja naisen aktiivisuutta korostava yhdistys. Yhdistys pyrkii edistämään moniarvoisempaa synnytyskulttuuria ja rohkaisemaan naisen toimijuutta synnytyksessä. Meillä naisten kansalaisaktivismi on kuitenkin jäänyt pienehkön naisryhmän aktiivisuuden varaan. Suomalainen äitiyshuollon järjestelmä on vastannut luonnonmukaisuuden haasteisiin kehittämällä synnytyksen hoitoa sairaalassa.

Tutkimuksen käsitevalinnat luovat omanlaistaan todellisuutta antaen samalla tutkittavalle ilmiölle tietynlaisen merkityksen ja ohjaten tutkijan ajattelua ja tulkintaa. Tutkimuskohde ikään kuin arvotetaan etukäteen siinä käytettävien käsitteiden kautta. (Pohjola 2003.) Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on huomionarvoista käytettävien käsitteiden sävy. Tämä liittyy esimerkiksi siihen, nähdäänkö ja kuvataan nainen äitiyshuollon palvelujärjestelmässä lähtökohtaisesti järjestelmästä riippuvaisena potilaana tai asiakkaana vai kuvataan häntä jollakin muulla tavoin käyttäen silti yksilöotteista määritelmää ja kieltä. Potilaana ja asiakkaana oleminen, raskaana oleminen ja synnyttäminen ovat vain yksittäisiä kohtauksia naisen elämän kokonaisuudessa. Naisella on paljon voimavaroja ja kykyä hallita tilannettaan potilaana ja asiakkaana. Pohjolan (2003) käsityksen mukaan tutkijan eettiset sitoumukset kilpistyvätkin paljolti hänen käyttämänsä käsitteellisen kielen luomiin kuviin todellisuudesta. Kielemme on täynnä ilmaisuja, jotka eivät kerro niiden toimijoiden sukupuolta, joihin ne viittaavat. Tällaiset sukupuolineutraalit ilmaisut ovat tyypillisiä modernille tieteelle. (Vuori 2002a.)

Tässä tutkimuksessa käytetään yleisimmin termiä nainen kerrottaessa lasta odottavasta ja synnyttävästä naisesta ja kuvattaessa hänen toimintaansa. Termin käyttäminen on naisen kunnioittamista. Sillä halutaan myös ilmentää naisen monia rooleja äidin roolin rinnalla. Naisena oleminen on monta, ei vain yhtä. Raskaus, synnyttäminen, asiakkaana oleminen tai äitiys ei yksistään määrittele naista. Toisaalta tutkimuksessa on käytetty terveydenhoitajista, kätilöistä ja synnytyslääkäreistä yhdessä termiä asiantuntija, joka häivyttää heidän sukupuolensa näkymättömäksi sekä niputtaa heidät abstraktiksi joukoksi. Tätä valintaa perustellaan sillä, että tutkimuksen tavoitteena on nimenomaan tuoda esiin naisasiakkaan näkemyksiä. Lisäksi asiantuntijoita ja heidän toimintaansa kyllä yksilöidään tarkoituksenmukaisesti joissakin tutkimuksen kohdissa.

Tieteellisen kirjoittamisen perinteeseen on keskeisesti kuulunut runsas passiivin käyttö, joka abstraktin kirjoittamisen tyylinä saattaa hukuttaa toimijoiden näkökulman (Ronkainen 2000). Tästä huolimatta tässä tutkimuksessa käytetään passiivimuotoa. Suomen kielessä passiivi-ilmaus ei toimi aivan samalla tavoin kuin esimerkiksi englannissa toimijan poissulkemiseksi. Suomen passiivi ei kätke toimijoita kokonaan, vaan toimijat ovat useimmiten pääteltävissä kontekstista. (Vilkuna 1996.) Kuten aina, myös kielen käytössä tutkija joutuu tekemään valintoja.

Äitiyshuollossamme vaikuttavat monet erilaiset kehityssuunnat, joiden suuntaan naisasiakkaat ovat vain harvoin voineet vaikuttaa. Tästä syystä on tärkeää tutkia äitiyshuollon palvelujärjestelmää myös naisen hallinnan mahdollistumisen näkökulmasta ja tarkastella hallinnan toteutumisen ehtoja ja edellytyksiä julkisessa äitiyshuollon järjestelmässä. Äitiyshuollon kehittäminen on edelleen ajankohtaista, sillä naisten yksilölliset toiveet ja tarpeet muuttuvat, lääketieteellinen osaaminen lisääntyy, sen myötä medikalisaatiokehitys valtaa alaa ja valintojen tekemisen ja päätöksenteon tukemisen merkitykset

tulevat entistä tärkeämmiksi. Esille tulevat kysymykset siitä, vastaako suomalainen äitiyshuollon palvelujärjestelmä 2000-luvun naisen tarpeisiin ja toiveisiin, tarjoavatko sen olosuhteet ja käytänteet naiselle mahdollisuuden saavuttaa subjektin ja aktiivisen toimijan aseman? Tämän lisäksi on tarpeellista kysyä, millainen on nykyisen äitiyshuollon palvelujärjestelmän ja viime kädessä yhteiskuntamme todellinen toleranssi nyky naisten erilaisille vaihtoehdoille ja valinnoille?

## 4 NAISEN HALLINTA RASKAUDEN JA SYNNYTYKSEN AIKANA

### 4.1 Hallinnan käsite

Hallinta tai kontrolli on perimmiltään tapahtumien hallittavuutta eli mahdollisuutta tehokkaaseen vaikuttamiseen. Suomen kielessä hallinnalla ja kontrollilla<sup>2</sup> tarkoitetaan osittain samoja asioita, mutta varsinkin arkikielessä kontrolliin liitetään usein rajoittamisen, estämisen tai alistamisen sävyjä. Englannin kielessä sana ”control” saa monia merkityksiä<sup>3</sup> lisäliitteineen. Tässä tutkimuksessa hallinta ymmärretään positiivisena ilmiönä eikä siihen liitetä valvonnan tai vahtimisen vivahteita. Tässä syystä tutkimuksessa käytetään pääasiallisesti hallinta-termiä ja kontrolli-termiä silloin, kun ne liittyvät mm. hallinnan teoreettiseen määrittelyyn.

Hallinnalla tarkoitetaan yksilön kykyä vaikuttaa olemassa oleviin sosiaalisiin, fyysisiin ja käyttäytymiseen liittyviin tilanteisiin (mm. Shapiro, Schwartz & Astin 1996). Tapahtumien hallittavuus ei kuitenkaan tarkoita sitä, että lopputulos olisi kokonaan ennustettavissa tai vallassa tai että joku todella kykenisi ”hallitsemaan elämää”. Hallittavuus tarkoittaa sitä, että jotakin tilannetta tai kehitystä on mahdollista muuttaa tai edistää halutun tuloksen saavuttamiseksi. Tulos ei ole tavaran kaltainen, vaan hallinnalla on monenlaisia psykologisia tehtäviä kuten tilanteen muuttaminen, ennakoiminen ja ymmärtäminen. (Averill 1973, myös Nupponen 1993.) Vaikuttamismahdollisuudet ja kyky niiden toteuttamiseen ovat tärkeitä erityisesti länsimaiselle ihmiselle. Hallinnan tunne subjektiivisena kokemuksena liittyy ihmisen kulloisenkin tilanteeseen, elämänvaiheeseen, kulttuuristaan ja aiempiin kokemuksiin, mikä tekee sen ymmärtämisestä ja määrittelystä haastavan. Tästä kertovat myös ne lukuisat eri tieteiden intresseistä nousevat tutkimukset ja teoreettiset kehikot, joita hallinnan ja kontrollin käsitteestä ja ilmiöstä on luotu (esim. Rotter 1966, Averill 1973, Bandura 1977, 1982, Antonovsky 1979, 1993, Rothbaum, Weisz, & Snyder 1982, Ajzen 1991, 2002). Taulukkoon 2 on koottu yhteenvedonomaaisesti hallinnan ja sen lähikäsitteiden määritelmät.

---

<sup>2</sup> Suomen kielessä kontrollilla tarkoitetaan 1. vahtimista, valvontaa 2. tutkintaa, testausta, tarkastusta 3. hallintaa ja hallinnalla tarkoitetaan 1. määräysvaltaa, valvontaa, johtoa 2. hallussapitoa, käyttöoikeutta 3. käsittelykykyä, 4. osaamista. (Kielikone 2004)

<sup>3</sup> Englannin kielessä ”control of/over sth” tarkoittaa 1. hallintaa, 2. herruutta, 3. määräysvaltaa, määräämisvaltaa, 4. komentoa, 5. Järjestystä. ”Control” tarkoittaa 1. hallita, johtaa, 2. ohjata, valvoa, säädellä, 3. säännöstellä, kontrolloida, tarkkailla, 4. hillitä tunteitaan, halujaan. ”Under control” tarkoittaa hallinnassa olemista ja ”out of control” olemista poissa hallinnassa. (Kielikone 2004)



Hallinta on käsite, jota käytetään erilaisissa yhteyksissä ja eri tieteenaloilla. Hallinnan ja kontrollin tapaisia käsitteitä on esitetty useita ja monet niistä liittyvät tiiviisti psykologisiin tai terveys- ja sosiaalipsykologisiin teorioihin. Tunnetuimpia näistä ovat sisäinen ja ulkoinen hallinta- tai kontrollisuuntautuminen (Rotter 1966), pystyvyyden ja pystyvyysodotusten käsitteet (Bandura 1977), koherenssin tunne (Antonovsky 1979) ja opittu avuttomuus (engl. learned helplessness) (Seligman 1975, myös Sullivan 1993). Samaan käsiteperheeseen kuuluvat myös haastehakuisuus tai sisukkuus (engl. hardiness) (Kobasa, Maddi & Kahn 1982) ja Franklinin vuonna 1963 (Sullivan 1993) kehittänyt pyrkimys tarkoituksellisuuteen (engl. will to meaning). Banduran, Kobasan ja Antonovskyn ajattelutavat perustuvat persoonallisuustekijöiden tutkimiseen pyrkien kartoittamaan yleisiä hallintapiirteitä, tyylejä ja taipumuksia.

Suurin osa hallinnan määritelmistä ja teoretisoinneista tarkastelee yksilön kykyä hallintaan sekä vaikuttamiseen ja siten tähdentää erityisesti yksilön valmiuksia aktiivisesti vaikuttaa ympäristössään ja muovata sitä toiveitaan ja tarpeitaan vastaavaksi (mm. Rotter 1996, Levenson 1973, 1975, Moch 1988, Ajzen 2002). Yleisimmin hallintaa on määritelty Rotterin (1996) sisäisen ja ulkoisen hallintasuuntautuneisuuden ja Banduran (1977, 1984) pystyvyysodotusten käsitteiden kautta. Kuitenkin esimerkiksi hallintasuuntautuneisuus kertoo hyvin vähän siitä, miten yksilö haluaa toimia. Se ei myöskään ota huomioon sitä, miten yksilö arvottaa ”lopputulosta”, henkilön psykologista tilaa eikä vaihtoehtoisten valintojen mahdollisuutta tilanteessa. Rotterin (1966) mukaan käsitys omasta vaikuttamismahdollisuudesta opitaan sosiaalisen ympäristön ja kokemusten kautta varhain lapsuudessa. Tällöin hallinnasta on muodostunut jokseenkin pysyvä persoonallisuuden piirre. Rotter ei myöskään liitä hallinnan käsitettä terveyteen eikä siihen, kuinka ihminen pyrkii vaikuttamaan terveyteensä.

Koherenssin (Antonovsky 1972, myös Pietilä 1998) käsite on taas hyvin kokonaisvaltainen, yleisenä elämän orientaationa ymmärrettävä ajatusrakennelma. Antonovsky (1979) kuvasi koherenssin tunnetta yleistyneinä hallintaresursseina, joihin hän sisällytti hyvin laajoja ilmiöitä kuten ehkäisevän terveysorientaation, yksilöiden arvot ja tietoperustan, minäkäsityksen vahvuuden, selviytymisstrategiat sekä sosiaalisen tuen. Antonovskyn ajattelussa on keskeistä yksilön kokonaisvaltainen luottamus ja varmuus siitä, että sisäinen ja ulkoinen todellisuus ovat ennustettavissa. Bandura (1977, 1982) käsittelee teoriasaan hallintaa tulos- ja pystyvyysodotusten kautta. Pystyvyysodotuksella hän tarkoittaa varmuutta siitä, että yksilö pystyy toimimaan stressaavan tilanteen vaatimalla tavalla ja saavuttaa siten toivotut tulokset. Tulositodotukset taas viittaavat henkilön arvioon siitä, onko hänen toiminnallaan ollut vaikutusta lopputulokseen.

**Taulukko 2.** Yhteenveto hallinnan käsitteen ja sen lähikäsitteiden määrittelyistä (1963 – 2003)

MÄÄRIT- TELIJÄ(T)/ VUOSI	HALLINNAN KÄSITE, LÄHIKÄSITTEET	MÄÄRITTELY
Frankl 1963 (ks. Sullivan 1993)	Pyrkimys/tahto tarkoituksellisuuteen (will to meaning)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksilön selviytyminen on yhteydessä kykyyn tehdä valintoja.</li> <li>• Hallinta tarkoittaa valintaa, päätöksentekoa ja aktiivista elämän tarkoituksellisuuden luomista.</li> </ul>
Rotter 1966	Sisäinen ja ulkoinen hallinta- tai kontrol- lisuuntuneisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yleistynyt ihmisen kokemus siitä, onko hallinta (kontrollilähde) joko pääasiassa hänen omassa vallassaan (ns. sisäinen hallinta) vai itsensä ulkopuolella (ns. ulkoinen hallinta).</li> </ul>
Levenson 1973, 1975	Sisäinen ja ulkoinen hallinta- tai kontrol- lisuuntuneisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sisäinen hallinta, sattuma ja ulkoinen, muiden ihmisten taholta tuleva hallinta.</li> </ul>
Averill 1973	Hallinta/kontrolli	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jotakin tilannetta on mahdollisuus tai kehitystä on mahdollista muuttaa tai edistää halutun tuloksen saavuttamiseksi. Hallinnan lajeja ovat toiminnallinen, kognitiivinen ja päätöksenteon hallinta.</li> </ul>
Averill 1973	Kontrolliuskomus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Käsitys siitä, missä määrin toivottuun lopputuloksen toteutumiseen voi vaikuttaa.</li> </ul>
Seligman 1975, Abramson, Seligman & Tensdale 1978	Opittu avuttomuus (learned helplessness)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syntyy, kun tapahtumien sisäisen hallinnan mahdollisuus katsotaan menetetyksi.</li> </ul>
Seligman 1975, Abramson, Seligman & Tensdale 1978	Attribuutiotyylit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tapahtumien syitä tai lopputulokseen vaikuttavia seikkoja koskevat uskomukset.</li> </ul>
Bandura 1977, 1982	Pystyvyys ja pystyvyysodotukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varmuus siitä, että yksilö pystyy toimimaan stressaavan tilanteen vaatimalla tavalla ja saavuttaa siten toivotut tulokset.</li> <li>• Vaikuttavat toiminnan käynnistämiseen, siihen panostettujen voimavarojen määrään ja toiminnan ylläpitämiseen vastoinkäymisten aikana. Odotuksia muokkaavat omat suoriutumiskokemukset, muiden ihmisten suoriutumiskokemusten havaitseminen, verbaalinen taivuttelu ja fysiologiset tilat.</li> </ul>
Antonovsky 1979, 1987, 1996	Koherenssin tunne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ihmisen yleinen asennoituminen tai tulkitsemistapa, joka auttaa häntä tuntemaan, että voi vaikuttaa elämänsä tapahtumiin sekä mieltää elämänsä ymmärrettäväksi ja järjestyneeksi. Elämän yleistä asennoitumista kuvataan ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden näkökulmista.</li> </ul>
Kobasa, Maddi & Kahn 1982	Sisukkuus/haaste- hakuisuus (hardiness)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usko tapahtumien hallintaan, sitoutuneisuus omaan elämään sekä käsitys tulevista muutoksista kehittymismahdollisuuksina.</li> <li>• Sisukkuus/haastehakuisuus sisältää hallinnan, sitoutumisen ja haasteen komponentit.</li> </ul>
Lazarus & Folk- man 1984	Selviytyminen (coping)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhteys stressiin.</li> <li>• Ongelmakeskeisellä toiminnalla pyritään kognitiivisesti hallitsemaan tai muuttamaan stressiä aiheuttavia tekijöitä, merkittäviä ovat tiedon etsiminen ja sen käyttäminen.</li> <li>• Tunnekeskeisen toiminnan tavoitteena on tunnereaktion säätäminen stressaavassa tilanteessa, esimerkiksi epämiellyttäviä tunteita käsittelemällä.</li> </ul>
Roos 1988	Elämänhallinta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulkoinen elämänhallinta, joka tarkoittaa ihmisen tunnetta siitä, että hän kykenee hallitsemaan ja ohjailemaan elämänsä, emotionaalinen ja materiaallinen turvallisuus ovat osa ulkoista elämänhallintaa.</li> <li>• Sisäinen elämänhallinta, jolla tarkoitetaan yksilön kykyä sopeutua elämän tapahtumiin; muotoutuu lapsuudessa ja on alati kehittyvä.</li> </ul>

(jatkuu)

Taulukko 2. jatkuu

MÄÄRIT- TELIJÄ(T)/ VUOSI	HALLINNAN KÄSITE, LÄHIKÄSITTEET	MÄÄRITTELY
Söderqvist & Bäckman 1988	Elämänhallinta	• Koherenssin tunne-käsitteen laajentaminen siten, että siihen kuuluu myös tyytyväisyys elämään.
Moch 1988	Hallinta (control)/ Ei-hallittavissa oleva (uncontrol)	• Hallinta tarkoittaa yksilön käsitystä kyvystään säädellä, ohjailta tai dominoida jotakin tilannetta tai tapahtumaa. • Ei-hallittavissa olevalla tarkoitetaan yksilön hyväksyntää siitä, ettei hänellä ole valtaa tapahtumiin, ihmisiin eikä olosuhteisiin.
Peterson & Stunkard 1989	Henkilökohtainen hallinta	• Yksilön uskomus kykyinsä saada aikaan hyviä lopputuloksia ja välttää kielteisiä seuraamuksia. • Alhainen henkilökohtaisen hallinnan taso on yhteydessä huonoon sopeutumiskykyyn, passiivisuuteen ja alhaisempaan moraaliin.
Dennis 1990	Potilaan hallinta (patient's control)	• Käyttäytymisen, tietämisen ja päätöksenteon hallinta.
Niemelä 1991	Elämänhallinta	• Kyky selviytyä vastoinkäymisistä. Sisäinen elämänhallinta ja turvallisuuden tunne liittyvät vahvasti yhteen. Sisäinen elämänhallinta on koetun turvattomuuden hallintaa. Se on itsehallintaprosessi, joka saa alkunsa stressitilanteesta.
Ajzen 1991, 2002	Hallittavuus/ kontrolloitavuus	• Tilanteen hallittavuuden ja toimijan suhde eli ihmisen luottamus omaan kykyynsä suoriutua.
Taylor, Helgeson, Reed & Skokan 1991	Sijaiskontrolli	• Muiden ihmisten mahdollisuus vaikuttaa tilanteeseen.
Mäenpää & Pietilä 1991, Pietilä 1992	Elämänhallinta	• Rakennneosina sosiaalisten suhteiden tyydyttävyys, tavoitteiden saavuttaminen elämässä, oman elämänkulkuun vaikuttaminen sekä itsensä toteuttaminen, tyytyväisyys elämään ja tulevaisuuteen suhtautuminen.
Häggman-Laitila 1992, Häggman- Laitila & Pietilä 1993	Elämänhallinta	• Yksilön peruskokemus elämän säätelämisen mahdollisuuksista ja asteesta. Säätelämismahdollisuus nähdään jatkumona, jolloin ihminen täysin itsenäisesti ja kokonaisvaltaisesti tai osittain säätelää elämänsä tai sen säätelämisestä huolehtii jokin hänen vaikutusmahdollisuuksiensa ulottumattomissa oleva.
Shapiro, Schwartz & Astin 1996	Hallinta/kontrolli	• Mahdollisuus tehokkaaseen vaikuttamiseen, yksilön kyky vaikuttaa olemassa oleviin sosiaalisiin, fyysisiin ja käyttäytymiseen liittyviin tilanteisiin.
Pietilä 1998	Elämänhallinta	• Elämänhallinta-käsitteen osa-alueena myös ihmissuhteet.
Eirola 1999, myös 2003	Elämänhallinta- valmiudet	• Elämänhallinta elämänhallintavalmiuksina, joihin sisältyvät psyko-sosiaaliset tekijät, elämänkulku, mieliala, minäkuva ja riippuvuus-suhteet.
Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999	Sisäinen hallinta	• Terveysongelman sisäisen hallinta. • Potilas kokee itse hallitsevansa terveysongelmaansa ja sen aiheuttamia seurauksia elämässään. • Hallinta on luonteeltaan sisäistä, kognitiivista ja psykologista. • Sisällöllisesti hallinta jakautuu biologis-fysiologiseen, toiminnalliseen, tiedolliseen, sosiaalis-yhteisölliseen, kokemukselliseen, eettiseen ja ekonomiseen osa-alueeseen.

J.P. Roos (1988) hahmotti elämäkertatutkimuksessaan elämähallinnan ulkoisen ja sisäisen hallinnan dimensioiden avulla mutta liitti muista poiketen ulkoiseen hallintaan kuuluvaksi myös materiaalisen turvallisuuden. Roos tarkoittaa ulkoisella elämähallinnalla sitä, että yksilö kykenee pääosin ohjaamaan elämänsä kulkua siten, että siihen vaikuttavat monet ihmisestä itsestään riippumattomat tekijät. Sisäinen hallinta on käsitteenä hieman moniulotteisempi. Se merkitsee ihmisen kykyä sopeutua erilaisiin tilanteisiin sekä kykyä hyväksyä erilaiset tilanteet osaksi omaa elämäkulkuaan. Sisäisen hallinnan hän näki muotoutuvan lapsuudessa ja kehittyvän koko elämän ajan. Yleisesti ottaen Roos tarkoittaa elämähallinnalla yksilön kokemuksia siitä, millaiset mahdollisuudet ja kyvyt hänellä on vaikuttaa oman elämänsä kulkuun. (Roos 1988.) Niemelän (1991) näkemys elämähallinnasta on sisällöllisesti lähellä Roosin ajattelua. Hän näkee elämähallinnan kykynä selviytyä vastoinkäymisistä. Sisäinen elämähallinta ja turvallisuuden tunne liittyvät vahvasti yhteen Niemelän (1991) käsityksen kanssa. Sisäinen elämähallinta on koetun turvattomuuden hallintaa. Se on itsehallintaprosessi, joka saa alkunsa stressitilanteesta. Prosessin tavoitteena on sopeutuminen uuteen elämäntilanteeseen. Ulkoista elämähallintaa hän luonnehtii toiminnalliseksi ja ongelmasuuntautuneeksi. Ulkoinen elämähallinta on siten koettujen uhkatilanteiden hallintaa eri keinoin. (Niemelä 1991.)

Leino-Kilpi, Mäenpää ja Katajisto (1999) käyttävät tutkimuksessaan sisäisen hallinnan käsitettä liittyneenä pitkäaikaissairauden aiheuttamiin terveysongelmiin. He määrittävät terveysongelman sisäisen hallinnan tilanteena, jossa potilas itse kokee hallitsevansa terveysongelmaansa ja sen aiheuttamia seurauksia elämässään. Hallinta on luonteeltaan sisäistä, kognitiivista ja psykologista. Ammattilaisten tulisi tukea potilaan terveysongelman hallintaa. Sisällöllisesti he jakavat hallinnan seitsemään alueeseen: biologis-fysiologiseen, toiminnalliseen, tiedolliseen, sosiaalis-yhteisölliseen, kokemukselliseen, eettiseen ja ekonomiseen. (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999.) Edellä kuvattua määritelmää voidaan luonnehtia enemmän ongelma- kuin asiakas- tai potilaskeskeiseksi. Kobasan, Maddin ja Kahnin (1982) tutkimus puolestaan osoittaa, että tietynlainen persoonallisuus, sitkeys suojaa ihmistä stressin vaikutuksilta. Tähän persoonallisuustyyppiin sisältyy kolme ulottuvuutta: sitoutuminen, kontrolli ja haasteiden ottaminen. Sitoutuminen merkitsee vastuun kantamista, kontrolli tarkoittaa kykyä luottaa omiin vaikutusmahdollisuuksiin ja haasteiden otto korostaa erilaisten kriisien tulkitsemista elämään kuuluvina asioina. (Kobasa, Maddi & Kahn 1982.) Kobasan tutkimusryhmän kehittämä käsite on varsin lähellä Antonovskyn koherenssin tunnetta.

Hallinta sisältää monenlaisia komponentteja. Averill (1973) jakaa hallinnan kolmeen lajiin: toiminnalliseen, kognitiiviseen ja päätöksenteon hallintaan. Toiminnallinen hallinta tarkoittaa konkreettista toimintaa, jolla voi ratkaista tilanteen, jossa uhkaavat epämiellyttävät seuraamukset. Ihminen käyttää myös kognitiivisia keinoja hallitakseen tilanteita keskittämällä tarkkaavaisuutensa joihinkin tilanteen piirteisiin tai muotoilemalla ongelman toisin käsittein tai esimerkiksi lievittämällä kipua mielikuvien

avulla. Päätöksenteon hallinnasta on kysymys silloin, kun ihmisellä on mahdollisuus valita eri tilanteiden ja toimintareittien välillä ja päättää itse niin tavoitteista kuin keinoistakin. (Averill 1973.) Epäselvä tulevaisuus on useimmista ihmisistä epämiellyttävää. Ihminen tarvitsee kuvan siitä, mihin kannattaa valmistautua. Informaatiohallinnan lisäämisestä on kyse silloin, kun valmentamalla tai tiedottamalla huolehditaan siitä, että tulevien tapahtumien kulkua voidaan ennakoida ja tunnistaa niitä seikkoja, joista selviytyminen vaatii erityisiä taitoja tai joita käsittelemällä voi välttyä epämiellyttäviltä tunteilta. Haastavassa tilanteessa saattaa helpottaa jo etukäteistieto siitä, millä hetkellä vaikein tai kivuliain vaihe alkaa ja päättyy (vrt. synnytys ja sen aikana suoritettavat toimenpiteet). Epämiellyttävät kokemukset saattavat kiusata ihmisiä jälkeensä. Jälkikäteiskontrollilla ihminen pyrkii muuttamaan kokemuksiensa merkitystä, vaikka se ei muutakaan menneitä tapahtumia (myös Nupponen 1993) (vrt. synnytyksen jälkeinen keskustelu äidin kanssa).

Toisinaan hallinnasta on erotettu sijaiskontrollin käsite. Sijaiskontrollilla tarkoitetaan sitä, mitä mahdollisuuksia muilla henkilöillä kuten lääkärillä ja hoitajalla on vaikuttaa yksilön tilanteeseen. Esimerkiksi Taylor, Helgeson, Reed ja Skokan (1991) ovat tutkineet henkilökohtaisen ja sijaishallinnan tuntemuksen osuutta eri potilasryhmissä. Tutkimus osoitti, että parantumattomien ja pitkäaikaissairauksien yhteydessä luottamus ammattilaisten vaikutusmahdollisuuksiin lievittää potilaiden tilaa vain silloin, kun heidän toimintansa todella tuottavat helpotusta. Ellei se ole mahdollista, ammattilaisen kykyihin luottava potilas saattaa epäillä, ettei häntä auteta tehokkaasti. Vaikka Taylorin ym. tutkimustuloksia ei pystytäkään suoraan siirtämään käsittämään raskaana olevaa ja synnyttävää naista, on olennaista huomioda myös naisten kohdalla, ettei pelkkä uskomus tilanteen hallinnasta helpota, vaan sen on edes pieneltä osin vastattava todellisuutta. Hoitotieteessä (esim. Tarkka 1996) on usein käytetty selviytymisen (engl. coping) käsitettä, joka voidaan lukea hallinnan lähikäsitteisiin. Selviytyminen yhdistetään useimmiten stressiin (mm. McHaffie 1992) ja siihen, miten ihminen arvioi tilanteiden stressaavuuden ja miten hän selviää tilanteen aiheuttamista vaatimuksista (Sullivan 1993). Stressitekijöitä on tutkimuksissa jaoteltu moni eri tavoin ja niiden ilmenemistä on tutkittu melko runsaasti hoitotieteessä. Yleisesti on käytetty Lazaruksen ja Folkmanin (1984) stressimallia ja sen jaottelua ongelma- ja tunnekeskeisiin toimintoihin selviytymisessä. Ongelmakeskeisellä toiminnalla pyritään kognitiivisesti hallitsemaan tai muuttamaan stressiä aiheuttavia tekijöitä. Tunnekeskeisen toiminnan tavoitteena on tunnereaktion säätäminen stressaavassa tilanteessa esimerkiksi epämiellyttäviä tunteita käsittelemällä. Ongelmakeskeisessä selviytymisessä merkittäviä ovat tiedon etsiminen ja sen käyttäminen.

Rothbaum ym. (1982) laajensivat perinteisen henkilökohtaisen kontrollin käsitettä ensisijaiseen ja toissijaiseen kontrolliin. Ensisijainen kontrolli viittaa perinteiseen henkilökohtaisen kontrollin määrittelyyn ja siihen, että ihminen kehittää hallinnan tunnettaan muuttamalla ympäristöään sopivaksi tarpeisiinsa ja toiveisiinsa. Ihminen pyrkii vaikuttamaan olemassa oleviin realiteetteihin, tyypillisesti toisiin

ihmisiin, ympäristön olosuhteisiin ja ominaisuuksiin. Toissijainen kontrolli taas heijastelee käyttäytymistä, joka suuntautuu yksilön kontrollin tunteen vahvistamiseen kuten arvoihin, tavoitteisiin, toiveisiin ja päämääriin. Toisin sanoen yksilö pyrkii sulauttamaan tavoitteensa kulloiseenkin tilanteeseen. (Rothbaum ym. 1982, Weisz, Rothbaum & Blackburn 1984, Weisz 1990.) Hallinnassa on kyse myös mukautumisesta olemassa olevaan todellisuuteen. Nk. tilannekohtaiseen hallintaan ja hallintaodotuksiin voidaan vaikuttaa esimerkiksi muuttamalla olosuhteita, kehittämällä osallistuvien ihmisten taitoja tai vaikuttamalla odotuksiin. Henkilön hallinta ja hallintaodotukset voivat kohdistua joko omaan osuuteen tai muilta ihmisiltä eli ammattilaisilta saatuun tukeen ja apuun. Odotukset saattavat keskittyä esimerkiksi omien tunteiden tai oman käyttäytymisen hallintaan tai ympäristön muutoksiin. On kuitenkin tärkeää erottaa odotukset ja hallinnan henkilökohtaiset toteutumisedellytykset. Mikäli henkilö pitää omaa pystyvyyttään tai kykyään hallita tietyssä tilanteessa heikkona, hän ei ehkä korkeista odotuksistaan huolimatta ryhdy mihinkään toimiin. On myös ilmeisen tärkeää tuntea tarkasti sekä ihmisen yksilölliset hallintaodotukset että se, miten hän tulkitsee hoitoympäristöön, välineisiin ja asiantuntijoiden työtapoihin sisältyviä vaikuttamismahdollisuuksiaan.

Antonovskyn teoria voidaan tulkita maailmankatsomuksellisenä, ja siksi koherenssin yhteyksiä ihmisen konkreettisiin tekoihin on vaikea tutkia ja hahmottaa (ks. esim. Raitasalo 1996). Myös koherenssin yhteys yksilön saamaan tukeen ja hallinnan kontekstiin on tarkentumaton. Kuitenkin ilman yksilön sosiaalista kontekstia, suhteita sekä niiden merkityksiä naisen hallinnan kokemusta ja hallinnan toteutumista on hankala selittää yleisesti, mutta erityisesti raskauden ja synnytyksen kontekstissa. Antonovskyn luomaa hallinnan teoriaa voidaan pitää joiltakin osin jäsentymättömänä ja siten vaikeasti operationaalistettavana jäsentämään raskaana olevan ja synnyttävän naisen hallinnan tunnetta. Raskauden ja synnytyksen ajan hallinnassa on paremminkin kyse tilannekohtaisesta hallinnasta. Tästä syystä Antonovskyn ajattelu nähdään soveltumattomana tämän tutkimuksen kysymyksenasetteluun. Banduran ja Kobasan, Maddin ja Kahnin näkemykset taas perustuvat yksilön persoonallisuustekijöiden varaan, ettei niitäkään tutkimuksen hoitotieteellisessä tutkimusasetelmassa katsottu voitavan soveltaa. Toisaalta ymmärtääkseen hallinnan tunnetta ja kokemusta ei välttämättä tarvita tietoa yksilön sisäisestä maailmasta tai esimerkiksi hallinnan tunteen biologisesta alkuperästä, vaan siitä, kuinka nainen tuo esille hallintaa ja sen toteutumista suhteessa äitiyshuollon asiantuntijoihin. Hallinnan tunne määritellään tässä tutkimuksessa pääosin sosiaalisesti muodostuneeksi, toisin kuin esimerkiksi Leino-Kilpi, Mäenpää ja Katajisto (1999), jotka tutkimuksissaan määrittivät hallinnan luonteeltaan lähinnä yksilön sisäiseksi ilmiöksi.

Elämänhallinta-määritelmät puolestaan tulkitsevat hallintaa yksilön selviytymisenä vastoinikäymisistä, uhkatilanteista tai stressitilanteista (esim. Roos 1988, Niemelä 1991), mutta tässä tutkimuksessa raskautta ja synnytystä ei haluta nähdä samalla tavoin ”koettelemuksena”. Myös selviytymisen käsite on

useimmiten yhteydessä stressitilanteisiin. Tässä tutkimuksessa nähdään, että raskaudessa ja synnytyksessä on vain osaksi kyse stressitilanteesta selviytymisestä, mikä muodostaa vain osan raskauden ja synnytyksen ajan hallinnasta. Hallinnan määrittelyistä olisivat ulkoisen ja sisäisen hallinnan käsitteet parhaiten soveltuneet tämän tutkimuksen teoreettiseksi lähtökohdaksi määritellä hallintaa, mutta ne katsottiin liian yksiuotteisiksi kuvaamaan raskauden ja synnytyksen aikaista hallintaa. Määriteltäessä hallinta ulkoiseksi ja sisäiseksi, unohtuu hallinnan suhteellisuus ja dynaamisuus. Tämä tutkimus hahmottaa hallinnan ”suhteellisena” eli vuorovaikutuksessa toteutuvana, jolloin hallinta ei synny yksinomaan riippumattomasti naisessa itsessään vaan suhteissa toisiin. Hallinta edellyttää naisen omaa pyrkimystä vaikuttaa raskauden seurantaan ja synnytyksen hoitoon sekä hoitoympäristöön, mutta silti se syntyy, tulee mahdolliseksi ja toteutuu sosiaalisesti ja tilannesidonnaisesti raskauden ja synnytyksen aikana.

## 4.2 Naisen hallinnan määrittelyt raskautta ja synnytystä käsittelevissä tutkimuksissa

Taulukkoon 3 on koottu hallinnan ja sen lähikäsitteiden määrittelyjä raskautta ja synnytystä käsittelevissä tutkimuksissa vuosilta 1985 – 2004. Tutkimukset haettiin tietokannoista (CINAHL, PubMed, Journals@Ovid-kokoelma ja Journals Ovid Full Text Nursing Collection-kokoelma) hakusanoilla synnytys, raskaus, hallinta, kontrolli, päätöksenteko, pystyvyys, pystyvyysodotus, ja ”pregnancy”, ”birth”, ”labo(u)r”, ”childbirth”, ”decision making”, ”control” (locus of control, external/internal control), ”self-efficacy”, ”mastery” ja em. yhdistelmillä. Vanhemmat lähteet löytyivät lähdeluetteloiden perusteella.

Raskauden ja synnytyksen aikaista hallinnan ilmiötä ovat useat tutkijat, kuten Schroeder (1985), VandeVusse (1993) sekä Green ja Baston (2003) hahmotelleet Rotterin (1966) sisäisen ja ulkoisen hallintasuuntautumisen määrittelyn kautta. Raskauden ja synnytyksen yhteydessä hallinta ja erityisesti ulkoinen hallinta on usein rinnastettu naisen osallistumisena päätöksentekoon (Mander 1998, VandeVusse 1993, McCrea, Wright & Stringer 2000a, b, Gibbins & Thomson 2001), mutta joissakin tutkimuksissa se on myös liitetty sisäiseen hallintaan (Green & Baston 2003). VandeVusse (1999a) tunnisti naisten kertomuksiin perustuvassa tutkimuksessaan sekä sisäisiä että ulkoisia hallinnan tekijöitä synnytystilanteessa. Sisäisiä tekijöitä olivat mm. äidin psyyke ja se, kuinka hän itse määrittelee oman asemansa synnyttäjänä; kärjistetyksi toimenpiteiden kohteeksi vai aktiiviseksi toimijaksi. Ulkoisiksi tekijöiksi mainittiin asiantuntijat ja heidän toimintansa. (VandeVusse 1993, 1999a.) Hallintakokemuksiin raskauden ja synnytyksen aikana liittyy vahvasti luottamus omaan, sisäiseen hallintaan, muiden merkittävien ihmisten kuten äitiyshuollon asiantuntijoiden taholta tuleva hallinta sekä hallintaa mahdollis-

tava tai estävä ympäristö (ks. myös Faulkner 2001) kuten äitiysneuvola ja synnytyssairaala toimintatapoineen ja -kulttuureineen.

Käsitys sisäisestä ja ulkoisesta hallinnasta on varsin yksiulotteinen, ja siksi sisäinen ja ulkoinen suuntautuminen on joissakin tutkimuksissa jaettu useammaksi ulottuvuudeksi soveltumaan paremmin raskauteen ja synnytystilanteeseen. Esimerkiksi Green, Coupland ja Kitzinger (1990) ovat tulkinneet sisäisen hallinnan itsekontrolliksi, joka tarkoittaa oman käyttäytymisen hallintaa, hallintaa supistusten aikana ja ääntelyä. Ulkoisen hallinnan komponentteja he katsoivat olevan hallinnan tunteen siitä, mitä toimia ammattilaiset kohdistivat naiseen sekä naisen osallistumisen päätöksentekoon kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tilanteissa. Schroeder (1985) määritteli hallinnan kivun hallinnaksi, tunteiden hallinnaksi ja vuorovaikutussuhteen hallinnaksi suhteessa henkilökuntaan, jolla hän käytännössä tarkoitti naisen osallistumista päätöksentekoon asiantuntijan kanssa. Tämän lisäksi hän yhdisti em. hallinnan ulottuvuuksiin Rotterin (1966) sisäisen ja ulkoisen hallinnan ulottuvuudet. (Schroeder 1985.) Waldenström (1999a) puolestaan luonnehtii ulkoista kontrollia synnytysprosessiin osallistumisen kautta, jolloin synnyttävä tuntee olevansa synnytyksensä subjekti eikä hoidon kohde. On tärkeää ottaa huomioon, ettei kontrollisuuntautuminen yksistään ohjaa ihmisen toimintaa. Vahva sisäinen kontrollisuuntautuneisuus ei merkitse eittämättä heikkoa ulkoista suuntautuneisuutta tai vaikkapa sattumaan tai Jumalan tahtoon uskomisen heikkoa sisäistä hallintasuuntautuneisuutta. Entäpä voiko naisen hallinnan tunne paradoksaalisesti vahvistua, kun hän luopuu vastuustaan päätöksentekoon? Kokemukset ja tutkimustulokset sisäisestä ja ulkoisesta kontrollisuuntautuneisuudesta ovat osittain ristiriitaisia.

Naisen vahva usko omiin mahdollisuuksiinsa hallita tilannettaan liittyy eri tutkimusten mukaan parempaan hoitotulokseen ja tyydyttävämpään hoitokokemukseen raskauden seurannassa ja synnytyksen hoidossa (mm. Walker, Hall & Thomas 1995, Knapp 1996, Campero ym. 1998, McCrea & Wright 1999). Tutkimustulokset ovat kuitenkin jossain määrin ristiriitaisia. Hallinnan toteutuminen on ilmeisesti riippuvainen siitä, kuinka hyvä vastaavuus vallitsee yksilön hallintakäsitysten ja tarjotun hoidon sisällön välillä. Raskauden ja synnytyksen hoidossa on hyötyä sekä luottamuksesta omaan, sisäiseen hallintaan (Callister, Vehviläinen-Julkunen & Lauri 2001, Callister ym. 2003) että muiden merkittävien ihmisten kuten äitiyshuollon asiantuntijoiden taholta tulevaan hallintaan (Gibbins & Thomson 2001, Homer, Davis, Cooke, & Barclay 2002). Todennäköistä on, että pitkäaikaiset ja myönteiset kokemukset hallinnan mahdollisuuksista ja niiden onnistuneesta toteuttamisesta vahvistavat yksilön yleistä selviytymisen ja suoriutumisen tunnetta. Ihmisen kykyyn hallita ja kontrolloida vaikuttavat paitsi psykologiset, myös rakenteelliset, ympäristöön ja kulttuuriin liittyvät tekijät. Eräs raskaana olevan ja synnyttävän naisen hallinnan tunteen mahdollistumisen tai sen estymisen kannalta merkittävä konteksti on äitiyshuollon palvelujärjestelmä toimintatapoineen sekä naisasiakkaan ja asiantuntijan välinen yhteistyösuhte palvelujärjestelmässä (Kuronen 1993, Vehviläinen 2000, Gibbins & Thomson 2001, Vuori



2002a, Ruusuvuori 1992, 2002). Keskeistä hallinnalle on se, kuinka naisen ja asiantuntijan välisessä suhteessa mahdollistuu ja toteutuu tilanteen hallinta. Henkilökohtaiseen hallintaan luottaminen on edullista nimenomaan siinä tapauksessa, jos naisella on olemassa todellisia vaikutusmahdollisuuksia. Se, mitkä seikat niin nainen kuin asiantuntijakin mieltää vaikuttamisen mahdollisuuksiksi, on puolestaan hyvin vaihtelevaa.

Green (1999) huomauttaa, että sisällytettäessä naisen osallistuminen päätöksentekoon ulkoisen hallinnan käsitteeseen jätetään valitettavasti monesti pohtimatta, johtaako osallistuminen välttämättä hallinnan tunteen saavuttamiseen. Nainen saattaa itse asiassa kokea hallitsevansa tilannettaan paremmin luovuttaessaan päätöksenteon luotettavan ammattilaisten käsiin. (Green 1999, myös Bluff & Holloway 1994.) Mikäli nainen kokee olevansa pätevän asiantuntijan hoidossa, lisää se varmasti myös hänen hallinnan tunnettaan. Päinvastainen tilanne tuottaisi taas hätää ja paniikkia, ja oletettavasti tästä syystä nainen miltei poikkeuksetta noudattaakin ammattilaisten ohjeita. Hallinta luovutettaneen entistäkin herkemmin asiantuntijalle synnytystilanteessa, jossa on voimakkaasti läsnä myös huoli syntyvän lapsen hyvinvoinnista. Hyvin merkityksellistä hallinnan tunteen syntymiselle ja toteutumiselle on naisen käsitys ja tieto siitä, että hän voi tehdä ja valita toisinkin (Ryttyläinen 2005).

**Taulukko 3.** Tutkimuksia hallinnan ja sen lähikäsitteiden määrittelyistä raskauden ja synnytyksen aikana (1985 – 2004)

TUTKIJ(A)(T), VUOSI	TUTKIMUS- JOUKKO	TUTKIMUS- METODI	HALLINNAN MÄÄRITTELY
Schroeder 1985	n = 50 ensimmäistä lastaan odottavaa naista 9. raskaus-kuukaudella	Kysely (the Schroeder Labor Locus of Control Scale (SLLOC))	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kivun hallinta.</li> <li>• Tunteiden hallinta.</li> <li>• Vuorovaikutussuhteen henkilökunnan kanssa hallinta (osallistuminen päätöksentekoon).</li> <li>• Lisäksi edellä mainituissa myös hallinnan ulkoinen ja sisäinen ulottuvuus (Rotter 1966).</li> </ul>
Green, Coupland & Kitzinger 1990	n = 825	Kolme kyselyä (kaksi ennen synnytystä ja yksi kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Itsekонтроlli = naisen oman käyttäytymisen hallinta, hallinta supistusten aikana ja ääntely.</li> <li>• Ympäristön hallinta, itse kohdistuvien toimien hallinta, naisen osallistuminen päätöksentekoon kiireellisissä ja ei-kiireellisissä tilanteissa.</li> </ul>
Slade ym. 1993	n = 81 ensisynnyttäjää	Kysely ennen ja jälkeen synnytyksen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kyky kontrolloida paniikkia, hengitys- ja rentoutustekniikoiden harjoitus ja niiden tehokas käyttö, mahdollisuus valita synnytysasento, synnytyksen keston hallinta.</li> </ul>
VandeVusse 1993	n = 15 naista	Haastattelu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osallistuminen päätöksentekoon.</li> </ul>
Walker, Hall & Thomas 1995	n = 32 synnyttäjää n = 6 tuki-henkilöä	Syvähaastattelu synnytyksen jälkeen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasapaino hallinnan tunteen ja saadun tuen välillä.</li> <li>• Hallinnan osa-alueet: tiedon saaminen, valinnan ja vaihtoehtojen mahdollisuus, päätöksentekoon osallistuminen, tukea antava hoitoympäristö, henkilö, johon voi luottaa ja jolta saa lohdutusta.</li> </ul>
Waldenström, Borg, Olsson, Sköld & Wall 1996	n = 278 alateitse synnyttäneitä naista.	Kysely synnytyksen jälkeen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naisen aktiivinen osallistuminen, vastuun ottaminen, tieto ja kyky.</li> </ul>
Campero ym. 1998	n = 8 (koe-ryhmä) n = 8 (kontrolliryhmä)	Haastattelu sairaalassa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oman itsen hallinta.</li> <li>• Ulkoinen hallinta (esim. lääketieteelliset rutiinit).</li> </ul>
Weaver 1998	n = 15 ensisynnyttäjää n = 15 kättilöä	Puolistrukturoitu haastattelu H 36, yksi sekä 16 viikkoa synnytyksen jälkeen synnyttäjille sekä kättilöiden haastattelut.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naisten tavoitteena ei ole täydellinen tilanteen hallinta tai kontrolloituna oleminen. Hallinta määrittyi vuorovaikutukselliseksi (= neuvojen antaminen, mahdollisuus omaan valintaan, päätöksentekoon).</li> </ul>
McCrea & Wright 1999	n = 100 alateitse synnyttäneitä (50 ensi- ja 50 uudelleen-synnyttäjää)	Kysely 48 tuntia synnytyksen jälkeen (The Personal Control in Pain Relief Scale-mittari).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henkilökohtainen hallinnan kokemus, jonka vastakohtana henkilökunnan kontrolli, osallistuminen päätöksentekoon esim. kivunlievitysmenetelmän valinnasta ja ominen selviytymismekanismien ja -voimavarojen käyttö synnytyskivun kanssa.</li> </ul>
VandeVusse 1999a	n = 15 naista	Haastattelu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perusvoimia, jotka vahvistivat heidän hallinnan tunnettaan, jotka olivat sekä sisäisiä (mm. naisen psyyke ja spatiaalinen kehon asento sekä synnytysprosessi fysiologisenä ja kehollisena tapahtuman) ja ulkoisia (mm. ammattilaiset, toimenpiteet).</li> </ul>

(jatkuu)

Taulukko 3. jatkuu

TUTKIJ(A)(T), VUOSI	TUTKIMUS- JOUKKO	TUTKIMUS- METODI	HALLINNAN MÄÄRITTELY
Waldenström 1999a	n = 111 naista	Kysely alkuraskau- dessa, potilasasia- kirjat, kysely 2 kk synnytyksen jäl- keen.	• Ulkoinen kontrolli = synnytykseen osallistuminen, jolloin synnyttäjät tuntee olevansa synnytyksensä subjekti eikä hoidon kohde.
McCrea & Wright & Stringer 2000a	n = 300 naista	Kysely 48 tuntia synnytyksen jäl- keen.	• Informaation hallinta, päätöksenteon hallinta, aktii- vinen osallistuminen päätöksentekoon, tunteiden hallinta, hallinnan suunnittelu ja mukautuminen ammatilliseen hoitoon.
Wright, McCrea, Stringer & Murphy-Black 2000a	n = 11 kättilöä n = 15 synnyt- täjää	Ei-osallistuva havainnointi synny- tyksen avautumis- ja ponnistusvaiheessa.	• Informaation jakaminen, osallistuminen kivun- lievitystä koskevaan päätöksentekoon, kivun- lievityksen suunnitelma (kirjoitettu tai puhuttu), selviytymisstrategioiden käyttö (huutaminen/muu ääntely, hengitys- ja rentoutustekniikat), naisen reaktiot ammatillaisen antamiin ohjeisiin.
Schneider 2002	n = 13 naista	Haastattelu.	• Kehon hallinta, keskusteleminen vaihtoehtoista asiantuntijan kanssa ja osallistuminen päätöksen- tekoon.
Miller, Thornton & Gittens 2002	n = 245 ensisyntynyttäjä (ryhmät: k.leikkaus yleisanestesia- sa ja puudutuk- sessa, avustettu ja säännöllinen alatiesynnytys)	Kyselyt 72 h synny- tyksen jälkeen	• Autonomisuus. • Kyky vaikuttaa omaan kohtaloonsa.
Green & Baston 2003	n = 1146 naista	Kysely kuukautta ennen synnytystä ja kuusi viikkoa syn- nytyksen jälkeen.	• Henkilökunnan toimien hallinta, oman käyttäytymi- sen hallinta ja hallinnan tunne supistuksen aikana.
Goodman, Mackey & Tavakoli 2004	n = 60 synnyt- tänyttä naista	Kysely synnytyksen jälkeen The Labor Agency Scale-, McGill Pain Ques- tionnaire ja Mackey Childbirth Satisfac- tion Scale- mittareilla ja obstet- riset tiedot potilas- asiakirjoista.	• Itsen hallinta, ulkoinen hallinta, suhde merkittävien ihmisten, kuten kumppanin kanssa. • Suhde asiantuntijoihin, jotka helpottavat ja edesaut- tavat naisen hallinnan toteutumista sairaalaympäris- tössä.
Melender 2004	n = 24 raskaana olevaa naista	Teemahaastattelu.	• Nainen on selvillä, mitä tapahtuu, omien voima- varojen säilyminen, oma yhteistyökyky, kyky kontrolloida kehoaan, oma aktiivisuus, kivun hallinta. • Kivun hallinnassa kolme suunnitelmatyyppiä: ei-lääkkeellinen kivunhallinta, asteittainen lääkkeel- lisen avun käyttö ja lääkkeellinen kivunhallinta.

VandeVussen (1993, 1999a) naisten synnytyskertomuksiin perustuvassa tutkimuksessa naiset antoivat lukuisia merkityksiä omasta roolistaan suhteessa hallintaan. Naiset kokivat itsensä toimijoina mm.

valmistautuessaan synnytykseen, hallinnan vastaanottajina tai hallinnan kohteina esimerkiksi oman kehon fysiologisten prosessien ja toisten ihmisten toiminnan kautta, erityisesti synnytykseen osallistuvien ihmisten toimien kautta. (VandeVusse 1993, 1999a.) Naisen vaikuttamismahdollisuudet riippuvat siitä, onko hänellä totuudenmukainen kuva vaikuttamiseen tarvittavista toimista ja ymmärtääkö hän tilanteen oikein. Tietoisuuteen oman kontrollin mahdollisuudesta kuuluu se, että nainen tuntee olevansa vastuussa tuloksesta ja että hän tietää toistenkin pitävän häntä vastuullisena. Naisen hallintakyky muovautuu myös saadun palautteen eli asiantuntijan tilanteen arvioin mukaan. Naiset erottelivat Camperon ym. (1998) tutkimuksessa hallinnan oman itsen hallinnaksi ja ulkoiseksi hallinnaksi. Merkkejä ulkoisesta hallinnasta olivat mm. lääketieteelliset rutiinit, joiden suhteen naiset kokivat itsensä avuttomiksi.

Schneiderin (2002) aineistossa naiset kuvailivat hallintaa kehon hallintana, mahdollisuutena keskustella vaihtoehtoista asiantuntijan kanssa ja osallistumisena päätöksentekoon. Slade ym. (1993) puolestaan lähestyivät hallintaa sängen konkreettisesti ja jaottelivat hallinnan naisen kyvyksi hallita paniikkia ja supistuksia, hengitys- ym. harjoituksiksi ja naisen mahdollisuudeksi valita synnytysasento. He ovat hahmotelleet hallinnan osa-alueet sitä kautta, miten nainen voi oman toimintansa ja käyttäytymisensä avulla hallita synnytystilannetta. McCrea, Wright & Stringer (2000a, b) ja Wright, McCrea, Stringer & Murphy-Black (2000a) jakoivat hallinnan synnytyskivun yhteydessä kuuteen ulottuvuuteen, joita olivat informaation hallinta, päätöksenteon hallinta, aktiivinen osallistuminen päätöksentekoon, tunteiden hallinta, hallinnan suunnittelu ja mukautuminen ammatilliseen hoitoon. Wrightin ym. (2000a) kättilön ja synnyttäjän vuorovaikutusta havainnoivassa tutkimuksessa hallinnan ilmeneminen määriteltiin seuraavasti: informaation jakaminen, osallistuminen kivunlievitystä koskevaan päätöksentekoon, kivunlievityksen suunnitelma (kirjoitettu tai puhuttu), selviytymisstrategioiden käyttö (huutaminen/muut ääntely, hengitys- ja rentoutustekniikat) ja naisen reaktiot ammattilaisen antamiin ohjeisiin. Melenderin (2004) hyvää synnytystä käsittelevässä haastattelututkimuksessa hallintaa kuvataan seuraavasti: nainen on selvillä, mitä tapahtuu, naisen voimavarat säilyvät, nainen on yhteistyökykyinen, hän kykenee kontrolloimaan kehoaan, on aktiivinen sekä hallitsee kivun. Vallimies-Patomäen (1998) tutkimuksessa naisista noin 30 % arvioi hallinneensa avautumis- ja ponnistusvaiheen hyvin ja noin joka kymmenes huonosti. Avautumisvaiheen huono hallinta liittyi epiduraalipuudutuksen saamiseen, synnytyksen epäsäännöllisyyteen, voimakkaisiin kipuihin ja suoriutumispelkoihin. Hyvä hallinta avautumisvaiheessa puolestaan liittyi synnytyksen säännöllisyyteen ja lyhyempään keston. Hyvä hallinta oli myös yhteydessä sosiaaliseen tukeen, hyviin osallistumismahdollisuuksiin ja aktiivisuuteen. Ponnistusvaiheen huono hallinta oli yhteydessä epäsäännölliseen alatiesynnytykseen, voimakkaisiin kipuihin sekä pelkoihin. Wright, McCrea, Stringer & Murphy-Black. (2000b) tutkimuksessa naiset pystyivät paremmin avautumis- kuin ponnistusvaiheessa hallitsemaan tilannetta.

Mannig ja Wright (1983) sovelsivat Banduran teoriaa pystyvyysodotuksista tutkiessaan synnyttävien naisten kivun hallintaa. Tutkimustulosten perusteella pystyvyysodotukset kivun hallinnasta ennustivat todellista kivun hallintaa paremmin kuin muut ennustavat tekijät, kuten hallinnan lähde tai ilman lääkkeellistä kivunlievitystä tapahtuvan synnytyksen merkitys naiselle. Sen sijaan Raphael-Leff (1991) tarttuu hallinnan ilmiöön varsin erilaisella otteella tarkastellen sitä psykoanalyttisesta näkökulmasta. Hän jakoi tutkimuksessaan naiset kahteen tyyppiin sen mukaan, millainen orientaatio heillä oli raskautteen, synnytykseen ja äitiyteen. Jokaisella orientaatiolla oli yhtymäkohtansa hallintaan. Mukautujaksi hän nimitti naisia, jotka sopeutuivat ja eläytyivät raskaus- ja synnytysprosessiin ja korostivat niiden luonnollisuutta. Heille oli tyypillistä halu luonnonmukaiseen synnytykseen. Säätelijöiksi hän sen sijaan nimesi naisia, joita häiritsi lapsen haltuun ottama keho. He myös pelkäsivät, etteivät kestä synnytyskipua ja olivat päättäneet käyttää kaikki mahdolliset keinot välttääkseen epämukavuutta ja optimoidakseen itsehillintänsä synnytyksen aikana. Molemmilla orientaatioilla varustetut naistyyppit pyrkivät saavuttamaan tilanteen hallinnan, mutta varsin eri tavoin. Mukautuja halusi kyetä hallitsemaan ja estämään tarpeettomia toimenpiteitä, kun taas säätelijä pyrki hallitsemaan kipua ja omia reaktioitaan siihen. (Raphael-Leff 1991.) Käytännössä kuitenkin vain osa naisista sijoittuneen puhtaasti jompaan kumpaan em. tyypeistä, mutta tyypillinen tapa orientoitua voi korostua yksittäisten naisten kohdalla. Näiden kahden naistyyppin kategorioilla on varmasti hyötynsä, mutta ne eivät kuitenkaan korvaa naisten yksilöllisten hallintaodotusten ja – kokemusten tunnistamisen tärkeyttä ja merkitystä. Ehkä tyyppien hienojakoisempi erittely suhteessa hallintaan olisi tuonut niille lisää käyttöarvoa raskauden seurantaan ja synnytyksen hoitoon.

Walkerin, Hallin ja Thomasin (1995) tutkimustulokset todistavat, että eräs keskeinen tekijä hallinnan ilmiössä on naisen henkilökohtaisen hallinnan tunteen ja ammattilaisten antaman tuen välinen suhde ja sen balanssi (myös Weaver 1998). Erityisesti ulkoisen kontrollin määrittelyssä näyttäisi korostuvan ammattilaisten rooli sitä kautta, mahdollistaako ammattilaisen toiminta naisen hallinnan toteutumisen vai ei. Hallintaa Walkerin, Hallin ja Thomaksen (1995) mukaan syntyy silloin, kun naisen on mahdollista saada tukea halutessaan, jättää hallinta toisten käsiin tai antaa asiantuntijalle hallinta kokonaan sopivassa tilanteessa ja hetkessä. Naiset saavuttavat hallinnan tunteen myös luopumalla vastuustaan päätöksentekoon. Tämän aspektin esimerkiksi VandeVusse (1993, 1999a) unohtaa käsitellessään hallintaa ja päätöksentekoa. Falcone & Castelfranchi (2002) taas peilaavat hallinnan ilmiötä luottamuksen käsitteen kautta, jolloin hallinta tarkoittaa naisen luottamusta itseensä, asiantuntijoihin, heidän käyttämiinsä menetelmiin sekä luottamusta auktoriteetteihin. Goodman, Mackey ja Tavakoli (2004) kehittivät hallinnan käsitettä yhteistyösuhteen suuntaan siten, että he katsoivat siihen kuuluvaksi suhteen merkittävien ihmisten kanssa (yleisimmin kumppani) sekä asiantuntijoihin, jotka helpottavat ja edesauttavat naisen hallinnan toteutumista sairaalaympäristössä.

Hallinnan määrittely oli vaihtelevaa raskauden ja synnytyksen ajan hallintaa käsittelevissä tutkimuksissa (taulukko 3), mikä kertoo hallinnan käsitteen moniulotteisuudesta. Hallinnan monenlaiset määrittelyt vaikeuttavat tutkimusten vertailua. Hallinnalla tarkoitettiin useimmiten naisen osallistumista päätöksentekoon, oman itsen hallintaa, tiedon saamista, tunteiden, kivun, kehon ja käyttäytymisen hallintaa nimenomaan synnytyksen aikana. Raskausajan hallintaa käsitteleviä tutkimuksia oli vähemmän kuin synnytyksen. Naisen toimet hallinnan tavoittelemiseksi ulottuivat oman itsen lisäksi myös ympäristön ja asiantuntijoiden toimien hallintaan ja niihin vaikuttamiseen. Hallinnan mahdollistumiseen nainen pystyi aktiivisesti vaikuttamaan eli hallinta ymmärrettiin tutkimuksissa myös selviytymisstrategioiksi tai konkreettisiksi toimiksi esimerkiksi hengitys- ja rentoutumistekniikoiksi tai äänen käytöksi synnytyksen aikana. Walkerin, Hallin ja Thomaksen (1995), Weaverin (1998) ja Goodmanin, Mackeyn ja Tavakolin (2004) tutkimuksissa hallinnalla katsottiin olevan kaksisuuntaisen vuorovaikutuksellisen ulottuvuuden, jolloin hallinta toteutuu sekä suhteessa naiseen itseensä että asiantuntijaan. Muutamissa tutkimuksissa (Harrison ym. 2003, Kiehl & White 2003) hallinnan katsottiin edellyttävän naiselta itseltään vastuunottamista.

Suurempi osa tutkimuksista oli kvantitatiivisia ja toteutettu kyselyillä. Useimmiten kysely oli tehty synnytyksen jälkeen kuin raskauden aikana. Kahdessa tutkimuksessa tutkimusaineistona oli käytetty myös potilasasiakirjoja. Kvalitatiiviset tutkimukset oli tavallisesti toteutettu haastatteluilla ja niiden aineistojen koot olivat pieniä. Tutkimuksissa tuotiin esille naisen omia hallintakokemuksia ja näkemyksiä siitä, mitä hallinta on. Ainoastaan yksi tutkimus oli tehty havainnoimalla synnyttäjän ja kättilön välistä vuorovaikutusta synnytyksen aikana. Tutkimusten kohdejoukkojen määrät olivat pieniä, vain kahdessa tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneiden naisten määrä oli mittava. Pienet tutkimusaineistot hankaloittavat tutkimusten keskinäistä vertailtavuutta ja tulosten luotettavuutta. Tutkimusten vertailtavuutta vaikeuttaa myös se, koska aineisto oli koottu raskauden vai synnytyksen aikana vai lyhyen tai pitkän ajan jälkeen synnytyksestä. Hallinta hahmotetaan eri tavalla raskauden aikana kuin esimerkiksi heti synnytyksen jälkeen. Yksikään tutkimus ei ollut väestötutkimus, jossa olisi tarkasteltu laajasti naisen hallintaa ja sen mahdollistumista suhteessa palvelujärjestelmään. Suomalaisista hoitotieteen ja äitiyshuollon tutkijoista vain Melender (2004) oli tutkinut hallintaa raskauden ja synnyttämisen kontekstissa, mutta tutkimuksen aineisto oli kovin pieni. On perusteltua tutkia naisen hallintaan kokonaisuutena raskauden ja synnytyksen kontekstissa laajalla valtakunnallisella aineistolla, jotta olisi mahdollista kehittää naisen hallintaa tukevaa äitiyshoitotyötä.

### 4.3 Naisen hallintaan vaikuttavia tekijöitä raskauden ja synnytyksen aikana

Tutkimuksen kirjallisuuskatsaus perustuu liitetaulukoissa 1 – 5 esiteltyihin naisten hallinnan kokemuk-  
sta, selviytymistä, pystyvyyttä, osallistumista päätöksentekoon, tiedon saamista, kehollisuuden ja itse-  
tunnon merkitystä raskauden ja synnytyksen aikana sekä hallinnan toteutumista äitiyshuollon palvelu-  
järjestelmässä käsitteleviin tutkimuksiin. Tutkimukset on julkaistu vuosina 1993 – 2005. Tutkimukset  
haettiin tietokannoista (CINAHL, PubMed, Journals@Ovid-kokoelma, Journals Ovid Full Text Nur-  
sing Collection-kokoelma ja Suomen Lääkärilehden kokoelma, yksittäisiä tutkimuksia myös Cochrane-  
tietokannasta) hakusanoilla synnytys, raskaus, hallinta, kontrolli, päätöksenteko, pystyvyys, pysty-  
vyysodotus, ja ”pregnancy”, ”birth”, ”labo(u)r”, ”childbirth”, ”decision making”, ”control”, ”self-  
efficacy”, ”mastery” ja em. yhdistelmillä. Osa lähteistä löytyi myös lähdeluetteloiden perusteella.  
Kaikkea raskauden ja synnytyksen aikaista hallintaa koskevaa tutkimusta ei ole kuitenkaan voitu ta-  
voittaa. Hallinnan käsitteen moniulotteisuudesta johtuen osa tutkimuksista on saatettu indeksoida muil-  
la hakusanoilla. Kirjallisuuskatsauksessa on mukana vain muutama tutkimus, joiden kohdejoukkona  
ovat olleet pariskunnat; muuten miehiä, isiä ja perhettä käsittelevät tutkimukset on jätetty pois. Ras-  
kausajan hallinnan tutkimusta löytyi vähemmän kuin synnytyksen ajan tutkimusta. Tämä selittyy tilan-  
teiden erilaisella luonteella.

#### 4.3.1 Hallinta naisen päätöksentekoon osallistumisena

Vehviläinen-Julkunen ym. (1994a) tarkoittavat naisen hallinnan tunteella ja päätöksenteolla synnytyk-  
sen hoidossa sitä, että naiselle annetaan oikeus osallistua itseään ja hoitoympäristöään koskevaan pää-  
töksentekoon sekä kontrolloida omaa hoitoaan. Ruusu vuori (1992, 1994) lähestyy naisen päätöksente-  
koa lääketieteellisen ja synnyttäjän oman tietämyksen välisenä kamppailuna tai vastakkainasetteluna.  
Hänen näkemyksensä mukaan synnytyksen valtakäsite on lääketieteellinen tieto, joka liittyy synnyt-  
tävän naisen ruumiiseen. Lääketieteellisen valtakäsitteen vastakohta on naisen päättävä voima omaan  
ruumiiseensa. Diskursseja erottaa selkeimmin se, ohjaileeko synnytystä synnyttäjä vai asiantuntija.  
Päätöksentekoon osallistumisen elementtejä ovat mm. naisen oman version ja ratkaisuehdotuksen  
luomisen mahdollisuus, yhteinen neuvottelu, josta syntyy jokin uusi käsitys tai ratkaisu (ks. Cahill  
1996). Kahdesta negatiivisesta valinnan mahdollisuudesta valitsemista ei yleensä tulkitakaan valinnak-  
si. Päätöksenteossa on siis tärkeää valinnan luonne. (Weaver 1998.) Positiivisilla viestintäkokemuksilla  
naisen ja asiantuntijan välillä on merkitystä naisen omaan itseensä liittyvän hallinnan tunteen ylläpitämi-  
selle ja omiin vaikutusmahdollisuuksiin luottamiselle. Asiakkaan osallistumisessa päätöksentekoon on  
keskeistä asiakkaan ja hoitavan henkilön välinen suhde (ks. Cahill 1996).

Suomalaisten neuvola-asiakkaiden näkemyksiä ja toiveita kartoittavissa tutkimuksissa on tullut esille, että suurin osa naisista on pääpiirteissään tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa osallistua äitiysneuvolassa omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon. Äitiysneuvolassa käyvien naisten osallistumismahdollisuudet näyttävätkin tutkimusten mukaan lisääntyneen huomattavasti 1970-luvulta 1990-luvulle tultaessa. (Vehviläinen-Julkunen & Saarikoski 1994, Perälä ym. 1998.) Silti Kuronen (1994) pitää äitiysneuvolapalvelujamme melko vaihtoehdottomina, sillä raskaana olevalla naisella on todellisuudessa varsin vähän mahdollisuuksia osallistua päätöksentekoon ja valita esimerkiksi hoitava lääkäri, terveydenhoitaja tai kätilö (ks. myös Ruusu vuori 1994, Miettinen 1997a). Vaikka naiset ovat yleisesti tyytyväisiä äitiyshuollon palveluihin, viittaa Viisainen (2000, 2001) siihen, että hyvää on yleensä se, mitä on tarjolla. Naisten odotukset ovat muokkautuneet osittain palvelujärjestelmän mukaisiksi, eikä vertailukoh-teita ole.

Synnyttäjien päätöksentekoon osallistumisen odotuksen ja osallistumisen aste vaihtelevat eri tutkimus-tuloksissa. Raskauden aikana naiset odottavat, että heillä on mahdollisuuksia hallita synnytystään ja sen kulkua ja osallistua päätöksentekoon (Neuhaus, Scharkus, Hamm & Bolte 1994, Hodnett 2000, Gibbins & Thomson 2001, Hodnett 2002, Fenwick, Hauck, Downie & Butt 2005). Synnytyksen aikai-seen päätöksentekoon vaikuttavat mm. tiedon määrä ja tiedon saaminen, tilanteen tuttuus, fyysinen ympäristö, synnytyskipu, synnytystilanteen kompleksisuus ja asiantuntijoiden suhtautuminen (Watson 1994, Berg & Dahlberg 1998, Vallimies-Patomäki 1998). Suurin osa naisista ennako i osallistuvansa synnytyksen aikana päätöksentekoon aktiivisesti ja vain harva katsoi, että pyytäisi toista tekemään päätöstä puolestaan (Vehviläinen-Julkunen ym. 1994a, 1994b). Vallimies-Patomäen (1998) tulokset osoittavat, että hieman yli puolet naisista oli toiminut synnytyksessä oma-aloitteisesti. Erityisen kieltei-senä naiset kokivat Brownin ja Lumleyn (1998) tutkimuksessa sen, että henkilökunta kohteli naista avuttomana eikä hänelle suotu edes mahdollisuuksia osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kuitenkin Tarkka (1996) totesi tutkimuksessaan, ettei naisen päätöksentekoon annetulla tuella ollut paljoakaan merkitystä naisen synnytyskokemukseen.

Ahosen (2001) matalan ja korkean riskin synnyttäjiä käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että pää-töksenteossa naisia olivat auttaneet tiedot eri kivunlievitysmenetelmistä sekä tiedot synnytysasennoista ja liikkumisesta. Eniten sekä matalan että korkea riskin synnyttäjät olivat osallistuneet kivunlievitystä koskevaan päätöksentekoon. Syyt siihen, etteivät naiset osallistuneet päätöksentekoon, vaihtelivat keisarileikkauksesta kätilöiden kiireeseen. Muita syitä olivat mm. luottamus henkilökunnan ammatti-taitoon, synnytyskiput ja henkilökunnan autoritaarinen asenne. (ks. myös Vallimies-Patomäki 1998, Vehviläinen 2000.) Synnyttäjät haluavat tutkimusten mukaan päättää ja tuoda esille mielipiteensä mm. synnytysasennosta, liikkumisesta synnytyksen aikana, synnytyksen käynnistämisestä ja edistämisestä, synnytyksessä mukana olevista henkilöistä ja kivunlievitysmenetelmistä (Lavender, Walkinshaw &



Walton 1999, Ahonen 2001). Synnytyksen vaikea ennustettavuus sen muuttuessa epäsäännölliseksi ja keisarileikkaukseksi muodostavat synnytystilanteesta haasteellisen naisen päätöksentekoon osallistumisen ja hallinnan toteutumisen kannalta (Lang & Nikkonen 1994, Vallimies-Patomäki 1998, Ahonen 2001). Silloin, kun synnytystilanne saa normaalista poikkeavan käänteen, synnyttäjät siirtävät helposti päätöksenteon ja vastuun asiantuntijoille (Lang & Nikkonen 1994).

Vehviläinen-Julkunen ym. (1994a, 1994b) tutkimuksessa naiset arvioivat lääkärin tekävän päätöksiä synnytyksessä naisen puolesta. Perinteisesti päätöksentekoa lääkärin kanssa on kuvattu paternalistiseksi. Tällaisessa päätöksenteossa asiakas tai potilas on passiivisessa roolissa. Paternalistisessa päätöksenteossa lääkäri päättää hoidosta tietämyksensä, taitojensa ja ammatillisen arviointinsa perusteella. (Charles, Gafni & Whelan 1997.) Lääkärillä on vuorovaikutussuhteessa dominoiva asema. Asiakkaan tai potilaan asema rajoittuu lääkärin tekemän hoitopäätöksen hyväksymiseen. (Emanuel & Emanuel 1992.) Päätöksentekoa lääkärin kanssa on tyypitelty myös informoiduksi (Gafni, Charles & Whelan 1998) ja jaetuksi päätöksenteoksi (Charles, Gafni & Whelan 1997). Informoidussa päätöksenteon mallissa lääkäri jakaa tietoaan hoitovaihtoehtoista ja hoidon oletettavista seurauksista asiakkaalle ja potilaalle. Potilaalla on oikeus päättää hoidostaan. Lääkärin tehtävänä on informoida asiakasta. (Gafni, Charles & Whelan 1998.) Haasteellista on, pystyykö lääkäri antamaan tarkoituksenmukaista ja ymmärrettävää tietoa, jonka tuella asiakas ja potilas voivat tehdä hoitopäätöksiä. Jaettua päätöksentekoa luonnehditaan prosessiksi, jossa lääkäri ja asiakas tai potilas arvioi yhdessä saatavilla olevaa tietoa hoitovaihtoehtoista sekä punnitsevat, kuinka eri hoitomahdollisuudet potilaan näkemykseen hoidostaan. Jaettuun informaatioon pohjautuva hoitopäätös tehdään yhteisymmärryksessä. (Charles, Gafni & Whelan 1997.) Jaetussa päätöksenteossa asiakkaalla on mahdollisuus tuoda esiin omia arvojaan, käsityksiä sekä toiveita hoidostaan. Jaettu päätöksenteko muuttaa potilaan ja lääkärin perinteisiä suhteita tasavertaisemmiksi.

Synnytyksen hoidon tulisi perustua naisten näkemysten mukaan naisen, kätilön ja lääkärin yhteiseen sopimukseen. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1994a, 1994b). Osa naisista haluaa, että kätilö tekee päätökset synnytyksessä ja hallitsee synnytystilannetta. Tämä liittyy naisen itsetuntoon, luottamukseen asiantuntijoita kohtaan ja siihen, että kätilöiden päätöksenteko-oikeuden katsotaan syntyvän kätilöiden koulutuksesta ja työkokemuksesta, joita naisella itsellään ei ole. Tällä perusteella naiset hyväksyvät asiantuntijoiden päätökset, vaikka kätilöt eivät keskustelekaan niistä heidän kanssaan. VandeVusse (1999b) analysoi tutkimuksessaan naisten kertomuksia synnytyksistään ja erotteli niistä neljä päätöksentekotapaa. Ensimmäinen päätöksenteontapa oli henkilökunnan yksipuolinen päätös, jota synnyttäjä vastusti. Synnyttäjät reagoivat päätökseen erittäin negatiivisesti mm. olemalla vihaisia, kieltäytymällä hoidosta tai alistumalla tehtyyn päätökseen. Toinen päätöksenteontyyppi oli myös yksipuolisesti henkilökunnan tekemä, mutta naiset eivät näkyvästi vastustaneet päätöstä vaan mukautuivat hiljaa päätökseen ja valit-

tivat siitä jälkeenpäin. Kolmanneksi tyypiksi VandeVusse (1999b) erotti tavan, jossa ei itse asiassa ole aktiivista päätöksentekoa. Tällöin annetaan ajan tehdä tehtävänsä eli synnytyksen sallitaan edetä omaa tahtiaan. Tätä päätöksentekotapaa sovellettiin tilanteissa, jotka olivat kiireettömiä ja joissa sekä nainen että asiantuntija käyttivät aikaa tilanteen arviointiin ja lisätiedon kokoamiseen. Neljättä päätöksentekotyyppiä tutkija kuvaa jaetuksi tai yhteiseksi kontrolliksi henkilökunnan ja naisen välillä. Tässä päätöksentekoa varten naiselle annettiin tietoa, jolloin synnyttäjä oli osallisena hoitoonsa ja pystyi tekemään tietoisia valintoja. Päätöksentekoon osallistumisen naiset kokivat erittäin myönteisenä. Synnyttäjän ja kättilön välisessä päätöksenteossa naisen osallistuminen liikkuu jatkumolla, jossa kättilö kontrolloi täysin päätöksentekoa tai päätöksenteko tapahtuu naisen ja kättilön yhteistyönä. (VandeVusse 1999b.) Kättilön tulee antaa tukensa naisen omalle päätöksenteolle. Kuitenkin kättilöt pidättävät usein itsellään todellisen ja lopullisen päätöksenteon ja rajaavat naisen valinnan vaihtoehdot, vaikka näennäisesti naiselle annetaankin päätöksentekomahdollisuus ja -oikeus. (myös Too 1996).

#### **4.3.1.1 Hoitoympäristö päätöksentekoon osallistumisen ja hallinnan edellytyksenä**

Naisen päätöksentekoon osallistumiseen ja hallintaan vaikuttaa ympäristö, jossa raskauden seuranta tai synnytyksen hoito tapahtuu. Esimerkiksi Albers ja Katz (1991) osoittivat, että nainen tarvitsi vähemmän kipulääkitystä, synnytys oli lyhyempi ja naiset olivat tyytyväisempiä synnyttäessään kodinomaisessa yksikössä. Hyvä synnytysympäristö mahdollistaa myös erilaisten ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytön (Simkin & O'Hara 2002). Fyysinen ja sosiaalinen ympäristö vaikuttavat naisen tunteisiin ja käyttäytymiseen. Oman alueen hallinta kohottaa naisen itsetuntoa. Synnytysympäristö tulisi suunnitella siten, että se mahdollistaa synnyttäjän hallinnan tukemisen, on rauhallinen ja tarjoaa yksityisyyttä (Hodnett ym. 2003). Naiset toivovat synnytyksessä fyysisen ympäristön mm. olevan kodinomaisen, antavan yksityisyyttä ja liikkumistilaa ja tarjoavan erilaisia synnytysvaihtoehtoja kuten synnytystuolissa tai -jakkaralla tai ammeessa synnyttämisen (Melender 2004). Mikä sitten tekee ympäristöstä kodikkaan? Welford (1993) näkee, että kodikas ympäristö yhdessä henkilökunnan naisen valinnan mahdollisuuksia kunnioittavan asenteen kanssa lujittaa naisen hallinnan tunnetta. Fyysistä ympäristöä enemmän hallinnan toteutumisessa lieneekin kysymys hoitoympäristön toimintatavoista ja -kulttuurista. Sairaalaympäristössä naisten on helpompi omaksua passiivisen potilaan rooli (Ruusuvoori 1992, 1994). Vehviläinen-Julkusen ym. (1994a) tutkimuksessa huomattiin naisten tekevän äitiysneuvolassa yleensä itse hoitoaan koskevat päätökset, mutta sairaalahoidossa asiantuntijat tekivät useimmiten ratkaisut. Äitiysneuvolan toiminta ei organisoidu laitospäisesti, ja sen toimintakulttuuri mielletään sairaalaa vapaammaksi. Neuvolassa naiset kokevat olevansa enemmän ”omalla maaperällä” kuin sairaalaympäristössä. Kuitenkin Hirvosen (2000) tutkimustulokset osoittivat nuorten naisten pitävän äitiysneuvola paikkana, jossa heidän tulee tehdä kuten terveydenhoitaja sanoo.

Äitiyspoliklinikan ja synnytyssairaalan toimintaan kuuluu äitiysneuvolaa runsaammin sääntöjä ja rutiinikäytänteitä, joissa nainen ei katso voivansa olla kovin aktiivinen päätöksentekijä. Bondas-Salonen (1998) huomauttaa, että erilaiset mekaaniset ohjeet ja säännöt, olivatpa ne kuinka pieniä tahansa, synnyttävät helposti tehtävä- ja asiantuntijakeskeisiä toimintamalleja äitien hoitamiseen. Hän väittää, että tehtävä- ja asiantuntijakeskeinen hoitokulttuuri luo etäisyyttä synnyttäneeseen naiseen ja hänen tilanteeseensa ja näyttää siten palvelevan enemmän asiantuntijoiden etuja ja työskentelyn sujuvuutta kuin äidin ja lapsen toiveita ja tarpeita. (Bondas-Salonen 1998.) Tästä on esimerkkinä toimenpiteiden suorittaminen sairaalassa. Naiset toivovat välttyvänsä toimenpiteiltä synnytyksessä, mutta toisaalta olettavat niitä tehtävän kuitenkin ja siten suostuvat niihin (Ruusuvuori 1992, Ahonen 2001). Synnyttämässä olevat naiset pitävät normaalina asiantuntijan määrittelemää toimintaa eivätkä pidä omaa asemaansa kyllin vahvana vaatiakseen osallistumisen oikeutta ja mukautuvat helposti esimerkiksi toimenpiteiden suorittamiseen. Kabakian-Khasholian, Campbell, Shediak-Rizkallah ja Ghorayeb (2000) totesivat tutkimuksessaan, että naiset luottavat synnytyslääkäriin ja vain harvoin kyseenalaistivat esimerkiksi rutiinitoimenpiteitä, vaikka saattoivat kokeakin ne epämiellyttäväiksi. Arvioidessa naisen osallistumisen astetta päätöksentekoon on otettava huomioon synnytyksen kulttuurisidonnaisuus. Joissakin kulttuureissa naisen osallistuminen hoitoonsa on hyväksyttävämpää, luontevampaa ja sallitumpaa kuin toisissa.

Nainen yhdistää turvallisuuden sairaalaan (esim. Miller 2005), jolloin synnytyksen hallinta saattaa helposti siirtyä synnyttävältä naiselta asiantuntijoille, erityisesti lääkäreille. Näissä ns. medikalisaatiotulkintoissa naiset on nähty passiivisina kontrollin ja lääketieteen kohteina (Ruusuvuori 1992, Nätkin 1997). Sairaalasynnytyksessä osa naisista kokee olevansa alistettuja ja sanattomia suhteessa asiantuntijoihin. He eivät voi toimia yksilöinä synnytyksessä, vaan (miehinen) lääkärikunta määrää synnytyksen kulkua. Vallankäyttö synnytyksessä voidaan osittain nähdä myös sukupuolisidonnaisena toimintatapana (Piensoho 2001). Sairaalassa naisen näyttää olevan vaikea pitää kiinni suunnitelmistaan ja toiveistaan. Naisten omat toiveet ja suunnitelmat eli yritykset hallita omaa tilannettaan saatetaan kokea ammattilaisten taholta tunkeiluksi professionaalisen päätöksenteon alueelle. Näin ammattilaisten vaikutus naisen hallinnan tunteeseen ja päätöksentekoon on legitimoitu äitiyshuollossa ja sen instituutioissa.

Machin ja Scamell (1997) analysoivat synnytysympäristöä etnografisessa tutkimuksessaan rituaaliteorian avulla. Osa raskauden aikana tutkimuksessa mukana olleista naisista oli osallistunut itseluottamusta, voimavaroja ja selviytymistä tukevaan perhevalmennukseen. Toinen osa naisista ei osallistunut minkäänlaiseen valmennukseen. Valmennetut naiset suhtautuivat etukäteen luottavaisesti synnytykseen, uskoivat omaan hallintakykyynsä ja halusivat osallistua synnytykseen. Ei-valmennetut naiset puolestaan luottivat enemmän asiantuntijoihin ja heidän tavoitteenaan oli kivuton synnytys ja terve lapsi. Synnytystilanteessa ryhmät eivät kuitenkaan eronneet toisistaan, vaan molempien ryhmien naiset

”putosivat” dominoivaan medikaaliseen synnytyksenhoitomalliin. Tutkijat kuvaavat synnytystilannetta siirtymävaiheena, jossa nainen menettää realiteetintajun, siirtyy eri tietoisuuden tasolle lähinnä synnytyskivun takia. Naiset ovat avuttomia, takertuvat ja luottavat lääketieteen asettamiin rajoihin, mikä on turvallista, eivätkä pystyneet tulkitsemaan ympäristön symbolisia viestejä. Machin ja Scamell (1997) selittivät ilmiötä sillä, että medikaaliset metaforat hallitsevat synnytyksen hoidon kulttuuria ja eetosta. Tutkimuksen kaikki naiset luottivat synnytyksen hoidon medikaaliseen malliin, koska se oli ainoa asiantuntijoiden heille tarjoama kulttuurisesti hyväksyttävä malli. Asiantuntijat pystyvätkin helposti vakuuttamaan naisen medikaalisen mallin paremmuudesta vetoamalla tieteen avulla todennettuun turvallisuuden metaforaan.

#### **4.3.1.2 Synnytyskipu, osallistuminen päätöksentekoon ja naisen hallinta**

Synnytyskipu on erittäin merkittävä tekijä naisten osallistumisessa päätöksentekoon synnytyksessä (Too 1996, Berg & Dahlberg 1998, Wright ym. 2000a). Suurin osa naisista kokee synnytyksen kivuliakaan (Haukkamaa 1996, Tarkka 1996, Vallimies-Patomäki 1998, Ahonen 2001). Kipu on lasta odottavien naisten mielessä jo alkuraskaudesta lähtien (Vehviläinen-Julkunen ym. 1994a) ja on yksi merkittävä synnytyspelon syy (Neuhaus ym. 1994, Sjögren 1997, Melender 2002). Kivulla on myös psykologinen merkitys. Se saa naisen liikkumaan ja aktiiviseksi sekä käyttämään omia voimavarojaan selvitäkseen kivun kanssa.

Tutkimustulokset siitä, haluavatko naiset selvitä ilman kipulääkettä synnytyksessä, vaihtelevat. Vallimies-Patomäen (1998) aineistossa lähes joka toinen synnyttävä halusi selvitä ilman kipulääkitystä, kun taas Vehviläisen-Julkusen ym. (1994a) tulosten mukaan vain harva synnyttävä odotti selviytyvänsä ilman kipulääkitystä. Kipulääkityksen muotoon, sen valintaan tai valitsematta jättämiseen vaikuttavat myös ulkoiset tekijät, kuten vallalla oleva käsitys kivunlievitysmenetelmistä kussakin sairaalassa tai tiettyinä aikoina. Synnyttäjät pyrkivät omalla toiminnallaan hallitsemaan synnytyskipua (Vehviläinen-Julkunen ym. 1994a, Callister ym. 2003) ja haluavat valtaosin selviytyä synnytyksestä omin avuin ennen farmakologista kivunlievitystä. Naisten tyytyväisyys kivun lievitykseen oli sitä suurempi mitä vahvempi oli naisen hallinnan tunne synnytyksessä (McCrea & Wright 1999). Melenderin (2004) tutkimuksessa naiset käyttivät kivun hallinnassa kolmea suunnitelmatyyppiä: ei-lääkkeellinen kivunhallinta, asteittainen lääkkeellisen avun käyttö ja lääkkeellinen kivunhallinta.

Synnytyskipu vaikuttaa naisen haluun ja kykyyn tehdä päätöksiä (Vallimies-Patomäki 1998) rajoittaen naisen pystyvyyttä päätöksentekoon synnytyksen aikana (mm. Wright ym. 2000a, Ahonen 2001). Osa naisista on kyvyttömiä tekemään päätöksiä synnytyksessä kivun vuoksi. Tätä ei kuitenkaan pidä tulkita siten, että asiantuntijan tulisi ottaa valta synnytyksessä, vaan paremminkin viestinä naisen tarpeesta

saada lisätietoa ja -tukea. McCrea, Wright ja Stringer (2000) pyysivät naisia arvioimaan synnytykseen jälkeen niitä keinoja, joiden avulla he kontrolloivat synnytyskipua. Näitä mekanismeja olivat informaatio, päätöksenteko ja tunteiden hallinta, valmentautuminen ja hoitoon mukautuminen. Myös Callisterin ym. (2003) fenomenologinen tutkimus osoitti eri kulttuureja edustavien naisten käyttävät monia erilaisia mekanismeja kivun kanssa selviytyäkseen. He kuuntelivat toisten naisten synnytyskertomuksia, luottivat Jumalan apuun, keskittyivät positiiviseen lopputulokseen sekä valmensivat itseään synnytykseen kuten urheilusuoritukseen. Naisen luottamus itseensä ja kykyynsä synnytystilanteen hallintaan vaikuttavat merkittävästi hänen ennakoarvioonsa kivun kokemisesta synnytyksen aikana (Lowe 1991, Slade, MacPherson, Hume & Maresh 1993, Lundgren & Dahlberg 1999). Henkilökunnan suhtautumisella on yhteys naisen kokemaan synnytyskipuun. Kättilöiden lämmin ammatillinen suhtautuminen on positiivisesti yhteydessä naisen kokemaan synnytyskipuun. Kättilöillä on merkittävä vastuu naisten päätöksenteon mahdollistamisessa ja hallinnan tunteen vahvistamisessa ja siten myös synnytyskipun lievityksessä. (McCrea, Wright & Murphy-Black 1998, McCrea & Wright 1999.) Kättilöiden tulisi tuntea etukäteen naisen omat synnytyskipun hallintastrategiat (ks. myös Callister ym. 2003), jolloin kivunlievitystä voitaisiin suunnitella yksilöllisesti yhdessä synnyttäjän kanssa ja vahvistaa naisen hallinnan tunnetta. Synnytyskipun arvioinnissa kättilöiden ei tulisi luottaa ainoastaan naisen verbaalisiin viesteihin, vaan tulkita myös non-verbaaliset signaalit kivusta (Baker, Ferguson, Roach & Dawson 2001).

#### **4.3.1.3 Synnytystavan vaikutus naisen päätöksentekoon osallistumiseen ja hallintaan**

Miller, Thornton ja Gittens (2002) tarkastelivat kyselytutkimuksessaan mm. synnytystavan merkitystä naisten tyytyväisyyteen ja naisen persoonallisten tekijöiden (sisukkuus (engl. *hardiness*) ja hallinnan tunne) yhteyttä synnytystapaan. Tutkijat jakoivat naiset neljään ryhmään synnytystavan mukaan: keisarileikkaus yleisanestesiassa, keisarileikkaus puudutuksessa, avustettu alatiesynnytys ja säännöllinen alatiesynnytys. Tulokset osoittivat, ettei sinnikkyydellä eikä hallinnan tunteella näyttänyt olevan kovin vahvaa yhteyttä tyytyväisyyteen keisarileikkattujen naisten kohdalla. Sitä vastoin säännöllisesti alateitse synnyttämiseen sillä oli merkitsevä yhteys. (Miller, Thornton & Gittens 2002.) Naiset, jotka synnyttivät keisarileikkauksella, olivat tyytymättömämpiä synnytyskokemuksensa. Heillä oli enemmän epäonnistumisen tunteita kuin alateitse synnyttäneillä. Myös kontrollin tunne oli heillä vähäisempää. Nämä korostuivat erityisesti kiireellisissä ja hätätilanteissa tehdyissä leikkauksissa. (Deluca 1999.) Samansuuntaisiin tuloksiin ovat tulleet myös Rizk, Nasser, Thomas & Ezimokhai (2001), joiden tutkimuksessa keisarileikkauksella synnyttäneet naiset olivat tyytymättömiä tiedon saamiseen ja päätöksentekoon osallistumiseensa ennen toimenpidettä. Naisilla, jotka mieluummin valitsevat synnytystavaksi keisarileikkauksen, on myös havaittu olevan heikommät pystyvyysodotukset (Dilks & Beal 1997). Yleisesti naiset mieltävät ja kokevat alatiesynnytyksen luonnolliseksi ja toivotummaksi tavaksi synnyt-

tää. (Neuhaus ym. 1994, ks. myös Fenwick ym. 2005). He antavat luonnolliselle synnytykselle useita ominaisuuksia kuten mahdollisuuden itsenäisen päätöksentekoon ja hallinnan tunteeseen (Viisainen 2001). Naiset voivat osallistua käytännössä hyvin vähän keisarileikkauspäätöksen tekemiseen (Bosch 1998, Ahonen 2001, Miller, Thornton & Gittens 2002). Synnytyslääkäreitä on kritisoitu siitä, että he ovat liian aktiivisia synnytystapaan liittyvässä päätöksenteossa vakuuttamalla naista ”valitsemaan” keisarileikkauksen synnytystavakseen (Hopkins 2000).

Keisarileikkausten määrään noususta on käyty keskustelua niin kotimassa kuin ulkomaillakin. Suomessa keisarileikkauksien määrää on pohdittu ammattilaisten sisäisellä keskustelulla, ei niinkään terveydenhuollon ulkoisen kritiikin eli naisten itsensä esittämän kritiikin seurauksena (Hemminki 1993). Julkisessa keskustelussa on esiintynyt erityisesti lääkärikunnan taholta esityksiä siitä, että alatiesynnytyksen pelko ja ”mukavuussyyt” ovat yleistyneet keisarileikkausten syinä (esim. Uotila, Lenck, Romppanen, Tarkkila, Ylä-Outinen & Tuimala 1999). Vastaavaa raportointia on havaittavissa myös muissa Pohjoismaissa (mm. Waldenström 1999b). Vallimies-Patomäen (1998) tutkimuksessa alateitse synnyttäneistä vain 4 % olisi halunnut keisarileikkauksen ja yhtä usea keisarileikkauksella synnyttänyt olisi halunnut synnyttää alateitse. Naiset perustelevat alatiesynnytyksen valintaa yleisimmin perhesyillä eli lyhyemmällä toipumisella synnytyksen jälkeen, jotta he pääsevät nopeammin kotiin muiden lasten luokse. Perustelut eivät liity niinkään syntymättömän lapsen tai itsenä hyvinvoinnin turvaamiseen. (Eden, Hashima, Osterweil, Nygren & Guise 2004.) Naisen pyynnöstä tehtyjen suunniteltujen keisarileikkausten määrä on kansainvälisesti eri tutkimuksissa 5-48 % ja kaikkien keisarileikkausten kesken 1,5-28 %. (Ryding 1991, Gamble & Greedy 2000, Eftekhar & Steer 2000). Yleisimmät syyt keisarileikkauspyyntöön ovat synnytyskivut, synnytyspelko ja huoli lapsen turvallisuudesta (Ryding 1993, 1998, Gamble & Greedy 2000, Hildingsson, Rådestad, Rubertson & Waldenström 2002). Aiemmat traumaattiset synnytyskokemukset ovat uudelleensynnyttäjillä merkittäviä keisarileikkauksen pyytämiseen vaikuttavia tekijöitä (Ryding 1991, 1993, 1998, Gamble & Greedy 2000). Kokonaan naisen pyynnöstä, ilman mitään perinteisesti määriteltävää lääketieteellistä syytä tehtävään keisarileikkaukseen on sekä Suomessa että ulkomailla suhtauduttu kriittisesti, vaikka Jouppilan (2003) mukaan vapaammalle leikkauk käytännölle on löydettävissä tukea. Se voidaan nähdä merkinä keskustelelevamman synnytyskulttuurin syntyä. Keisarileikkauksen suorittaminen naisen pyynnöstä on herättänyt myös eettistä keskustelua siitä, ulottuuko naisen valinnan vapaus normaaleissa raskauksissa synnytystavan valitsemiseen saakka (Wax, Cartin, Pinette & Blackstone 2004). Ristiriitatilanteita varmasti syntyy, mutta oletettavasti naiset haluavat pikemminkin keskustella asiantuntijan kanssa eri synnytysvaihtoehtoista kuin esittää suoria vaatimuksia. Nykyjärjestelmässä pitäisikin olla riittävästi aikaa tällaiseen keskusteluun.

Antropologi Davis-Floyd (1992, 1994, 2001) jäsentää länsimaisen yhteiskunnan synnyttämisen tavat teknokraattiseen ja holistiseen malliin. Suomalaisessa synnytyskulttuurissa voidaan havaita esiintyvän teknokraattisen mallin ja sen rinnalla myös luonnollisen/holistisen synnytyksen mallin. Teknokraattisen mallin ominaispiirteitä ovat mm. mielen ja ruumiin erottaminen, synnyttävän naisen objektivointi ja lääkärijohtoisuus. Holistisessa mallissa naisen mieli ja ruumis nähdään kokonaisuutena, nainen synnytyksen päähenkilönä ja subjektina. Mallit ovat ääripäitä, joiden väliin suurin osa synnytyksistä käytännössä sijoittuu. Teknokraattinen synnytys tapahtuu sairaalan ehdoilla, ja synnyttänyt nainen on etukäteen sisäistänyt teknokraattisen uskomusjärjestelmän ja passiivisen aseman. Holistisen mallin mukaan synnytys tapahtuu kotona naisen omin ehdoin. Välimuodot, jotka Davis-Floyd on nimennyt ”luonnolliseksi” ja/tai ”valmistelluiksi”, ovat sairaalassa tapahtuvia synnytyksiä, joissa nainen pyrkii säilyttämään jonkinasteisen itsemääräämisen. (Davis-Floyd 1992, 1994, 2001.) Synnytystavan tai -mallin vaikutus naisen päätöksentekoon osallistumiseen ja hallintaan ei ole yksiselitteinen. Keisari-leikkauksen tai avustetun alatiesynnytyksen (vrt. teknokraattinen synnytys) yhteydessä ei tule kategorisesti ajatella, ettei nainen em. tilanteissa voi hallita tilannetta. Hallinta voi toteutua eri tasoilla ja eriasteisesti näennäisesti asiantuntijan vallalta näyttäviissä tilanteissa. (Davis-Floyd 1994, Annandale & Clark 1996, Zadoroznyj 1999.)

#### **4.3.1.4 Asiantuntijoiden toiminnan ja äitiyshoitotyön organisointitavan vaikutus päätöksentekoon osallistumiseen ja naisen hallintaan**

Naisen päätöksentekomahdollisuuksiin ja hallintaan vaikuttavat merkittävästi äitiyshuollon asiantuntijat ja heidän toimintansa. Hirvosen (2000) väitöskirjatutkimukseen osallistuneet äitiysneuvolan nuoret asiakkaat omaksuivat heti ensimmäisestä neuvolakäynnistä lähtien ns. hyvän asiakkaan roolin ja vastaanottotilanteet etenivät terveydenhoitajien ohjaamina. Nuoret ymmärsivät pian, kuinka neuvolassa tulee olla ja toimia. (Hirvonen 2000.) Havainnoidessaan ja videoidessaan äitiysneuvolakäyntien keskustelutilanteita Olsson, Sandman ja Jansson (1996) panivat merkille, että tilanteet etenivät enimmäkseen kättilön valitsemien sisältöteemojen mukaan. Lääkärin sekä asiakkaan vuorovaikutuksen logiikkaa ja rakennetta yleislääkärin vastaanotolla tarkasteltaessa on myös havaittu, että asiakkaat ja potilaat pyrkivät olemaan ”kunnon potilaita”. Tällä tavoin he suhteuttavat itseään odotuksiin siitä, miten apua hakevan ihmisen kuuluu toimia. (Ruusuvuori 2000, 2002.) Stapleton ym. (2002a) havaitsivat, että valtaosa naisista oli hiljaa äitiysneuvolakäynneillä asiantuntijan tehdessä kysymyksiä. Vain harvat työntekijät tunnistivat odottavien äitien hienovaraisia non-verbaalisen viestinnän merkkejä, jotka selvästi osoittivat naisten omaksuneen hiljaisen, passiivisen roolin äitiysneuvolassa ja hyväksyneen asiantuntijan luoman etenemisjärjestyksen. Työntekijät puhuivat hyvin myönteiseen sävyyn naiselle hänen oikeudestaan omaan päätöksentekoon. Kuitenkin ammattilaiset pääosin käyttäytyivät tavalla, joka vahvisti käsitystä mukautua senhetkiseen asiantuntijoiden, erityisesti lääketieteen vallalla olevaan

käsitykseen. (Stapleton ym. 2002a.) Tinkler ja Quinney (1998) korostavat vastavuoroisen synnyttäjän ja kättilön välisen suhteen olevan naiskeskeisen hoidon edellytys. Positiivisessa suhteessa luodaan olosuhteet, joissa naiselle annetaan tietoa valintojen tueksi, hän voi osallistua hoitoonsa ja hallita hoitotilannetta. (ks. myös Salmon 1999.)

Nainen voi olla hyvin aktiivinen omassa hoidossaan ja sitä koskevissa päätöksissä. Vaikka naisella olisi huomattavan paljon asiantuntemusta, sen ilmaisutapa saattaa olla vaikeasti ymmärrettävä äitiyshuollon asiantuntijoille tai he eivät kiinnitä siihen riittävästi huomiota (Vehviläinen 2000, Paavilainen 2003). Gibbinsin ja Thomsonin (2001) selvityksessä naisten halua osallistua aktiivisesti synnytykseen ja hallita itseään auttoi kättilön positiivinen asenne. Lundgrenin (2004) tutkimus korostaa naisen ja asiantuntijan kohtaamisen tärkeyttä hallinnassa. Hän nimitti naisen ja kättilön suhdetta vapauttavaksi ja helpottavaksi kohtaamiseksi, joka merkitsi yhtäältä vastuun jakamista naisen ja kättilön kesken ja toisaalta naisen osallistumisen mahdollistumista. Kättilö oli läsnä kuuntelevana ja seurasi naista läpi synnytysprosessin. Samalla kättilö kunnioitti naisen omia toiveita ja voimavaroja synnytyksessä, mutta tunnisti myös oman ammattinsa rajat ja vastuun. (Lundgren 2004.) Toisaalta Wright, McCrea ja Stringer (2000) sekä myös Wright ym. (2000b) osoittivat, ettei kättilöiden rooli osoittautunut kovinkaan merkittäväksi naisen hallinnan tunteelle.

Lasta odottavat äidit ovat kritisoineet neuvolakäynteillä kiirettä ja hoitavien henkilöiden vaihtuvuutta. Ajankäyttöä neuvolakäynneillä ei useastikaan määrittele nainen yksilöllisine tilanteineen ja huolineen vaan äitiyshuollon järjestelmä omine toimintatapoineen ja sääntöineen (Paavilainen 2003, Vehviläinen 2000, Stapleton ym. 2002b). Vehviläisen (2000), Viljamaan (2003) ja Paavilaisen (2003) tutkimuksissa terveydenhoitaja-kättilön vaihtuvuus neuvolassa koettiin kielteisenä. Äitiyshuollon palvelujärjestelmän sujuvuuden ja muiden asiakkaiden tarpeiden kannalta on tärkeää, että naiset viiptyvät vastaanotolla tietyn, kaikille suunnitelleen samanmittaiseksi määritellyn ajan. Silloin kun naiset tapaavat harvoin saman terveydenhoitaja-kättilön äitiysneuvolassa, on heillä vähän mahdollisuuksia rakentaa luottamuksellista suhdetta työntekijään, eikä suotuisia olosuhteita päätöksentekoon osallistumiselle ja hallinnan mahdollistumiselle synny.

Asiantuntijoiden työn organisoinnilla näyttää olevan yhteys naisen hallinnan kokemukseen ja päätöksentekoon osallistumiseen. Annandale (1987) yhdistää kättilöjohtoista synnytyskeskusta koskevassa tutkimuksessaan hallinnan ilmiön palvelujärjestelmään. Hänen näkökulmastaan naisen hallintaan synnytyksessä vaikuttavat kaksi tekijää: naisen oma ambivalenttinen suhtautuminen uuteen ja vaihtoehtoiseen synnytyksen hoitotapaan sekä konflikti vaihtoehtoisen synnytyskeskuksen ja varsinaisen synnytysairaalan hoitoidologioiden välillä. Kahden edellä mainitun tekijän vuorovaikutus saa naisen konstroimaan hallintaansa ennemminkin suhteessa oman itsen hallintaan kuin synnytyksessä tapahtuvan



päätöksenteon hallintaan. (Annandale 1989.) Homerin ym. (2002) toteuttivat vertailevan tutkimuksen niiden naisten kokemuksista, joita hoidettiin ns. jatkuvuutta korostavalla kätilötyön mallilla (St George Outreach Maternity Project eli STOMP -malli) ja niiden, joita hoidettiin ns. normaalilla ja standardilla tavalla. Tulosten mukaan valtaosa STOMP -ryhmään kuuluvista naisista ilmoitti pystyneensä hallitsemaan synnytystään paremmin kuin vertailuryhmään kuuluvat naiset. Ne naiset (STOMP -ryhmä), joilla oli tuttu kätilö mukana synnytyksessä, tunsivat hallitsevansa synnytystä paremmin, ja heillä oli myönteisempi synnytyskokemus kuin niillä naisilla, joilla oli heille uusi kätilö mukana synnytyksessä. (Homer ym. 2002.) Edelleen Hundleyn, Milnen, Glazenerin ja Mollisonin (1997) tutkimuksessa havaittiin, että ns. kätilöjohtoisessa synnytysyksikössä korostuivat vaihtoehtoisten synnytysasentojen valinnan mahdollisuudet, synnyttäjän liikkuminen ja hänen osallistumisensa enemmän kivunlievitystä koskevaan päätöksentekoon kuin ns. lääkärijohtoisessa synnytysyksikössä. Tutkimuksessa (Waldenström 2000), jossa arvioitiin tiimikätilötyötä sairaalassa, naiset kokivat tiimityössä saavansa paremmin tietoa, pystyvänsä osallistumaan aktiivisesti päätöksentekoon sekä saavansa enemmän tukea kätilöiltä kuin ns. perinteisesti organisoidussa kätilötyössä. Samanlaisiin tuloksiin ovat tulleet myös Shields, Turnbull, Reid, Holmes, McGinley ja Smith (1998). Tinkler ja Quinney (1998) osoittivat tutkimuksessaan, että yhteistyösuhde kätilötiimin kanssa edesauttoi myönteisen ilmapiirin syntyä ja siten helpotti naisen osallistumista päätöksentekoon. Kätilötiimin toteuttamassa hoitotyössä naiset kokivat, että heidän omaa asiantuntemustaan arvostettiin ja he pystyivät kontrolloimaan tilannettaan paremmin. (Tinkler & Quinney 1998.) Ilmeisesti hallintaan vaikuttaa ei-medikaalinen tulkinta ja orientaatio raskauteen ja synnyttämiseen ja sen mukaisesti organisoitu äitiyshoitotyö (myös Galotti ym. 2000). Myös Walkerin (2000) synnyttäjän siirtämistä kätilöjohtoisesta yksiköstä ja konsulttijohtoiseen yksikköön käsittelevä tutkimus vahvisti edellä mainittuja tuloksia. Tutkimuksessa havaittiin naisen valinnan mahdollisuuden estymisen olevan merkittävä syy hallinnan tunteen menettämiselle. (Walker 2000.)

Hallinnalla on yhteys asiantuntijan professioon. Ahosen (2001) ja Vehviläinen-Julkusen ym. (1994a) tutkimustulokset osoittavat, että naisten keskustelu lääkärin kanssa on varsin vähäistä. Suomessa normaalit synnytykset hoitaa kätilö. Lääkärin rooli korostuu komplisoituneissa tai operatiivisissa synnytyksissä. Lääkärin antama palvelu on standardisoidumpaa kuin kätilön tai terveydenhoitajan; asiakas saa periaatteessa saman palvelun jokaiselta pätevältä lääkäriltä. Oletettavasti näistä syistä kätilön ja naisen suhdetta on kuvattu eri tutkimuksissa runsaammin ja monivaihteisemmin. (esim. Vehviläinen-Julkunen ym. 1994a, Tarkka 1996, Vallimies-Patomäki 1998, Helsti 2000). Amerikkalaisessa palvelujärjestelmässä naisten on mahdollista valita vapaammin synnytyksessä mukana olevat henkilöt. Galottin ym. (2000) tutkimuksessa naiset, jotka valitsivat kätilön hoitamaan synnytystään, olivat selvästi muita itsenäisempiä ja tekivät päätöksensä intuitiivisemmin. Heidän synnytysodotuksensa olivat positiivisempia. He olivat myös tyytyväisempiä päätöksentekoon synnytyksen aikana ja kokivat hallitsevansa synnytystä paremmin. (Galotti ym. 2000.) Lääkäriprofessiolle on ominaista tunneneutraaliteetti

eli suhde asiakkaaseen tai potilaaseen pyrkii asiallisuuteen. Lääkäri sitoutuu asiakkaan ja itsensä väliseen suhteeseen lähinnä puolueettomana ammattilaisena. Sen sijaan naisen, kätilön sekä terveydenhoitajan suhteeseen liitetään herkemmin läheisyyden, yhteisen ymmärryksen ja keskinäisen solidaarisuuden elementtejä (mm. Tarkka 1996, Piensoho 2001). Lääkäriprofessiolla katsotaan olevan runsaammin asiantuntemukseen ja maallikkouden erottamiseen nojaavaa auktoriteettia, jonka mukaan asiantuntija ammattietiikkansa ja tietonsa turvin tunnistaa sekä arvioi naisen tarpeet ja ongelmat ajoittain paremmin kuin nainen itse. Ruusuvuoren (2000) mukaan lääkäriellä on edelleen viime kädessä määräysvalta siihen, kuinka esimerkiksi vastaanottotilanne etenee, mutta lääkärin tavat käyttää tätä kontrollivaltaa ovat luultua monivivahteisemmat. Lääkäri voi esimerkiksi jättää huomiotta asiakkaan omat yritykset näkemystensä esittämisestä. (Ruusuvuori 2000, 2002, myös Vehviläinen 2000.) Asiakkaatkin säätelevät vuorovaikutustilanteen kulkua, esimerkiksi esittämällä omia päätelmiä tilastaan pyrkien siten hallitsemaan tilannetta (Ruusuvuori 2000).

#### **4.3.2 Tiedon saaminen raskauden ja synnytyksen aikana edellytyksenä naisen hallinnalle**

Tiedon saamisen on osoitettu olevan merkittävä tekijä turvallisuuden tunteen saavuttamisessa raskauden aikana (mm. Crowe & von Bayer 1989, Walker, Hall & Thomas 1995, Drummond & Rickwood 1997). Barsevick ja Lauverin (1990) näkemyksen mukaan yksilö hakee informaatiota selittääkseen syitä ja tarkoitusta stressaaville tapahtumille, ymmärtääkseen niitä ja saavuttaakseen hallinnan tunteen. Näin katsoen hallinnan toteutumisen edellytyksenä raskaudessa ja synnytyksessä on riittävän ja asiallisen tiedon saaminen. Asiantuntijat voivat vaikuttaa naisen hallinnan kokemukseen tarjoamalla tietoa, joka valmistaa häntä tulevia kokemuksia varten (McHaffie 1992). Suomalaiset naiset ovat sangen tyytyväisiä äitiysneuvolassa saatuun informaatioon. Perälän ym. (1998) selvityksessä naisten mielestä äitiysneuvolakäynneillä oli käsitelty riittävästi normaalia raskauden kulkua, sikiön tilaa ja kerrottu synnytyksestä. Sen sijaan lähes puolet naisista arvioi raskauden ajan masennusta käsitellyn riittämättömästi. Kolmasosan mielestä liian vähän oli käsitelty myös imetystä ja synnytyksen jälkeistä toipumista. Terveystilan ja tottumusten käsittely neuvolassa oli hyvinkin riittävää, mutta perheeseen liittyviä asioita kuten mm. puolisoiden välistä suhdetta ja sukupuolielämää oli käsitelty riittämättömästi. Puolet vastaajista arvioi riittämättömäksi keskustelun esimerkiksi sairaan lapsen syntymisen mahdollisuudesta. Naiset haluavat äitiysneuvolakäynneillä tietoa myös epänormaaleista, ongelmallisista ja yllättävistä tilanteista yksityiskohtaisesti ja totuudenmukaisesti. (Perälä ym. 1998.)

Synnytys- ja perhevalmennus on merkittävä tiedon antaja, jota suomalaiset naiset pitävät hyvin tärkeänä tukena uudessa elämäntilanteessa (Bondas 2000, 2002, Vehviläinen-Julkunen 1996, Perälä ym. 1998). Valmennuksen tarkoituksena on tukea vanhemmuuteen valmistautumista ja synnytyksen onnis-

tumista. Perhe- ja synnytysvalmennus on ollut osa äitiysneuvolatyötä jo 1940-luvulta lähtien, vaikka sen sisältö ja nimitykset ovatkin muuttuneet vuosikymmenien saatossa. Valmennusta on pyritty 1990-luvulla kehittämään perheiden tarpeita ja odotuksia vastaavaksi suunnittelemalla se yhdessä osallistujien kanssa ja toteuttamalla sitä pienryhmissä. (Vehviläinen-Julkunen & Saarikoski 1994, Stakes 1999.) Synnytys- ja perhevalmennuksen vaikuttavuudesta on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Lumleyn ja Brownin (1993) vertaillessa valmennukseen osallistuneita ja osallistumattomia suhteessa mm. koettuun synnytyskipuun, kivun lievitykseen ja tiedon saamiseen, he eivät havainneet eroja ryhmien välillä. Yhtäläisesti Nivenin ja Gijsbersin (1996) aineistossa perhevalmennuksessa annettua selviytymistä koskevaa tietoa oli hankala soveltaa käytäntöön varsinaisessa synnytystilanteessa. Valmennetut naiset eivät myöskään kokeneet hallinneensa synnytystä muita paremmin. (Niven & Gijsbers 1996.) Sen sijaan Hartin ja Fosterin (1997) aineistossa pariskunnat olivat kokeneet saaneensa valmennuksesta odotustensa mukaisesti tukea synnytystilanteen hallintaan. Synnyttäjät katsoivat myös Mackeyn (1990) tutkimuksessa valmennustiedon lisänneen heidän kykyään selviytyä synnytyksestä. Valmennuksen sisältö voidaan omaksua hyvin eri tavoin. Joillekin naisille valmennuksessa annettu tieto saattaa herättää pelkoa (Hallgren, Kihlgren, Norber & Forslin 1995), toisia se tukee. Esimerkiksi Handfieldin ja Bellin (1995) mukaan valmennuksessa saatu tieto oli hyödynnettävissä paremmin synnytyksen aikana, mutta lapsivuodeaikana sen hyöty oli vähäinen. Myös kivunlievitysstrategioita voidaan hankkia tai aktivoida valmennuksessa (Niven & Gijsbers 1996). Vallimies-Patomäen (1998) tutkimuksessa esitettiin valmennuksen puutteiksi yksilöllisyyden, tiedon ajantasaisuuden ja realistisuuden vaatimukset (ks. myös Moran, Holt & Martin 1997). Valmennusta on kritisoitu siitä, ettei se rohkaise tulevia vanhempia asettamaan tavoitteita omasta selviytymisestä, ajattelemaan kriittisesti ja luottamaan itseensä (ks. Bradley 1995). Synnytys- ja perhevalmennuksen asema tiedon antajana on muuttumassa verkko- tai netti-neuvolatoiminnan yleistytessä. Lasta odottavat hakevat runsaasti tietoa tietoverkoista ja käyttävät ahkerasti Internetin keskustelupalstoja (Munnukka, Kiikkala & Valkama 2002, Kytöharju, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004). Callister (2004) näkee naisten keskinäisen keskustelun ja synnytystarinoiden kerronnan positiivisena. Tarinoissa he jakavat ja työstävät yhdessä synnytyskokemusta, puhuvat pe-loista, huolista ja riittämättömyyden tunteista. Kertomukset tarjoavat naiselle mahdollisuuden löytää omia voimavarojaan ja tuntea yhteisyyttä toisten naisten kanssa. (Callister 2004.)

Naisten informoitua valintojen tekemistä sekä päätöksentekoa raskauden aikana on yritetty vahvistaa näyttöön perustuvan ja voimavarakeskeisyyteen perustuvan kirjallisen ohjausmateriaalin avulla. Stapletonin, Kirkhamin ja Thomasin (2002) tutkimus osoitti kuitenkin, ettei ohjausmateriaalilla ollut suurta käytännön merkitystä. Tätä selitettiin hoitoympäristöllä, jossa lehtistä käytettiin, sillä se tuki ns. perinteistä hoitamisen mallia eikä naisen aktiivisuutta. Asiantuntijalla ei ollut riittävästi aikaa keskustella naisen kanssa ohjelehtisen sisällöstä. Naiset luottivat vahvasti asiantuntijaan, he mukautuivat ammattilaisen esittämiin vaihtoehtoihin eivätkä tehneet omia valintoja. (Stapleton, Kirkham & Thomas 2002.)

Myös lääkäreiden tulisi aktiivisesti kannustaa ja tukea naisia osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksiin. Päätöksenteon tueksi annettava kirjallinen lisäinformaatio vaikuttanee hoitopäätöksiin siten, että se auttaa naista selkiyttämään hoitoihin liittyviä toiveita ja odotuksia. (ks. Vuorma 2004.) Keskeistä informoitujen valintojen tekemisessä ja osallistumisessa päätöksentekoon on mitä ilmeisimmin juuri naisen ja asiantuntijan välisen keskustelun mahdollistuminen sekä kaikkien seurantaan ja hoitoon osallistuvien ammattilaisten osallistuminen ohjausprosessiin.

Tutkittaessa kättilön verbaalista ja non-verbaalista viestintää raskauden seurantakäynneillä huomattiin, etteivät kättilöt kiinnittäneet tarpeeksi huomiota raskaana olevien naisten omaan käsitykseen tiedon tarpeestaan. Kättilöt keskittyivät myös enemmän toimenpiteiden tekemiseen kuin naisen kuuntelemiseen. Sitä vastoin kättilöt jakoivat sellaista tietoa, joka ei tuntunut olevan merkityksellistä vastaanotolla oleville naisille tai toistivat jo edellisellä käyntikerralla annettua tietoa. Osa naisista jopa koki, että kättilö pyrki estämään naisen autonomiaa ja itsenäisyyttä. Naiset hakivat harvoin selvennystä annettuun informaatioon, koska kättilö ilmaisi viesteillään, ettei hänellä ollut aikaa tarkennuksille tai selityksille. (Stapleton ym. 2002a, b, Kirkham, Stapleton, Thomas & Curtis 2002.) Vehviläisen (2000) tutkimuksessa useat naiset totesivat saaneensa riittämättömästi tietoa raskausaikana. He olisivat halunneet lisää tietoa raskauteen ja sen etenemiseen liittyvistä ongelmista, sikiön voinnista, tutkimuksista ja niiden tuloksista. Erityisesti he kaipaivat tietoa joutuessaan jatkotutkimuksiin ja -hoitoon raskauden huonon ja odottamattoman käänteen takia. Raskauteen ja synnytykseen liittyvän tietomäärän lisääntyessä ja äitiyshuollon asiakkaiden tarpeiden yksilöityessä ja monipuolistuessa on erityisen merkityksellistä se, että neuvolassa saadut ohjeet ja neuvot soveltuvat naisen elämäntilanteeseen eivätkä jää irrallisiksi, yleisen ohjeistuksen mukaan rutiininomaisesti jaetuksi tiedoksi. (Vehviläinen 2000, myös Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg 1996.) Äidit suhtautuvat itsekin kriittisesti äitiysneuvolan antamiin ohjeisiin, neuvoihin ja suosituksiin, jotka syrjäyttävät naisen oman aktiivisuuden ja toimijuuden raskauden ja synnytyksen aikana (Rudolfsdottir 2000, Vehviläinen 2000, Sèvon & Huttunen 2002). Green, Coupland ja Kitzinger (1990) sekä Kaufman (1993) tähdentävät tutkimuksissaan, että riittämätön tiedon saaminen on yhteydessä naisen hallinnan tunteen menettämiseen.

Tarkan (1996) tutkimuksessa suurin osa äideistä ilmoitti saaneensa hyvin tietoja kättilöltä synnytyksen etenemisestä, kun taas Vallimies-Patomäen (1998) ja Vehviläisen (2000) tutkimuksissa naiset arvioivat saaneensa riittämättömästi tietoa synnytyksen aikana. Naiset kaipaivat synnytyksessä enemmän informaatiota synnytyksen hoidon hätätilanteista, esimerkiksi kun lapsen sydänäänet laskivat yllättäen tai päätettiin tehdä hätäkeisarileikkaus (Fleissig 1993, Vallimies-Patomäki 1998, Vehviläinen 2000). Naiset kokevat olevansa valmistautumattomia operatiiviseen synnytykseen. Heillä on vaikeuksia ymmärtää operatiivisen synnytyksen tarvetta ja syytä, vaikka synnytyslääkäri ja kättilö olisivat siitä kertoneetkin. (Murphy, Pope, Frost & Liebling 2003.) Kiireellisissä ja hätätilanteissa hoitopäätökset joudutaan

tekemään usein nopeasti, mutta eivätkö asiantuntijat seuraa tilanteen kehittymistä pidemmän aikaa, jolloin naisen valmistelu ja informointi on mahdollista? Riittävän ja tarpeellisen tiedon saaminen on eräs keskeisimmistä välineistä, joiden avulla raskaana oleva ja synnyttävä nainen pystyy ylläpitämään hallinnan tunnettaan ja osallistumaan päätöksentekoon. Riittämätön tieto omasta tilanteesta asettaa naisen hoidon kohteeksi. Hätä- ja poikkeavissa tilanteissa mikään ns. normaali tiedon antaminen ei riitä, vaan nainen tarvitsee erittäin runsaasti yksilölliseen tilanteeseensa perustuvaa tietoa (Vallimies-Patomäki 1998). Synnytyksen aikaisen tiedon tarve vaihtelee sen eri vaiheissa. Synnytyksen alussa asiantuntijoiden antama tiedollinen tuki korostuu, ja tällöin on otollinen tilaisuus selvittää naiselle, mitä synnytyksessä on odotettavissa. Synnytyksessä naisten toivoma tuki muuttuu enemmän emotionaaliseksi ja fyysiseksi kuin tiedolliseksi. (Rosen 2004.)

Vallimies-Patomäen (1998) tutkimuksessa synnytyksestä ja lapsen voinnista synnytyssalissa antaa eniten tietoa kätilö. Tiedon saaminen synnytyslääkäriltä oli yhteydessä tilanteisiin, joissa hän suoritti toimenpiteitä. Siihen, kuinka kätilöt pyrkivät edistämään naisen tilanteen hallintaa, vaikuttaa epävarmuus siitä, antavatko he naiselle tarpeeksi, liikaa vai väärin tietoa ja siten aiheuttavat naiselle pelkoja, havaitsi Levy (1999) tutkimuksessaan. Levyn (1999) mukaan kätilöt tasapainottelevat informaation antamisessa ja ovat epävarmoja siitä, pystyykö nainen soveltamaan annettua tietoa oikein omaan tilanteeseensa sopivaksi. Mikäli nainen epäonnistuu siinä, hän alkaa pelätä synnytystä. Antaessaan tietoja äideille kätilöt pyrkivät samalla suojelemaan heitä. Se, että nainen alkaa pelätä, legitimoit asiantuntijalle informaation rajaamisen. Kätilöt pitivät itsellään kontrollin tiedottamisessa ja rajasivat hyvin tarkkaan sen, mitä informaatiota naiselle antoivat säädellen siten ohjaustilanteita. Edelleen Levyn (1999) tutkimustulokset osoittivat, että asiantuntijat pyrkivät myös tarjoamaan vaihtoehtoja ja toimintatapoja, joita he itse pitivät hyvinä. Informoinnissa kätilöt tyypittelivät äitejä esimerkiksi vanhoiksi synnyttäjiksi. Nämä stereotypiat ohjasivat sitä, miten kätilö määritteli naisen tilanteen ja tarpeet. Tyypittely korostui lyhyissä hoitosuhteissa, mutta mikäli kätilölle ja äidille syntyi pitkä hoito- ja neuvontasuhte, tyypittely väheni. Kätilöt hyväksyivät naisen päätökset ja toiveet, jos ne olivat kätilön itsensä mielestä hyväksyttävissä turvallisiksi tai ne olivat kätilön täytettävissä ja toteuttavissa. Kätilöt saattoivat kuitenkin jättää kertomatta naiselle jotakin, mikäli he katsoivat sen olevan vastoin heidän omaa näkemystään asiasta. (Levy 1999)

Synnytyksen suunnittelun on katsottu olevan eräs tekijä naisen hallinnan tunteelle. Onnistuessaan se mahdollistaa tietoisien valintojen tekemisen, vahvistaa tietoisuutta synnytyksen etenemisestä, tekee synnytystilanteesta realistisemman ja lisää naisen tyytyväisyyttä (Moore & Hopper 1995). Onnistunut synnytyssuunnitelman käyttö edellyttää hyvää vuorovaikutussuhdetta synnytystä hoitavien asiantuntijoiden kanssa (Kitzinger 1992, Too 1996) ja sitä, että asiantuntijat ottavat toiminnassaan huomioon suunnitelmaan kirjatut seikat (Whitford & Hillan 1998). Synnytyssuunnitelma on tärkeä väline myös

siinä, että nainen voi kontrolloida itseään kivun lievityksessä (Wright ym. 2000a, b). Onnistuneen synnytyksen suunnittelun avulla nainen säilyttää päätöksenteko-oikeutensa, mutta myös vastuunsa valinnoista (Kitzinger 1992). Itse synnytyssuunnitelman ei ole todettu poikkeuksetta vahvistavan naisen tunnetta kovinkaan paljon tai selvästi parantavan synnytyskokemusta (Peart 2004). Sen sijaan naiset kokevat suunnitteluprosessin hyödylliseksi, koska tuolloin heillä on mahdollisuus keskustella asiantuntijan kanssa etukäteen eri vaihtoehtoista (Whitford & Hillan 1998). Riittävä tiedonsaanti raskauden ja synnytyksen aikana on keskeisin tekijä synnytyksen suunnittelussa, koska naisen tulee saada tietoa eri vaihtoehtoista, jolloin hän voi pohtia niiden etuja ja haittoja kyetäkseen tekemään tietoisia valintoja. Kätilön ja synnytyslääkärin rooli on merkittävä synnytyksen suunnittelussa (ks. Whitford & Hillan 1998). Ahosen (2001) tutkimuksessa valtaosa naisista koki, ettei kätilö ollut piitannut heidän omista synnytystä koskevista suunnitelmistaan. Suurimman osan mielestä heille oli tehty synnytyksessä rutiinitoimenpiteitä, vaikka he olivat toivoneet ja suunnitelleet toisin.

### 4.3.3 Naisen hallinta kehon ja itseluottamuksen huomioimisena

Raskauteen ja synnytykseen latautuu runsaasti monenlaisia odotuksia, toiveita ja tunteita. Lapsen odottaminen ja synnyttäminen ovat syvästi kokonaisvaltaisia kokemuksia, joihin liittyy kiinteästi erilaisia emotionaalisia aistimuksia kuten huolta ja pelkoa, mutta myös kehollisia muutoksia ja tuntemuksia (Mäenpää-Reenkola 1997, Vallimies-Patomäki 1998, Vehviläinen-Julkunen 1999). Näihin tunne- ja kokemusmaailman ilmiöihin asiantuntijoiden näyttää olevan vaikea eläytyä (Vehviläinen 2000). Naisen täytyy saada olla oman tilansa paras asiantuntija. Hänen tulee voida kuunnella rauhassa oman kehonsa viestejä ja tuntemuksia. Asiantuntijan tulee kuunnella naisen omaa käsitystä tilastaan. Tämä on kuitenkin osoittautunut huonosti toteutuvaksi naisten hoitokokemuksia tarkastelevissa tutkimuksissa. Äitiyshuollon asiantuntijoista on tullut naisen tilan asiantuntijoita (Ruusuvuori 1994, Vehviläinen 2000.) Vehviläisen (2000) tutkimuksessa raskaana olevat naiset kokivat, että äitiysneuvolassa ja äitiyspoliklinikalla vähäteltiin heidän omaa käsitystään. Heidän toiveitaan hoidossa ei otettu huomioon eikä heidän mielipiteitään kysytty tai oltu niistä kiinnostuneita. Naiset tunsivat, ettei heidän tuntemuksiaan kivusta ja pelosta tai käsitystä siitä, ettei kaikki heidän mielestään raskaudessa ollut kunnossa, otettu todesta tai riittävän vakavasti. (Vehviläinen 2000.) Naisen oman käsityksen vähättely ja samalla syntynyt epäluottamus omiin tunteisiin, tietoihin ja itsehallintaan johtavat helposti siihen, että nainen omaksumi jo valmiiksi äitiysneuvolasta lähtien passiivisen potilaan aseman ja käsityksen, ettei voi vaikuttaa tilanteeseensa.

Ruusuvuoren (1992, 1994) mukaan makuulla synnyttämisen myötä synnytyksen päävastuu ja naisen oman kehon hallinta ovat siirtyneet naiselta asiantuntijoille. Gynekologista tutkimusasentoa voidaan verrata vieläkin varsin yleiseen makuu- tai puoli-istuvaan ponnistusasettoon (mm. Declercq, Sakala,

Corry, Applebau & Risher 2002), jossa nainen on ”alisteisessa” asemassa suhteessa asiantuntijaan. Makuu- tai puoli-istuva asento on paras mahdollinen synnytystä hoitavan ja tarkkailevan henkilön kannalta, mutta ei välttämättä naisen. Makuuasennossa synnytetessä synnytyksen päähenkilö symbolisesti on asiantuntija eikä nainen itse. Synnyttävä nainen on asetettu selälleen, jotta asiantuntijalle taataan esteetön ja paras työasento. (Davis-Floyd 2001.) Muun synnytysasennon kuin perinteisen makuulla synnyttämisen valinnassa ja vaihtoehtojen tarjoamisessa kättilö on tärkeässä asemassa. Naiset valitsevat herkästi länsimaisessa synnytyskulttuurissa vallalla olevan tavan synnyttää makuulla. (De Jonge & Lagro-Janssen 2004.)

Kuukautiset, raskaus, synnytys ja vaihdevuodet rytmittävät naisen elämää, ja ruumiillisuus on siten aina läsnä naisen elämän kulussa. Raskaus ja synnytys ovat vahvasti fyysisiä kokemuksia moninaisine fysiologisine ja kehollisine muutoksineen. Synnytystapahtuma vaikuttaa voimakkaasti naisen kehon kokemiseen ja eheyteen. Naiset liittävät kehon hallinnan yhdeksi hallinnan osatekijäksi, ei vain synnytyksen, mutta myös raskauden aikana, kuten esimerkiksi Schneider (2002) osoitti tutkimuksessaan. Naisen keho alettiin 1970-luvulla naistutkimuksen piirissä ymmärtää emansipaation mahdollisuutena ja voimavarana ja kehosta alkoi muodostua naisen positiivinen potentiaali (Palin 1996). Raskauden, synnyttämisen ja äitiyden voidaan katsoa tarjoavan naiselle tilaisuuden tulla sinuiksi fyysisyytensä kanssa. Niemelän (1995) näkemyksen mukaan sisäisten voimavarojen avulla ja vahvuudella naisella on mahdollisuus löytää oma naisen ruumiinsa uudella tavalla raskaudessa ja synnytyksessä. Julkunen (1995) tähdentää, että naiset kantavat ruumiissaan jotakin nais erityisiä, miehiltä suljettuja kokemuksia, huolimatta siitä, että nykyään valtaosa miehistä osallistuu äitiysneuvolakäynneille ja synnytyksiin. Tähän ankkuroituvat myös tämän tutkimuksen ajatukset naisen kehollisuudesta raskaudessa ja synnytyksessä suhteessa hallintaan. Naiset omaavat oman kehonsa kautta vain naisille erityistä kokemusellista tietoa raskaudesta ja synnytyksestä, vaikka naisen ruumista onkin pyritty pitkään vangitsemaan lääketieteen avulla kahlitsemalla se biologiaan ja reproduktioon. Tämä tieto on erittäin merkittävää arvioitaessa ja kehitettäessä raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon käytänteitä ja äitiyshuollon palveluja naisen hallintaa tukeviksi.

Raskauden seurantaan ja synnytyksen hoitoon kuuluu toimenpiteitä ja tutkimuksia, jotka ulottuvat naisen intiimeimmille alueille. Valitettavan usein naiset kokevat tutkimukset häpeällisinä sekä naiseutta loukkaavina tilanteina, jossa eivät toteudu intimitietin ja kehon eheyden kunnioittaminen. Naisen kehollisuus ja sen kunnioittamisen merkitys nousee erityisesti esille äitiyshuollon tutkimus- ja hoitotilanteissa. Naiset kertovat eri tutkimuksissa joutuneensa nöyryyttäviin tutkimus- ja hoitotilanteisiin, joissa heidän kehoaan ei ole kunnioitettu. (Malin & Räikkönen 1998, Vehviläinen 2000, Lai & Levy 2002.) Lain ja Levyn (2002) selvityksessä naiset kertoivat menettävänsä hallinnan tunteensa nöyryyttävästi suoritetuissa gynekologissa tutkimuksissa. Eräinä naisten pelkojen kohteina ovat tulleet esille

nimenomaan toimenpiteiden tekeminen kertomatta niiden syytä sekä lääkärin kovakouraisuus tutkimuksissa. (Suonio ym. 1993, Vallimies-Patomäki 1998, Vehviläinen 2000, Piensoho 2001). Naisen sukupuolielimiin liittyvät tutkimukset ja hoidot koskevat hyvin henkilökohtaista aluetta. Intiimin alueen paljastaminen on arkaluonteista, jolloin tutkimusten suorittamisen hienotunteisuus on erittäin merkittävää naisen kehon eheyden ja hallinnan kokemisessa. Hienotunteisuus korostuu vielä entisestään synnytystilanteessa, johon liittyy kosolti erilaisia tuntemuksia: kipua, huolta, pelkoa ja riippuvuutta henkilökunnasta. Synnytyksen aikana naisen tulee pystyä pitämään yllä omaa kehonkuvaansa ja henkilökohtaisia rajojaan, vaikka naisen kehon koskemattomuuteen joudutaankin puuttumaan tutkimuksiin ja toimenpitein. Kokemus kehon koskemattomuudesta ja rajoista muuttuu synnytyksen edetessä. Välillä naisen voi olla mahdotonta hallita kehoaan synnytyksessä, erityisesti mikäli nöyryyttävästi tehdyin toimenpitein ja tutkimuksiin naisen kehon eheyttä ja koskemattomuutta loukataan. Henkilöstön tulee pystyä tulkitsemaan naisen kehon viestejä, niiden merkityksiä sekä oppia sopivia tapoja lähestyä ja koskettaa. (Lai & Levy 2002.) Yksityisyyden tärkeyttä gynekologisten tutkimusten yhteydessä ei voi liikaa korostaa. Naisten tulisi voida riisuutua yksityisesti ja tarpeetonta riisumista tulisi välttää. Gynekologisten tutkimusten tulisi myös aina olla perusteltuja asiakkaalle. (Intimate Examinations 1997). Yksityisyyden tutkimus äitiyshuollossa Burdenin (1998) mukaan on kuitenkin vähäistä, ja hän näkee, että jatkossa fyysisen yksityisyyden huomioon ottaminen on entistä välttämättömämpää korkeatasoisessa äitiyshuollossa.

Naisen vahvalla luottamuksella itseensä ja omiin voimavaroihinsa on merkitystä raskauden ja synnytyksen hallinnalle. Äitiyshuollon ja sen asiantuntijoiden yhtenä tehtävänä on äidin itseluottamuksen ja itsetunnon vahvistaminen (Stakes 1999). Luottamus omaan itseen kehittyy lapsuudesta lähtien, kasvatuksen, erilaisten elämän- ja oppimiskokemusten kautta. Belenky, Clinchy, Goldenberger ja Tarule (1997) kuvailevat naisia, jotka ovat kasvaneet vaitioloon ja uskoon, ettei heillä ole omia mielipiteitä, ja naisia, jotka omaksuvat auktoriteettien tiedon kyseenalaistamatta sitä. Useasti raskaus ja synnytys aktivoivat tällaiset naiset kuulemaan omaa ääntään ja tunnistamaan omia mielipiteitään. Äitiysneuvola valmennuksineen on otollinen paikka pyrkiä vahvistamaan tämänkaltaisten naisten itseluottamusta ja voimavaroja esimerkiksi auttamalla naisia kuuntelemaan itseään ja kehittämään yhdessä asiakkaan kanssa ratkaisuja ja toimintamalleja raskauden ja synnytyksen aikana. Itseluottamuksen suhteen erityisen haavoittuva ryhmä ovat synnytystä pelkäävät naiset (ks. Ryding, Persson, Onell & Kvist 2003). Synnytys- ja perhevalmennuksessa nainen voi myös saada kuvan, että raskaus ja erityisesti synnytys, vaativat häneltä liikaa omaa vastuullisuutta ja aloitteellisuutta päätöksenteossa, jolloin hänen kokemansa huoli kasvaa, vaikka asiantuntijan tarkoituksena oli vahvistaa naisen itseluottamusta.



### 4.3.3 Naisen sosiaalisen taustan yhteys hallintaan

Naisen sosiaalisella taustalla on joidenkin tutkimustulosten mukaan yhteys hallintaan. Työväenluokkaan kuuluvien naisten on todettu suhtautuvan fatalistisemmin synnytykseensä kuin keskiluokkaan kuuluvien naisten. Työväenluokan naiset luottivat asiantuntijoihin vahvemmin. Keskiluokkaan kuuluvat naiset pyrkivät enemmän hallitsemaan synnytystilannetta ja itseään synnyttäjinä. (Martin 1992, Zadoroznyj 1999, Liamputtong 2004.) Zadoroznyjin (1999) tutkimuksissa huomattiin keskiluokkaan kuuluvien naisten suhtautuvan myönteisemmin ns. luonnolliseen synnyttämiseen, jossa synnytysprosessiin puututtiin mahdollisimman vähän. Naisten tavoitteena oli tuolloin hallita synnytystilannetta paremmin. Hallinnalla näyttäisi olevan yhteyttä myös yleiseen elämänasenteeseen ja kokemukseen elämän tyytyväisyydestä. Samaan viittaavat tutkimustulokset, joissa osoitetaan hyvin koulutettujen pitävän itseään keskimääräistä kyvykkäämpinä ja näkevän enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa elämänsä (mm. Seeman 1991). Tuloksia arvioitaessa on otettava huomioon, että keskiluokkaan kuuluvien naisten aineelliset resurssit mahdollistavat paremmin valintojen tekemisen. Em. tutkimustulokset osoittavat myös, että hallinta on osittain kontekstisidonnaista ja sillä on muuttuva ajallinen ulottuvuus. Ihmisen hallinta vaihtelee ja rakentuu uudella tavalla, esimerkiksi uudenlaisten kokemusten myötä.

Osaksi hallintaa selittävät naisen yksilöpsykologiaan liittyvät tekijät. Tällaisia ovat mm. naisen kontrolliuskomukset, vastasivatpa ne sitten ulkoista todellisuutta tai eivät. Ne vaikuttavat etenkin siihen, mihin nainen on valmis ryhtymään saavuttaakseen jonkin tuloksen. Kontrolliuskomukset ohjaavat naisen tapaa käyttää kokemuksiaan todisteina. Jos nainen on vakuuttunut siitä, että raskaus tai synnytys etenee tietyllä tavalla hänen omista yrityksistään huolimatta, hän saattaa pitää tilanteissa tapahtuneita muutoksia lisäosoituksina siitä, ettei hallintaa ole. Tuolloin hänen on turha ponnistella hallitakseen tilannetta. (ks. Nupponen 1993.) Samoin synnytyspelkotutkimuksissa (esim. Crowe & von Baeyer 1989, Rofè, Mordechai & Lewin 1993, Sjögren 1997) on osoitettu, että jotkut naiset ovat persoonallisuustyyppiltään tai -ominaisuuksiltaan herkempiä pelkäämään ja ahdistumaan. Samalla tavoin voidaan ajatella, että osa naisista uskoo lähtökohtaisesti omiin hallintakykyihinsä voimakkaammin kuin toiset. Tämän tutkimuksen tutkimusasetelman kautta ei voida tavoittaa hallinnan psykologista ulottuvuutta eikä esimerkiksi erotella tutkimusjoukosta eri persoonallisuustyppejä suhteessa hallintaan. Näitä psykologisia seikkoja pyritään kuitenkin ottamaan huomioon ja pohtimaan niitä tutkimustuloksien tulkinnessa.

Sillä, kuinka nainen itse tai asiantuntijat etukäteen määrittelevät raskauden, synnytyksen ja synnyttäjän, on merkitystä hallinnan toteutumiselle. Jotkut naiset saattavat määritellä jo etukäteen oman roolinsa synnytyksessä joko passiiviseksi tai aktiiviseksi (Willams 1994, Harrison, Kushner, Benzie, Rempel & Kimak 2003). Kiehl ja Whiten (2003) mukaan naiset, jotka uskoivat itseensä yleensä ja tulevi-

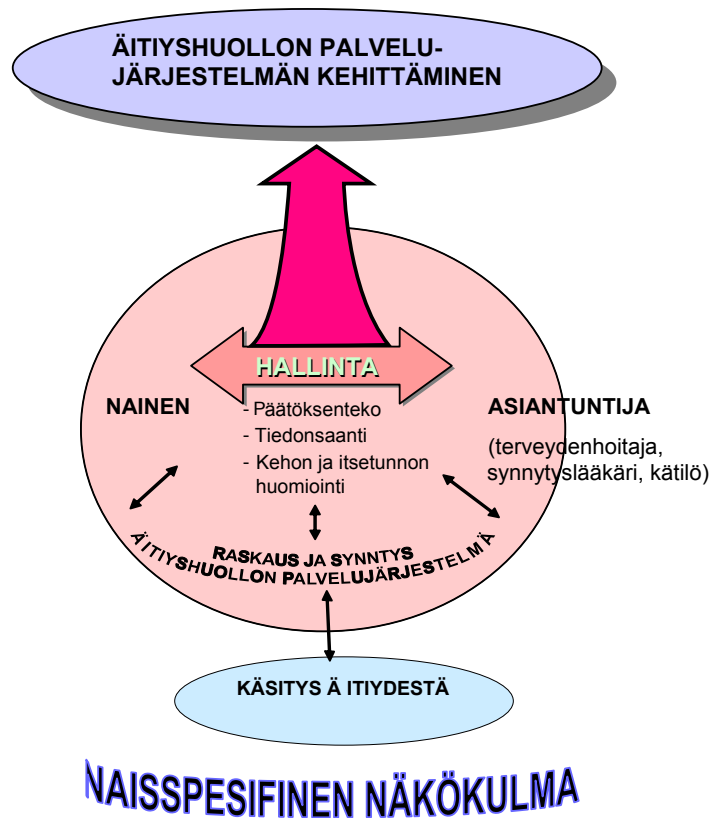
na äiteinä, olivat paremmin valmistautuneita synnytykseen ja hallitsivat paremmin synnytystilannetta. Samoin se, kuinka raskaus ja synnytys määritellään, esimerkiksi riskiksi, vaikuttaa naisen valintoihin. Howell-Whiten (1997) tutkimuksessa naiset, joiden raskaus määriteltiin riskiraskaudeksi, valitsivat lääkärin synnytystään hoitamaan, kun taas luonnolliseksi synnytyksensä mieltävät naiset valitsivat kättilön synnytykseen. Näitä etukäteismäärittelyjä eikä niiden vaikutusta voida kuitenkaan tällä tutkimusasetelmalla selvittää. Myöskään sitä, millaisia odotuksia naisilla on omasta hallinnastakyvystään, ei tässä tutkimuksessa tarkasteltu. Joskus saattaa olla tärkeämpää tietää, millaisin odotuksin naiset tulevat palvelujärjestelmään ja sen asiakkaisiksi eikä niinkään se, miten he todellisuudessa hallitsevat tilanteita.

Lukuisat suomalaiset isät osallistuvat raskauden seurantakäynneille sekä synnytys- ja perhevalmennukseen. Mies on synnytyksessä naisen tärkein tukihenkilö, ja valtaosa synnytyksistä ovat perhesynnytyksiä. Osallistuminen synnytykseen on nykymiehelle luontevaa ja mieluista (Sihvo & Viisainen 1998, Vallimies-Patomäki 1998, myös Sevón & Huttunen 2004). Useimmat naiset toivovat miehen osallistuvan synnytykseen ja kokevat miehen läheisyyden hyvin tarpeellisenä voimavarana synnytyksessä (Sevón & Huttunen 2004). Miehen läsnäolo synnytyksessä oli Vallimies-Patomän (1998) tutkimuksessa yhteydessä naisen vähäiseen pelkoon. Myös muun tukihenkilön kuin miehen läsnäolo synnytyksessä koetaan rauhoittavaksi ja pelkoja lieventäväksi (Campero ym. 1998, Goodman, Mackey & Tavakoli 2004). Miehen ja tukihenkilön mukanaololla on merkitystä hallinnan toteutumiselle, mutta tässä tutkimuksessa heidän näkökulmansa on rajattu ulkopuolelle. Valinta tulee perustelluksi naisspesifisellä tutkimusorientaatiolla.

## 5 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDISTA

Tutkimuksen laaja viitekehys havainnollistetaan kuviossa 1. Tässä tutkimuksessa hallintaa lähestytään tilannekohtaisesti eli raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon kontekstissa ja sukupuolispesifisesti naisnäkökulmasta. Hallinta ymmärretään naisen tunteena siitä, että hän vaikuttaa tai hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan tilanteeseensa raskauden seurannan ja synnytyksen aikana. Se käsitetään positiivisena, naista vahvistavana tekijänä raskauden seurannassa ja synnytyksen hoidossa. Käsitys naisen hallinnasta perustuu näkemykseen naisesta aktiivisena toimijana, jolla on kykyjä sekä voimavaroja hallita raskauden ja synnytyksen ajan tilanteita ja vaikuttaa niihin. Hallinnan tunne ei synny autonomisesti, vaan suhteissa toisiin ja ympäröivään todellisuuteen, joka tässä tutkimuksessa tarkoittaa ensisijaisesti suhteessa asiantuntijoihin, mutta välillisesti myös äitiyshuollon palvelujärjestelmään ja sen toimintatapoihin. Tässä tutkimuksessa asiantuntijalla tarkoitetaan äitiysneuvolan terveydenhoitajakätilöä, äitiyspoliklinikan kätilöä ja synnytyslääkärinä, synnytyssalin synnytyslääkärinä sekä kätilöä. Useissa muissa tutkimuksissa hallinta on määritelty kategorisesti ulkoiseksi ja/tai sisäiseksi hallinnaksi. Tällöin asiantuntija on yleensä sijoitettu ulkoiseen hallintaan kuuluvaksi eikä silloin ole kiinnitetty riittävästi huomioita sisäisen ja ulkoisen hallinnan väliseen vaihteluun eikä hallinnan painopisteen muutoksiin eri tilanteissa, kuten tässä tutkimuksessa tehdään.

Hallinta määrittyy tutkimuksessa vuorovaikutukselliseksi ja suhteelliseksi. Vuorovaikutussuhteissa olemisen muodostaa naisen hallinnan mahdollisuuden ja toisaalta myös sen ehdon. Hallintaan nainen tarvitsee asiantuntijoiden tukea ja palautetta. Suhteellisuus tarkoittaa sitä, ettei nainen ole omaehtoinen eikä riippumaton yksilö suhteessa hallintaan. Hallinta edellyttää naisen pyrkimystä vaikuttaa raskauden seurantaan, synnytyksen hoitoon ja hoitoympäristöön, mutta se syntyy ja toteutuu sosiaalisesti ja tilannesidonnaisesti. Hallintaan katsotaan vaikuttavan myös käsitys äitiydestä ja äitiyshuollon palvelujärjestelmä toimintatapoineen ja -ympäristöineen sekä niiden kehityssuunnat. Lasta odottavaa ja synnyttävää naista ei voida tarkastella näistä tekijöistä irrallisina. Tutkimuksessa äitiyshuollonpalvelujärjestelmän yhtenä tulevaisuuden kehittämisen lähtökohtana ja sisältönä on naisten hallinnan tunteen ylläpitäminen ja vahvistaminen. Kirjallisuuskatsauksen (liitetaulukot 1 – 5) perusteella hallinta on jäsenneilty kolmeen osa-alueeseen: osallistuminen päätöksentekoon, tiedon saanti, kehon ja itsetunnon huomiointi (kuvio 1).



**Kuvio 1.** Tutkimuksen viitekehys

**Päätöksentekoon osallistumiseen** vaikuttavat monet tekijät kuten hoitoympäristö, synnytyskipu, synnytystapa sekä asiantuntijoiden toiminnan ja äitiyshoitotyön organisointitapa. Naiset haluavat hallita tilanteita raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana osallistumalla päätöksentekoon. Päätöksentekoon osallistuminen toteutuu paremmin äitiysneuvolassa kuin synnytys­saira­alassa. Kiireellisissä ja hätätilanteissa naiset luovuttavat päätöksenteko-oikeuden herkästi asiantuntijoille, mutta se ei itsestään selvästi merkitse hallinnan luovuttamista yksinomaan asiantuntijoille tai hallinnan katoamista. Äitiyshuollon palvelujärjestelmässä on havaittavissa myös holhoamisen elementtejä, ja naisen todellista valinnan vapautta ja mahdollisuutta on kritisoitu. Naiset suostuvat ja sopeutuvat asiantuntijan, varsinkin lääkärin tekemiin päätöksiin. Suhde kätilöihin on neuvottelevampi. Synnyttävät naiset haluaisivat päättää mm. synnytysasennosta, liikkumisesta, kivunlievitysmenetelmistä ja siitä, ketä synnytyksessä on mukana. Päätöksentekoon osallistumisessa on havaittu erilaisia päätöksentekotyypppejä, joissa naisen osallistuminen liikkuu jatkumolla: kätilö kontrolloi täysin päätöksentekoa tai päätöksenteko

tapahtuu naisen ja kättilön yhteistyönä. Äitiyshuollon asiantuntijat pitävät usein itsellään lopullisen päätöksenteko-oikeuden.

**Tiedon saaminen** raskauden seurannan ja synnytyksen aikana on eräs hallinnan perusehto, sillä pystyäkseen valmentautumaan ja siten hallitsemaan tilannetta on naisen saatava tietoa. Ns. normaaleista asioista raskaudesta ja synnytyksestä naiset saavat erittäin hyvin tietoa, mutta he tarvitsevat informaatiota myös epänormaaleista ja ongelmallisista tilanteista. Erityisesti hätä- ja poikkeavissa tilanteissa yksilöllisen tiedon saamisessa on puutteita. Naisen oma tietämys ja asiantuntijuus syrjäytyvät ajoittain tiedon jakamisessa. Saatu tieto ei myöskään aina tue naisen omaa aktiivisuutta tai toimijuutta. Tyypillisimmin tiedon antajana on joko terveydenhoitaja tai kättilö raskauden ja synnytyksen aikana. Synnytyslääkärin tiedonantajan rooli painottuu ja rajautuu raskauden ja synnytyksen ongelmatilanteissa tiedottamiseen. Asiantuntijat pyrkivät suojelemaan ja siten estämään pelkojen syntymistä rajoittamalla naiselle jaettavan tiedon määrää ja laatua. Suomessa varsin vähän käytetty synnytyksen suunnittelu toimii yhtenä konkreettisena välineenä naisen hallinnan tunteen lisäämiseksi tiedottamisen avulla.

**Kehon ja itseluottamuksen huomiointi** on osa hallintaa. Raskaus ja synnytys ovat syvästi kokonaisvaltaisia kokemuksia, joihin yhdistyy emotionaalisia ja kehollisia tuntemuksia. Tähän asiantuntijoiden on ajoittain vaikea eläytyä äitiyshoitotyön käytänteissä. Kehollisuus käsitetään voimavarana raskaudessa ja synnytyksessä. Synnytyksessä nainen ”neuvottelee” kehonsa kanssa, ja synnytys tarjoaa hänelle mahdollisuuden tutustua omaan kehoonsa uudella tavalla. Raskauden ajan ja synnytyksen hoitoon liittyy paljon toimenpiteitä ja tutkimuksia, jotka taitamattomasti suoritettuina loukkaavat naisen kehon eheyttä, tuntuvat nöyryyttäviltä ja estävät hallintaa. Selällään synnyttäminen asettaa synnyttäjän alisteiseen asemaan suhteessa asiantuntijaan ja kahlitsee hänen aktiivisuutta ja rajoittaa hallinnan mahdollisuuksia. Raskaus ja synnytys herättävät naiselle uusia hallinnan ja selviytymisen vaatimuksia. Jotta hän pystyisi uudessa tilanteessa hallintaan, on itsetunnon tukeminen raskauden ja synnytyksen aikana merkittävää.

## 6 TUTKIMUKSEN EMPIIRISEN OSAN TOTEUTUS

### 6.1 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat 18 – 44 -vuotiaat suomenkieliset naiset, jotka olivat synnyttäneet vuosien 1995 – 2002 aikana. Satunnaisotannalla Väestötietojärjestelmästä poimittiin em. joukosta 3000 naista, joille lähetettiin nimetön kyselylomake. Poimintaehdoiksi asetettiin seuraavat ehdot: alueena koko Suomi pois lukien Ahvenanmaa, ikä poimintahetkellä 18 – 44 vuotta ja äidinkielenä suomi. Aineisto kerättiin 15.1. – 15.3.2003 ja muistutuskysely tehtiin 15.5. – 1.7.2003 aikana, jolloin vastauksia palautui kaikkiaan 1625 kappaletta. Koska otos poimittiin Väestötietojärjestelmästä, on keruuhetkellä ns. brutto-otokseen saattanut kuulua joitakin kuolleeksi ilmoitettuja, kehitysvammaisia tai pitkäaikaisesti ulkomailla oleskelevia henkilöitä, joilta ei ole mahdollista kerätä aineistoa. Ko. henkilöitä ei ole kuitenkaan erikseen rekisteröity eikä heitä ole yritetty tavoittaa uudelleen, joten tutkimuksen vastausprosenttia ei ole voitu laskea ns. netto-otoksesta. Vastausprosentiksi brutto-otoksesta laskettuna saatiin 54 %. Tässä tutkimuksessa kato oli 46 %, joka on varsin yleinen luku ihmistieteissä ja kyselytutkimuksissa (ks. Metsämuuronen 2003).

### 6.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomake muotoiltiin osittain tätä tutkimusta varten ”Maternity services in the information societies” -hankkeen tutkimusryhmässä. Osittain lomakkeen laadinnassa käytettiin Stakesin ”Perhesuunnittelupalvelut Suomessa” -hankkeen<sup>4</sup> (1998) naiskyselyn kysymyksiä, professori Katri Vehviläinen-Julkusen tutkimusten kysymyksiä ja osa kysymyksistä perustui tutkijan omiin tuloksiin (ks. Vehviläinen 2000). Kysymysten laadinnassa hyödynnettiin kirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia, jotka myös ohjasivat kysymysten laadintaa (liitetaulukot 1 – 5). Tässä tutkimuksessa hallintaa kuvaavat osat alueet ovat päätöksentekoon osallistuminen, tiedon saaminen ja kehon ja itseluottamuksen huomiointi. Hallintaa mittaavien kysymysten (24 – 26) laadinnassa käytetty keskeisin kirjallisuus on esitelty taulukossa 4.

---

<sup>4</sup> Hankkeen raportti: Sihvo, S. & Koponen, P. (toim.). 1998. Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Raportteja 220. Helsinki: Stakes.

**Taulukko 4.** Hallintaa mittaavien kysymysten laadinnassa käytetty keskeisin kirjallisuus

KYSYMYSTEN TEEMA-ALUE	TUTKIJA(T), VUOSI
Päätöksentekoon osallistuminen	Vehviläinen-Julkunen, Lauri, Kivivirta & Callister 1994; Callister 1995; Pelkonen, Perälä & Vehviläinen-Julkunen 1998; Perälä, Pelkonen, Vehviläinen-Julkunen, Viisainen & Räikkönen 1998; VandeVusse 1999b; Ahonen 2001; Gibbins & Thomson 2001; Vehviläinen 2000.
Tiedon saaminen	Moore & Hopper 1995; Vallimies-Patomäki 1998; Vehviläinen-Julkunen, Viisainen & Räikkönen 1998; Whitford & Hillan 1998, Levy 1999a; Vehviläinen 2000.
Kehon ja itse- luottamuksen huomiointi	Ruusuvuori 1992; Niemelä 1995; Mäenpää-Reenkola 1997, Perälä, Pelkonen, Vehviläinen-Julkunen, Viisainen & Räikkönen 1998; Vallimies-Patomäki 1998; VandeVusse 1999a; Lowe 2000; Vehviläinen 2000.

Kyselylomake on osa laajempaa naisiin kohdistuvaa ”Maternity services in the information societies” -hanketta. Kokonaisuudessaan kyselylomake sisälsi kaikkiaan 30 kysymystä, mutta kaikkia kyselylomakkeen kysymyksiä ja tuloksia ei esitellä eikä raportoida tässä tutkimuksessa, vaan erillisissä julkaisuissa. Kysymykset (11 kysymystä), joita ei käytetä tässä tutkimuksessa, olivat kaikki strukturoituja. Ne käsittelivät mieluisinta synnytyspaikkaa, raskauden seurannan paikkoja, äitiysneuvolassa käsiteltävien aiheiden tärkeyttä ja käsittelyn riittävyttä, synnytys- ja perhevalmennuksen totuudenmukaisuutta, kotikäynnin hyödyllisyyttä, äitiysneuvolakäyntien lukumäärää ja äitiysneuvolapalveluiden merkitystä naiselle. Lisäksi tiedusteltiin naisten käsityksiä lapsen odotuksesta, synnytyksestä ja omasta roolista ja käsityksiä äitiydestä ja vanhemmuudesta. Tässä tutkimuksessa käytettyjen lomakkeen kysymysten teemat ja niitä mittaavat kysymykset esitetään taulukossa 5. Vastaajien taustatietoja selvitettiin kysymällä asuinkuntaa, syntymäaikaa, perus- ja ammatillista koulutusta, siviilisäätystä ja työtilannetta ja ammattia. Synnytyksiin liittyvistä tiedoista kysyttiin sitä, onko vastaaja ensi- vai uudelleensynnyttäjää, synnyttäneisyyttä, perhevalmennukseen osallistumista, verkko- tai nettineuvolapalveluiden käyttöä, synnytystapaa, synnytystapatoivetta ja synnytyskokemuksen laatua (helppo – vaikea). Hallintaa mittaavat kysymykset ovat väittämiä, joiden vaihtoehtojen ääripäinä olivat ”täysin riittävästi” ja ”täysin riittämättömästi”, mukana oli myös vaihtoehto ”en muista”. Lisäksi kysyttiin kahdella avoimella kysymyksellä naisten hoitokokemuksia raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon ajalta ja äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämistarpeita.

**Taulukko 5.** Kyselylomakkeen teemat, niitä mittaavat kysymykset sekä kysymysten kategoriat

KYSYMYKSEN TEEMA	KYSYMYKSEN NUMERO	KYSYMYKSEN KATEGORIA
Yleiset taustamuuttajat	1 – 6	-
Synnytyksiin liittyvät taustamuuttajat	8 – 12, 16, 18	-
Hallinta terveydenhoitajan kanssa (9 kysymystä)	24	1 = täysin riittävästi 2 = lähes riittävästi 3 = ei läheskään riittävästi 4 = täysin riittämättömästi 5 = en muista
Hallinta synnytyslääkärin kanssa (10 kysymystä)	25	1 = täysin riittävästi 2 = lähes riittävästi 3 = ei läheskään riittävästi 4 = täysin riittämättömästi 5 = en muista
Hallinta kätilön kanssa (14 kysymystä)	26	1 = täysin riittävästi 2 = lähes riittävästi 3 = ei läheskään riittävästi 4 = täysin riittämättömästi 5 = en muista
Myönteisin hoitokokemus raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana	28	Avoim
Kielteisin hoitokokemus raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana	29	Avoim
Raskauden ajan ja synnytyksen hoidon kehittämisaalueet tulevaisuudessa	30	Avoim

### 6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti ja kvantitatiivisella sisällön analyysillä. Tutkimuksessa toimitaan ns. metodologisen eklektikon tavoin (ks. Raunio 1999), jolloin tutkimuskohdetta lähestytään pragmaattisesti; tutkimuskysymyksien konkreettiseen ratkaisemiseen tarvittavan tiedon kannalta. Metodien perustana olevien todellisuuskäsitysten pohtiminen on toisarvoista, sillä pragmaattiselle eklektikolle on olennaisinta tehdä sellaisia metodisia ratkaisuja, jotka ovat tutkimusongelman sekä tutkimuksen tavoitteet huomioon ottaen tarkoituksenmukaisia. (Raunio 1999.)



### 6.3.1 Tilastollinen analyysi

Tutkimusaineisto käsiteltiin tilastollisesti SPSS 11.5-ohjelmalla. Aineiston tilastollinen kuvaus tehtiin frekvenssi- ja prosenttiosuuksien, ristiintaulukoinnin ja keskiarvojen avulla. Muuttujien välisiä eroja tutkittiin Kruskal-Wallis testillä. Taustamuuttujien yhteyksiä hallinnan toteutumiseen tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimilla, ja lineaarisella regressioanalyysillä. Regressioanalyysi tehtiin ns. eteenpäin askeltavalla menettelyllä, jossa haettiin selittävien muuttujien joukko laajemmasta muuttujavalikoimasta (mm. Metsämuuronen 2003, Mauranen 2004). Naisten arviointeja hallinnan toteutumisesta suhteessa ammattiryhmiin tutkittiin Friedmanin ja Wilcoxonin testeillä.

Kohdissa, joissa testattiin jakaumien mediaanien eroja, poistettiin aineistosta kohdat ”en muista”. Osa muuttujista luokiteltiin uudestaan, kuten ikä luokkiin: 18 – 27 vuotta, 28 – 38 vuotta ja 39 – 44 vuotta. Vastaajan asuinkunta-muuttuja luokiteltiin Tilastokeskuksen luokituksen asukasluvun mukaan: Helsinki-Vantaa-alue, muu yli 36 000 asukkaan kaupunki, alle 36 000 asukkaan kaupunki/kunta.

Hallintaa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa kuvaavista väittämistä pyrittiin muodostamaan faktorianalyysillä summamuuttujat kirjallisuuskatsauksen pohjalta päätöksenteon, tiedon saannin ja kehon ja itsetunnon huomioinnin osa-alueista erikseen kunkin ammattiryhmän kohdalla. Tarkoituksena oli muodostaa hallinnan osa-alueiden yhdistelmiä ja varmistaa hallinnan rakenne ts. tarkasteltiin, löytyykö hallintamittarista (kysymykset 24, 25 ja 26) erilaisia hallinnan osa-alueita kuvaavia muuttujajoukkoja (ks. Metsämuuronen 2003). Tavoitteena oli todentaa tutkimuksen alussa asetetun työhypoteesin paikkansapitävyys. Faktorianalyysissä vastausvaihtoehto 5, ”en muista” koodattiin uudelleen siten, että se sijoitettiin vaihtoehtojen keskelle. Hallintaa mittaavien kysymysten ”en muista” vastauksien määrä oli pieni. Terveydenhoitajan kanssa hallintaa mittaavissa kysymyksissä ”en muista” vastauksien määrä oli 5 – 106 (0 – 7 %), synnytyslääkärin kysymyksissä 15 – 91 (1 – 6 %) ja kättilön kysymyksissä 13 – 122 (1 – 8 %). ”En muista” vastauksien määrät kysymyksittäin on esitetty liitetaulukoissa 6 – 8. Faktorianalyysin suorittaminen on kuvattu yksityiskohtaisesti tutkimuksen tuloksen kappaleessa 7.2, koska tässä tutkimuksessa se on hallinnan sisältöön liittyvä tutkimustulos.

Tulokset katsottiin tilastollisesti merkitseviksi, kun  $p \leq 0.01$ . Korrelaatioiden raja-arvoina käytettiin seuraavia:  $0 < |r| < 0.1$  heikko lineaarinen korrelaatio,  $0.1 \leq |r| \leq 0.3$  kohtalainen lineaarinen korrelaatio ja  $0.3 \leq |r|$  voimakas lineaarinen korrelaatio. Muutamia tuloksia on raportoitu käyttäen muuttujina myös yksittäistä päätöksentekoon osallistumista, tiedon saantia, kehon ja itsetunnon tukemista mittaavia muuttujia kunkin ammattiryhmän kohdalla niiden tuottaman lisäinformaation takia.

### 6.3.2 Avoimien kysymysten sisällön analyysi

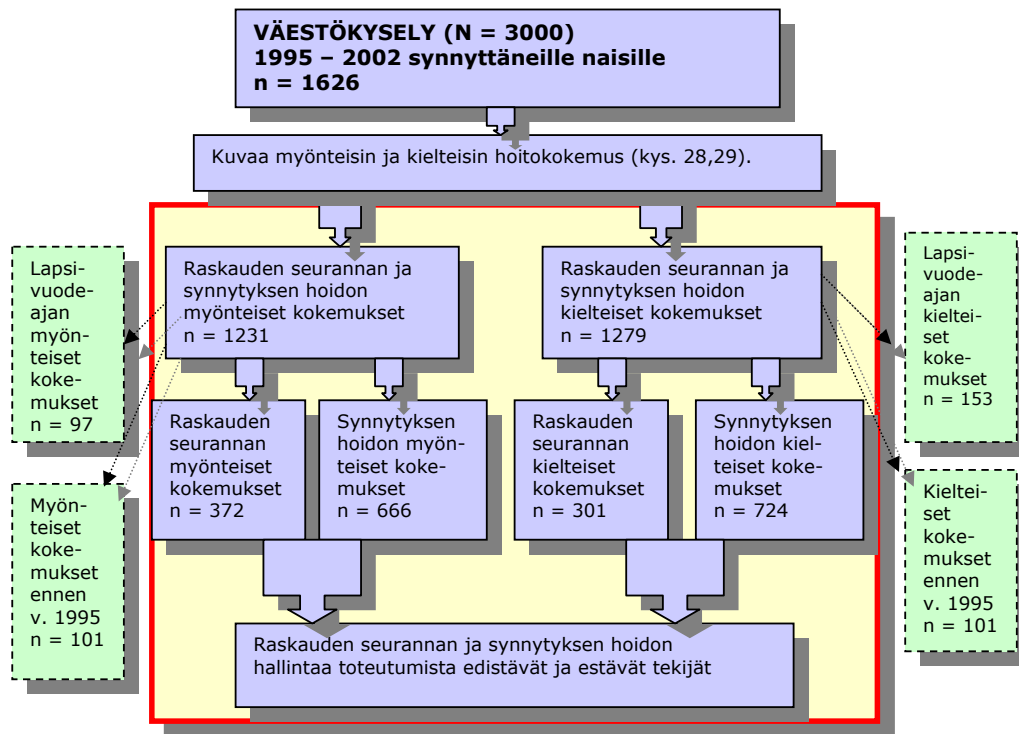
Kysymysten vastaukset, joissa pyydettiin naisia perustelevaan omin sanoin, vapaasti kuvaamaan myönteistä (kysymys 28) ja kielteistä (kysymys 29) hoitokokemusta sekä kertomaan raskauden ajan ja synnytyksen hoidon tulevaisuuden kehittämishaasteista (kysymys 30) analysoitiin määrällisellä sisällön analyysillä. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin tarkentamaan ja rikastuttamaan käsitystä naisen hallinnasta.

Sisällön analyysissa yhdistyy analyysi ja synteesi: kerätty aineisto hajotetaan käsitteelliseksi osiksi ja synteessin avulla kootaan uudelleen tieteelliseksi johtopäätöksi (Grönfors 1982). Perinteinen sisällön analyysi on ollut kvantifioivaa (Eskola & Suoranta 1998). Nykyään ajatellaan sisällön analyysin toteuttamiseen olevan olemassa useita eri tapoja ja yleisesti ottaen sillä tarkoitetaan kirjavaa joukkoa eri tapoja luokitella ja järjestää laadullista aineistoa tieteellisiä pelisääntöjä noudattaen (Pietilä 1973, Cavanagh 1997, Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällön analyysia on aiemmin kritisoitu siitä, ettei se ole tarpeeksi kvantitatiivinen ja myöhemmin sitä on puolestaan arvosteltu siitä, ettei se ole riittävän kvalitatiivinen (Morgan 1993). Sisällön analyysin käsite on ajan kuluessa laajentunut, eikä analyysin tekemiseksi ole olemassa mitään yksityiskohtaisia sääntöjä, ja sisällön analyysi analyysimenetelmänä sallii hyvinkin erilaisia tarkastelun painopisteitä ja menetelmällisiä sovelluksia. Osassa sisällön analyysia käsittelevässä kirjallisuudessa katsotaan, että aineiston koodauksessa käytettävä analyysiyksikkö (usein lause) on määriteltävä etukäteen kiinteästi (mm. Pietilä 1973, Burns & Grove 1997). Analyysiyksiköllä tarkoitetaan siis sellaisia aineiston sisällön osia kuten sanoja, ajatuksia ja toimintojen kuvauksia, jotka määräytyvät merkityssisällön mukaan. Toisaalta myös todetaan, että sisällön analyysin toteuttamisessa on eroavaisuuksia ja siten analyysiyksikkönäkin voi olla lause, virke, kappale tai usean kappaleen muodostama ajatuksellinen kokonaisuus tai episodi. (Eskola & Suoranta 1998.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi on valittu useamman lauseen mittaiset tekstiotteet ja ajatukselliset kokonaisuudet.

Tässä tutkimuksessa avoimilla kysymyksillä kerättyyn aineistoon (vrt. laadullisuus) määrällisen analyysin soveltamista ei nähdä ristiriitaisena, vaan kvantifioinnin katsotaan tuovan erilaista näkökulmaa aineiston tulkintaan (myös Burns & Grove 1997, Eskola & Suoranta 1998, Polit & Hungler 1997, Tuomi & Sarajarvi 2002). Tämän tutkimuksen aineisto on riittävän suuri kvantifiointiin ja tuottamaan lisätietoa sekä erilaista näkökulmaa tutkimustuloksiin. Määrällinen analyysi valittiin myös siksi, että sen avulla on helpompi hallita laajaa aineistoa ja suurta tekstimassaa, vaikka analyysin valinta saattaa jättää aineistosta varmasti jotakin hallintaan liittyvää hyödyntämättä (ks. Eskola & Suoranta 1998, Vehviläinen 2000). Vapaamuotoisesti kirjoitettujen vastausten analysointi määrällisen sisällön analyysin periaattein katsottiin yhdyntävän tarkoituksenmukaisemmin koko tutkimusaineiston tilastolliseen

analyysiin ja tutkimuksen perusideaan. Tiedon kvantifioimisen avulla oli myös helpompaa tehdä yhteenvedo laajasta ja rikkaasta aineistosta ja toisaalta avovastauksilla kerätty tieto oli apuna strukturoituun kyselyyn saatujen vastausten tulkinnassa ja ymmärtämisessä. Määrällisen sisällön analyysin käytämisellä pystytään selkeämmin tuomaan esille kehittämistarpeiden ja -haasteiden ”kärki” ja vastausten painottuminen tiettyyn teemaan, mikä on äitiyshuollon kehittämisen kannalta olennaista. Aineiston analyysissä keskityttiin siihen, mikä on ilmaistu naisten kuvauksissa selvästi eikä pyritty analysoimaan aineiston sisältämiä ”piiloviestejä” (ks. Pietilä 1973).

Avoimien kysymysten tuottaman aineiston muodostuminen on esitetty kuviossa 2. Kysymykseen 28, joissa tiedusteltiin naisten hoitokokemuksia raskauden seurannan ajalta, oli myönteisiä kokemuksiaan kuvannut 372 ja kielteisiä 301 naista. Kysymyksessä 29 pyydettiin naisia kertomaan synnytyksen hoidon aikaisista kokemuksista, joista myönteisistä oli kirjoittanut 666 naista ja kielteisistä 724. Osa naisista oli kuvaillut vastauksissaan myös lapsivuodeajan tapahtumia. Näitä ei otettu mukaan analyysiin. Samoin kuvaukset, joissa käsiteltiin kokemuksia ennen vuotta 1995, jätettiin pois analyysistä. Tämän erottaminen täysin ei kuitenkaan ollut mahdollista, sillä kaikki eivät olleet maininneet vastauksessaan kokemuksen tapahtumisen ajankohtaa, vaikka sitä pyydettiin kysymyksen yhteydessä.

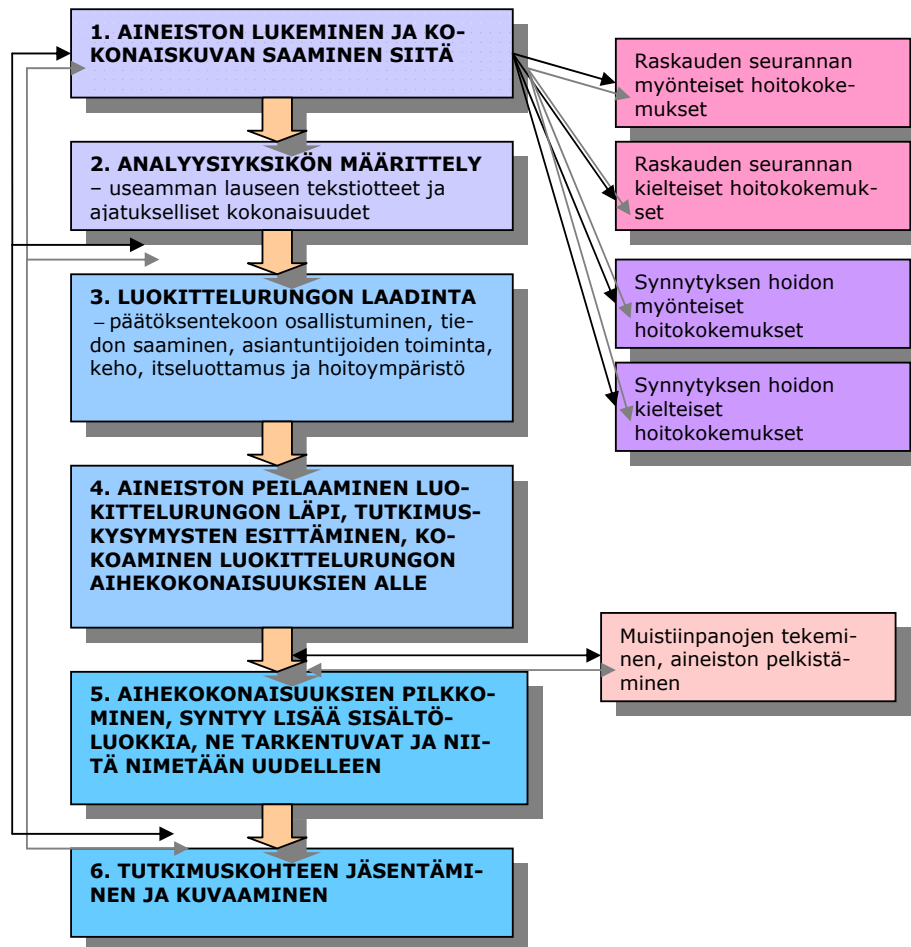


**Kuvio 2.** Avoimien kysymysten aineiston muodostuminen

Raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon hallintaa edistäviä ja estäviä tekijöitä kuvattiin aineistossa monipuolisesti ja rikkaasti. Kertomukset kokemuksista äitiyshuollon palvelujärjestelmän asiakkaina olivat koskettavia ja pysäyttäviä. Kirjoitusten pituudet vaihtelivat muutamasta rivistä  $\frac{1}{2}$  - 1 sivun mittaisiin tarinoihin. Aineisto sisälsi runsaasti naisten omia kommentteja tutkimusaiheen tärkeydestä. Useat heistä olivat liittäneet vastaukseensa mukaan yhteystietonsa kiinnostuneina antamaan lisätietoja tai/ja tietämään tutkimuksen tuloksista. Raskauden seurantaan liittyviä hallintaa edistäviä tekijöitä kuvattiin yhteensä 276 tekstijaksolla. Estäviä tekijöitä kuvattiin vähemmän, 158 tekstijaksolla. Synnytyksen hoidon hallinnan toteutumista edistäviä tekijöitä kuvattiin runsaasti, peräti 681 tekstiotteella ja estäviä seikkoja 739 tekstiotteella. Raskausaika on hyvin erilaista aikaa kuin synnytys. Raskauden aikana valmistaudutaan lapsen syntymään ja tulevaan synnytystapahtumaan, ja silloin on helpompaa tuntea hallitsevansa tilanteita. Synnytys puolestaan koetaan yleisesti hyvin jännittävänä ja osittain vaikeasti ennustettavana tapahtumana. Synnytystilanteessa nainen joutuu ottamaan käyttöön uusia hallintamekanismeja ja mukautumaan nopeasti yllättäviinkin tapahtumiin. Synnytystapahtuma on poikkeuksellinen, dramaattinenkin, ja säilyy usein kokemuksena naisten mielessä läpi elämän (ks. mm.

Waldenström 2003). Oletettavasti näistä syistä raskausaikaa hieman runsaammin naiset selostavat synnytyksen hoidon ajan kokemuksiaan. Edelleen naiset kuvasivat synnytyksen hoidosta jonkin verran enemmän kielteisiä kuin myönteisiä kokemuksia. On tavallista, että myönteisistä kokemuksista ei katsoa olevan niin tärkeää mainita kuin kielteisistä. Kielteiset kokemukset jäävät mieleen positiivisia vahvemmin, niihin palataan ajatuksissa ehkä useammin, jolloin niistä kertominenkin on monisanaisempaa ja runsaampaa.

Kuviossa 3 havainnollistetaan avoimien kysymysten (28, 29) vastausten analyysin etenemisen päävaiheet. Analyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti tai siten, että sitä ohjaa teoriaan perustuva analyysirunko. Analyysin tekemistä säätelee se, ohjaako analyysia aineisto vai ennalta valitut kategoriat, käsitteet, teemat tai käsitejärjestelmä. (mm. Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999). Vastausten analysointi aloitettiin siten, että naisten kirjoittamat vastaukset luettiin useaan kertaan läpi, jotta syntyi kokonaiskäsitys aineiston luonteesta. Aineisto jaettiin neljään osaan: raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon kokemuksiin myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin. Luettaessa vastauksia läpi alettiin myös samalla alleviivata niiden keskeisiä sisältöjä ja seuraavaksi kirjoittaa niitä pelkistetymin tekstiottein erillisille listoille. Lukemisen pohjalta syntyi ajatus siitä, mitkä sisällöt ovat tutkimuksen kannalta olennaisia. Analyysia ohjasi aiemman teoreettisen tiedon pohjalta luotu alustava analyysirunko. Analyysirunko oli kuitenkin riittävän väljä, että sen sisälle oli mahdollista luoda kategorioita noudattaen aineistolähtöisen sisällön analyysin periaatteita. Tämä alustava luokitusrunko sisälsi seuraavat teemat: **päätöksentekoon osallistuminen/osallistumattomuus, tiedon saaminen, asiantuntijoiden toiminta, keho, itseluottamus ja hoitoympäristö**. Sama vastaaja oli voinut mainita useamman luokiteltavan asian kuvauksessaan. Näiden alle aineistosta poimittiin sopivia sisältöjä, toisin sanoen naisen hallintaa estäviä ja edistäviä tekijöitä. Kategoriat kvantifioitiin eli laskettiin, kuinka monta kertaa sen sisältämä asia ilmeni aineistossa (mm. Burns & Grove 1997). Aineistosta tehtiin muistiinpanoja ja alkuperäisiä ilmauksia pelkistettiin lyhempään muotoon. Aineisto pelkistettiin kysymällä tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaukset kirjoitettiin listoiksi. Tutkimuksen analyysin edetessä luokkia muodostui lisää, niiden nimet muuttuvat ja tarkentuivat. Tämän jälkeen alettiin käydä läpi kategorioita erikseen ja tarkastella, onko mahdollista luoda jo luotujen luokkien sisälle alaluokkia. Analysoinnissa lähtökohtana ovat olleet yhtäältä ne tutkijan ajatukset asioiden yhteenkuuluvuuksista, jotka on tehty teoreettisen taustan pohjalta (ks. Burns & Grove 1997, Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2002) ja toisaalta osa lopullisista sisältöluokista syntyi induktiivisesti aineiston pohjalta analyysin edetessä. On tavallista, että luokittelu- ja koodausjärjestelmä kehittyy analysoinnin aikana (Pohjola 2003). Analyysin aikana palattiin väillä alkuperäisiin ilmauksiin.



**Kuvio 3.** Yhteenveto avoimien kysymysten aineiston analysoinnin etenemisestä

Selostettaessa seuraavaksi aineiston analyysin etenemistä, esimerkkinä käytetään osallistumattomuus päätöksentekoon -kategorian luokittelua kielteisissä synnytyksen hoidon ajan hoitokokemuskuvauksissa. Tällöin haettiin hallintaa estäviä tekijöitä synnytyksen hoidon aikana. Kategorian tekstiotteet pystyttiin jakamaan kolmeen alakategoriaan: **asiantuntijan päätös, naisten toiveiden ja tuntemuksien ohittaminen** sekä **valinnan mahdollisuuksien epäminen**.

Asiantuntija päätti yksipuolisesti naisen hoidosta synnytyksen aikana. Naiset toivat tätä esiin siten, että asiantuntija ei kysynyt heiltä mitään, ei neuvotellut tai keskustellut, päätti vain yksiselitteisesti tehdä esimerkiksi keisarileikkauksen tai laittaa epiduraalipuudutuksen. Naiset kuvasivat sitä mm. seuraavasti: ”Lääkäri sanoi, että leikataan ja lähti selittelemättä pois.” Naisia myös määrättiin, ja he kokivat, että

joitakin asioita saneltiin heille. Kaikki em. sisältöiset kokemukset yhdistettiin samaan luokkaan, ja se nimettiin **asiantuntijan päätös** -kategoriaksi. Luokka käsitti yhteensä 48 tekstiotetta. Toinen piirre, joka esti hallintaa ja päätöksentekoon osallistumista synnytyksen aikana, oli naisten toiveiden ja mielihiteiden huomiotta jättäminen. Naiset pyrkivät tuomaan esille omia tarpeitaan ja toiveitaan, mutta asiantuntijat ohittivat ne, eikä niillä ollut vaikutusta päätöksentekoon. Esimerkiksi naisen toiveita siitä, ettei hän halua kipulääkitystä, ei noteerattu päätöksenteossa. Synnyttävältä naiselta saatettiin kyllä kysyä toivomuksia, mutta ne eivät silti vaikuttaneet mitenkään hoitoon tai tehtyihin ratkaisuihin. Naisten tuntemuksia vähäteltiin, eikä niitä otettu todesta. Naista ei uskottu. Tätä esiintyi erityisesti siinä, ettei kätilö uskonut lapsen syntyvän, vaikka synnyttäjää tätä vakuutti kätilölle. Naiset kokivat, etteivät asiantuntijat kuunnelleet heitä. Ne tekstijaksot, jotka käsittelevät edellä mainittuja kokemuksia, liitettiin samaan kategoriaan ja sille annettiin nimeksi **toiveiden ja tuntemuksien ohittaminen**. Luokka sisälsi 92 tekstiotetta. Kolmas aineistossa esiintyvä piirre oli, ettei naiselle annettu valinnan mahdollisuutta synnytyksen aikana. Nainen ei saanut valita mm. synnytysasentoa tai -tapaa, kipulääkettä, kivunlievitysmenetelmää, toimenpiteitä tai sitä, keitä synnytyksessä oli mukana, esimerkiksi opiskelijoi- ta. Tämä luokka nimettiin **valinnan mahdollisuuksien epääminen** -luokaksi, ja se sisälsi kaikkiaan 14 tekstiotetta. Edellä annettujen esimerkkien mukaisesti edettiin koko aineiston luokittelussa. Edellä kuvattu analyysi on ”ensimmäisen tason” analyysi, joka on perusta kategorioiden liittämiselle alustavaan hallinnan toteutumista kuvaavaan malliin. Hallinnan toteutumista ja sen edistämistä kuvaavaa alustavaa mallia voidaan pitää ns. ”toisen tason” analyysinä, jossa pyritään hahmottamaan sisältöluokkien keskinäisiä suhteita.

Kysymykseen 30, jossa tutkimukseen osallistuvilta tiedusteltiin tärkeimpiä äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteita, oli vastannut 1151 naista. He kuvasivat äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteita kaikkiaan 1679 tekstiotteella. Vastaajista 435 katsoi, ettei kehitettävää palvelujärjestelmässä ollut ja oli jättänyt ko. kysymykseen vastaamatta tai totesi, että nykyinen järjestely on hyvä. Kehittämishaasteiden analysoinnin luokitusrunko syntyi induktiivisesti aineiston pohjalta. Kehittämishaasteita koskevien vastausten analysointi aloitettiin siten, että naisten kirjoittamat vastaukset luettiin useaan kertaan läpi, jotta syntyi kokonaiskäsitys aineiston luonteesta. Luettaessa vastauksia läpi alettiin myös samalla alleviivata niiden keskeisiä sisältöjä ja seuraavaksi kirjoittaa niitä pelkistetymin tekstiottein erillisille listoille. Tästä alkoi muodostua aineiston väljä luokittelurunko, johon merkittiin, kuinka monta kertaa sama asia toistui tutkittavien kuvauksissa. Sama vastaaja oli voinut mainita useamman asian kuvauksessaan. Tämän jälkeen pelkistettyjä tekstiotteita ryhmiteltiin lukumäärineen samansisältöisiin tai samaan asiayhteyteen kuuluviin suurempiin luokkiin. Luokittelua täydennettiin suorilla lainauksilla naisten vastauksista.

## 6.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisyyden yhtenä peruskysymyksenä on, mitä valitaan tutkittavaksi ja mitä ei (Vehviläinen-Julkunen 1997, Tuomi & Sarajärvi 2002). Aiheen valinnassa ja tutkimusongelman rajaamisessa tarjoutuvat pohdittaviksi ne arvot, jotka ohjaavat ongelmien valintaa ja koko tutkimusta (Vehviläinen-Julkunen 1997, Pohjola 2003.) Mitä siis tämän tutkimusjoukon kohdalla merkitsee, kun heitä katsotaan äitiyshuollon palveluita käyttävien naisasiakkaiden näkökulmasta? Tämän tutkimuksen tarkastelu jättää pois kokonaan hallinnan ilmiöstä miehen, puolison tai tukihenkilön ja asiantuntijan katsantokannan. Asiantuntijuutta tarkastellaan naisten kertomusten ja kokemusten kautta. Valittu näkökulma on siksi totta vain johonkin saakka, sillä em. näkökulman rajausta saattaa häivyttää näkyvistä jotakin olennaista naisen hallinnan kokemuksista ja sen toteutumisesta (ks. Vehviläinen-Julkunen 1997, Pohjola 2003).

Tutkimus on aina kontekstisidonnaista, ja on hyvä pohtia, kenestä ja kenen kategorioista lähtien raskautta ja synnytystä pitäisi analysoida. Tämän vuoksi tutkimusraportin alussa on pyritty kuvaamaan sitä, mihin laajempaan kokonaisuuteen hallinnan ilmiö raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana tutkimuksessa kytketään (nykyäitiys ja äitiyshuollon palvelujärjestelmä) ja mihin lähtökohtoihin tutkimuksessa sitoudutaan (naisspesifinen tutkimusorientaatio). Hallinta ja äitiyshuollon palvelujärjestelmä sekä sen kehittäminen jäsenyisivät kovin eri tavoin, mikäli tutkimuksen lähtökohta määriteltäisiin sukupuolineutraaliksi tai perhekeskeiseksi.

Raskautta ja synnytystä tutkimuksen kohteina voidaan osittain pitää arkaluonteisina, herkkinä ja jopa mystisinä tapahtumina. Niihin assosioituu kulttuurista latausta, myyttejä ja suoriutumisen vaatimuksia, jotka tutkimuksen kautta tulevat julkisiksi ja näkyviksi. Suomalaiset naiset ovat tottuneita käyttämään äitiyshuollon palveluita, ja siten heidän voidaan olettaa olevan tottuneita myös ilmaisemaan kokemuksia äitiyshuollon palveluista. Joka tapauksessa nainen asettaa tutkimuksessa julkiseksi ja alttiiksi henkilökohtaisia elämäntapahtumiaan, pettymyksiään ja pelkojaan. Hän luovuttaa ne tutkijan tarkasteltavaksi ja analysoitavaksi. Olennaista on, kuinka tutkija niitä käsittelee ja tulkitsee, miten hän luokittelee naisen yksilöllisen kokemukset, kadottaako niistä pois jotakin olennaista. Analysoitaessa naisten kokemuksia pyritään jättämään ja saamaan naisen ääni kuuluviin mm. esittämällä autenttisia lainauksia naisten kokemuksista. Väistämättä tutkimuksessa vaikutetaan merkitysmaailmaan ja muotoillaan uudelleen merkityksiä ja ilmiöitä. Tutkimuksen tulos on aina kompromissi ja tulkintojen tulosta. Maailma ja todellisuus ovat paljon kompleksisempia. Pyrkimyksenä on ollut säilyttää kuuluvana naisen ääni eikä keskinkertaistaa naisten kokemuksia liikaa. Tämän vuoksi sisällön erittelyssä näkyviin jätettiin myös pienempiä sisältöluokkia eikä aineistoa haluttu pelkistää niin pitkälle, että tuloksista katoaisi vivahteisuus. Osallistuessaan tutkimukseen, erityisesti kertoessaan hoitokokemuksistaan naisen on



voitava valikoida oman näkemyksensä ja tärkeyden mukaan niitä aineksia, joita tuo esille vastauksessaan. Kyselylomakkeen saatekirjeessä (liite 1) tutkittavia naisia informoitiin kirjallisesti tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, vapaaehtoisuudesta, tutkimuksen luottamuksellisuudesta sekä tulosten raportoinnista. Näin tutkimukseen osallistuneet pystyivät kukin kohdallaan pohtimaan antamansa vastauksen henkilökohtaisuutta ja syvyyttä. Saatekirjeessä heitä informoitiin myös, keneltä saa tarvittaessa lisätietoa tutkimuksesta (ks. Vehviläinen-Julkunen 1997, Burns & Grove 1997).

Tässä tutkimuksessa satunnaisotantaa varten Väestötietojärjestelmästä haettiin asianmukainen tietolupa Väestörekisterikeskuksesta (13.11.2002). Väestörekisterikeskuksesta toimitettiin otannan perusteella naisten nimet ja osoitteet Suomessa. Kyselylomakkeen saatekirjeessä mainittiin, että osoitetiedot on saatu Väestörekisterikeskuksen Väestötietojärjestelmästä. Muistutuskyselyä varten haettiin uusi tietolupa (14.4.2003) ja suoritettiin tietojen päivitys ei-vastanneiden naisten osalta. Päivityksellä otosjoukosta poistettiin kuolleiden henkilöiden ja ulkomaille muuttaneiden tiedot. Muistutuskyselyn mahdollistamiseksi naisille lähetettiin kyselylomakkeen ja vastauskuoren lisäksi nimilappu, joka pyydettiin palauttamaan erillisessä vastauskuoressa. Näin kyselyyn vastannutta ei voitu yhdistää tiettyyn lomakkeeseen. Tutkittavat vastasivat kyselylomakkeisiin nimettöminä. Vastaukset palautettiin tutkijan nimellä Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselle eikä esimerkiksi tutkijan kotiosoitteeseen. Tällä pyrittiin lisäämään vastaajien luottamusta siihen, etteivät vastaukset joudu ulkopuolisten käsiin. Vastaukset säilytettiin lukollisessa tilassa hoitotieteen laitoksella. Laitoksen toimistohenkilöt koodasivat nimettömät vastaukset havaintomatriisiin ja litteroivat avoimien kysymysten vastaukset.

Tutkimukseen osallistuneita ja heidän tutkimuskäyttöön antamaansa materiaalia käsitellään siten, että heidän loukkaamattomuuttaan suojellaan. Tutkimuksessa on kunnioitettu siihen osallistuneiden naisten anonymiteettia valitsemalla analyysin sisältöluokkia kuvaavat autenttiset lainaukset siten, ettei niistä voi tunnistaa vastaajaa tai yhdistää niihin yksittäistä henkilöä. Pelkkä nimettömyyden suojaaminen ei riitä, lähiympäristökään ei saa myöskään tunnistaa vastaajaa (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tämän vuoksi lainauksista on jätetty pois kaikki sellaiset tiedot, esimerkiksi paikkakunta, hoitavien henkilöiden nimet ja synnytyksessä hyvin poikkeukselliset tapahtumat, jotka saattaisivat vaarantaa tutkittavien yksityisyyttä.

## 7 TULOKSET

### 7.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus

Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 1625 (N=3000) 18 – 44-vuotiasta suomalaista naista. Hieman vajaa puolet tutkimusjoukosta asui asukasluvultaan suurehkoissa kaupungeissa. Helsinki – Espoo – Vantaa -alueella asui vajaa viidennes ja neljännes muissa yli 36 000 asukkaan kaupungeissa. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista naisista asui pienemmissä, alle 36 000 asukkaan kaupungeissa tai kunnissa. Vastanneiden naisten keski-ikä oli 32 vuotta. Yli puolet vastanneista naisista oli 38 – 44-vuotiaita. Nuorempia, 18 – 27-vuotiaita oli vajaa viidennes ja vanhempia eli 39 – 44-vuotiaita miltei kolmannes. (Taulukko 6).

**Taulukko 6.** Tutkimukseen osallistuneiden naisten taustatiedot (n, %)

TAUSTATIEDOT	n	%
<b>Asuinkunta</b>		
Helsinki – Espoo – Vantaa -alue	281	18
Muu yli 36 000 asukkaan kaupunki	388	25
Alle 36 000 asukkaan kaupunki/kunta	908	57
<b>Ikä</b>		
18 – 27 vuotta	259	17
28 – 38 vuotta	837	54
39 – 44 vuotta	468	30
<b>Peruskoulutus</b>		
Kansa- tai kansalaiskoulu tai vähemmän	25	2
Keski- tai peruskoulu	690	44
Ylioppilas	862	55
<b>Ammatillinen koulutus</b> <sup>1.</sup>		
Ei mitään ammattikoulutusta	118	8
Ammattikoulu tai muu ammatillinen tutkinto	289	18
Koulutason ammatillinen tutkinto	224	14
Opistotasoinen tutkinto	514	33
Korkeakoulututkinto	423	27
<b>Siviilisäät</b>		
Naimaton	74	5
Avoliitossa	330	21
Naimisissa	1103	70
Eronnut tai asumuserossa	70	4
<b>Työssäolo</b>		
Palkansaaja kokopäivätoimisesti	627	40
Palkansaaja osapäivätoimisesti	96	6
Yrittäjä (mukaan lukien maatalousyrittäjä)	79	4
Työtön	96	6
Eläkkeellä	0	0
Opiskelija	72	5
Pitkällä sairauslomalla	8	1
Äitiys- tai vanhempainlomalla	351	22
Kotia hoitamassa	87	6
Muu (mm. kotihoidon tuella tai hoitovapaalla)	82	5
Valittu useampi vaihtoehto	107	7
Ei vastausta	16	1

<sup>1.</sup> Mikäli vastattu useampaan kohtaan, vastaus on koodattu ylimmän koulutustason mukaan.

Yli puolet tutkimusjoukosta oli suorittanut ylioppilastutkinnon. Keski- tai peruskoulun oli käynyt 44 % vastanneista. Opistotasoinen tutkinnon naisista oli suorittanut noin kolmannes ja korkeakoulututkinnon vajaa kolmannes. Koulutason ammatillisen tutkinnon, ammattikoulun tai muun ammatillisen tutkinnon oli suorittanut reilu kolmannes vastaajista. Vailla mitään ammatillista koulutusta oli 8 % naisista. Suurin osa naisista eli avio- tai avoliitossa. Naisista 40 % oli tutkimushetkellä kokopäivätoimisesti työelämässä. Äitiys- tai vanhempainlomaa vietti reilu viidennes vastanneista naisista. (Taulukko 6).

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista naisista oli uudelleensynnyttäjiä. Enemmistö naisista oli osallistunut synnytys- ja perhevalmennukseen, mutta vain pieni osa vastaajista oli käyttänyt netti- tai verkoneuvolan palveluita raskautensa aikana. Valtaosa naisista oli synnyttänyt alateitse ja 11 % keisarileikkauksella. Vastanneista naisista 9 % oli kokenut molemmat synnytystavat, mikä saattaa myös kertoa vastaamisen epävarmuudesta ja -tarkkuudesta ko. kysymyksen kohdalla. Vastaajilla oli keskimäärin kaksi lasta. Yli kolme täysiaikaista synnytystä oli harvinaista tutkimusjoukossa, sillä vain vajaalla viidesosalla naisista oli kolme täysiaikaista synnytystä. Enemmistö naisista ei ollut kokenut ennenaikaista synnytystä. Yksi ennenaikainen synnytys oli 9 %:lla vastanneista ja kaksi tai enemmän ennenaikaisia synnytyksiä oli kokenut vain hyvin pieni osa. Noin viidesosalla oli ollut yksi keskenmeno tai keskeytys. Kaksi tai sitä useammat keskenmenot olivat harvinaisia. (Taulukko 7). Mikäli naisilla olisi mahdollisuus valita synnytystapa, selvästi suurin osa heistä (89 %) valitsisi alatiesynnytyksen. Keisarileikkauksen valitsisi vain joka kymmenes naisista. Vajaa puolet naisista oli kokenut synnytyksensä helpoksi tai melko helpoksi. Naisista viidennes arvioi synnytyskokemuksensa neutraaliksi – ei siis erityisen vaikeaksi eikä helpoksi. Vastanneista 8 % piti synnytystään hyvin helppona. Liki kolmasosa ilmoitti synnytyksenä olleen melko vaikea tai vaikean ja 5 % vastanneista luonnehti synnytystään hyvin vaikeaksi. (Taulukko 7).

**Taulukko 7.** Synnytyksiin liittyvät taustatiedot (n, %)

<b>SYNNYTYKSIIN LIITTYVÄT TAUSTATIEDOT</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ensi-/uudelleensynnyttäjä</b>		
Ensisynnyttäjä	446	29
Uudelleensynnyttäjä	1102	71
<b>Synnytys- ja perhevalmennukseen osallistuminen</b>		
Kyllä	1028	66
Ei	538	35
<b>Netti- tai verkkoneuvolapalveluiden käyttö</b>		
Kyllä	171	11
Ei	1402	88
<b>Täysiaikaisien synnytysten määrä</b>		
1 täysiaikainen synnytys	517	34
2 täysiaikaista synnytystä	578	38
3 täysiaikaista synnytystä	289	19
4 täysiaikaista synnytystä	91	6
≥ 5 täysiaikaista synnytystä	61	3
<b>Ennenaikaisten synnytysten määrä</b>		
Ei yhtään ennenaikaista synnytystä	1412	89
1 ennenaikainen synnytys	143	9
≥ 2 ennenaikaista synnytystä	32	2
<b>Keskenmenojen ja raskauden keskeytysten määrä</b>		
Ei yhtään keskenmenoa tai keskeytystä	1142	72
1 keskenmeno tai keskeytys	270	17
2 keskenmenoa tai keskeytystä	110	7
3 keskenmenoa tai keskeytystä	32	2
≥ 4 keskenmenoa tai keskeytystä	32	2
<b>Synnytystapa</b>		
Alatiesynnytys	1260	80
Keisarileikkaus	166	11
Molemmat	148	9
<b>Synnytystapatoive<sup>1</sup></b>		
Alatiesynnytys	1382	89
Keisarileikkaus	160	10
Molemmat	17	1
<b>Synnytyskokemuksen laatu</b>		
Hyvin helppo	132	8
Helppo tai melko helppo	697	41
Ei kumpaakaan, ei vaikea eikä helppo	310	18
Melko vaikea tai vaikea	469	28
Hyvin vaikea	85	5

<sup>1</sup>. Mikäli vastauksen selityksessä oli jonkinlainen ehdollinen lause ”jos tulee jotakin ongelmia, niin sitten keisarileikkaus”, vastaus koodattu alatiesynnytys-kategoriaan.

Yleisten taustamuuttujien ja synnytyksiin liittyvien muuttujien välisiä eroja on tarkasteltu Kruskal-Wallis testillä ja yhteyksiä Spearmanin korrelaatiotestillä. Täysiaikaisia synnytyksiä oli vähemmän ylioppilastutkinnon ( $p < 0.0001$ ) ja korkeakoulututkinnon ( $p < 0.0001$ ) suorittaneilla naisilla kuin vastaajilla, joilla ei ollut mitään ammattikoulutusta tai jotka olivat suorittaneet enintään koulutasoisen tutkinnon. Alhaisempi koulutustaso merkitsi sitä, että naisella oli täysiaikaisia synnytyksiä enemmän. Keskenmenoja ja raskauden keskeytyksiä oli enemmän naisilla, jotka eivät olleet suorittaneet ylioppilastutkintoa ( $p = 0.003$ ), mutta koulutustasolla ei kuitenkaan ollut vaikutusta ennenaikaisten synnytysten määrään. Synnytyskokemustaan helpoksi luonnehtineilla naisilla oli muita enemmän myös täysiaikaisia synnytyksiä ( $p < 0.0001$ ). Samoin alateitse synnyttäneillä naisilla oli enemmän täysiaikaisia synnytyksiä kuin keisarileikkauksella synnyttäneillä ( $p < 0.0001$ ). Keisarileikkauksella synnyttäneet naiset arvioivat synnytyskokemustaan alateitse synnyttäneitä vaikeammaksi ( $p < 0.0001$ ). Keisarileikkauksella synnyttäneet naiset olivat muita tutkimukseen osallistuneita naisia iäkkäämpiä ( $p < 0.0001$ ). Aiempi keisarileikkauksella synnyttäminen vaikutti siten, että nainen valitsi myös seuraavien synnytystensä synnytystavaksi leikkauksen ( $r = 0.319$ ,  $p < 0.0001$ ). Vanhemmat naiset halusivat myös muita ehdottomammin synnyttää keisarileikkauksella, mikäli heillä olisi mahdollisuus toivoa synnytystapansa ( $p = 0.002$ ). Keisarileikkauksen synnytystapatoiveeseen valinneilla oli myös enemmän ennenaikaisia synnytyksiä ( $p = 0.0002$ ), ja he pitivät synnytyskokemustaan vaikeana ( $p < 0.0001$ ). Keisarileikkauksen synnytystapatoiveena ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ennenaikaisten synnytysten, keskenmenojen eikä raskauden keskeytysten määriin. Ammasteista maatalousyrittäjillä oli muita enemmän täysiaikaisia synnytyksiä ( $r = 0.126$ ,  $p < 0.0001$ ). Keskenmenoja ja raskaudenkeskeytyksiä oli enemmän työttömillä tai lomautettuna ilman palkkaa olevilla naisilla ( $r = 0.096$ ,  $p < 0.0001$ ). Nuoremmat ( $p < 0.0001$ ) ja korkeammin koulutetut naiset ( $r = -0.075$ ,  $p = 0.003$ ) käyttivät muita aktiivisemmin verkko- tai nettineuvolapalveluita raskautensa aikana.

## 7.2 Hallinta tilastollisen analyysin perusteella

Tutkimuksen alussa asetettiin työhypoteesi, jonka mukaan hallinta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana muodostuu päätöksentekoon osallistumisesta, tiedon saamisesta ja kehon ja itseluottamuksen huomioon ottamisesta kunkin ammattiryhmän kohdalla (taulukko 8). Työhypoteesin todentamiseksi tehtiin faktorianalyysi, joka aloitettiin muuttujien välisistä korrelaatioista, ja tuolloin olivat mukana kaikki korrelaatiot, jotka poikkesivat 0.2 (ks. Metsämuuronen 2003, Heikkilä 2004, 206). Muuttujien kommunaliteetit vaihtelivat terveydenhoitajaa koskevissa kysymyksissä 0.33 – 0.67, synnytyslääkärin 0.50 – 0.73 ja kättilön 0.76 – 0.52 välillä. Analyysissa suoritettiin Promax -rotatointi.

Faktorianalyysin ominaisarvotarkastelu<sup>5</sup> osoitti, että kussakin ammattiryhmässä vain yhdellä pääkomponentilla ominaisarvo on suurempi kuin 1, joka on asetettu yleisesti raja-arvoksi. (ks. Metsämuuronen 2003, Mauranen 2004). Faktorin kokonaisselitysosuudeksi saatiin terveydenhoitajan kohdalla 61,6 %, synnytyslääkärin 63,4 % ja kätilön 64,4 %, joita sinänsä voidaan pitää varsin hyvinä. Terveydenhoitajan kohdalla kysymyksen ”Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa” kommunaliteetti jäi matalaksi (.334). Sitä ei otettu mukaan jatkoanalyysiin lukuun ottamatta Wilcoxonin testiä, jossa ko. muuttuja oli yksi neljästä kaikille asiantuntijoille yhteisistä muuttujista. Kehollisuus ei tule esille niin voimakkaasti raskauden ajan seurannassa kuin synnytyksen hoidossa, sillä äitiysneuvolassa tehdään tutkimuksia ja toimenpiteitä vähemmän kuin synnytyksen aikana eikä raskaus kokemuksena ole niin fyysinen kuin synnytys. Tämä selittää alhaisen kommunaliteetin terveydenhoitajan kohdalla. Terveydenhoitajien kysymyksien osalta suoritettiin uusi faktorianalyysi em. kysymyksen poistamisen vuoksi.

Faktorianalyysi ei kuitenkaan pystynyt löytämään selkeää rakennetta eikä eroa hallinnalle kysymysten 24, 25 ja 26 vastauksista yksittäisten hallinnan osa-alueiden (päättöksentekoon osallistuminen, tiedon saaminen, kehon ja itseluottamuksen huomioon ottaminen) välille. Sen sijaan ero ammattiryhmien välillä oli havaittavissa. Tämän vuoksi ei ollut tarpeellista toistaa faktorianalyysia siten, että korrelaatiot olisivat poikenneet mm. Heikkilän (2004) suosittelemasta 0.30 itseisarvon raja-arvosta. Uusintanalyysi ei olisi muuttanut jo saatua tulosta eikä sen tulkintaa. Faktorianalyysin kommunaliteetit ja faktorilatausten matriisi on esitetty liitetaulukoissa 9 – 11.

Faktorianalyysin perusteella vastauksista ei löytynyt selkeitä hallinnan osa-alueita, jotka olisivat vahvistaneet hallinnan eli ”päättöksenteko” -, ”tiedon saaminen” - tai ”kehon ja itsetunnon huomiointi”-struktuuria. Asetettu työhypoteesi siis kumoutui. Faktorianalyysissa ei ollut mahdollista erotella em. hallinnan osa-alueita määrällisestä aineistosta, vaan hallintaa indikoivat muuttujat latautuivat kaikki yhdelle ja samalle faktorille jokaisen asiantuntijan kohdalla.

---

<sup>5</sup> Ominaisarvot: 4.926 (terveydenhoitaja); 6.342 (synnytyslääkäri); 9.020 (kätilö)

**Taulukko 8.** Suunnitelma summamuuttujien muodostamisesta teoreettisen tiedon ja työhypoteesin mukaisesti

SUMMAMUUTTUJAN OSIOT	SUMMAMUUTTUJA
Pystyin vaikuttamaan asioihin, joita neuvolassa käsiteltiin. Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista. Koin voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin. Neuvolakäynnit vastasivat odotuksiani. Itseluottamustani lujitettiin. Oma ymmärrykseni tilastani otettiin huomioon.	Päätöksentekoon osallistuminen <b>terveydenhoitajan</b> kanssa
Päätöksiä tehtäessä minulla oli riittävästi tietoa asiasta. Saamani ohjeet ja neuvot soveltuivat elämäntilanteeseeni.	Tiedon saaminen <b>terveydenhoitajan</b> kanssa
Itseluottamustani lujitettiin. Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa. Oma ymmärrykseni tilastani otettiin huomioon.	Kehon ja itseluottamuksen huomiointi <b>terveydenhoitajan</b> kanssa
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista. Koin voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin. Saamani lääketieteellinen hoito vastasi odotuksiani. Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta.	Päätöksentekoon osallistuminen <b>synnytyslääkärin</b> kanssa
Minulle kerrottiin synnytyksestä ja sen etenemisestä. Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin.	Tiedon saaminen <b>synnytyslääkärin</b> kanssa
Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti. Itseluottamustani naisena lujitettiin. Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	Kehon ja itseluottamuksen huomiointi <b>synnytyslääkärin</b> kanssa
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista. Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin. Minulle esitettiin vaihtoehtoja synnytysasennon suhteen. Saamani hoito vastasi odotuksiani. Minulle esitettiin vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä (mm. liikkuminen, ammeessa olo). Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta.	Päätöksentekoon osallistuminen <b>kättilön</b> kanssa
Pystyin suunnittelemaan synnytystäni kättilön kanssa. Minulle kerrottiin synnytyksestäni ja sen etenemisestä. Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin. Toimenpiteiden tarpeellisuutta synnytyksessä perusteltiin.	Tiedon saaminen <b>kättilön</b> kanssa
Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti. Sain toimia synnytyksessä omien tunteuksieni mukaan. Itseluottamustani naisena lujitettiin. Pystyin ilmaisemaan vapaasti omia tunteuksiani synnytyksessä. Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	Kehon ja itseluottamuksen huomiointi <b>kättilön</b> kanssa



Faktorianalyysin tuloksen seurauksena summamuuttujat muodostettiin kunkin asiantuntijan mukaisesti nimeten ne seuraavasti: ”hallinta terveydenhoitajan kanssa”, ”hallinta synnytyslääkärin kanssa” ja ”hallinta kätilön kanssa” (taulukko 9) ja käyttäen siis kokonaisuutena kysymyksiä 24, 25 ja 26 summamuuttujina. Summamuuttujat muodostettiin siten, että esimerkiksi ”tiedon saaminen” summamuuttuja terveydenhoitajalla oli  $(\text{kysymys 24/3} + \text{kysymys 24/9})/2$ , kun molempiin kysymyksiin oli vastattu, ja esimerkiksi  $(\text{kysymys 24/3} + 0)/1$ , jos vain toiseen oli vastattu. Tosin sanoen laskettiin yhteen vastausten koodit sekä jaettiin näin saatu summa muuttujien lukumäärällä. Summamuuttujien arvojen vaihteluväli on sama kuin yksittäisten kysymysten. Hallinnan toteutumisen summamuuttujista laskettiin Cronbachin  $\alpha$  -kertoimet (taulukko 9). Kerroin oli terveydenhoitajan osalta 0.91, synnytyslääkärin 0.98 ja kätilön 0.95. Kertoimet osoittavat selkeästi hallinnan osatekijöiden vahvasta keskinäisestä yhteydestä toisiinsa ja osa-alueiden sisäisestä kiinteystestä. Tätä vahvistaa myös synnytyslääkärin ja kätilön summamuuttujien voimakas keskinäinen riippuvuus (liitetaulukko 12).

**Taulukko 9.** Hallinnan summamuuttajat

SUMMAMUUTTUJAN OSIOT	SUMMAMUUTTUJA	CRON-BACHIN ALFA
<p>Pystyin vaikuttamaan asioihin, joita neuvolassa käsiteltiin. Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista. Koin voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin. Neuvolakäynnit vastasivat odotuksiani. Päätöksiä tehtäessä minulla oli riittävästi tietoa asiasta. Saamani ohjeet ja neuvot soveltuivat elämäntilanteeseeni. Itseluottamustani lujitettiin. Oma ymmärrykseni tilastani otettiin huomioon.</p>	<b>Hallinta terveydenhoitajan kanssa</b>	<b>0.91</b>
<p>Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista. Koin voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin. Saamani lääketieteellinen hoito vastasi odotuksiani. Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta. Minulle kerrottiin synnytyksestä ja sen etenemisestä. Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin. Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti. Itseluottamustani naisena lujitettiin. Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.</p>	<b>Hallinta synnytyslääkärin kanssa</b>	<b>0.98</b>
<p>Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista. Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin. Minulle esitettiin vaihtoehtoja synnytysasennon suhteen. Saamani hoito vastasi odotuksiani. Minulle esitettiin vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä (mm. liikkuminen, ammeessa olo). Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta. Pystyin suunnittelemaan synnytystäni kättilön kanssa. Minulle kerrottiin synnytyksestäni ja sen etenemisestä. Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin. Toimenpiteiden tarpeellisuutta synnytyksessä perusteltiin. Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti. Sain toimia synnytyksessä omien tunteuksieni mukaan. Itseluottamustani naisena lujitettiin. Pystyin ilmaisemaan vapaasti omia tunteuksiani synnytyksessä. Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.</p>	<b>Hallinta kättilön kanssa</b>	<b>0.95</b>

## 7.3 Naisen hallinta terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa

### 7.3.1 Hallinnan riittävyys

Äitiysneivolakäynneistä naisilta kysyttiin, kuinka riittävästi he viimeisen raskautensa aikana yhteistyösuhteessa terveydenhoitajaan olivat voineet osallistua asioidensa käsittelyyn ja vaikuttaa omaan hoitoonsa ja päätösten sisältöön. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan, olivatko he saaneet riittävästi tietoa päätöksenteon perustaksi, oliko keskusteltu eri vaihtoehtoista, oliko heidän itsetuntoaan tuettu ja kehoaan kunnioitettu hoito- ja tutkimustilanteissa sekä soveltuvatko neuvolan ohjeet omaan elämäntilanteeseen. Kysymyksillä pyrittiin kokonaisuudessaan arvioimaan sitä, kuinka hallinta mahdollistui terveydenhoitajan kanssa äitiysneuvolassa.

Kaiken kaikkiaan naiset katsoivat hallinnan mahdollistuneen hyvin äitiysneuvolassa. Täysin tai lähes tyytyväisten osuus vaihteli 81 %:n ja 94 %:n välillä ja tyytymättömien 8 %:n ja 19 %:n välillä (taulukko 10). Tyytyväisimpiä naiset olivat siihen, että heidän oma ymmärryksensä tilastaan otettiin huomioon neuvolakäynneillä. Tyytymättömiä he olivat kokemukseen itseluottamuksen lujittamisesta sekä erilaisista vaihtoehtoista keskustelemiseen.

**Taulukko 10.** Hallinnan riittävyys terveydenhoitajan kanssa äitiysneuvolassa (n, %)

HALLINTA TERVEYDENHOITAJAN KANSSA	n	Riittävästi <sup>1</sup> %	Riittämättömästi <sup>2</sup> %
Pystyin vaikuttamaan asioihin, joita neuvolassa käsiteltiin.	1498	91	9
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista.	1451	83	17
Päätöksiä tehtäessä minulla oli riittävästi tietoa asiasta.	1520	89	11
Koin voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin.	1514	89	11
Itseluottamustani lujitettiin.	1474	81	19
Oma ymmärrykseni tilastani otettiin huomioon.	1528	92	8
Saamani ohjeet ja neuvot soveltuivat elämäntilanteeseeni.	1516	91	9

<sup>1</sup> Vaihtoehdot ”täysin ja lähes riittävästi” taulukossa yhdistetty riittäväksi.

<sup>2</sup> Vaihtoehdot ”ei läheskään ja täysin riittämättömästi” taulukossa yhdistetty riittämättömäksi.

Synnytyksestä naisilta kysyttiin, kuinka riittävästi he viime raskautensa aikana yhteistyösuhteessa synnytyslääkärin kanssa olivat voineet toimia oma-aloitteisesti, osallistua asioidensa käsittelyyn ja vaikuttaa omaan hoitoonsa ja päätösten sisältöön. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan, olivatko he saaneet riittävästi tietoa päätöksenteon perustaksi ja perusteluita teknisten laitteiden käytölle ja toimenpiteiden suorittamiselle, oliko keskusteltu eri vaihtoehdoista, oliko heidän itsetuntoaan naisena tuettu ja kehoaan kunnioitettu hoito- ja tutkimustilanteissa. Kysymyksillä pyrittiin kokonaisuudessaan arvioimaan sitä, kuinka hallinta mahdollistui synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa. Kysymykseen vastasivat vain ne naiset, joiden synnytyksiin oli tarvinnut synnytyslääkärin osallistua, mistä johtuu vastanneiden pienempi määrä.

**Taulukko 11.** Hallinnan riittävyys synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa (n, %)

HALLINTA SYNNYTYSLÄÄKÄRIN KANSSA	n	Riittävästi <sup>1</sup> %	Riittämättömästi <sup>2</sup> %
Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti.	843	67	33
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehdoista ja niiden seurauksista.	822	58	42
Minulle kerrottiin synnytyksestä ja sen etenemisestä.	869	75	25
Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin.	814	69	31
Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin.	842	63	37
Itseluottamustani naisena lujitettiin.	769	60	40
Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	858	81	19
Toimenpiteiden tarpeellisuutta synnytyksessä perusteltiin.	842	72	28
Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta.	849	70	30

<sup>1</sup>. Vaihtoehdot ”täysin ja lähes riittävästi” taulukossa yhdistetty riittäväksi.

<sup>2</sup>. Vaihtoehdot ”ei läheskään ja täysin riittämättömästi” taulukossa yhdistetty riittämättömäksi.

Kokonaisuudessaan naiset arvioivat hallintaa kohtuulliseksi synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa. Täysin tai lähes tyytyväisten osuus vaihteli 81 %:n ja 58 %:n välillä ja tyytymättömien 19 %:n ja 42 %:n välillä (taulukko 11). Tyytyväisimpiä naiset olivat siihen, että heidän kehoaan kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa ja että heille kerrottiin synnytyksen etenemisestä. Tyytymättömmimpiä he olivat hallinnassa siihen, ettei valintatilanteissa keskusteltu erilaisista vaihtoehdoista ja ettei naisen

itseluottamusta naisena lujitettu. Naiset olivat tyytymättömiä myös siihen, etteivät he riittävästi voineet osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin (37 %).

Synnytyksestä naisilta kysyttiin, kuinka riittävästi he viimeisen raskautensa aikana yhteistyösuhteessa kättilön kanssa olivat voineet suunnitella synnytystään, toimia oma-aloitteisesti, osallistua asioidensa käsittelyyn, vaikuttaa omaan hoitoonsa ja päätösten sisältöön, toimia omien tuntemusten mukaan sekä ilmaista tunteitaan ja mielipiteitään. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan, olivatko he saaneet riittävästi tietoa päätöksenteon perustaksi ja perusteluita teknisten laitteiden käytölle ja toimenpiteiden suorittamisella, oliko keskusteltu ja esitetty eri vaihtoehtoja (mm. synnytysasento, kivunlievitysmenetelmät), oliko heidän itsetuntoaan naisena tuettu ja kehoaan kunnioitettu hoito- ja tutkimustilanteissa. Kysymyksillä pyrittiin kokonaisuudessaan arvioimaan sitä, kuinka hallinta oli mahdollista synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa.

**Taulukko 12.** Hallinnan riittävyys kättilön kanssa synnytyssalissa (n, %)

HALLINTA KÄTILÖN KANSSA	n	Riittävästi <sup>1</sup> %	Riittämättömästi <sup>2</sup> %
Pystyin suunnittelemaan synnytystäni kättilön kanssa.	1467	67	33
Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti.	1464	73	27
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista.	1428	68	32
Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin.	1377	77	24
Sain toimia synnytyksessä omien tuntemusteni mukaan.	1471	75	25
Minulle kerrottiin synnytyksestä ja sen etenemisestä.	1494	82	18
Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin.	1474	70	30
Itseluottamustani naisena lujitettiin.	1371	71	29
Minulle esitettiin vaihtoehtoja synnytysasennon suhteen.	1420	60	40
Pystyin ilmaisemaan vapaasti omia tuntemuksiani synnytyksessä.	1478	82	19
Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	1489	87	13
Minulle esitettiin vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä.	1420	64	36
Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta.	1479	78	22

<sup>1</sup>. Vaihtoehdot ”täysin ja lähes riittävästi” taulukossa yhdistetty riittäväksi.

<sup>2</sup>. Vaihtoehdot ”ei läheskään ja täysin riittämättömästi” taulukossa yhdistetty riittämättömäksi.

Yleisesti naiset katsoivat hallinnan olevan kohtuullista kättilön kanssa synnytyssalissa. Täysin tai lähes tyytyväisten osuus vaihteli 87 %:n ja 60 %:n välillä ja tyytymättömien 13 %:n ja 40 %:n välillä (taulukko 12). Tyytyväisimpiä naiset olivat siihen, että heidän kehoaan kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa ja että heille kerrottiin synnytyksen etenemisestä. Tyytymättömmimpiä he olivat siihen, ettei heille esitetty eri vaihtoehtoja synnytysasennosta eikä kivunlievitysmenetelmistä. Naiset olivat varsin tyytymättömiä myös siihen, etteivät he pystyneet suunnittelemaan synnytystään kättilön kanssa (33 %), valintatilanteissa heidän kanssaan ei riittävästi keskustelut vaihtoehtoista (32 %) eivätkä he voineet tarpeeksi osallistua synnytystään koskevaan päätöksentekoon (30 %).

### 7.3.2 Naisen sosiaalisen taustan ja synnytysten vaikutus hallintaan

Muuttujien välisiä eroja on tarkasteltu Kruskall-Wallis testillä ja yhteyksiä Spearmanin korrelaatiotestillä.

Naisen ikä ei vaikuttanut hallintaan terveydenhoitajan ( $r = -0.028$ ,  $p = 0.320$ ), synnytyslääkärin ( $r = 0.0021$ ,  $p = 0.533$ ) eikä kättilön ( $r = 0.001$ ,  $p = 0.956$ ) kanssa yhteistyösuhteessa oltaessa. Ylioppilastutkinnon suorittaneet naiset kokivat hallinnan olevan parempaa terveydenhoitajan kanssa ( $p = 0.004$ ), mutta eroa ei syntynyt hallinnassa synnytyslääkärin ( $p = 0.380$ ) eikä kättilön ( $p = 0.192$ ) kanssa. Kuitenkin matala peruskoulutus ilmensi huonompaa hallintaa terveydenhoitajan kanssa ( $r = -0.078$ ,  $p = 0.004$ ), mutta toisaalta ei suhteessa synnytyslääkäriin ( $r = 0.010$ ,  $p = 0.770$ ) eikä kättilöön ( $r = -0.055$ ,  $p = 0.033$ ). Ammatillisesti korkeammin koulutautuneet naiset kokivat hallinnan mahdollistuneen paremmin terveydenhoitajan kanssa ( $r = -0.071$ ,  $p = 0.010$ ). Ammatillisella koulutuksella ei kuitenkaan ollut vaikutusta hallintaan kättilön ( $r = -0.042$ ,  $p = 0.100$ ) ja synnytyslääkärin ( $r = 0.021$ ,  $p = 0.524$ ) kanssa. Siviilisäädylä ei ollut merkitystä hallinnan mahdollistumiseen terveydenhoitajan ( $p = 0.155$ ), synnytyslääkärin ( $p = 0.215$ ) eikä kättilön ( $p = 0.566$ ) kanssa. Mikäli nainen oli työssä kokopäiväisesti ( $r = 0.090$ ,  $p = 0.001$ ) tai toimi maatalousyrittäjänä ( $r = -0.081$ ,  $p = 0.003$ ), arvioi hän hallinnan onnistuneen paremmin terveydenhoitajan kanssa. Kokopäivätoimisella työssäololla ei ollut vaikutusta hallintaan lääkärin ( $r = 0.084$ ,  $p = 0.012$ ) eikä kättilön ( $r = 0.012$ ,  $p = 0.634$ ) kanssa. Myöskään maatalousyrittäjyydellä ei ollut yhteyttä hallintaan synnytyslääkärin ( $r = -0.060$ ,  $p = 0.071$ ) eikä kättilön ( $r = -0.036$ ,  $p = 0.157$ ) kanssa yhteistyösuhteessa. Opiskelevat naiset arvioivat hallintaa muita kriittisemmin lääkärin kanssa. He katsoivat sen mahdollistuneen muita heikommin lääkärin kanssa ( $r = 0.100$ ,  $p = 0.003$ ), mutta terveydenhoitajan ( $r = 0.015$ ,  $p = 0.597$ ) ja kättilön ( $r = 0.057$ ,  $p = 0.028$ ) kohdalla yhteyttä ei ollut osoitettavissa.

Täysiaikaisten synnytysten lukumäärä oli yhteydessä hallintaan (taulukko 13). Mitä enemmän naisella oli täysiaikaisia synnytyksiä, sitä myönteisemmin hän arvioi hallintaa suhteessa kättilöön ja lääkäriin. Täysiaikaisten synnytysten määrällä ei ollut vaikutusta hallintaan terveydenhoitajan kanssa.

**Taulukko 13.** Täysiaikaisten synnytysten lukumäärän vaikutus hallintaan (n, r., p-arvo)

HALLINTA	Terveydenhoitaja (n = 1265)	Synnytyslääkäri (n = 845)	Kättilö (n = 1454)
<b>Täysiaikaisten synnytysten lukumäärä</b>			
r.	– 0.059	– 0.136	– 0.134
p- arvo	0.035	< 0.000	< 0.000

1.  $|r| < 0.1$  heikko lineaarinen korrelaatio,  $0.1 \leq |r| \leq 0.3$  kohtalainen lineaarinen korrelaatio,  $0.3 \leq |r|$  voimakas lineaarinen korrelaatio.  
2.  $p = 0.01$

Ennenaikaisien synnytysten eikä raskauden keskeytysten ja keskenmenojen lukumäärillä ei ollut vaikutusta hallintaan yhteistyössä minkään asiantuntijan kanssa (liitetaulukko 13). Synnytyskokemuksen laatu<sup>6</sup> vaikutti hallintaan kaikkien asiantuntijoiden kanssa. Mikäli naiset olivat kokeneet synnytyksensä helpoksi, he arvioivat myös hallintaa myönteisemmin niin terveydenhoitajan, kättilön kuin synnytyslääkärinkin kanssa. (Taulukko 14).

**Taulukko 14.** Synnytyskokemuksen vaikutus hallintaan (n, r., p-arvo)

HALLINTA	Terveydenhoitaja (n = 1311 )	Synnytyslääkäri (n = 884)	Kättilö (n = 1503)
<b>Synnytyskokemuksen laatu</b>			
r.	0.103	0.356	0.312
p- arvo	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001

1.  $|r| < 0.1$  heikko lineaarinen korrelaatio,  $0.1 \leq |r| \leq 0.3$  kohtalainen lineaarinen korrelaatio,  $0.3 \leq |r|$  voimakas lineaarinen korrelaatio.  
2.  $p = 0.01$

Synnyttävällä ei ollut yhteyttä hallintaan minkään asiantuntijan kanssa (liitetaulukko 14). Myöskään toive synnyttävästä ei tehnyt eroa hallintaan terveydenhoitajan ( $p = 0.049$ ) lääkärin ( $p = 0.827$ ) eikä kättilön ( $p = 0.373$ ) välillä. Perhevalmennukseen osallistuneet naiset eivät eronneet muista naisista hallinnan mahdollistumisessa suhteessa terveydenhoitajaan ( $p = 0.010$ ), lääkäriin ( $p = 0.037$ ) eikä kättilöön ( $p = 0.580$ ).

<sup>6</sup> Mikäli ”synnytyksen vaikeus” kysymykseen oli ympyröity useampi vaihtoehto, laskettiin näistä keskiarvo.

Yhteenvedona voidaan todeta, että naisen hallintaan yhteydessä olevia tekijöitä oli osoitettavissa vähän. Naisen koulutuksella ja ammatilla oli jonkin verran yhteyttä hallintaan. Alhainen koulutustaso merkitsi heikompaa hallintaa. Vastaavasti korkeampi ammatillisen koulutuksen taso edisti naisen hallintaa terveydenhoitajan kanssa, mutta ei synnytyslääkärin tai kätilön kanssa synnytyssalissa. Naisen kokeneisuus synnyttäjänä paransi hallintaa. Kokeneisuus paransi hallintaa erityisesti lääkärin ja kätilön kanssa yhteistyösuhteessa. Aiemmat raskaaksi tulemiseen liittyvät ongelmat eivät vaikuttaneet hallintaan huonontavasti. Helppo synnytyskokemus merkitsi parempaa hallintaa kaikkien asiantuntijoiden kanssa. Synnytystavalla, synnytystapatoiveella ja perhevalmennukseen osallistumisella ei havaittu olevan yhteyttä hallinnan parempaan mahdollistumiseen.

### 7.3.3 Naisen hallintaa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kätilön kanssa selittävät tekijät

Hallintaa terveydenhoitajan, kätilön ja synnytyslääkärin kanssa yhteistyösuhteessa selittäviä tekijöitä tarkasteltiin lineaarisen regressioanalyysin avulla, ns. eteenpäin askeltavalla menetelmällä, jolla haettiin selittävien muuttujien joukko hieman laajemmasta muuttujavalikoimasta. Regressionanalyysiin muuttujiksi valittiin perus- ja ammattikoulutus, synnyttäneisyys, synnytystapa ja synnytyskokemuksen laatu. ANOVA-testi antoi kaikille malleille 0.003 ja  $< 0.0001$  välillä olevat merkitsevyydet, mikä tarkoittaa mallin hyvää sopivuutta aineistoon.

Hallintaa terveydenhoitajan kanssa selitti ainoastaan synnytyskokemuksen laatu. Synnytyksensä vaikeana kokeneet naiset arvioivat hallinnan mahdollistuneen muita heikommin terveydenhoitajan kanssa. Mallin selitysaste jää kuitenkin kovin alhaiseksi. (Taulukko 15).

**Taulukko 15.** Hallintaa terveydenhoitajan kanssa selittävät tekijät ( $\beta$ , t-arvo, p-arvo)

Hallinta terveydenhoitajan kanssa	$\beta$	Sd. Error	t-arvo	p-arvo
<i>1. askel</i>				
Miten kuvailisit synnytyskokemustasi?	0.098	0.011	3.508	$p < 0.0001$

1 askel:  $R = 0.098$ ,  $R^2 = 0.010$

2 askel:  $R = 0.121$ ,  $R^2 = 0.015$

$p = 0.01$

Myös synnytyslääkärin kanssa hallintaa selitti vain synnytyskokemuksen laatu. Jälleen vaikeana synnytyksensä kokeneet naiset katsoivat hallinnan olevan huonompaa yhteistyösuhteessa lääkärin kanssa synnytyssalissa. (Taulukko 16).



**Taulukko 16.** Hallintaa synnytyslääkärin kanssa selittävät tekijät ( $\beta$ , t-arvo, p-arvo)

Hallinta synnytyslääkärin kanssa	$\beta$	Sd. Error	t-arvo	p-arvo
<i>1. askel</i>				
Miten kuvailisit synnytyskokemustasi?	0.357	0.018	11.117	$p < 0.0001$

1 askel:  $R = 0.357$ ,  $R^2 = 0.127$   
 $p = 0.01$

Synnytyskokemuksen laatu sekä peruskoulutuksen taso selittivät hallinnan mahdollistumista myös kätilön kanssa synnytyksessä. Vaikea synnytyskokemus ja matala peruskoulutus merkitsivät huonompaa hallintaa. (Taulukko 17).

**Taulukko 17.** Hallintaa kätilön kanssa selittävät tekijät ( $\beta$ , t-arvo, p-arvo)

Hallinta kätilön kanssa	$\beta$	Sd. Error	t-arvo	p-arvo
<i>1. askel</i>				
Miten kuvailisit synnytyskokemustasi?	0.325	0.014	13.065	$p < 0.0001$
<i>2. askel</i>				
Miten kuvailisit synnytyskokemustasi?	0.327	0.014	13.168	$p < 0.0001$
Mikä on peruskouluksesi?	-0.070	0.038	-2.809	$p = 0.005$

1 askel:  $R = 0.325$ ,  $R^2 = 0.105$   
2 askel:  $R = 0.332$ ,  $R^2 = 0.110$   
 $p = 0.01$

Yhteenvedon voidaan todeta, että naisen hallintaa raskauden ja synnytyksen aikana terveydenhoitajan synnytyslääkärin ja kätilön kanssa selitti pääosin vain synnytyskokemus. Kätilön kohdalla hallintaa selitti myös matala peruskoulutus. Matala peruskoulutus ja vaikea synnytyskokemus tarkoittivat heikompi hallintaa yhteistyösuhteessa kätilöön. Terveydenhoitajan ja synnytyslääkärin kanssa naisen hallintaa selitti ainoastaan synnytyskokemus. Vaikea synnytyskokemus merkitsi huonompaa hallintaa.

### 7.3.4 Naisen hallinnan eroja yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kätilön kanssa

Eri ammattiryhmien välisiä eroja hallinnassa tarkasteltiin Friedmanin ja Wilcoxonin testeillä seuraavien kaikille ammattiryhmille yhteisten muuttujien osalta: Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista, Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin, Itseluottamustani naisena lujitettiin ja Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.

Valintatilanteissa keskusteleminen eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista mahdollistui parhaiten äitiysneuvolassa terveydenhoitajan kanssa ja heikoimmin lääkärin kanssa synnytyssalissa. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Myös päätöksiin vaikuttaminen mahdollistui parhaiten terveydenhoitajan kanssa, seuraavaksi parhaiten kättilön kanssa synnytyssalissa ja huonoimmin synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa. Erot olivat merkitseviä. Terveydenhoitaja lujitti parhaiten naisten itseluottamusta ja synnytyslääkäri huonoimmin. Jälleen erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Kehon kunnioittaminenkin mahdollistui riittävämmiin äitiysneuvolassa terveydenhoitajan kanssa kuin synnytyslääkärin tai kättilön kanssa synnytyssalissa. Kehon kunnioittaminen mahdollistui heikoimmin lääkärin kanssa ja erot olivat myös tässä merkitseviä. (Taulukko 18).

**Taulukko 18.** Hallinnan eroja terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa (ka, kh, Friedmanin testi,  $\chi^2$ , df, p-arvo)

HALLINTA (n)	Terveyden- hoitaja ka (kh)	Synnytys- lääkäri ka (kh)	Kättilö ka (kh)	Friedmanin testi <sup>1</sup> , $\chi^2$ , df, p-arvo
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista (n = 727)	1.78 (0.8)	2.29 (1.1)	2.12 (1.0)	$\chi^2 = 142.47$ , df 2, p < 0.0001
Koin voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin (n = 790)	1.61(0.8)	2.25 (1.1)	2.16 (1.0)	$\chi^2 = 309.04$ , df 2, p < 0.0001
Itseluottamustani lujitettiin (n = 717)	1.83 (0.9)	2.29 (1.1)	2.10 (1.0)	$\chi^2 = 145.56$ , df 2, p < 0.0001
Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa (n = 818)	1.36 (0.6)	1.81 (0.9)	1.69 (0.9)	$\chi^2 = 218.73$ , df 2, p < 0.0001

Wilcoxonin testillä<sup>7</sup> laskettiin ammattiryhmien eroja synnytyslääkäri ja terveydenhoitaja, terveydenhoitaja ja kättilö sekä kättilö ja lääkäri-vastinpareilla. Valintatilanteissa vaihtoehtoista ja niiden seurauksista keskusteleminen mahdollistui terveydenhoitajan kanssa parhaiten tarkasteltaessa sen toteutumista suhteessa synnytyslääkäriin ( $Z = -11.399$ ,  $p < 0.0001$ ) ja kättilöön ( $Z = -8.964$ ,  $p < 0.0001$ ). Kättilön kanssa vaihtoehtoista keskustelu toteutui puolestaan paremmin kuin synnytyslääkärin kanssa ( $Z = -5.875$ ,  $p < 0.0001$ ). Myös päätöksiin vaikuttaminen onnistui riittävämmiin terveydenhoitajan kuin synnytyslääkärin ( $Z = -14.388$ ,  $p < 0.0001$ ) tai kättilön ( $Z = -15.004$ ,  $p < 0.0001$ ) kanssa. Kättilön kanssa koettiin päätösten tekemiseen osallistumisen mahdollistuvan kuitenkin lääkäreitä paremmin ( $Z = -4.415$ ,  $p < 0.0001$ ). Edelleen terveydenhoitajan koettiin vahvistavan naisen itseluottamusta synnytyslääkäriä ( $Z = -9.919$ ,  $p < 0.0001$ ) sekä kättilöä enemmän ( $Z = -7.105$ ,  $p < 0.0001$ ). Kättilö vahvisti synnyttäjän itsetuntoa lääkäreitä runsaammin ( $Z = -7.191$ ,  $p < 0.0001$ ). Terveydenhoitajan koettiin kunni-

oittavan naisen kehoa lääkäriä ( $Z = -11.807$ ,  $p < 0.0001$ ) ja kätilöä ( $Z = -11.412$ ,  $p < 0.0001$ ) enemmän. Kuten edelläkin kätilö kunnioitti naisten näkemysten mukaan lääkäreitä enemmän naisen kehoa synnytyksen aikana ( $Z = -5.567$ ,  $p < 0.0001$ ).

Wilcoxonin testin perusteella voitiin todeta eroja hallinnassa eri ammattiryhmien välillä tiettyjen kysymysten kohdalla. Hallinta arvioitiin johdonmukaisesti huonommin toteutuvaksi lääkärin kanssa. Tarkasteltaessa vielä hallinnan summamuuttujien korrelaatioita (liitetaulukko 9) voidaan havaita, että arvioinneilla hallinnasta synnytyslääkärin ja kätilön kanssa on voimakas keskinäinen riippuvuussuhde. Hallintaa oli siis arvioitu lääkärin ja kätilön kanssa hyvin samalla tavalla, mutta suhteessa lääkäriin hieman negatiivisemmin kuin kätilöön. Arvioinnit terveydenhoitajan kanssa yhteistyösuhteessa hallinnasta erosivat selvästi arvioinneista synnytyslääkärin sekä kätilön kanssa, eikä hallinta terveydenhoitajan kanssa korreloinut yhtä voimakkaasti muiden ammattiryhmien kanssa.

Tarkasteltaessa naisen hallintaa selittäviä tekijöitä eri ammattiryhmien kohdalla voidaan todeta, että sitä selittäviä tekijöitä löydettiin niukasti. Ainoastaan peruskoulutuksen taso ja synnytyskokemus selittivät hallintaa terveydenhoitajan ja kätilön kanssa yhteistyössä ja synnytyslääkärin kanssa vain synnytyskokemus oli naisen hallintaa selittävä tekijä. Matala peruskoulutus ja vaikea synnytyskokemus heikensivät hallintaa. Tutkittaessa naisen hallinnan eroja tiettyjen muuttujien osalta ammattiryhmien kohdalla havaittiin hallinnan olevan mahdollista kaikkien muuttujien kohdalla parhaiten terveydenhoitajan kanssa ja huonoiten synnytyslääkärin kanssa.

## 7.4 Hallintaa edistävät ja estävät tekijät raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana

Raskauden seurannan ajan hallintaa naiset kuvasivat liittyneenä sekä äitiyspoliklinikan että äitiysneuvolan kokemuksiin ja tapahtumiin. Äitiyspoliklinikka ja äitiysneuvola ovat joltakin osin erilaisia toimintaympäristöjä. Tässä tutkimusosiossa niitä on kuitenkin käsitelty yhdessä, sillä naisten kuvauksista ei voitu täysin systemaattisesti ja kaikkienensa erottaa, kertoivatko ne itse asiassa äitiyspoliklinikan vai -neuvolan tapahtumista. Äitiyspoliklinikan ja -neuvolan toiminnan nähdään tutkimuksessa muodostavan raskauden seurannan jatkumon, jonka toimintatapojen ja hoitoperiaatteiden tulee olla ainakin pääosin yhteneväiset ja molempien toiminnan tulee tukea naisen hallintaa ja sen mahdollistumista.

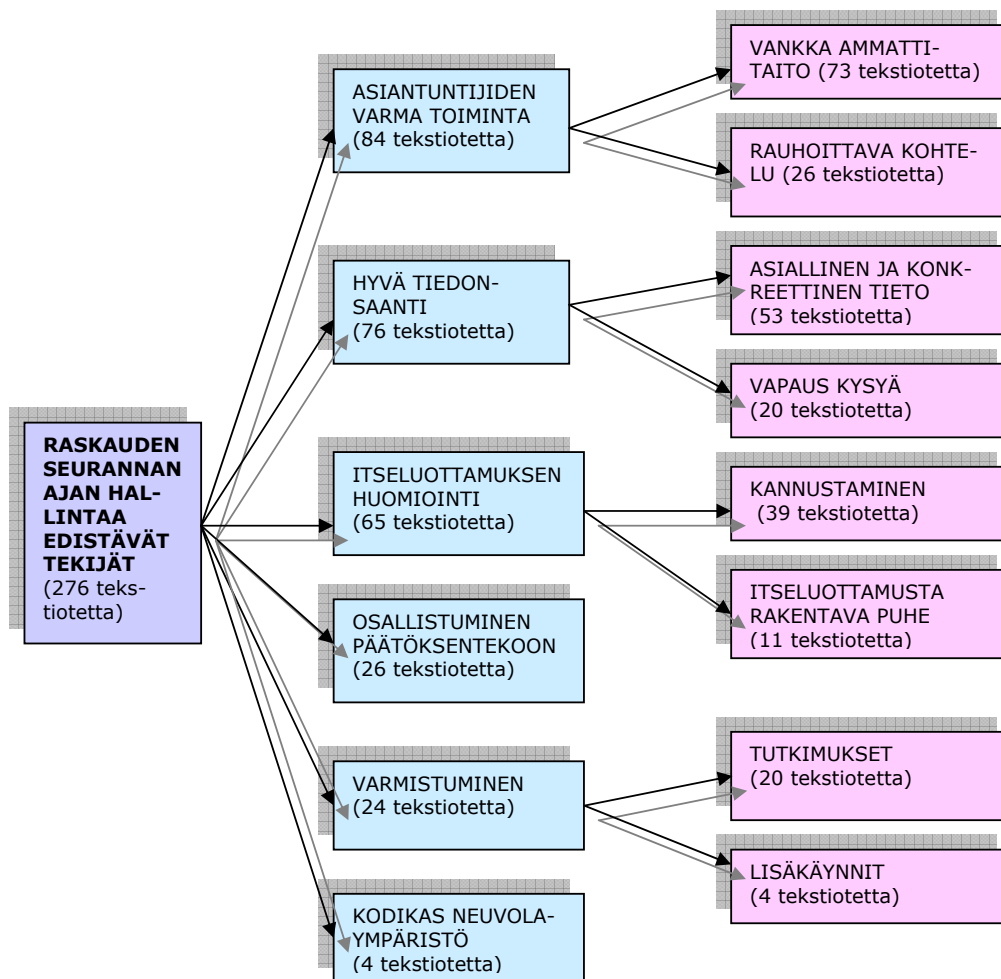
---

<sup>7</sup>Wilcoxonin testin Z-arvo perustuu järjestyslukujen skaalaukseen standardoidusti normaalijakaumaan.

Naisten autenttiset kuvaukset hallintaa edistävästä ja estävästä tekijöistä tulevat esille seuraavissa kappaleissa lyhyinä, kursivoituina sitaatteina. Sisällön analyysissä luotujen hallintaa edistävien ja estävien tekijöiden kategorioiden kokonaisuus ja tekstiotteiden määrät on esitetty kuviona aina kunkin kappaleen alussa. Raskauden aikaisten hallinnan tekijöiden kaikki kategoriat on esitetty kuviossa kokonaisuutena. Sen sijaan synnytyksen aikaiset hallinnan sisältöluokat on esitetty osissa, yksittäisinä kategorioina. Synnytykseen liittyvien kategorioiden määrä oli suuri, jolloin oli selkeämpää esittää ne omina kuvioinaan ja luokkinaan.

#### 7.4.1 Hallintaa edistävät tekijät raskauden seurannan aikana

Hallintaa edistäviä tekijöitä raskauden seurannan aikana naiset kuvasivat kaikkiaan 276 tekstiotteella (kuvio 4). Eniten tekstiotteet käsittelivät **asiantuntijoiden varmaa toimintaa** (84 tekstiotetta). Seuraavaksi eniten ne koskivat **hyvää tiedonsaantia** (76 tekstiotetta) ja **itseluottamuksen huomioimista** (65 tekstiotetta). Muita naisten kertomuksien pohjalta syntyneitä sisältöluokkia olivat **osallistuminen päätöksentekoon** (26 tekstiotetta), **varmistuminen** (24 tekstiotetta) sekä **kodikas neuvolaympäristö** (4 tekstikatkelmaa).



**Kuvio 4.** Raskauden seurannan hallintaa edistävien tekijöiden kategoriat ja tekstiotteiden määrät

**Asiantuntijoiden toiminnan varmuus** oli keskeisin hallintaa edistävä tekijä. Sen alaluokiksi hahmotuivat vankka ammattitaito (73 tekstiotetta) ja rauhoittava kohtelu (26). Eniten naisten hallintaa edistivät asiantuntijoiden toiminnassa heidän vakuuttava ammattitaitonsa ja osaamisensa. Naiset tunsivat olevansa hyvissä, varmoissa ja turvallisissa käsissä ollessaan tällaisen henkilön seurannassa ja hoidossa. He pystyivät raskautensa aikana luottamaan terveydenhoitaja-kätilön ja lääkärin ammattitaitoon ja saattoivat olla rauhallisin mielin raskaana. Raskauden ajan komplisoituneissa ja huolta herättävissä tilanteissa asiantuntijan ammattitaito koettiin erityisesti luottamusta herättävä ja arvokkaana. Naiset kuvailivat asiantuntijan ammattitaitojen merkitystä mm. näin:

”Neuvolalääkärin nopea ja ammattitaitoinen toiminta kun hän lääkarineuvolan yhteydessä epäili munuaistulehdusta...”

”Äitiysneuvolan terveydenhoitaja oli mielestäni erittäin ammattitaitoinen.”

”Neuvolan terveydenhoitaja todella mukava, tarkka ja ammattilainen, sain hyvän tuen ja turvallisuuden olon.”.

Naisen hallintaa tuki asiantuntijan rauhallinen kohtelu ja käytös raskausajan seurantakäynneillä, kun nainen itse hätäntyi tai oli peloissaan. Asiantuntijan rauhoittava toiminta sai naisen hallinnan tunteen palautumaan tai tasapainottumaan huolta ja hätää herättävissä tilanteissa. Näissä tilanteissa hallinnan painopiste selvästi ”siirtyi” naiselta asiantuntijalle, ja sen naiset kokivat selvästi helpottavana, sillä lasta odottavan oma energia kului huolen ja pelon kanssa selviytymiseen. Huomionarvoista on, että hallinta oli mahdollista myös koskettamisen kautta: halaamisella ja kädestä kiinni pitämisellä. Tilanteita kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

”Kun laskettuun aikaan oli noin 3-4 viikkoa, terveydenhoitaja ei neuvolassa kuullut vauvan sydänääniä. Hän kehotti menemään [paikkakunnan äitiyspoliklinikka] tarkastukseen. Terveydenhoitaja halasi minua lähtiessään ja oli rauhoittava ja empaattinen.”.

”Ensimmäisen raskauden aikana -96 vauvan sydänäänet kuuluivat huonosti yhdellä kertaa ja minut passitettiin äitipolille. Olin aivan huolesta sekaisin ja siellä oli aivan ihana kättilö ottamassa sydänäänet. Hän osasi rauhoittaa ja kaikki olikin aivan hyvin. Kättilö oli aivan ihana.”

”Raskauden alussa oli vuotoa, kävin polilla ja samalla kun lääkäri katsoi ultralla, että kaikki on hyvin, hän otti kädestäni kiinni.”

**Hyvä tiedonsaanti** (76 tekstiotetta) merkitsi myös hallinnan parempaa mahdollistumista. Se tarkoitti asiallista ja konkreettista tietoa (53 tekstiotetta) sekä vapautta kysyä (20 tekstiotetta). Naisasiakkaat tarvitsivat raskauden aikana asiallista ja konkreettista tietoa, jotta he pystyivät hahmottamaan realistisesti oman ja syntyvän lapsen tilanteen. Tietoa tarvittiin myös siihen, että he pystyivät valmistautumaan tulevaan synnytykseen. He arvostivat informaatiota, joka annettiin heille rauhallisen kiireettömästi. Samoin myönteisenä koettiin asiantuntijan kärsivällisyys vastata naisen kysymyksiin huolellisesti ja aikaa antaen. Tiedon tuli olla tarkkaa, totuudenmukaista, ajankohtaista ja ymmärrettävästi kerrottua. Tarkalla tiedolla ei kuitenkaan yleensä tarkoitettu tilastotietoja tai lääketieteellisten yksityiskoh-  
tien luettelemista, vaan lasta odottavan naisen yksilöllisistä lähtökohdista annettua, rehellistä tietoa. Raskaana oleva halusivat, että myös kielteiset asiat kerrotaan heille avoimesti, jotta sopeutuminen uuteen tilanteeseen alkaisi heti. Pahinta oli se, ettei tiedä tulevasta. Hyvää tiedon saamista kuvattiin esimerkiksi seuraavilla tavoilla:

”Lapsivesitutkimus [sairaala] käytiin todella tarkasti läpi, mitä siinä tehdään ja mitä tutkitaan. Sain riittävästi tietoa”.

”Taitaa olla neuvolassa 1. käynti raskauden alussa. - Olin itse innostunut ja jännittynyt ja kättilö oli mukava ja tomera ja osasi selittää minulle hyvin asioita”.

Hallinnan kannalta oli tärkeää, että naiset saivat vapaasti ja välittömässä ilmapiirissä esittää kysymyksiään. Heidän ei tarvinnut miettiä, uskaltavatko he kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä asiantuntijalta, olivatko kysymykset liian yksinkertaisia selvitetäviksi ja pitäisikö heidän itsensä jo tietää nämä asiat. He pystyivät luottamaan siihen, että he saivat asialliset vastaukset kysymyksiinsä. Mahdollisuus kysyä vapaasti asiantuntijalta motivoi naisia ottamaan selvää asioistaan ja sitä kautta lujittaa naisen hallinnan tunnetta. Kysymisen vapautta naisten vastaukset käsittelivät seuraavilla tavoilla:

”...[paikkakunta]:lla työskentelevä terveydenhoitaja äitiysneuvolassa oli tosi mukava ihminen, oli helppo kysyä ja keskustella...”

”... Ensisynnyttäjänä kysymyksiä riitti (mitä kummallisimpia) ja aina sain aikaa puhua ja selventäviä vastauksia, eikä koskaan tullut oloa että, olenpa hölmö ja yksinkertainen...”

”Koko raskauden ajan sain kotikuntani kättilöltä ihanasti henkistä tukea eikä tarvinnut yhtään epäillä ottaa neuvolaan yhteyttä, kun tuli kysyttävää!”.

**Itseluottamuksen huomioinnista** erottui kaksi osa-aluetta: kannustaminen (39 tekstiotetta) ja itseluottamusta rakentava puhe (11 tekstiotetta). Hallintaa raskauden seurannassa paransi asiantuntijoiden toiminnassa se, että asiantuntijat jaksoivat kannustaa ja rohkaista lasta odottavaa naista. Äitiysneuvolassa valettiin uskoa naiseen uudessa tai erityisesti pulmallisissa tilanteissa kannustamalla ja rohkaisemalla häntä. Kannustaminen saattoi olla ns. yleistä lasta odottavan rohkaisua ja positiivisuutta raskauden aikana tai liittyneenä johonkin tiettyyn ongelmaan ja sen kanssa jaksamiseen, kuten parisuhdeongelmiin, raskauden tuomien vaivojen sietämiseen, raskauden yliaikaisuuteen tai synnytyspelkoon. Eräs ensisynnyttäjä kertoo, että ”ensisynnyttäjän ’tähtihetkiä’ oli neuvolakäynnit [paikkakunta] äitiysneuvolassa th [nimi] luona, hän osasi käsitellä tulevaa äitiä hyvin, oli ymmärtävä ja kannustava uudessa tilanteessa”. Toinen äiti kertoo: ”Raskauden mentyä yliajalle, kaikkien hoitohenkilökunnan myönteinen ja kannustava suhtautuminen asiaan...”. Itseluottamusta rakentavalla puheella tarkoitettiin terveydenhoitaja-kättilön tai lääkärin puhetta, jossa kehuttiin naista hyväksi synnyttäjäksi ja äidiksi tai hänen lantiotaan sopivaksi synnyttämiseen. Lisäksi naiset arvostivat sitä, että heille puhuttiin ”kuten aikuiselle eikä lapselle” eikä heille ”lässytetty”. Kuvauksissaan naiset kritisoivat sitä, ettei nainen muutu ”aivottomaksi” tullessaan raskaaksi. Tämä olisi hyvä myös asiantuntijoiden heidän mielestään muistaa. Itseluottamusta kohottavan puheen kautta asiantuntija osoitti, että hän luottaa naiseen ja naisen omiin voimavaroihin hallita tilannetta.

**Osallistuminen päätöksentekoon** - kategoriasta ei ollut mahdollista erotella alakategorioita tässä aineistossa. Kaikki 26 tekstiotetta käsittelivät päätöksentekoa, jossa naisen toiveet, tuntemukset ja mielipiteet otettiin huomioon päätöksenteossa. Niitä kuunneltiin, ne otettiin vakavasti ja niillä oli tosiasiallista merkitystä naisen hoitamiselle ja raskauden seurannalle. On tärkeää, ettei naisen toiveita ja tarpeita vain kuunnella, vaan niiden tulee myös todella vaikuttaa hoidossa tehtäviin ratkaisuihin. Naisella täytyy siis olla todellisia vaikutusmahdollisuuksia eikä vain näennäisiä. Tätä kuvattiin seuraavasti naisten kuvauksissa:

”Sain valita jatkanko töissä vai jäänkö sairauslomalle ja jäin sairauslomalle jo ennen 30. raskausviikkoa oman jaksamisen vuoksi. Tämä merkitsi, minua kuunneltiin ja jaksaminen otettiin todesta.”

”Äitiyspolin lääkäri paneutui asioihini raskauden aikana, kuunteli minua ja otti toiveeni huomioon.”

**Varmistumisella** (24 tekstiotetta) tarkoitettiin tutkimuksia (20 tekstiotetta), joilla varmennettiin lapsen tai äidin hyvinvointia. Myös nopeutta jatkotutkimuksiin pääsemiseksi arvostettiin. Lisäksi lisäkäyntien järjestäminen äitiysneuvolaan tai äitiyspoliklinikalle (4 tekstiotetta) ongelmatilanteissa lisäsi varmuutta ja sitä kautta vahvasti hallinnan toteutumista. Lasta odottavan naisen ei tarvinnut odottaa huolestuneena seuraavaa kontrolliaikaa ja olla jatkuvasti tuona aikana peloissaan. Varmistumisen avulla nainen voi luottavaisesti jatkaa raskauttaan ja valmistautua rauhassa tulevaan synnytykseen. Esimerkkinä varmistumisesta ovat seuraavat naisten kertomukset:

”Neuvolassa oman terveydenhoitajan kanssa keskustelin synnytyksestä ja sen pelosta (vauva ei mahdu syntymään, vammautumisen riski). Hän tuki minua ja varasi äitiykl:lle ajan lantiomitoitukseen ja painoarvioita otettiin vauvasta ultralla. Tätä rauhoitti mieltäni ja pystyin luottavaisesti alkaa odottamaan tulevaa synnytystä.”

”... Terveydenhoitaja otti ylim. käynnille, jaksoi ymmärtää tilannettani ja sain muutaman ylim. käynnin cx [= cervix<sup>8</sup>] -kontrollia varten.”

Myös **kodikas neuvolaympäristö** (4 tekstiotetta) edisti hallintaa siten, että sinne ”oli helppo mennä”, se oli ”tuttu” ja se ”tuntui turvalliselta” paikalta. Naiset kuvailivat neuvolaympäristöä ”miellyttäväksi” ja ”lämminkenkiseksi”, ”rauhalliseksi”, ”omaksi neuvolaksi” ja ”kotineuvolaksi”. Eräs äiti kirjoittaa mm. näin: ”[paikkakunta] neuvola oli pieni ja kotoisa”

---

<sup>8</sup> Cervix = kohdunkaula.

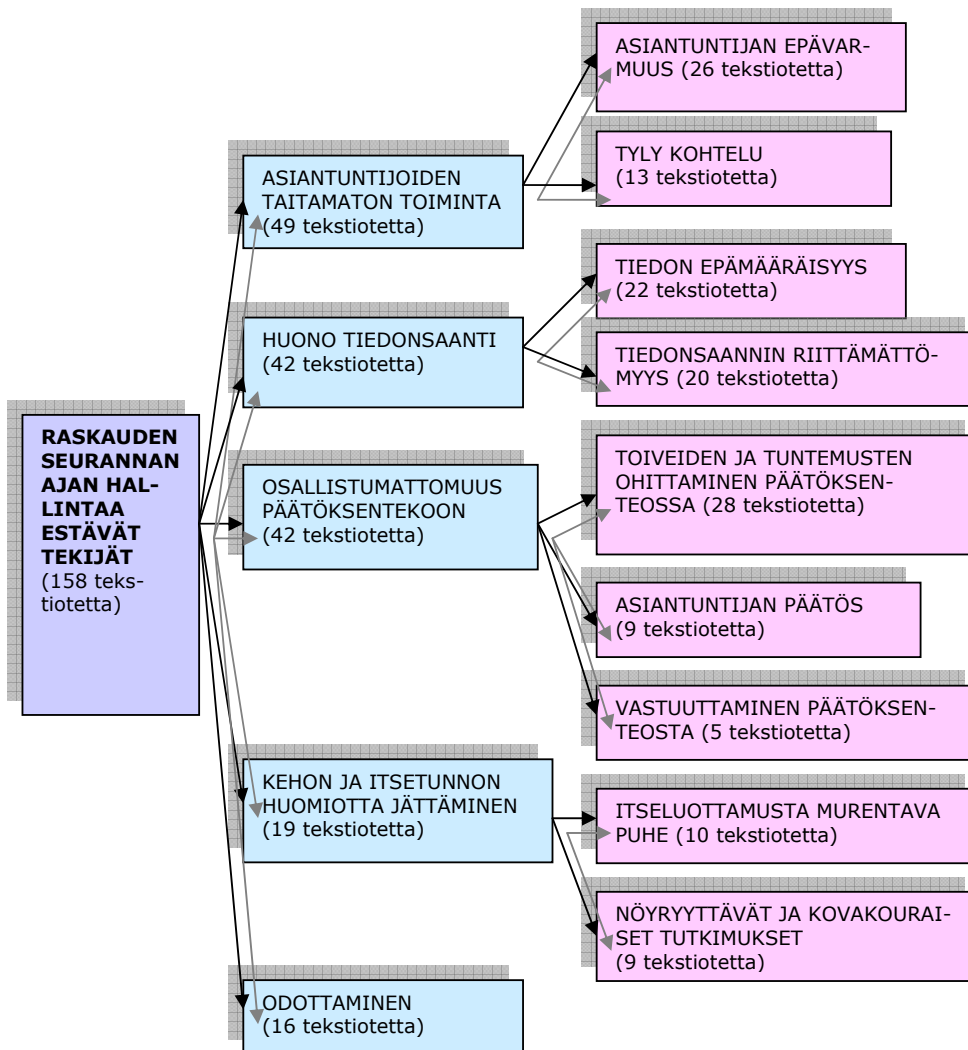


### Yhteenveto

Raskauden ajan hallintaa edisti eniten asiantuntijoiden varma ja osaava toiminta. Vankka ammattitaito herätti luottamusta. Ammattitaidon merkitys hallintaa edistävänä seikkana korostui komplisoituneissa, kiireellisissä ja hätätilanteissa, joissa raskaana oleva itse oli epävarma. Asiantuntijan rauhoittava toiminta sai naisen hallinnan tunteen palautumaan tai tasapainottumaan huolta ja hätää herättävissä tilanteissa. Ammatillaiset pystyivät lujittamaan naisen itseluottamusta kannustamalla ja kehumalla naista sekä kohtelemalla häntä tasavertaisena. Kannustamisen merkitys painottui ongelmallisissa tilanteissa. Pystyäkseen hallitsemaan tilanteita ja hahmottamaan niitä realistisesti lasta odottavat naiset tarvitsevat konkreettista ja tarkkaa tietoa. Myös kielteisten asioiden kertominen koettiin hallintaa vahvistavana. Mieltä askarruttavat kysymykset tuli saada esittää vapaasti, jotta ne edistäisivät hallintaa. Muodollinen ilmapiiri estää naista kysymästä ja ottamasta vastuuta tiedon hankkimisesta ja olemaan aktiivinen. Hallinnan kannalta oli tärkeää, että naiset voivat osallistua hoidossaan päätöksentekoon. Tämä tarkoitti sitä, että heidän toiveensa ja tarpeensa otettiin huomioon. On tärkeää, ettei naisen mielipidettä vain kuultu, vaan sen tuli myös tosiasiallisesti vaikuttaa päätöksentekoon ja tehtäviin ratkaisuihin. Ongelmallisen tai huolestuttavan tilanteen varmistaminen tutkimuksin tai vastaanottokäynnein lisäsi varmuuden ja hallinnan tunnetta raskauden aikana. Myös ympäristöllä oli jonkin verran merkitystä hallinnan mahdollistumiselle. Kodikas neuvola koettiin turvallisuutta ylläpitävänä ja tuottavana ympäristönä.

### 7.4.2 Hallintaa estävät tekijät raskauden seurannan aikana

Raskausajan hallintaa estäviä tekijöitä esitettiin yhteensä 158 tekstiotteessa (kuvio 5). Ne oli mahdollista luokitella viiteen pääkategoriaan: **asiantuntijoiden taitamaton toiminta** (49 tekstiotetta), **osallistumattomuus päätöksentekoon** (42 tekstiotetta), **huono tiedon saanti** (42 tekstiotetta), **kehon ja itsetunnon huomiotta jättäminen** (19 tekstiotetta) ja **odottaminen** (16 tekstiotetta).



**Kuvio 5.** Raskauden seurannan hallintaa estävien tekijöiden kategoriat ja tekstiotteiden määrät

**Asiantuntijoiden taitamaton toiminta** raskauden aikana hallintaa estävänä tekijänä muodostui kahdesta suppeammasta sisältöluokasta: asiantuntijan epävarmuus (26 tekstiotetta) ja työkeä kohtelu (13 tekstiotetta). Raskauden aikana naisen hallintaa heikensivät asiantuntijan ja hänen toimintansa epävarmuus, taitamattomuus ja tietämättömyys. Lääkäri ei osannut tehdä tutkimusta oikein tai oli siinä taitamaton, lääkäri tai terveydenhoitaja-kätilö oli epävarma eikä tiennyt asioita. Terveydenhoitaja-kätilön hätäntyminen ja meneminen paniikkiin aiheuttivat paljon huolta ja turvattomuutta lasta odottavassa naisessa. Nainen koki, ettei hän voinut luottaa asiantuntijaan eikä hänen osaamiseensa. Hänen täytyi itse ottaa vastuuta sellaisesta, johon hänellä ei ollut pätevyyttä ja jonka hän katsoi selkeästi kuu-

luvaksi asiantuntijan osaamiseksi. Myös asiantuntijoiden mielipiteiden vaihtuminen ja ristiriidat hoito-  
linjoissa ja -päätöksissä koettiin epävarmuutta herättävänä. Naisesta tuntui, ettei kukaan tiedä, kuinka  
häntä tulisi oikein hoitaa. Asiantuntijan epävarmuutta kuvattiin tekstiotteissa seuraavin tavoin:

”Ensimmäistä kun odotin, yhdellä neuvolakäynnillä lapsellani kuultiin sydämen lisälyöntejä. Hoitaja oli paniikissa ja käski heti mennä sairaalaan KTG:hen<sup>9</sup>. Olin menossa kunnes sairaalasta soitettiin, tule vasta huomenna! Valvoin ja itkin koko yön. Kun aamulla pääsin sairaalaan minut ja vauvani tutki sydänspecialisti ja sanoi, että terve vauva on tulossa ja sydämen lisälyönnit ovat hyvin yleisiä tuossa vaiheessa. Kyllä helpotti oloa!”

”Synnytyksen suunnittelupalaveriin, jossa synnytystapaa mietittiin. Kirurgin ja gynekologin välille syntyi arvovaltariita, joka asiakkaasta (minusta) tuntui ’hölmöltä’. Minulle se merkitsi vahvaa oman tahdon ilmaisua ja selkeää ulkopuolisuuden ja hämmentyneisyyden tunnetta, myös jonkinlaista epävarmuutta ja joksikin aikaa turvattomuutta synnytystä ajatellen.”

Naisen hallinnan mahdollisuus kapeni ja motivaatio hoitoon osallistumiseen heikkeni, kun terveydenhoitaja-kätilön tai lääkäri kohteli raskaana olevaa tylysti. Tylyltä ammattilaiselta ei haluttu kysyä tai keskustella hänen kanssaan mistään ylimääräisestä. Tyly asiantuntija herätti pelkoa, epäluottamusta ja vastenmielisyyttä asiantuntijaa ja viime kädessä koko palvelujärjestelmää kohtaan. Vastaajat kuvasivat kohtaamisiaan epäystävällisen ammattilaisen kanssa näin:

”Äitiyspoliklinikalla lapsivesipunktion otto. Lääkärin suhtautuminen asiaan oli kylmää ja tunteetonta. Merkitsi sitä, että en enää kyseisen lääkärin luo menisi.”

”V-mäinen lääkäri haukkui minut ensiraskauden aikana, kun kävin lääkärisä yllättävien, kovien kipujen takia.”

”Päällimmäiseksi on jäänyt mieleen naishenkilö/terveydenhoitaja – hänen asenteensa äitiysneuvolassa ei ollut rohkaisevaa ja tukeva. Joskus tuntui vastenmieliseltä mennä neuvolaan kun tiesin oman t.hoitajan olevan hallitseva, määräilevä jne.”

**Huono tiedon saanti** -kategoria muodostui kahdesta osa-alueesta: tiedon epämääräisyys (22 tekstiotetta) ja tiedon saannin riittämättömyys (20 tekstiotetta). Raskauden aikana naiset kuvasivat tiedon saamisen riittämättömyyttä siten, ettei heille selitetty tarpeeksi mm. sairauksista, tutkimustuloksista tai sikiön mahdollisesta vammasta. Annettu tieto saattoi olla epämääräistä ja epäselvästi kerrottua. Lääkäri selitti ultraäänitutkimuksen ylimalkaisesti, tutkimustulokset mumistiin epäselvästi naiselle, eri asiantuntijoi-

---

<sup>9</sup> KTG = kardiotokografia = lapsen sydäntäänien rekisteröinti. (ks. tarkemmin Ylikorkala O & Kauppila A. 1996. Synnytykset ja naistentaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 392–393).

den tiedot olivat ristiriitaisia tai usein vaihtuvia. Lasta odottava jäi näissä tilanteissa heikon informaation varaan ja joutui yksin pohdiskelemaan tutkimustuloksia ja niiden merkitystä. Tämä herätti enemmän epäluottamusta kuin vahvasti hallinnan tunnetta. Huonoa tiedonsaamista kuvaavat seuraavat naisten kirjoittamat esimerkit:

”Kevät 2000. Jotkut [sairaalan] äitiyspoliklinikan lääkärit eivät antaneet suoria vastauksia, vaikka kysyin esim. laboratoriotuloksista ’kyllä tällä muutoksia näkyy’ asiaa sitten neuvolassa ihmettelin ja totesin, että jos tilanne olisi paha, niin kai sitten olisi otettu sisään. Olin seurannassa korkean verenpaineen takia + hieman valkuaista virtsassa, joten tiesin kyllä itse mistä oli kyse. Jos on tietoa, se pitää jakaa eikä jättää asiakasta epävarmuuteen.”

”UÄ, keskivaiheilla raskautta, tapahtui n. vuosi sitten paikallisessa keskussairaalassa, ä.pkl:lla. Taisi hoitajalla olla huono päivä, oli todella tympeä ja mumisi ultran aikana itsekseen, ei kertonut meille mitään...”

”Jouduin käymään äitipolilla seurannassa koko raskauden ajan vuodon takia. Itsellä oli koko ajan pelko lapsen kesken tulemisesta....Samalla reissulla lääkäri vastasi kysymykseeni mitä vuoto tarkoittaa, että ’me emme ole täällä mitään ennustajia’. En uskaltanut kysellä enää mitään.”

Raskauden aikana **päätöksentekoon osallistumattomuudella** tarkoitettiin naisten toiveiden ja tuntemuksien ohittamista päätöksenteossa (28 tekstiotetta), asiantuntijan päätöstä (9 tekstiotetta) sekä naisen vastuuttamista päätöksenteosta (5 tekstiotetta). Naisten toiveilla ja tuntemuksilla ei ollut vaikutusta tehtäviin päätöksiin vaan ne ohitettiin päätöksenteossa. Raskaana olevan oireita, tuntemuksia ja ongelmia vähäteltiin, eikä niitä otettu tosissaan äitiysneuvola- eikä äitiyspoliklinikkakäynneillä. Naisen oma asiantuntijuus ja pyrkimykset tuoda esiin näkemystään tilanteestaan evättiin näissä tilanteissa. Eräs nainen kuvaa kokemuksiaan tällä tavoin:

”Jokaisen raskauden aikana olen ollut lähes loppuun saakka erittäin huonovointinen, oksentaminen ja kuvotus on ollut läsnä jokaisena vuorokauden aikana. Olen yrittänyt puhua neuvolassa tästä, sekä terveydenhoitajalle että lääkärille. Olen kokenut vaikeaksi ja loukkaavaksi sen, että aihe on ohitettu sanomalla, että se kuuluu asiaan tai että onhan painosi noussut.”

Asiantuntija teki päätökset mm. hoidoista ja tutkimuksista yksipuolisesti tiedustelematta tai kuuntelematta naisasiakkaan omaa käsitystä. Eräs nainen kuvaa tilannetta näin: ”Toisen raskauden aikana (v. -96) sairastuin raskausdiabetekseen ja minulle määrättiin insuliinihoito ilman mitään keskustelua tmv...”. Toisaalta raskaana olevat eivät myöskään halunneet ottaa liikaa vastuuta päätöksistä. Heitä saatettiin kyllä vaatia tekemään päätöksiä, mutta naisten mielestä heille sälytettiin liikaa vastuuta päätöksistä. Tämän he kokivat paremminkin ahdistavana ja epämiellyttävä ja näin hallintaa heikentävänä asiana. Naiset katsoivat tiettyjen päätösten vaativan asiantuntijan omaavaa pätevyyttä eivätkä halun-

neet päätöksenteko-oikeutta itselleen niistä. Liiallista vastuuttamista päätöksistä naiset dokumentoivat esimerkiksi seuraavasti:

”... Pelkään keisarinleikkausta ja pelkoni kanssa sain olla yksin. Lääkärikin sanoi vain ’jos haluat saat yrittää alakautta’. Ristiriitatilanne oli hirveä ja päätöksiä vaikea tehdä.”

**Kehon ja itsetunnon huomiotta jättäminen** -luokka jakaantui kahteen osaan: itseluottamusta murentava puhe (10 tekstiotetta) ja nöyryyttävät ja kovakouraiset tutkimukset (9 tekstiotetta). Naiset itseluottamusta murentavalla puheella tarkoitettiin sellaisia terveydenhoitaja-kätilön tai lääkärin sanomisia, jotka vihjasivat naisen osaamattomuuteen tai naisen ulkomuotoon kuten vaikkapa ylipainoon. Raskaana olevaa saatettiin myös puhutella kuten lasta tai ”vähäjärkistä” tai neuvolassa ei ajateltu, että ”muutkin osaavat ajatella kuin lääkärit” kuten pari tutkimukseen osallistunutta naista kirjoitti. Puheet eivät vahvistaneet naisen itseluottamusta naisena eivätkä tulevana äitinä. Naiset kertovat kokemuksistaan näin:

”Minä en ainakaan tunne itseäni tervetulleeksi sinne [äitiyspoliklinikka] enää. Ei ollut ensimmäinen kerta. Minulla on takana useampia raskauksia, samanlainen hoitaja haukkui lihakerroksista, kun ei muka näe lasta ultrassa! Todella inhottavia kokemuksia.”

”..., pyöristyin [tyttären nimi] 25 kiloa ja liikuin todella paljon. Jatkuvasti joku huomautteli asiasta, ei kaikki. Voi pyöristyä vain 12 – 15 kiloa!”

”Olin 36-vuotias ensisynnyttäjä ja täysin järjellinen, niin oli epämiellyttävä, kun minua puhuteltiin ja käsiteltiin kuin teini-ikäistä tyyppiä...”

Kovakouraisesti tehdyt tutkimukset rikkoivat naisen kehon eheyttä. Tutkimuksissa ei naisen kehoa kunnioitettu, joten ne estivät myös kehon hallinnan toteutumista raskauden seurantakäynneillä. Naisasiakkaat kokivat kovakouraisesti suoritettut tutkimukset nöyryyttävinä. Nöyryyttäviltä tuntuivat myös tutkimustilanteet, joissa ei arvostettu naisen intimitteettiä eikä oivallettu tilanteen yksityisyyttä. Tutkimushuoneessa saattoi käydä ylimääräisiä ihmisiä tai siellä oli jo alun perin liikaa ihmisiä. Asiantuntijat eivät ottaneet huomioon tilanteen herkkyyttä naiselle, vaan saattoivat puuhailla joitakin muita tehtäviä tai keskustella keskenään naisen hoidon kannalta epäolennaisista asioista samanaikaisesti. Kehonsa eheyden huomiotta jättämisestä naiset kertoivat kirjoituksissaan esimerkiksi seuraavasti:

”Lääkäri teki neuvolassa alatutkimusta ja sinne ramppasi terkkaria, ym. ovet selällään, minä levällään ja hoitajat rupattelivat niitä näitä!”

”Sisätutkimus, v. 2000 [terveyskeskus]. Jouduin odottamaan lääkäriä tutkimuspöydällä kauan. Tutkimukseni aikana hän kävi välillä tietokoneella ym. Koin hyvin nöyryyttävänä oloni maatessani jalat levällään.”

**Odottaminen** (16 tekstiotetta) oli naisista piinaavaa ja pelottavaa. He saattoivat joutua odottamaan joitakin tutkimustuloksia ja lisätutkimuksiin pääsyä pitkään. Heidät lähetettiin epävarmoina kotiin odottamaan tuloksia kohtuuttoman pitkään. Yleensä tutkimukset liittyivät syntymättömän lapsen hyvinvointiin. Kaksi naista kertoi odottamisesta näin:

”2:n viikon odotusaikana äitiyspoliklinikalle UÄ -tutkimukseen pääsemissä, kun neuvolalääkäri epäili lapsen (odotusaikana) olevan liian pienikokoinen. Näin ei sitten kuitenkaan ollut, joten jouduin turhaan pelkäämään ja jännittämään 2 viikkoa.”

”Olin ensimmäisessä ultrassa toiselta lapseltani [keskussairaala], kättilön mielestä kuvissa näkyi jokin este lapsen kaulalla (lapsi ei saa käännettyä leukaa rintaan). Varattiin uusintakäynti, poli loman takia kiinni monta viikkoa. Jouduin siis odottamaan tietämättömänä lapsen tilasta siihen asti, että poli aukeaa uudelleen.”

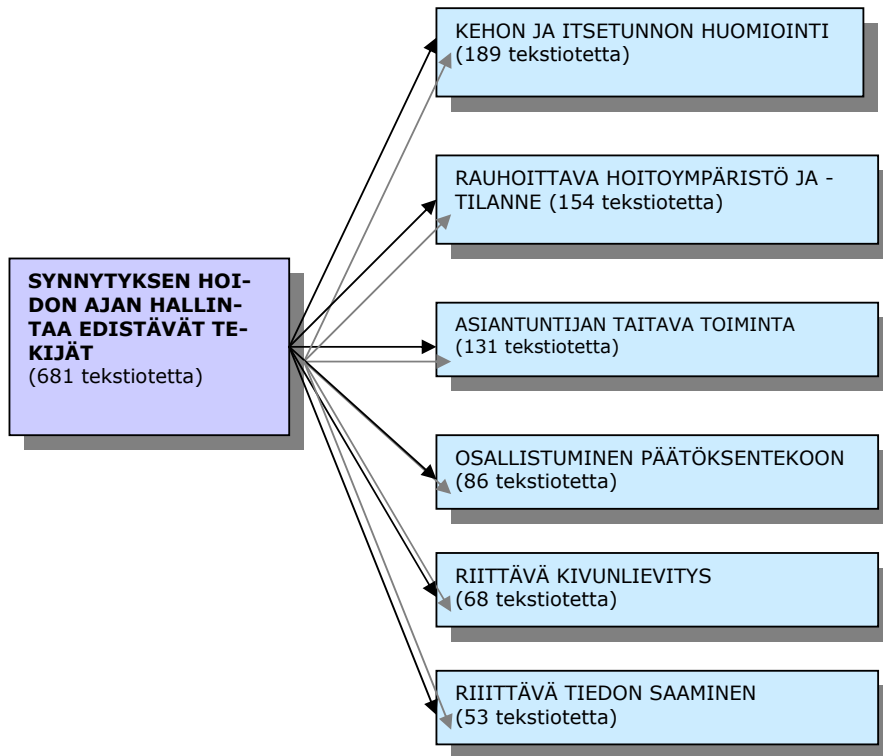
#### **Yhteenveto**

Eniten raskauden aikaista hallintaa esti naisten kokemusten perusteella asiantuntijan taitamaton toiminta. Mikäli ammattilainen osoitti epävarmuutensa eikä tiennyt kuinka toimia, siirtyi epävarmuus myös lasta odottavaan naiseen. Jos ammattilainen hätäytyi, hätäytyi myös nainen. Tyly asiantuntija esti naista ottamasta vastuuta hoidostaan ja rajoitti häntä esittämästä kysymyksiä ja keskustelemasta. Toiseksi eniten hallintaa vaikeutti huono tiedonsaanti. Tieto on ennakkoodellytys, että nainen voi valmistautua uusiin tilanteisiin ja pyrkiä hallitsemaan niitä. Niukka, epämääräinen ja epäselvästi annettu tieto heikensi hallintaa ja herätti pelkoa sekä epävarmuutta. Kolmanneksi eniten hallintaa rajoitti osallistumattomuus päätöksentekoon, jolla tarkoitettiin sitä, ettei naisen toiveilla eikä mielipiteillä ollut vaikutusta hoidossa tehtäviin ratkaisuihin. Toisaalta naiset eivät halunneet osallistua kaikkeen päätöksentekoon, vaan he kokivat hallintaa heikentävänä asiakkaan liiallisen vastuuttamisen päätöksistä. Neljänneksi eniten hallintaa esti naisen kehollisuuden ja itsetunnon jättäminen huomiotta. Kovakouraisesti tehdyt sisätutkimukset rikkoivat naisen hallinnan kokemusta kehostaan. Tutkimustilanteet koettiin ajoittain nöyryyttäviä. Itseluottamusta murentava puhe merkitsi sitä, että naista puhuteltiin sillä tavoin, ettei se vahvistanut hänen positiivista käsitystään itsestään naisena ja äitinä. Odottaminen esimerkiksi lisätutkimuksiin heikensi hallinnan tunnetta, sillä odottaminen oli useimmiten epätietoisena odottamista.

### **7.4.3 Hallintaa edistävät tekijät synnytyksen aikana**

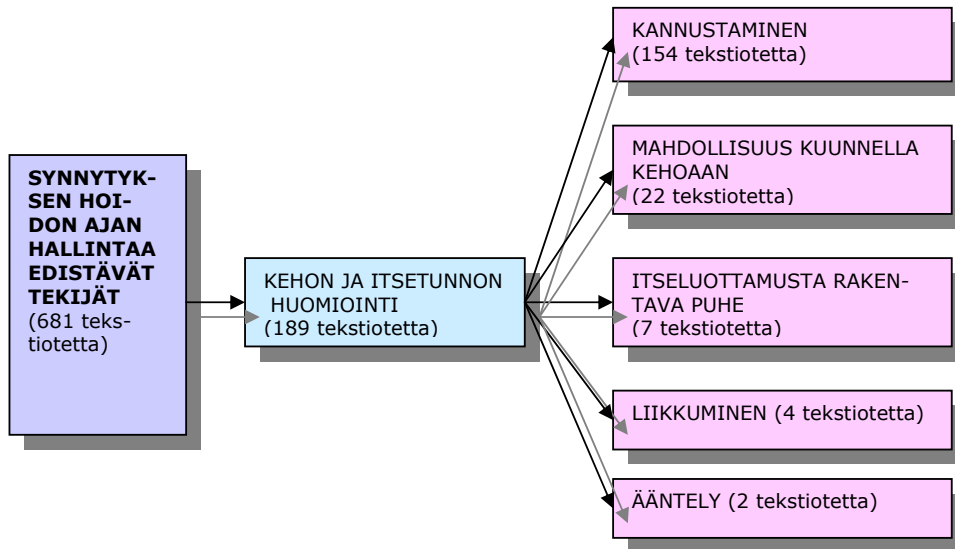
Synnytyksen aikaista hallintaa edistäviä tekijöitä aineistossa kuvailtiin 681 tekstikatkelmalla (kuvio 6), jotka oli mahdollista eritellä kuuteen pääkategoriaan: **kehon ja itsetunnon huomiointi** (189 tekstiotetta) **rauhottava hoitoympäristö- ja tilanne** (154 tekstiotetta), **asiantuntijoiden taitava toiminta** (131

tekstiotetta), **osallistuminen päätöksentekoon** (86 tekstiotetta), **riittävä kivunlievitys** (68 tekstiotetta), **riittävä tiedonsaanti** (53 tekstiotetta).



**Kuvio 6.** Synnytyksen hoidon hallintaa edistävien tekijöiden kategoriat ja tekstiotteiden määrät

**Kehon ja itsetunnon huomiointi** edisti eniten synnytyksenaikaista hallintaa naisten kuvausten perusteella. Se sisälsi viisi osa-aluetta: kannustamisen (154 tekstiotetta), mahdollisuuden oman kehon kuuntelemiseen (22 tekstiotetta), itseluottamusta rakentavan puheen (7 tekstiotetta), liikkumisen (2 tekstiotetta) ja ääntelyn (2 tekstiotetta). (Kuvio 7).



**Kuvio 7.** Kehon ja itsetunnon huomiointi-kategoria ja tekstiotteiden määrät

Erittäin merkittäviksi hallintaa edistäviksi tekijöiksi synnytystä hoitavien ammattilaisten toiminnassa osoittautuivat synnyttäjän kannustaminen ja rohkaisu. Vaikeassa ja pitkittyneessä synnytyksessä, kun äiti oli väsynyt, antoi asiantuntijoiden antama kannustus synnyttäjälle lisävoimia ja – puhtia viedä synnytys loppuun. Oli tärkeää, että kätilö jaksoi rohkaista, vaikka synnyttäjistä itsestään tuntuikin, ettei jaksa enää. Kannustamisen merkitys korostui entisestään synnytyksen ponnistusvaiheessa, jossa erityisesti tarvittiin lisävoimaa ja tarmoa. Jotkut synnyttäjät kokivat, että ilman kannustusta he eivät olisi enää jaksaneet ponnistaa lasta maailmaan. Kannustamisen ei tarvinnut olla mitenkään suurieleistä, vaan pienikin kosketus, käden puristus, hyväksyvä katse tai sana antoi naiselle voimia synnytyksessä. Kannustuksen merkityksestä kirjoitti eräs äiti seuraavasti: ”...kun synnytyksessä kätilöopiskelija otti minua kädestä pahimmalla kivun hetkellä ja vahvisti näin uskoani selviytyä synnytyksestä.” Yleisimmin kannustaminen tarkoitti synnytystä hoitavan henkilön rohkaisevaa ja innostavaa puhetta. Rohkaisu koettiin antavan uskoa itseen lähinnä synnyttäjänä, mutta osa naisista koki sen myös vahvistavan itseluottamusta äidiksi kasvamiseen ja äitinä olemiseen. Synnytyksessä naisen rohkaisemisen vaikutukset eivät siten ulotu vain synnytystilanteeseen vaan kantavat naista paljon pidemmälle. Asiantuntija kannustavaa toimintatapaa tuotiin esille vastauksissa seuraavasti:

”... Synnytyksessä avustanut kätilö oli erittäin kannustava ja asiallinen. Hän jaksoi kannustaa silloinkin kun omat voimani olivat vähällä loppua.”



”...Ponnistusvaihekin kesti lähes tunnin, mutta kättilön kannustava ja asian-  
tunteva ote valoi uskoa minuunkin ja vauva ponnistettiin terveenä maail-  
maan...”

”Myönteistä oli kättilöiden apu ja kannustava suhtautuminen vaikeissa ja  
pitkittyneissä synnytyksissäni-98 ja v 2000. Ilman kannustusta olisi toinen  
lapseni jäänyt ’puolitiehen’ kun voivat loppuivat...”

Synnyttäjän itseluottamusta rakentava puhe tarkoitti synnytystä hoitavien henkilöiden myönteisiä  
luonnehdintoja synnyttäjästä, synnytyksestä ja siinä suoriutumisesta. Kättilö tai lääkäri saattoi sanoa,  
että nainen oli kuin luotu synnyttämään ja äidiksi tai häntä keuhuttiin sitkeäksi ja vahvaksi naiseksi.  
Synnytystä saatettiin kehua loistavaksi tai todelliseksi ”luomusynnytykseksi”. Nämä maininnat naiset  
kokivat erittäin myönteisinä ja itsetuntoa kohottavina. Asiantuntijat rakensivat puheellaan naisen itse-  
luottamusta esimerkiksi näin:

”...minusta oli ihana kuulla kehuja siitä, kuinka hyvin ponnistin, kun esi-  
koiseni syntyi 10 minuutin ponnistuksilla.”

”...Lääkäri piipahti ohi kulkiessaan, silitti vähän päätä ja sanoi ’hieno suori-  
tus’. Tuntui mukavalle...”

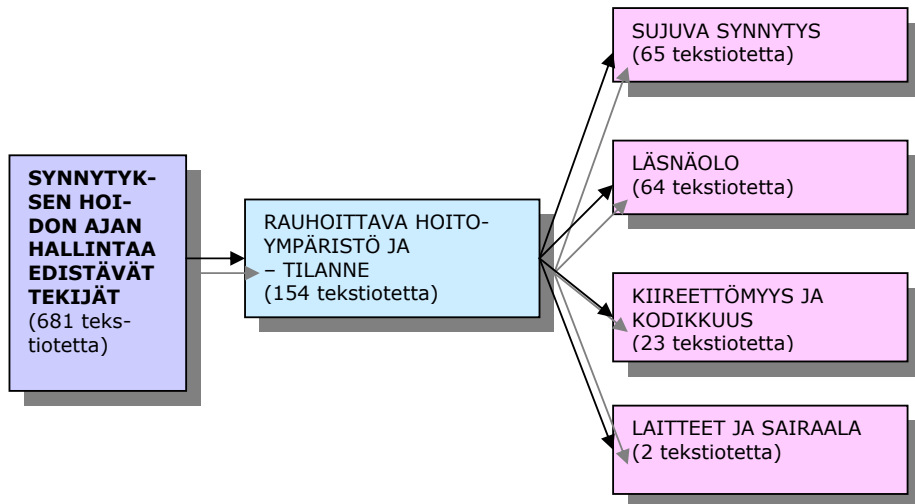
”Sairaalassa synnytyslääkäriltä saamani rohkaisu: ’Luota itseesi, sinulla on  
kokemusta, sinä pärjät, sinä osaat.’”

Kehon kuuntelemisella tarkoitettiin sitä, että nainen sai etsiä ja löytää oman tapansa synnyttää. Häntä  
ei kiirehditty, vaan nainen sai kuunnella rauhassa oman kehonsa viestejä ja tuntemuksia sekä edetä  
rauhassa niiden mukaisesti. Kehon huomiointi ja sen viestien kuunteleminen vahvistivat naisen hallin-  
takykyä, kuten seuraavissa vastaajien lainauksissa kuvataan:

”...Myös kättilö toimi mielestäni ponnistusvaiheessa hyvin, antaen minun it-  
se ponnistaa omaan tahtiin, oma tuntemuksia kuunnellen.”

”Tytär syntyi 2000 [kuukausi] 2,5 tunnissa [sairaala]. Avautumisvaihe meni  
nopeasti (olosuhteisiin nähden) ammeessa köllötellessä ja kontallaan supis-  
tukset vastaanottamassa. Merkitsi uskoa oman kehon ja tilanteen hallintaan  
synnytys- ja supistusvaiheessa. Ensi kerralla vesisynnytys?”

Toiseksi eniten tekstiotteet käsittelivät **rauhottavaa hoitoympäristöä ja – tilannetta** (kuvio 8). Tämä  
kategoria jakautui neljään alakategoriaan: sujuva synnytys (65 tekstiotetta), läsnäolo (64 tekstiotetta),  
kiireettömyys ja kodikkuus (23 tekstiotetta) sekä laitteet ja sairaala (2 tekstiotetta).



**Kuvio 8.** Rauhoittava hoitoympäristö ja -tilanne -kategoria ja tekstiotteiden määrät

Sillä, että synnytys sujui suuremmista ongelmista, oli hallintaa mahdollistava ja sitä lisäävä tekijä. Useimmiten synnyttäjät luonnehtivat sujuvaa synnytystä helpoksi, nopeaksi, lyhyeksi ja suunnitelmien mukaan menneeksi. Naisen on helpompi kokea hallitsevansa synnytystilannetta, kun se sujuu jotakuinkin normaalisti ja odotusten mukaisesti. Synnytys siis vastasi pääosin niitä ennakkooajatuksia, joita naiselle oli siitä ollut.

”...Synnytys oli helppo ja nopea. Mitään apuja ei tarvittu. Tapahtuman hetki oli todella rauhaista ja luonnollinen.”

”...Lapsi syntyi nopeasti, kahdessa tunnissa sairaalaan tulosta, mutta silti tuntui, että aikaa riitti. Kätilö oli kiva ja kuunteli toiveitani, anestesia lääkärin tulo ajoittui loistavasti. Tilanne oli rento ja mukava, siis synnytys helppo.”

”Synnytys ei ollut liian kivulias ja tapahtui 6 tunnissa vuonna -96 [sairaala]. Lapsi oli terve ja kaikki meni ’suunnitelmien’ mukaan...”

Kätilön, mutta myös lääkärin läsnäolo lujitti naisen hallinnan tunnetta. Yksin jääminen synnytyksen aikana pitkäksi aikaa pelotti ja aiheutti turvattomuutta. Läsnä olevalta henkilöltä, joka miltei poikkeuksetta oli kätilö, ei aina odotettu kovin aktiivista toimintaa tai roolia, vaan riitti että hän oli paikalla ja käytettävissä. Silloin kätilö antoi tilaa naisen omille hallintayrityksille ja -toiveille. Läsnäolon merkitystä hallinnalle kuvattiin esimerkiksi seuraavalla tavalla:

”...huoneessa oli koko ajan kättilöopiskelija, joka helpotti oloani mm. hieromalla supistusten aikana (mieheni ”kaverina”) ja pelkällä läsnäolollaan toi turvallisuutta. ...”

”Viimeisin synnytykseni:[kuukausi] 2002, kättilö oli mahtava: hän oli koko ajan synnytyssalissa läsnä, taustalla, vaikka ’mitään ei tapahtunutkaan’ hän odotti ja seurasi tilannetta, ei poistunut hetkeksikään pois...”

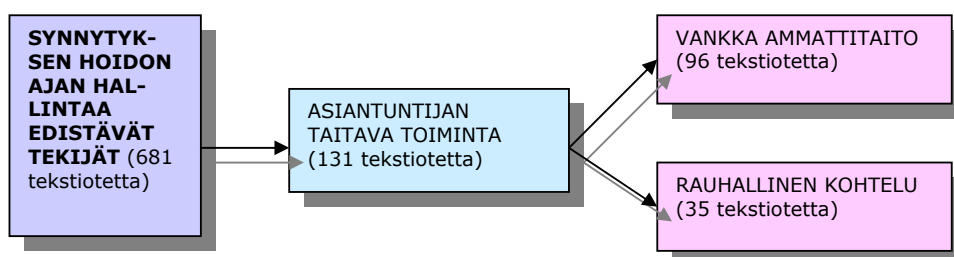
”... Vain yksi vauva syntyi samana yönä meidän vauvan lisäksi, niin meillä oli koko ajan kättilö huoneessa, mikä lisäsi turvallisuuden tunnetta.”

Kodinomainen ja kiireetön ympäristö auttoi hallinnan ylläpitämisessä. Kodikkaassa ja rauhallisessa ympäristössä naisen oli vaivattomampaa keskittyä synnytykseensä. Ympäristön muodostivat sekä synnytyssalin fyysinen kodikas ja lämmin ympäristö ja toisaalta myös synnytystä hoitavien henkilöiden luoma leppoisuus ja rentous. Kodikkuus voidaan nähdä vastakohtana sairaalamaisen kliiniselle synnytysympäristölle. Merkittävämpää ympäristössä oli kuitenkin henkilöiden luoma levollinen ilmapiiiri, joka ”tarttui” myös synnyttäjään, jota eräs nainen kuvasi näin:

”Viimeinen synnytys [kuukausi]/ 01 [sairaala]. Synnytystilanne oli todella rauhallinen ja tunnelma kodinomainen, vaikka synnytys olikin kestänyt koko päivän. Synnyttäjä tunsi olevansa pääosassa... Ja todella levollinen ja miellyttävä kokemus!”

Vain hyvin pieni osa tekstiotteista käsitteli synnytyksessä käytettäviä laitteita ja sairaalamaisuutta turvallisuutta tuottavana ja hallintaa tukevana tekijänä. Sitä kuvattiin esimerkiksi näin: ”Saimme ainoan lapsemme [sairaala ja päivämäärä] 1995. Turvallisuuden tunne oli hyvä. Tiesimme raskausajan olevan epäravallinen ja tulevan synnytyksen myös. Sairaalan ammattitaito ja monipuolisuus oli se tekijä johon luotti”...

Seuraavaksi eniten synnytyksen aikaisen hallintaa edistävästä tekijöistä naisten kuvauksissa käsiteltiin **asiantuntijoiden taitavaa toimintaa** (kuvio 9), jolla tarkoitettiin vankkaa ammattitaitoa (96 tekstiotetta) ja rauhallista kohtelua (35 tekstiotetta).



**Kuvio 9.** Asiantuntijan taitava toiminta -kategoria ja tekstiotteiden määrät

Synnytystä hoivan henkilöstön vankka ammattitaito koettiin luottamusta herättävänä ja hallintaa vahvistavana. Synnyttäjät tunsivat olevansa ”turvassa ja osaavissa käsissä” kuten eräs synnyttäjä asian ilmaisi. Silloin kun synnytyksessä tapahtui komplikaatiota, oli äiti luonnollisesti itse hätäntynyt, mutta synnytyksessä mukana oleva asiansa osaava ammattilainen kykeni omalla toiminnallaan palauttamaan äidin tasapainoon. Synnyttäjät pystyi luottamaan henkilökunnan osaamiseen ja näin rauhoittumaan ja keskittymään synnytykseensä. Vankasta ammattitaidosta esimerkkinä ovat seuraavat naisten kertomukset:

”[sairaalan nimi ja ajankohta] kättilön ammattitaito pelasti päivän. Saavuin sairaalaan ambulanssilla ja kivut olivat kovat. Mitään puudutteita ei voitu enää antaa ja ilokaasusta tuli paha olo. Kättilö luotsasi minut kuitenkin läpi synnytyksen ilman kivunlievitystä.”

”...Vaikka päädyttiin hätäsektioon, tiesin, että olin hyvissä käsissä ja tätä lasta ei haluttu menettää.”

”[ajankohta] vauvallamme oli napanuora kaulan ympäri synnytyksessä. Kättilö oli ihana, nopea ja ammattitaitoinen, joten vauva selvisi hyvin ja nopeasti, eikä ehtinyt käsiä hapenpuutteesta...”

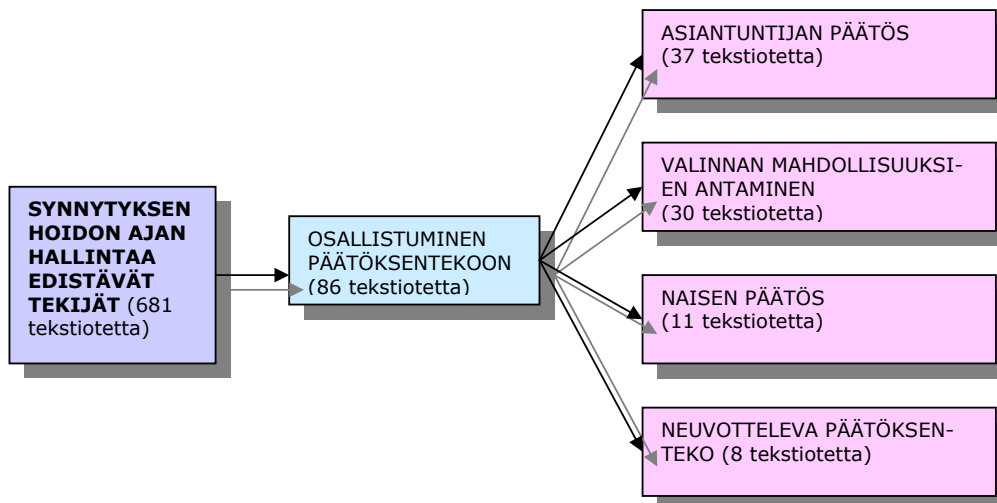
Kättilön ja lääkärin rauhallisuus vaikuttivat ja ”siirtyvät” synnyttäjään. Mikäli synnytyksessä mukana oleva pysyi rauhallisena, todennäköisesti pysyi myös synnyttäjät. Vastaavasti jos synnytystä hoitava henkilö hermostui tai hätäntyi, hätäntyi oletettavasti synnyttäjäkin. Ammattilaisten rauhallinen toiminta ja naisen kohtelu lisäsivät koko synnytystilanteen kiireettömyyttä ja samalla antoivat synnyttäjälle naiselle uskoa tilanteen hallittavuudesta ja siitä selviytymisestä. Naiset kertoivat asiantuntijan rauhallisesta toiminnasta seuraavanlaisia esimerkkejä:

”Synnytyssalissa, joulukuussa 2001, kättilö oli ihana, salit oli täynnä ja hän pyysi anteeksi jos vaikuttaa kiireiseltä, eikä ehdi olla luonani kauan. Silti sain kiireettömän kuvan ja kättilö oli itse rauhallisuus! –> tuo olo tuntui turvalliselta ja luotin täysin kättilöön.”

”Kättilö, joka avusti oli mahtava, niin rauhallinen, rauhoittava,...Tunsin olevani kuin ’äidin’ hoidossa...”

”Viimeisen synnytyksen hoitanut lääkäri oli loistava. Hän rauhoitti vaikeaa tilannetta ja loi turvallisen tunteen...”

**Osallistuminen päätöksentekoon** -luokka muodostui neljästä alaluokasta (kuvio 10), joita olivat neuvotteleva päätöksentekijä (68 tekstiotetta), valinnan mahdollisuuksien antaminen (30 tekstiotetta), asiantuntijan päätös (37 tekstiotetta) ja naisen päätös (11 tekstiotetta).



**Kuvio 10.** Osallistuminen päätöksentekoon – kategoria ja tekstiotteiden määrät

Osallistumisessa päätöksentekoon hallinnan kannalta oli keskeistä, että naisen toiveita ja tuntemuksia kuunneltiin ja että ne todella vaikuttivat synnytyksen hoidossa tehtäviin ratkaisuihin. Olennaista ei useimmiten ollut se, toteutuiko naisen esittämä toive, vaan että sen esittämisellä olisi ollut tosiasiallista merkitystä hoitopäätöksiin. Naisella tulee synnytyksessä olla todellisia eikä näennäisiä mahdollisuuksia vaikuttaa. Päätöksentekoon osallistumisesta kerrottiin naisten kuvauksissa seuraavasti:

”Menin synnyttämään kesäkuussa -02. Olin toivonut esitietolomakkeessa epiduraalipuudutusta. Lääkäri oli tilattu heti, kun menin vastaanottoon. Toisin en koskaan kerinnyt saada sitä, enkä muutakaan puudutusta. Vauva tuli syöksyllä! Tieto siitä, että toiveeni olisi toteutunut ja minua kuunneltu oli helpottava ja myönteinen.”

”Pyysin kätilöltä paracervikaalipuudutusta<sup>10</sup> ja hän lupasi sen. Osastonlääkäri saapui heti paikalle valmiina laittamaan puudutteen vaikka itse arvasinkin jo, että ei ehkä ehdittäisi laittaa ruisketta, ei ehdittykään. Tärkeintä oli se, että kätilö ja lääkäri ottivat pyyntöni todesta ja yrittivät auttaa. Sillä oli suuri henkinen merkitys.”

”Halusin ehdottomasti synnyttää keisarileikkauksella toisen lapseni. Ensimmäinen synnytys oli niin vaikea, että pelkäsin lapsen takia seuraavaa synnytystä. Minua kuunneltiin ja lähetettiin äitiyspoliklinikalle...”

<sup>10</sup> Puudutus, jonka synnytyslääkäri laittaa erityisellä neulalla limakalvon alle muutaman millimetrin syvyyteen kohdunsuun reunojen lateraalipuolelle. (ks. tarkemmin Ylikorkala O & Kauppila A. 1996. Synnytykset ja naisten taudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 392–393).

Pystyäkseen osallistumaan synnytyksen hoitoa koskevaan päätöksentekoon tulisi naiselle esittää eri vaihtoehtoja ja antaa mahdollisuus valita. Hallinnan kokemus synnytyksessä vahvistuu, kun synnyttäjälle tarjotaan tilaisuus valita mm. synnytysasento, kivunlievitysmenetelmä ja käytetäänkö supistuksia vauhdittavaa lääkitystä. Valintaa saattoi edeltää yhteinen keskustelu ja pohdinta asiantuntijan kanssa eri valinnan mahdollisuuksista. Ei ollut välttämätöntä, että naisen valinta tai toive tosiasiallisesti aina toteutui vaan merkityksellisempää on, että nainen sai aidon mahdollisuuden valitsemiseen. Valinnan mahdollisuuksien antamista kuvattiin hoitokokemuksissa esimerkiksi seuraavasti:

”Hän [=kättilö] huolehti minun ja vauvani terveydestä esimerkillisesti. Pohti kanssani eri vaihtoehtoja supistusten vauhdittamiseen sekä muutoinkin perusteli kaikki ratkaisut ja toimenpiteet perusteellisesti...”

”[kättilö] antoi kokeilla eri asentoja ja sai aikaan tunteen, että kyllä tästä kunnialla selvitään.”

”Siellä [=äitiyspoliklinikalla] hoitava lääkäri sai minut vakuuttuneeksi, että on paras vaihtoehto. Parasta oli kuitenkin se, että minulle annettiin mahdollisuus valita.”

Hieman paradoksaalisesti naisen hallintaa edisti myös se, että kättilö tai lääkäri päätti naisen puolesta ja ”ottivat ohjat” käsiinsä nimenomaan ponnistusvaiheessa. Ponnistusvaiheessa naiset tunsivat itse olevansa kykenemättömiä toimimaan, olivat peloissaan eivätkä tunteneet pystyvänsä selviytymään siitä. Synnyttäjä oli huojentunut, kun lääkäri teki yksipuolisesti ammattipätevyytensä nojalla päätöksen. Tätä luonnehti erään synnyttäjän kokemus: ”Viimeisimmän raskauden käynnistämispäätös (6 päivää yliaikaisena) tapahtumasta reilu 3 kuukautta, tapahtui [sairaala ja paikkakunta]. Olin todella helpottunut lääkärin päätöksestä; synnytys käynnistettiin ja vauva oli maailmassa reilun 3 tunnin päästä...”. Naisen hallintaa tuki asiantuntijan ottama hallitseva rooli, jolloin hallinnan painopiste siirtyi asiantuntijan puolelle, mutta vain hetkellisesti. Asiantuntijan hallitsevasta roolista kerrottiin näin:

”Kun ponnistusvaiheessa tunsin olevani poissa tolaltani, otti kättilö ohjat käsiinsä ja sai minut päättäväisyydellään rauhoittumaan.”

”Viimeisimmässä synnytyksessä-96 [paikkakunta], kättilö oli tosi jämäkkä ja ammattitaitoinen, ilmeisesti riittävä kokemus. En ehtinyt saamaan epiduraa-  
lia riittävän ajoissa ja kivunlievitys jäi minimiin. Siinä tilanteessa tarvitaan jämäkkää otetta, koska oli itse pelosta kankea.”

”[päivämäärä] -01 ihana kättilö, ei tarvinnut neuvotella vaan hän ammattilaisena näki miten paras toimia.”

Myös naiset tekivät omia päätöksiä synnytyksessä, vaikkakin harvoin. ”Minua kuunneltiin ja sai tehdä pitkälle omia päätöksiä hoidostaan!”, totesi eräs vastaajista. Jotkut naiset joutuivat vaatimaan oikeuksiaan ja edellyttivät, että saivat itse tehdä ratkaisut hoidostaan, kuten eräs nainen kertoo: ”Toinen syn-

nytys: osasin vaatia ettei keisarileikkaus ole pakollinen, koska edellinen oli leikattu...”. Omia päätöksiä tehneet naiset joutuivat kaiketi kuvaustensa perusteella olemaan melko vaativia ja määrätietoisia, jotta itsenäinen ratkaisun tekeminen oli mahdollista synnytyksessä. Eräs synnyttäjät kuvailee näin päätöstään: ”Kun 3. synnytykseni oli käynnistynyt, olin sairaalan synnytysvastaanotolla. Odottelin supistusten voimistumista kaikessa rauhassa. Sain itse päättää, koska halusin siirtyä synnytyshuoneeseen. Tapahtumasta tulee juuri kolme vuotta. Sain itseluottamusta, että osaan itse hallita synnytystäni omien tunteideni perusteella. Tunsin olevani vahva koko synnytyksen ajan.” Naisen omalla päätöksenteolla oli itsetuntoa kohentava merkitys, koska hän pystyi itse tulkitsemaan kehonsa merkkejä ja myös kättilö uskoi ja luotti niihin. Synnytyksessäkin osa asioista on sellaisia, joista nainen voi varsin itsenäisesti päättää.

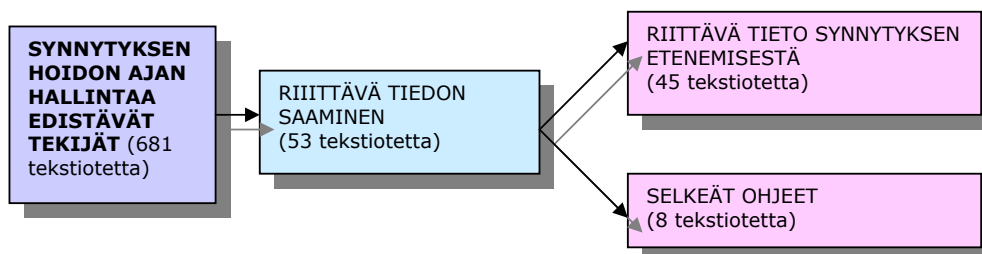
**Riittävä kivunlievitys** – kategoriasta ei ollut mahdollista erotella alaluokkia. Hallittavissa oleva ja mahdollisimman siedettävä synnytyskipu lisäsivät naisen potentiaalia hallita synnytystilannetta. Kivutomuus vapautti naista keskittymään synnytykseensä ja antoi energiaa osallistua siihen. Tärkeää oli naisen kiputuntemuksien ottaminen vakavasti. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että synnyttäjät sai kivunlievitystä pyytessään. Riittävästi kivunlievityksestä kerrottiin näin:

”Sain epiduraalin heti kun halusin synnytyksessä, se onnistui hyvin ja tunsin hallitsevani synnytystapahtuman ilman kovaa kipua...”

”...ja saatuani kivunlievitystä pystyin keskittymään synnytykseen, joka lopulta oli ihana kokemus. Synnytykseni oli [kuukausi] 2002.”

”...Sain toivomani epiduraalipuudutuksen juuri oikeaan aikaan. Koin, että kun kivunlievitys on kohdallaan, voi itse olla mukana synnytyksessä rauhallisena ja tyytyväisenä ja jopa nauttia synnytyksestä.”

**Riittävä tiedonsaanti** – luokkaan sisältyivät tieto synnytyksen etenemisestä ja toimenpiteistä (45 tekstiotetta) sekä selkeät ohjeet toimia (8 tekstiotetta). (Kuvio 11).



**Kuvio 11.** Riittävä tiedon saaminen – kategoriasta ja tekstiotteiden määrät

Jotta naiset pystyisivät edes jollakin tasolla hallintaan synnytyksessä, he tarvitsivat siihen riittävästi tietoa. Synnytyksen aikana on hallinnan kannalta huomionarvoista, että synnyttäjää mm. tietää, mitä synnytyksessä tapahtuu, mitä siinä tehdään, eteneekö synnytys, miten hänen itsensä kannattaisi siinä toimia. Ilman näitä tietoja synnyttäjän on vaikea hahmottaa omaa osuuttaan synnytyksessä aktiivisena toimijana. Tässäkin tilanteessa epävarma tulevaisuus tuottaa turvattomuutta ja pelkoa. Kysymys ei ole silti siitä, että asiantuntijan tulisi osata ennustaa synnytyksen kulku, vaan riittävän ja asiallisen tiedon avulla orientoida naista synnytystilanteessa. Riittävästä tiedon saamisesta naiset kirjoittivat seuraavasti:

”[päivämäärä] 2001 [sairaala], kaksosten synnytys. Kätilön kanssa kävimme ”kiireessä” riisuessa omia vaatteita pois miten tätä synnytys eroaa esikoisemme synnytyksestä. Mitkä vaihtoehdot jos tapahtuu näin ja näin ja paljonko väkeä on mukana synnytyksessä ja muistutti vielä, että kaikki voi mennä toisinkin. Nämä asiat oli käyty etukäteen läpi sekä kätilön että lääkärin kanssa, mutta jotenkin se toi varman tunteen itselleni.”

”Koko synnytys sinänsä oli hieno ja positiivinen, mutta se miten upeasti sektio<sup>11</sup> hoidettiin, sain todella kokea olevansa joka vaiheessa mukana, kerrottiin koko ajan mitä tapahtuu...”

”...Supistukset olivat rajuja ja kipeitä. Ei keretty paljon puudutuksia laittaa. Kätilö otti olotilani huomioon todella hyvin ja opasti ja tuki minua synnytyksen edetessä. Kertoi mitä milloinkin teki ja MIKSI...”

Synnyttäjä tarvitsee kätilöltä selkeitä toimintaohjeita varsinkin ponnistusvaiheessa, joka on synnytyksen vaiheista kiivain ja jännittävin. Eräät naiset siitä kertoivat siitä näin:

”3.s synnytys v. 2001 [sairaala]. Hoitava kätilö oli ystävällinen ja samalla asiantunteva, ohjasi synnytystä varsinkin loppuvaiheessa selkein sanoin, muttei tuputtanut mitään...”

”Synnytys kesti muutenkin pitkään. Illan hän [=kätilö] oli kanssani ja jatkoi seuraavana päivänä. Etenkin ponnistusvaiheessa hän antoi rauhallisesti ohjeita ja oli hoputtamatta, vaikka sekin kesti 45 min...”

Selkeästi annetut ohjeet lisäsivät naisen hallinnan tunnetta ja auttoivat häntä toimimaan. Selkeillä ohjeilla ei tarkoitettu sitä, että kätilö komentelisi tai määräilisi synnyttävää naista. Johdonmukaiset ohjeet voitiin antaa myös ystävällisesti ja lempeästi, jolloin naisella säilyy mahdollisuus omaan hallintaan.

### **Yhteenveto**

Synnytyksen hoidossa hallintaa edesauttoivat parhaiten naisen kehon ja itsetunnon huomioon ottaminen. Itseluottamusta rakentavalla puheella asiantuntija osoitti, että nainen on pystyvä ja hyvä synnyttäjä. Synnytystä hoitavan henkilön kannustus koettiin erityisen tärkeäksi hallinnassa. Kannustamisen

---

<sup>11</sup> Sektio = keisarileikkaus.



avulla ikään kuin siirrettiin hallinnan painopistettä asiantuntijalta naisen suuntaan. Kannustamisen merkitys tuli erityisen keskeiseksi synnytyksen komplisoituneissa tilanteissa, joissa synnyttäjää hätään-tyi ja hänen oli vaikea ylläpitää omaan hallintaansa. Kehon hallintaa synnytyksessä edisti naisen mah-dollisuus saada kuunnella oman kehonsa viestejä rauhassa, liikkua ja äänellä tuntemuksiensa mukaan.

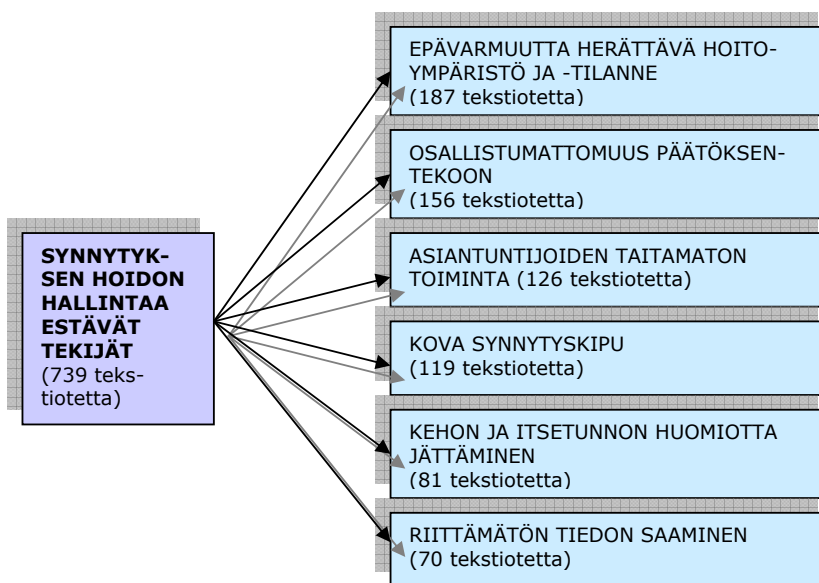
Rauhoittava hoitoympäristö ja -tilanne edistivät seuraavaksi eniten synnytyksenaikaista hallintaa. Mi-käli synnytyksessä mukana oleva henkilö kohtelee naista rauhallisesti, on hyvin todennäköistä, että synnyttäjän pysyy rauhallisena ja luottavaisena. Mikäli halutaan, että synnyttäjät pystyy hallintaan synnytyksessä, hoitoympäristön ja -tilanteen on oltava myös rauhoittava. Rauhoittava synnytystilanne tarkoitti käytännössä helppoa ja nopeaa, siis sujuvaa synnytystä, jossa naisen oli helpompi olla aktiivi-nen ja hallita tilannetta. Vastaavasti vain pienessä osassa tekstiotteissa mainittiin sairaalamaisen ympä-ristön ja synnytyksessä käytettävien laitteiden olevan hallintaa edistäviä.

Asiantuntijan taitava toiminta lujitti naisen tunnetta tilanteen hallinnasta. Ammattilaisen vankka osaa-minen herätti luottamusta synnyttäjissä. He kokivat olevansa hyvissä käsissä ja pystyivät paremmin keskittymään synnytykseen ja esimerkiksi kivun kanssa selviytymiseen. Tämä viittaa siihen, että syn-nyttäjät katsovat lopullisen vastuun kuuluvan ammattilaiselle ja odottavat asiantuntijan professionsa perusteella osaavan toimia. Asiantuntijan maltti on valttia synnytyksessäkin. Hallintaa synnytyksessä edesauttoi naisen osallistuminen päätöksentekoon. Päätöksentekoon osallistuminen vaihteli asiantunti-jan, neuvottelevan päätöksenteon ja naisen päätöksenteon välillä. Synnyttäjän hallinnan toteutumista tuki hiukan paradoksaalisesti yksipuolinen asiantuntijan päätöksenteko, johon nainen ei osallistunut juuri ollenkaan. Kysymys onkin enemmän päätettävien asioiden sisällöistä, sillä joidenkin niistä naiset katsoivat kuuluvan selvästi asiantuntijoiden kompetenssiin. Varsinkin kiireellisissä ja hätätilanteissa asiantuntijoiden tekemien päätösten merkitys painottui. Synnyttäjällä tulee olla mahdollisuus valita eri toimintavaihtoehtojen välillä.

Riittävän kivunlievityksen turvaaminen parantaa hallintaa synnytyksessä. Kovissa supistuskivuissa nainen ei pysty hallitsemaan tilannetta ja olemaan aktiivisesti osallisena synnytysprosessissaan. Nai-sen kokemana kipua tulee ottaa vakavasti, jotta hänelle pystytään suunnittelemaan ja takaamaan riittävä kivunlievitys. Lisäksi pystyäkseen hallitsemaan synnytystilannetta synnyttäjät tarvitsee tuekseen riittä-västi tarkoituksenmukaista tietoa niin normaalista sujuvasta kuin komplisoituneessakin synnytyksessä. Lisäksi hän tarvitsee joskus, etenkin ponnistusvaiheessa selkeitä ammattilaisen antamia ohjeita voidak-seen toimia tilanteen edellyttämällä tavalla.

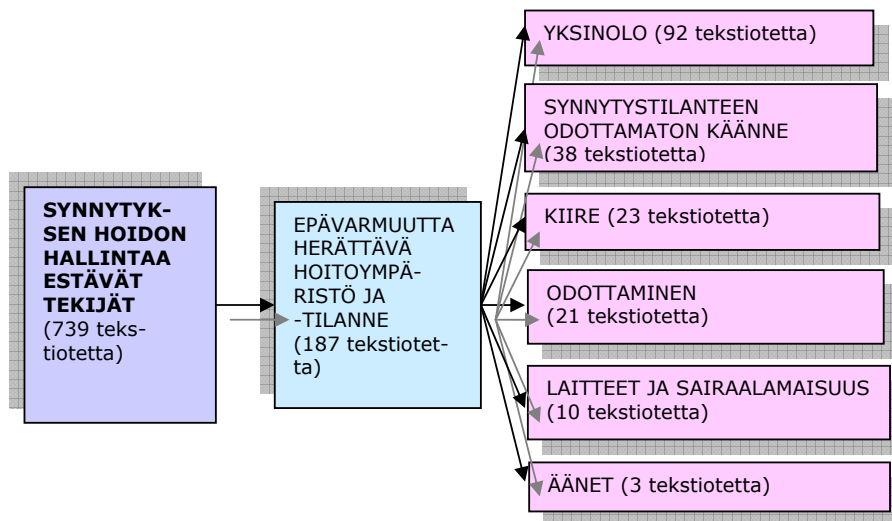
#### 7.4.4 Hallintaa estävät tekijät synnytyksen aikana

Kaiken kaikkiaan synnytyksen ajan hallintaa estäviä tekijöitä esitettiin 739 tekstiotteella (kuvio 12). Ne voitiin jaotella kuuteen pääluokkaan: **epävarmuutta herättävä hoitoympäristö ja -tilanne** (187 tekstiotetta), **osallistumattomuus päätöksentekoon** (159 tekstiotetta), **asiantuntijoiden taitamaton toiminta** (126 tekstiotetta), **kova synnytyskipu** (119 tekstiotetta), **kehon ja itsetunnon huomiotta jättäminen** (81 tekstiotetta) ja **tiedon riittämättömyys** (70 tekstiotetta).



**Kuvio 12.** Synnytyksen hoidon hallintaa estävien tekijöiden kategoriat ja tekstiotteiden määrät

**Epävarmuutta herättävä hoitoympäristön ja -tilanteen** (kuvio 13) luokka sisälsi 187 tekstiotetta, ja se rakentui kuudesta alaluokasta: yksinolo (92 tekstiotetta), synnytystilanteen odottamaton käänne (38 tekstiotetta), kiire (23 tekstiotetta), odottaminen (21 tekstiotetta), laitteet ja sairaalamaisuus (10 tekstiotetta) sekä äänet (3 tekstiotetta).



**Kuvio 13.** Epävarmuutta herättävä hoitoympäristö ja -tilanne -kategoria ja tekstiotteiden määrät

Hallintaa naisten kertomuksien perusteella heikensi yksin oleminen synnytyksen aikana. Naiset kuvasivat tilanteita, joissa he olivat jääneet tai heidät oli jätetty yksin tarpeettoman pitkäksi aikaa synnytys-saliin. He tunsivat jääneensä yksin mm. supistusten, pelkojen sekä hädän kanssa ja kokivat kaivanneensa kättilön läsnäolon tuomaa turvallisuutta noissa tilanteissa. Yksin jääminen synnytyksessä aiheuttaa osalle naisista hylätyksi tulemisen tunteen. Yksinoloa kuvattiin vastauksissa seuraavasti:

”2002 kun poikani alkoi puskeutua lopultakin maailmaan 16 tunnin kauheiden supistelujen jälkeen, sanoin kättilölle, että ”nyt se tulee”, niin kättilö sanoi, että ”antaa tulla vaan, minä lähdän katsomaan toista potilasta”. Siihen mä sitten jäin yksin sängylle makaamaan kauheissa kivuissa tietämättä mitä tehdä.”

”... Kun lapsivesi meni. alkoivat järkyttävät poltot/supistukset. Minut karrattiin synnytysosastolle ja jätettiin yksin synnytyshuoneeseen (mieheni käskettiin juuri silloin vaihtamaan vaatteita). Minusta tuntui, että jouduin olemaan synnytykseni pahimman vaiheen aivan yksin. ... Asiaa tietysti pahensi se, että se oli ensimmäinen synnytykseni ja tunsin olevani todella heitteille jätetty.”

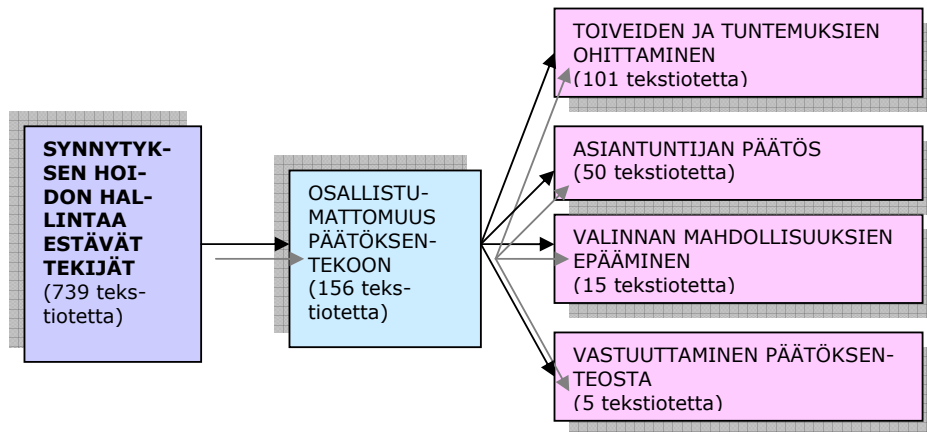
”Ensisynnyttäjänä ’yksinjääminen’ synnytyssaliin pitkiksi ajoiksi ilman ns. ammattiapua. (1998) -> pelko, ahdistuneisuus.”

Mikäli synnytyksessä tapahtui jokin uusi ja odottamaton, usein kiireellisiä toimia vaativa tilanne, heikensi se jo sinänsä tilanteena naisen hallinnan kokemusta. Muuttuneet tilanteet näyttäytyivät synnyttäjille naisille sekavina, paniikinomaisina, kaoottisina ja pelottavina, kuten eräs vastaaja kertoo: ” 1997

minulle tehtiin kiireellinen sektio viikolla 26 + 5. Mies ei ehtinyt mukaan tueksi, puudutusneula osui hermoon, oli aivan hysteerinen, pelko vauvan puolesta, paniikkitilanne! ...Koin hyvin epämiellyttävän, pelottavan tilanteen, joka tuli painajaisuniin myöhemmin vastaan.”. Eräs synnyttaja selostaa tilannetta näin. "Kielteinen kokemus oli ensimmäisen lapseni syntymä 1v2kk sitten [keskussairaala]. Hän syntyi hätäsektiolla. Synnytys eteni normaalisti, kunnes vauvan sydänäänet romahtivat...sitten leikattiin...kaikki oli yllätyksellistä...pelko...epätieto." Kiire häiritsi hallintaa mm. siten, ettei naisella ollut mahdollisuutta kuunnella itseään eikä asiantuntijoilla ollut aikaa paneutua naisen tilanteeseen. ”Sairaaloissa on niin kiire, että ensisynnyttäjät ovat välillä hätää kärsimässä”, kirjoittaa eräs äiti. Kiire teki synnytystilanteesta levottoman ja vaikeasti hallittavan. Synnyttäjät odottivat melko paljon, usein myös epätietoisina, mitä heille seuraavaksi tapahtuu ja kuinka kauan he joutuvat odottamaan. He odottivat yleisimmin lääkäriä, kättilöä tulevaksi, keisarileikkaukseen pääsyä tai kipulääkitystä. Usein odottamisen oli epätietoisuudessa ja kivuliaana, supistuksissa odottamista. Eräs synnyttaja kuvaa odottamista näin: " 2 t täytyi odottaa, että hän [anestesiaalääkäri] tulisi laittamaan epiduraalin. Sillä välin sain ilokaasua, joka teki pahoinvointiseksi..."

Sairaalaympäristö laitteineen ei kannustanut naista aktiivisuuteen. Synnytyksen seurantalaitteet ja ”piuhat” koettiin kahlitseviksi ja sairaalan rutiinit ja pakkotahtisuus lamaannuttavana. ”Kielteisin kokemus oli synnytyssalin ja erityisesti sairaalavaatteiden ja valvontalaitteiden aiheuttama lamaantuminen...” totesi yksi vastaajista. Toinen äiti luonnehti omaa syksyllä 2000 tapahtunutta synnytystään seuraavasti: "Synnytyssaleihin oli ruuhkaa. Piti synnyttää nopeasti ja tehokkaasti, tehdä tilaa uusille synnyttäjille...Tämän vuoksi ei ollut mahdollista ”kuunnella kehoaan ja valita synnytysasentoa. Tärkeintä tuntui olevan synnyttäjän nopea toiminta.” Pieni osa naisista koki synnytyssalin äänet pelottaviksi ja ahdistaviksi, kuten eräs äiti kuvaa: ” 1. lapsen synnyttäminen (v. 96 [paikkakunta]) ilman valmennusta oli ahdistavaa ja varsinkin kuin joudin makaamaan ja odottamaan synnytyssalin vieressä (melk. synnytyssalissa) synnytystä... synnytyssaleista kuulu niin hirveitä ääniä, että aloin pelkäämään omaa synnytystä.”

**Osallistumattomuus päätöksentekoon** -luokka (kuvio 14) käsitti yhteensä 156 tekstiotetta. Sillä tarkoitettiin naisten toiveiden ja tuntemuksien ohittamista päätöksenteossa (101 tekstiotetta), asiantuntijan ehdotonta päätöstä (50 tekstiotetta), valinnan mahdollisuuden epäämistä (15 tekstiotetta) ja synnyttäjän vastuuttamista päätöksenteosta (5 tekstiotetta) synnytyksen aikana.



**Kuvio 14.** Osallistumattomuus päätöksentekoon -kategoria ja tekstioteiden määrät

Eniten osallistumattomuutta päätöksentekoon naiset kuvasivat tekstioteilla, jotka käsitteivät naisten toiveiden ja tunteiden ohittamista päätöksenteossa. Naiset pyrkivät synnytyksen aikana aktiivisesti tuomaan esille toivomuksiaan, mielipiteitään ja tunteitaan ja siten osallistumaan päätösten tekemiseen, mutta asiantuntijat eivät ottaneet niitä huomioon päätöksentekotilanteissa. Naiset olivat pettyneitä siihen, ettei heidän kanssaan edes keskusteltu päätöksentekotilanteissa, mitä he kuvasivat esimerkiksi seuraavasti:

”Synnytyksissä (v. 1998 ja 2000) [keskussairaala] olisin halunnut olla vedessä, mutta siihen ei annettu mahdollisuutta, siitä ei edes puhuttu/keskusteltu kanssani. Se tuntui tosi pahalta.”

”1. synnytys [sairaala ja paikkakunta] v. 1995. Kätilö vaihtui kesken synnytyksen. Uusi kätilö ei uskonut minua, kun varsinainen synnytys oli mielestäni jo lähellä. Hän ei suostunut edes tutkimaan tilannetta...”

Asiantuntijat, lääkärit ja kätilöt tekivät äidin puolesta omalla auktoriteetillaan päätöksiä keskustelematta tai neuvottelematta niistä ollenkaan synnyttäjän kanssa. Eräs äiti kertoo synnytyksensä päätöksentekotilannetta seuraavalla tavalla: ”Lääkäri käveli huoneeseen ja totesi ’leikataan’. Ja lähti selittelemättä pois.” Synnytystä hoitava henkilökunta teki yksipuolisia päätöksiä myös asioissa, joissa he olisivat voineet aivan hyvin kuunnella synnyttäjän mielipidettä ja keskustella päätöksestä etukäteen hänen kanssaan. Tätä kuvattiin naisten kertomuksissa mm. näin:

”Kielteisin kokemus liittyy juuri tyttäreni synnytykseen ja kokeneeseen lääkäriin [sairaala], joka ilman sen enempää juttelematta, neuvottelematta päättää tehdä toisin kuin on jo sovittu.”

”V. 1997 synnytys [paikkakunta]... En ollut pyytänyt puudutusta, vaan se oli kättilön valinta...”

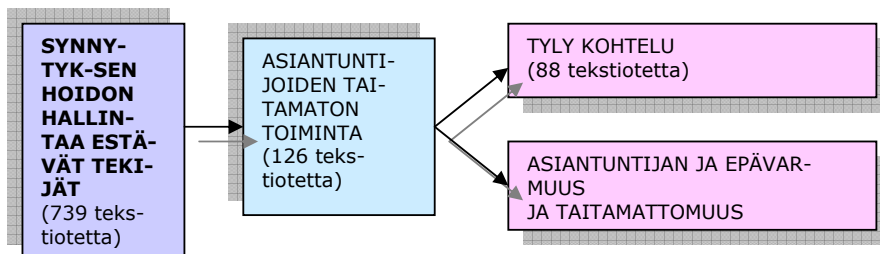
Asiantuntija ei ota todesta eikä usko äidin tuntemuksia kuten esimerkiksi sitä, että synnytys on todella käynnissä tai että lapsi syntyy pian. Eräs nainen kertoi siitä näin:

” Synnytyssairaalassa (jopa 4. lapsen kohdalla) ei kättilöt ikinä usko, kuinka nopeita synnytykset ovat ja kuinka nopeasti ne etenevät.... Äidin omia tuntemuksia ei oteta tosissaan vakavasti...”

Synnyttävälle naiselle ei annettu valinnan mahdollisuuksia, jotta hän voisi edes päättää hoidostaan. Nainen ei saanut valita mm. synnytystapaa eikä -asentoa, kipulääkityksen ottamista tai sen ottamatta jättämistä. ”En saanut itse valita synnytysasentoa”, oli varsin yleinen maininta naisten kertomuksissa. ”Synnytyksessä ei annettu mitään vaihtoehtoja synnytysasentoihin tai -tapoihin, ensimmä. synnytys. Pitää paremmin kuulla asiakasta”, totesi yksi vastanneista. Jakkaralla synnyttämistä ehdottanut synnyttäjä kertoo valinnan mahdollisuuksien niukkuudesta vuonna 1997 tapahtuneessa synnytyksessä: ”Ensimmäisessä synnytyksessä kysyin mahd. ponnistaa ”jakkaralla”. Kyllä meillä sellainen on, mutta kättilön työasento on sitten tosi hankala. ”Et sinä voi tietää haluatko todella ponnistaa jakkaralta, kun sen aika tulee”. En todella voi tietää ja minulle ei anneta edes mahdollisuutta kokeilla. ”Ja se jakkara on jossain varastossa aika kaukanakin...”

Synnyttäjät eivät kuitenkaan halunneet liikaa vastuuta synnytyksen ajan hoitopäätöksistä. He katsoivat, että esimerkiksi synnytystavasta päätöksen tekeminen hätätilanteessa oli liikaa äidille. Eräs vastaajista kertookin tästä näin: ”Kun supistelin sairaalassa yöllä, olin tietysti hyvin peloissani ja epätietoinen, että mitä nyt tapahtuu (ensiraskaus, kaksosraskaus, ei synnytysvalmennusta, reilusti ennenaikaista) ja kun supistelu vaan kiihtyi, mieslääkäri kysyi että haluanko synnyttää vai leikataanko? Silloin minä en todellakaan ollut asiantuntija sanomaan, mikä olisi molemmille lapsille parasta.”

**Asiantuntijoiden toiminta** hallintaa estävänä tekijänä (kuvio 15) esiintyi aineistossa 126 tekstiotteessa. Luokka muodostui kahdesta alaluokasta: tyly kohtelu (88 tekstiotetta) sekä asiantuntijan epävarmuus ja taitamattomuus (38 tekstiotetta).



**Kuvio 15.** Asiantuntijoiden taitamaton toiminta -kategoria ja tekstiotteiden määrät

Tyly ja epäystävällinen synnytyslääkäri tai kätilö esti naisen hallintaa esimerkiksi siten, ettei nainen uskaltanut tai halunnut esittää mielipiteitään tai kysyä hoitoaan koskevista asioista eikä esittää mielipiteitään tai toivomuksiaan, ilmapiiri muodostui kireäksi synnytyssalissa eikä nainen kokenut saavansa tukea tai lohtua ammattilaiselta. Tylystä kohtelusta kerrottiin esimerkiksi seuraavasti:

”[kätilö] tuli paikalle vasta kun lapsi oli jo syntymässä, oli sittenkin todella tyly.”

”Ensisynnyttäjänä sain kamalan kätilön, hän komenteli ja määräili ja oli hyvin tyly. Ensisynnyttäjän en osannut panna hanttiin tai kyseenalaistaa. Onneksi synnytys oli lyhyt ja minä vahvan itsetunnon omaava. Muuten olisi kyllä saattanut jättää lastenteon ensimmäiseen ja pelkästään kauhean kätilön takia!”

”V. -95 ensimmäisen synnytyksen yhteydessä annettaessa kohdunkaulapuudutusta. Lääkäri oli yliolkainen, ei kohdellut minua lainkaan ihmisenä ja totesi lopuksi, että taisi tulla laitettua liian aikaisin...”

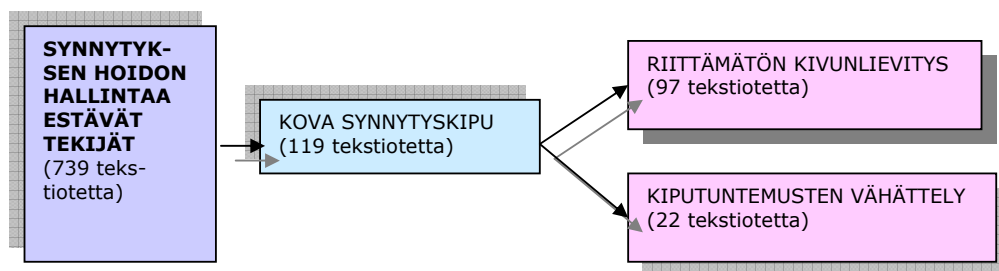
Kätilön tai lääkärin epävarmuus ja taitamattomuus heikensivät naisen hallinnan kokemusta. ”Vauvan sydänäännet heikkeni, kätilö hätäntyi ja sai minutkin säikäytettyä vaikkei loppujen lopuksi hätää ollutkaan...” Samoin tekivät asiantuntijoiden vaihtuvat mielipiteet ja näkemykset siitä, kuinka naista ja synnytystä tulee hoitaa. Naiset kuvasivat tilanteita, joissa kätilö oli mennyt paniikkiin eikä tiennyt mitä tehdä tai ”arpoi” ääneen äidin läsnä ollessa, mitä pitäisi tehdä seuraavaksi. Myös toimenpiteiden tekeminen epävarmasti ja taitamattomasti herätti epäluottamusta ja pelkoa synnyttäjissä. Taitamatonta asiantuntijan toimintaa luonnehdittiin seuraavasti:

”Kätilö ”arpoi ääneen” annettaisiinko sitä epiduraalia nyt vai ei: ja olin todella kipeä. Sitä ei annettu. Jälkikäteen mietin sitä usein – koin ”turvattu-muutta” siinä tilanteessa.”

”... Kätilö ei oikein tuntunut tietävän mitä pitäisi tehdä. Tunsin turvattu-  
muutta hänen hoidossaan.”

”...Vauva syntyi lakitarjonnassa, jäi päästään kiinni synnytyskanavaan, na-  
panuorasta hirtoksissa. Alakautta vaan piti ponnistaa (3½ h) ja viimein kii-  
rellinen sektio. 3 lääkäriä hoiti synnytystäni ja 2 epävarmoja ja joiden pää-  
tösten mukaan synnytys hoidettiin (pitkitettiin). Ei herättänyt luottamus-  
ta...”

**Kova synnytyskipu** osoittautui naisten kuvauksissa yhdeksi merkittäväksi hallintaa heikentäväksi seikaksi. Kipuun liittyen naiset kuvasivat puutteellista kivunlievitystä 97 tekstiotteella ja kiputunte-  
muksien vähättelyä 22 tekstijaksolla. (Kuvio 16).



**Kuvio 16.** Kova synnytyskipu -kategoria ja tekstiotteiden määrät

Kova synnytyskipu ja sen puutteellinen lievittäminen estivät naisen hallintaa. Naiset kuvailivat, että olivat voimattomia esittämään toivomuksiaan kivuliaina tai että kipu oli niin kova, ettei jaksanut pitää puoliaan. He kokivat, ettei kukaan kuunnellut heidän tuskaansa, tai tuli tunne, ettei kukaan voi auttaa. Kovin kivuliaina naiset haluaisivat, että asiantuntija ottaisi pääasiallisen vastuun ja hallinnan synnytys-  
tilanteesta. Naiset luonnehtivat vastauksissaan kovaa synnytyskipua näin:

”Kontrollin menettämisen tunne ja ylivoimainen kipu ja tunne, ettei apua  
voida riittävästi antaa, koska synnytys oli siinä vaiheessa. Tapahtui kesällä  
[kuukausi] /02.”

”Molemmat synnytyksistä [kuukausi]/-97 ja [kuukausi]/-99 synnytyksistä  
vauhditettiin oksitosiinitipalla<sup>12</sup>, kun eivät edenneet. Lopulta loppuavautu-  
minen meni todella nopeasti enkä ehtinyt saada muuta kivunlievitystä kuin

<sup>12</sup> Oksitosiini on aivolisäkkeen takalohkon hormoni, joka saa aikaan kohdun supistuksia. Oksitosiinia lääkevalmis-  
teena käytetään synnytyksen käynnistämiseen ja kohdun supistusten voimistamiseen. (ks. tarkemmin Ylikorkala  
& Kauppila 1996, 392–393).



ilokaasu. Sekin säädettiin lopussa pelkälle hapelle koska 'turvauduin' siihen liikaa. Olin tajunnan ääri rajoilla koska olin niin kipeä. Itse en voinut osallistua mihinkään, koska kaikki energia meni kipuihin ja niiden kes-  
toon."

"1. synnytys sattui niin, luulin kuoleva. Sattui niin paljon, että en voinut pyytää sanoa yhtään mitään. toivoin vain, että muut lukisivat ajatuksiani..."

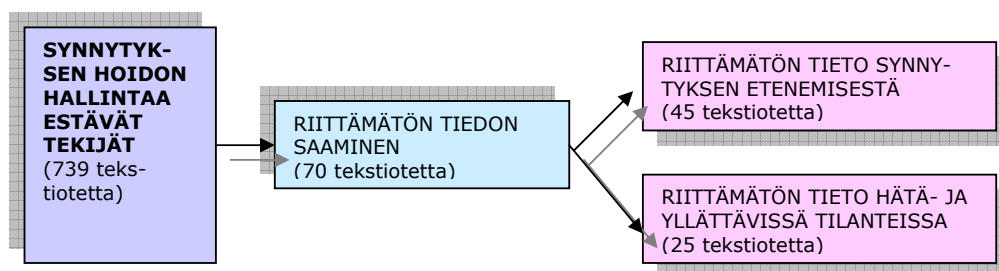
Synnyttäjät kokivat sen lisäksi, että kivunlievitys oli riittämätöntä ja että kivunlievityksen saamisen kanssa viivyteltiin. Synnyttäjä pyrki itse vaikuttamaan tilanteeseen pyytämällä kivunlievitystä, mutta sitä ei ehditty antaa hänelle tai se tuli liian myöhään. Kovaan kipuun hallintaa haittaavana tekijänä liittyi myös naisten kiputuntemuksien aliarviointi. Asiantuntijat, lähinnä kätilö, eivät uskoneet supistuk-  
sien rajuutta vaan väheksyivät niitä. Tämä on yhteydessä synnyttäjän kokemukseen puutteelli-  
sesta tai liian myöhään saadusta kivunlievityksestä. Riittämättömästä kivunlievityksestä naiset kuva-  
vat mm. alla olevin esimerkein:

"V. 1998 toisen lapsen syntymä, kätilö ei ottanut minua lainkaan huomioon, vähätteli kipuja, ei antanut mitään apua pyynnöstä huolimatta..."

"Negatiivisesti mieleeni on jäänyt hetki ennen ponnistusvaihetta, kun kätilö nauroi pyydettyäni kivunlievitystä. Hän sanoi, että ensin täytyy tulla kipeäs-  
ti ennen kuin saa kipulääkitystä..."

"Synnytyksen aikana, kun supistukset alkoivat tuntua sietämättömiltä, vuo-  
rossa ollut kätilö ei toistuvista kutsuista huolimatta tullut huoneeseen eikä  
ensin ottanut todesta epiduraalipuudutuspyyntöäni. Silloin olo tuntui tosi  
avuttomalta ja mieleen jäi pelko ja epäluottamus...Tapahtumasta 1 v 9kk."

**Tiedon riittämättömyyden** luokka (kuvio 17) sisälsi 70 tekstiotetta ja se jakaantui kahteen alaluok-  
kaan: riittämätön tieto synnytyksen etenemisestä ja toimenpiteistä (45 tekstiotetta) sekä riittämätön  
tieto hätä- ja yllättävissä tilanteissa (25 tekstiotetta).



**Kuvio 17.** Riittämätön tiedon saaminen -kategoria ja tekstiotteiden määrät

Naiset kokivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa synnytyksen etenemisestä. Heille ei kerrottu, mitä synnytyksessä on odotettavissa, sen aikana tehdyistä toimenpiteistä, mm. imukupista tai suorite-  
tuista tutkimuksista. Synnyttäjän oli vaikea hallita synnytystilannetta, koska hän ei saanut riittävästi tietoa siitä, missä synnytyksessä mennään, mihin tulee ja kannattaa valmistautua. Eräs nainen kertoo esimerkin riittämättömästä tiedon saamisesta:

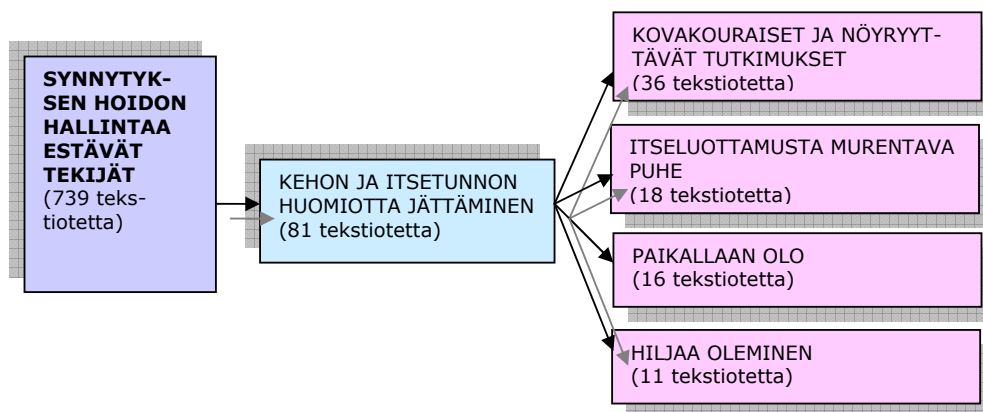
” Vuosi sitten sama synnytys...asioista ei puhuttu minulle, en tiennyt missä mennään ja kätilö korjaili laitteita eikä ollut tukenani synnytyksessä... olin yksin paniikissa kaikesta...”

Synnytyksen hätätilanteissa ja tilanteissa, joissa synnytyksen kulku ratkaisevasti muuttui, katsottiin tiedon saamisen olleen myös liian vähäistä. Hätä- ja kiireellisissä tilanteissa naisille ei esimerkiksi selvitetty riittävästi, miksi synnytys joudutaan päättämään keisarileikkauksella, mitä tapahtuu lapselle, miksi synnytys ei edisty. Koska naiset eivät saaneet tarpeeksi tietoa siitä, miksi alateitse synnyttäminen ei onnistunut, alkoivat he syyttää itseään siitä ja kokivat epäonnistuneensa synnyttäjänä. Hätätilanteissa annetut vastaukset saatettiin kokea myös epämääräisiksi ja enemmänkin pelkoa herättäviksi kuin hal-  
lintaa tukeviksi, kuten seuraavat esimerkit osoittavat:

”1998 [keskussairaala] Rv 35 + 4 kun kaksoset syntyivät hätäsektiolla. A:n pää ja B:n jalka olivat tulossa yhtä aikaa synnytyskanavaan. Minulle ei juu-  
rikaan ehditty selvittämään tilannetta. Muistan vain, että juosten vietiin sän-  
gyllä ja lujaa. Kyseltiin, mitä oot syönyt, paljonko ja mihin aikaan. Oli kyllä  
itselle niin epävarma olo!”

”Kun lääkäri teki päätöksen keisarileikkauksesta (synnytys kestänyt 25 h),  
koin että syy oli täysin minun kykenemättömyydessä synnyttää alateitse ja  
että olin hankala esittäessäni toiveen sektioista. Olisi edes kertonut joitain  
syytä, miksi synnytys ei edennyt.”

Sisältöluokka, joka nimettiin **kehon ja itsetunnon huomiotta jättämiseksi**, käsitti 81 tekstiotetta (kuvio 18). Se jakaantui neljään alaluokkaan: kovakouraiset ja nöyryyttävät tutkimukset (36 tekstiotet-  
ta), itseluottamusta murentava puhe (18 tekstiotetta), paikallaan olo (16 tekstiotetta) ja hiljaa oleminen (11 tekstiotetta).



**Kuvio 18.** Kehollisuuden ja itsetunnon huomiotta jättäminen -kategoria ja tekstiotteiden määrät

Kovakouraisesti tehdyt sisätutkimukset rikkoivat naisten kehon eheyttä ja hallintaa. Naiset kokivat tutkimustilanteet alentavina ja naiseutta loukkaavina. He joutuivat kokemaan häpeää kehostaan. Nöyryyttävinä tutkimuksina naiset kuvasivat myös tilanteita, joissa he kokivat olevansa kuin esineitä, liukuhihnalla, ja kun sisätutkimuksen tekemistä oli seuraamassa liian monta ja ylimääräistä henkilöä. Sisätutkimusten suorittamista kuvattiin naisten kertomuksissa seuraavasti:

”1. lapseni synnytyksen käynnistäminen useita vuorokausia. Tyly lääkäri, jalat levälleen ja käsiksi ilman lämmittelyä...”

”Synnytys (1.) lokakuussa 2002...Jalat laitettiin telineille ja niin leveälle, tuntui että koko kroppa repeää. Tämän vuoksi sain kauheat repeämät, koska sattui ihan hirveästi jo ilmankin olla luonnottomassa asennossa. Koko synnytys on aivan eläimellistä toimintaa, siinä ei paljon ihmisarvoa kunnioiteta.”

Itseluottamusta murentavalla puheella tarkoitettiin asiantuntijan ilmauksia, jotka viittasivat siihen, ettei synnyttäjää osannut synnyttää tai ponnistaa oikein eikä toimia ohjeiden mukaan. Tällaisella puheella oli vaikutusta siihen, kuinka synnyttäjä koki arvostavansa itseään tuoreena äitinä ja myöhemmin naisena. Asiantuntijan puheiden aikaansaamat tai niiden aktivoimana kokemukset huonoudesta synnyttäjänä seurasivat ja pohdituttivat naisia pitkään. Asiantuntijan kommentoinnista kirjoitettiin näin:

” Synnytykseni, 2 vuotta 3 kuukautta sitten...Kun viimeisillä voimillani pyysin sitä [ettei tehtäisi välilihan leikkausta], kättilö tuhahti: ”Olisi se mahtunut, jos olisit vielä kerran jaksanut.” Tunsin niin häpeää siitä, etten jaksanut...”

” Hän [kättilö] haukkui minua, en osannut mitään, puristin liikaa miestäni, huusin turhaan...Kieltämättä toisen lapsen synnyttämään meno pelotti entisestäänkin tämän jälkeen.”

Sängyssä paikallaan, perinteisessä synnytysasennossa oleminen ei rohkaissut naista olemaan synnytyksessään aktiivinen toimija. Selällään synnyttämisen sai naisen tuntemaan itsensä alistetuksi ja avuttomaksi. Eräs tutkimukseen osallistunut nainen kuvailee synnyttämistään makuuasennossa seuraavasti:

”Viimeisen synnytykseni yhteydessä (-96). En saanut nousta istuma-asentoon ponnistaessani, vaan minua makuutettiin selällään. Tunsin itseni avuttomaksi ja nöyryytetyksi...”

Kättilö kielsi naisia huutamasta tai äänтелеvästä synnytyksessä. Tällaista tilannetta kuvattiin näin: ”Synnytystilanteessa vanhempi kättilö ärjäisi, että suu kiinni ja laita nekin voivat ponnistukseen, vaikka en edes huutamalla huutanut, vaan ”ynisin” kivusta.” Toinen nainen kuvaa kohteluaan synnytyksessä seuraavalla tavalla: ”1. synnytyksessä kiellettiin pitämästä ääntä, kun muut pelästyy. 2. synnytyksessä [paikkakunta], jos tuli itku, sait kuulla, ettei tällaiseen itsesääliin kannata vajota...” Edellä kuvatuilla kielloilla evättiin naisen omat kehonsa hallintayritykset ja samalla kiistettiin naisen kehollisuus ja sen merkitys synnytyksessä.

### **Yhteenveto**

Naiset kokivat synnytyksen hoidon aikaista hallintaansa vaikeuttavan eniten epävarmuutta herättävän hoitoympäristön. Synnytyksessä epävarmuutta aiheuttivat yksin oleminen ja yksin jääminen. Pitääkseen yllä tilanteen hallintaa naiset kaipasivat ensisijaisesti kättilön mutta ajoittain myös lääkärin läsnäoloa synnytyksessä. Synnytyksen odottamattomat ja yllättävät käänteet heikensivät hallinnan tunnetta, sillä tuolloin synnytys ei ollut ennustettavissa ja siihen liittyi huolta sekä lapsen että omasta hyvinvoinnista. Kiireellisissä ja hätätilanteissa unohtui usein kertoa naiselle, mitä siinä tapahtuu ja miksi, mikä puolestaan lisäsi entisestään naisen epävarmuutta. Odottaminen heikensi hallinnan tunnetta, sillä naiset joutuivat odottamaan hätääntyneinä ja supistuksissaan mm. lääkäriä tai kivunlievityksen saamista. Toisaalta myös kiireen katsottiin olevan epäedullista hallinnalle. Naisesta tuntui, ettei kiireessä kukaan ehdi paneutua hänen asioihinsa. Kiire lisää myös synnytystilanteen levottomuutta ja kaoottisuutta. Pienelle osalle naisista sairaalan laitteet ja ympäristö tehostivat hallinnan kokemusta. Laitteet tuottivat tietoa ja varmistivat syntyvän lapsen hyvinvointia. Sairaalaympäristön osa naisista koki olevan sinällään turvallisuutta lisäävä, koska sairaalassa apu oli lähellä. Vielä pienemmälle osalle naisista synnytyssalin äänet olivat pelottavia ja siten omaa hallinnan tunnetta horjuttavia.

Seuraavaksi eniten hallintaa estävät tekstiotteet koskivat sitä, ettei naisella ollut mahdollisuutta osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon. Hoidossa päätöksiä tehtäessä naisen toiveet ja mielipiteet

ohitettiin, eikä niillä ollut vaikutusta päätöksentekoon. Asiantuntija teki myös täysin yksipuolisesti jotkut päätökset keskustelematta niistä lainkaan synnyttäjän kanssa. Synnyttävälle naiselle ei myöskään annettu valinnan mahdollisuuksia, mikä kavensi entisestään naisen mahdollisuuksia hallita tilannetta. Toisaalta naiset eivät halunneet liikaa vastuuta päätöksenteosta. Synnyttäjät tunsivat epävarmuutta, mikäli heitä vastuutettiin liikaa päätöksistä, joiden he katsoivat kuuluvan selvästi asiantuntijan osaamiseen.

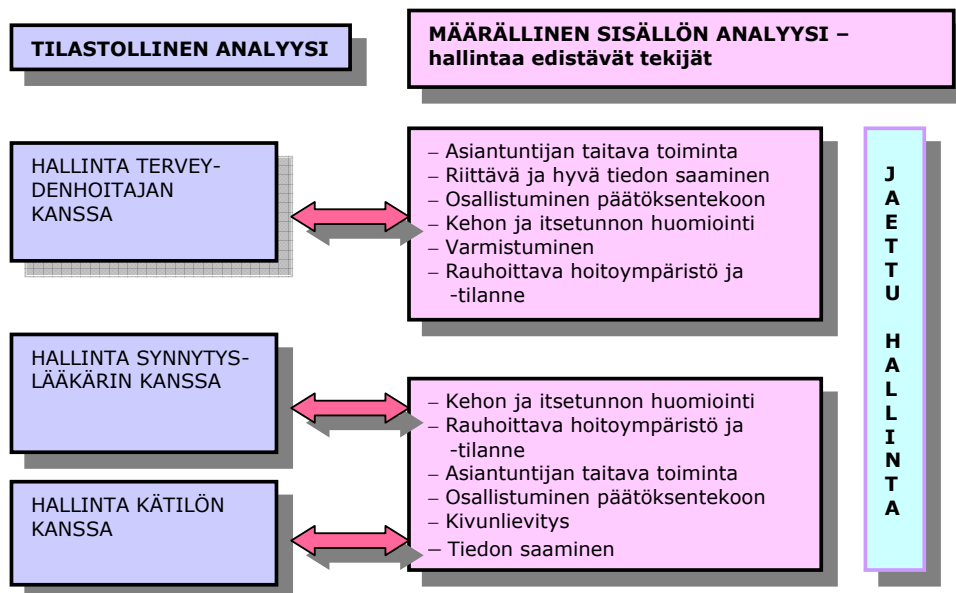
Asiantuntijoiden toiminnassa hallintaa esti eniten naisen kohteleva tylyys. Synnyttäjä ei rohjennut kysyä asiantuntijalta mitään eikä esittää omia mielipiteitään. Tylysti käyttäytyvä asiantuntija väritti koko tilanteen kielteiseksi. Ammattilaisen epävarmuus aiheutti epäluottamuksen synnyttäjässä ja huononsi näin hallinnan kokemusta. Epävarmuudella tarkoitettiin esimerkiksi ammattilaisen taitamaton toimenpiteiden suorittamista, tietämättömyyttä, hätäntymistä tai mielipiteiden vaihtumista usein.

Kivuliaana nainen ei pysty totuttamaan eikä ylläpitämään hallintaa synnytyksessä vaan keskittymiskyky ja voimat hupeni kivun kanssa selviytymiseen. Riittävä kivunlievitys vapauttaa synnyttäjän energian, ja hän pystyy hahmottamaan ja kontrolloimaan tilannetta paremmin. Kätilöt eivät aina usko naisen kipua vaan vähättelevät sitä. Tämä viestitti siitä, ettei naisen omiin tuntemuksiin luotettu. Riittämätön tieto synnytyksen etenemisestä ja synnytystoimenpiteistä vaikeuttaa hallintaa, sillä nainen ei pysty orientoitumaan synnytysprosessiin eikä hahmottamaan omaa toimintaansa siinä. Jos nainen on tietämätön, synnytystilanne näyttäytyy hänelle kaoottisena ja sekavana. Sopiva tieto komplisoituneissa tilanteissa on välttämätöntä hallinnan kannalta, sillä näissä tilanteissa hallinnan ylläpitäminen on hyvin haasteellista. Nainen tarvitsee tuolloin yksilölliseen tilanteeseensa perustuvaa tietoa. Hätätilanteessa annettava ei saa olla epämääräistä, sillä se herättää naisessa enemmän turvattomuutta kuin luottamusta.

Kovakouraisesti suoritettut tutkimukset rikkoivat synnyttäjän kehon hallinnan kokemusta sekä kehon eheyttä. Asiantuntijat kommentoivat negatiivisesti naisen selviytymistä tai toimintaa synnytyksessä. Kommentit saivat synnyttäjät tuntemaan itsensä epäonnistuneiksi. Kun synnyttäjä joutui olemaan paljon paikallaan synnytyksessä ja häntä kiellettiin huutamasta tai muuten ääntelemästä, samalla häntä kiellettiin kuuntelemasta kehoaan synnytyksessä ja evättiin omat kehon ja tilanteen hallintapyrkimykset.

## 7.5 Hallinta tilastollisen analyysin ja avoimien vastausten sisällön analyysin perusteella

Tutkimuksessa esitettiin työhypoteesi, jonka mukaan naisen hallinta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana muodostuu päätöksentekoon osallistumisesta, tiedon saamisesta sekä kehon ja itsetunnon huomioon ottamisesta. Asetettu hypoteesi kumoutui tilastollisen analyysin tuloksen perusteella. Faktorianalyysissa ei ollut mahdollista erotella em. naisen hallinnan osa-alueita, vaan hallintaa ilmentävät muuttujat asettuivat kaikki yhdelle ja samalle faktorille kunkin ammattiryhmän kohdalla. Naisen hallintaa ja tilastollista analyysia käsiteltiin tarkemmin kappaleessa 7.2. Sen sijaan naisten avoimien kysymysten vastausten määrällisen sisällön analyysin tuloksena naisen hallinnasta piirtyi moniulotteisempi kuvaus (kuvio 19).



**Kuvio 19.** Kuvaus hallinnasta tilastollisen analyysin ja avoimien kysymysten vastausten sisällön analyysin perusteella

Sisällön analyysin perusteella terveydenhoitajan kanssa raskauden aikaiseen hallintaan liitettiin asiantuntijan taitavana toiminta, tiedon saaminen, päätöksentekoon osallistuminen, kehon ja itsetunnon huomioiminen, varmistuminen ja rauhoittava hoitoympäristö. Synnytyksen aikana, yhteistyösuhteessa synnytyslääkärin ja kättilön kanssa hallintaan yhdistettiin samoja tekijöitä kuin edellä, mutta lisäksi myös kivunlievitys. Hallinnan eri osa-alueet saivat erilaisen painoarvon raskaudessa ja synnytyksessä. Synnytyksen aikaisessa hallinnassa painottuivat raskautta enemmän kehollisuuden ja rauhoittavan hoitoympäristön ja hoitotilanteen teemat.

Naisen hallinnan sisältöön liittyvää tulosta voidaan tulkita kahdella tavalla. Ensimmäinen tulkinta tukee työn lähtökohtana ollutta ajatusta hallinnan vahvasta suhteellisuudesta ja vuorovaikutuksellisuudesta (ks. Walker, Hall & Thomas 1995, Weaver 1998). Hallinnalle on oletettua merkittävämpää suhde asiantuntijan ja naisen välillä. Juuri tämä suhde säätelee ainakin raskauden ja synnytyksen aikaista hallintaa huomattavasti. Suhde asiantuntijaan osoittautui aineistossa niin keskeiseksi tekijäksi, etteivät muut hallinnan komponentit selkeästi erottuneet.

Toinen tulkinta hakee selitystä hallinnan tutkimisen lähestymistavasta ja metodologiasta. Tässä tutkimuksessa hallintaa eri ulottuvuuksineen ei voitu tavoittaa määrällisellä lähestymistavalla ja asetelmalla kuin vähäisin osin. Vaikka hallintaan liittyvät osatekijät onnistuttaisiinkin selkeästi rajaamaan, näinkin abstraktin käsitteen kuvaamiseen on esitettävissä vain rajallinen määrä kysymyksiä, jotka kattaisivat koko käsitteen. Hallintaa tuleekin seuraavaksi lähestyä sen kokemuksellisuudesta ja sen laatuominaisuuksista lähtien. Merkitysten erot ja tilastollisten analyysimenetelmien kyvyttömyys tavoittaa niitä eroja, on eräs kvantitatiivisen tutkimuksen ongelma. Kvantitatiiviset tutkimustavat perustuvat kaikki jollakin tavoin samuudelle. Kysymysten tai mittarin merkityksen oletetaan oleva vastaajille samankaltainen, jolloin pystytään luomaan yleinen kuvaus ilmiöstä. (Ronkainen 2004.) Samuuden olettamusta on tässä tutkimuksessa rikottu kuvaamalla naisten kokemuksiin pohjautuvat tulokset hallintaa edistävästä tekijöistä, joiden mukaan kuva hallinnasta piirtyi tilastollisen analyysin tuottamaa kuvaa huomattavasti rikkaammaksi ja moniulotteisemmaksi. Määrällisen sisällön analyysin avulla naisten kertomuksista hahmottui myös jaettu hallinta, jossa sekä nainen että asiantuntija osallistuvat yhdessä hallinnan toteutumiseen raskauden ja synnytyksen aikana. Hallinnan sisällön määrittäminen vaatii siis vielä lisätutkimusta.

## **7.6 Äitiyshuollon palvelujärjestelmän tulevaisuuden kehittämishaasteet**

Naisten esittämät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämistarpeet luokiteltiin viiteen sisältöluokkaan: äitiyshuollon palveluiden rakenteisiin ja järjestämiseen (158 tekstiotetta), organisaatioiden toimintaan (226 tekstiotetta), äitiyshuollon toiminnan painotuksiin (712 tekstiotetta), asiantuntijoihin sekä naisen hallintaan (127 tekstiotetta) ja osallistumisen mahdollisuuksiin (547 tekstiotetta) liittyvät kehittämistarpeet (taulukot 19 - 23).

Äitiyshuollon palveluiden rakenteisiin ja järjestämiseen kytkeytyvissä kehittämishaasteissa (taulukko 19) painottuivat toiveet henkilökunnan lisäämisestä, jolla on yhtymäkohtia myöhemmin esitettäviin odotuksiin siitä, että henkilökunnalla, eritoten äitiysneuvolan terveydenhoitaja-kätilöllä ja synnytystä hoitavalla kätilöllä olisi riittävästi aikaa äidille. Naiset toivoivat nykyistä enemmän kodinomaisuutta

tiloihin ja sisutukseen synnytyssairaalassa. He katsoivat, että myös pieniä synnytysyksiköitä tulee olla ja ne tulee säilyttää maassamme. Naisen tulisi tulevaisuudessa saada valita, missä synnytyssairaalassa hän synnyttää sekä valita hoitava henkilö. Kehittämishaasteena naiset ilmoittivat nykyisen neuvolaverkoston säilymisen turvaamisen ja sen, ettei sen toimintaa kustannussyistä supisteta. Jonkin verran vastaajat ilmaisivat toiveita vaihtoehtoisista synnytyspaikoista, kuten polikliinisen ja kotisynnytyksen mahdollisuuden lisäämisen. Yksittäisistä kehittämishaasteista naiset mainitsivat, että äitiysneuvolan työntekijänä tulisi olla kättilö eikä terveydenhoitaja, ja äitiysneuvolakättilön toimenkuvaa tulisi laajentaa siten, että "turhat" käynnit äitiyspoliklinikalla jäisivät pois.

**Taulukko 19.** Äitiyshuollon palveluiden rakenteisiin ja järjestämiseen liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet

<b>ÄITIYSHUOLLON PALVELUIDEN RAKENTEET JA JÄRJESTÄMINEN</b>	<b>TEKSTI- OTTEET (kpl)</b>	
Lisää henkilökuntaa	35	tekstiotetta
Lisää perhe- ja yksityishuoneita, kodinomaisuutta tiloihin ja sisutukseen	32	"
Pienten synnytysyksiköiden säilyttäminen	22	"
Enemmän päätösvaltaa naiselle äitiyshuollossa valita esim. synnytyssairaala, hoitavan henkilö	22	"
Nykyisen neuvolaverkoston säilymisen turvaaminen	13	"
Kotisynnytyksen mahdollisuuden lisääminen	11	"
Kättilö äitiysneuvolaan	11	"
Polikliiniseen synnyttämisen mahdollisuuden lisääminen	10	"
Neuvolakättilön toimenkuvan laajentaminen	2	"
<b>Yhteensä</b>	<b>158 tekstiotetta</b>	

Organisaatioiden toimintaan liittyviä kehittämishaasteita (taulukko 20) vastaajat toivat esille kaikkiaan 226 tekstiotteella. Eniten naiset toivoivat, että äitiyshuollossa terveydenhoitajilla, kättilöillä ja lääkäreillä olisi nykyistä enemmän aikaa keskustella, vastata äidin kysymyksiin ja ohjata riittävästi. Seuraavaksi eniten tekstiotteet käsittelivät ehdotuksia äitien ja perheiden vertaistuen järjestämisestä. Naiset ehdottivat ns. ryhmäneuvolan organisoimista sekä äitien ja isien keskusteluryhmien järjestämistä synnytyksen jälkeen. Ryhmä- ja vertaistoiminnan vetäjiksi ja keskustelun ohjaajiksi toivottiin kuitenkin ammattilaista, joten toiveella ei tarkoitettu pelkästään äitien ja perheiden omaehtoista järjestäytymistä. Kehittämisehdotuksia tuli äitiysneuvolan ja sairaalan yhteistyön tiivistämiseen. Yhteistyöllä tarkoitettiin sitä, että äitiysneuvolalla ja sairaalalla olisivat yhteiset hoitolinjat ja tiedonkulku niiden välillä joustavaa. Vastaajien mukaan äitiysneuvola ja sairaala ovat osittain tietämättömiä toistensa toiminnasta



ja periaatteista, mikä aiheutti epätietoisuutta ja hämmennystä naisissa. ”Omalla kohdallani neuvolan ja sairaalan yhteistyö ei välttämättä toiminut parhaalla mahdollisella tavalla. Sairaalassa ei tiedetty miksi minut oli lähetetty sinne...” Hoitavan henkilön (kättilö, terveydenhoitaja, lääkäri) pysyvyyden ja hoidon jatkuvuuden turvaamisen raskauden ja synnytyksen aikana sekä synnytyksen jälkeen äidit katsoivat yhdeksi kehittämiskohteeksi. Hoitavan henkilön jatkuva vaihtuminen häiritsi luottamuksellisen suhteen muodostumista naisen ja työntekijän välille. Naiset joutuivat myös työntekijän vaihtuessa yhä uudelleen selittämään tilanteensa. Osa naisista toivoi sikiön ultraäänitutkimuksia lisättävän raskauden aikana. Ultraäänitutkimus konkretisoi tulevan lapsen ja lisäsi naisen turvallisuuden tunnetta ja varmuutta lapsen hyvinvoinnista. Kotikäynnit naiset kokivat edelleen tärkeiksi ja ehdottivat niiden lisäämistä. Samoin naiset esittivät, että käyntejä neuvolaan voisi olla myös järjestelmällisemmin synnytyksen jälkeen. Valtaosa neuvolan toiminnasta ja kiinnostuksesta näyttää päättyvän synnytykseen, vaikka äidin ja perheen tuen tarve ei silloin suinkaan vähene. ”Mielestäni kaikki ’hoidot’ loppuu, kun äiti tulee vauvan kanssa kotiin. Mielestäni juuri sen jälkeen tarvitsisi enemmän tukea ja seurantaa mm. imetysasioissa...”, kirjoittivat vastauksissaan eräät naiset. Synnytyksen aikaisesta hoidosta naiset halusivat, että kättilö olisi enemmän läsnä synnytyksessä eikä synnyttäjää jätettäisi yksin. Muutamissa, yksittäisissä maininnoissa naiset ehdottivat erikoislääkäripalvelujen lisäämistä raskauden aikana, ensisynnyttäjän perhe- ja synnytysvalmennuksen aloittamista nykyistä aiemmin, iltavastanottoaikojen mahdollistumista sekä mahdollisuutta Internetin kautta varata aikaa äitiysneuvolaan.

**Taulukko 20.** Organisaatioiden toimintaan liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet

ORGANISAATIOIDEN TOIMINTA	TEKSTI-OTTEET (kpl)	
Lisää aikaa keskustella, vastata kysymyksiin ja ohjata neuvolassa	46	tekstiotetta
Ryhmäneuvola, äitien ja isien keskusteluryhmät synnytyksen jälkeen, vertaistuki	34	"
Äitiysneuvolan ja sairaalan yhteistyön tiivistäminen, yhteiset hoitolinjat, joustava tiedonkulku	32	"
Hoitavan henkilön (kättilö, terveydenhoitaja, lääkäri) pysyvyys, hoidon jatkuvuus raskauden ja synnytyksen aikana sekä synnytyksen jälkeen	31	"
Lisää UÄ -tutkimuksia raskauden aikana	29	"
Useampi kotikäynti, käyntejä neuvolassa myös synnytyksen jälkeen	20	"
Kättilö enemmän läsnä synnytyksessä, ei jätetä yksin	20	"
Erikoislääkärien palveluja enemmän raskauden aikana	8	"
Ensisynnyttäjän valmennus aloitettava nykyistä aiemmin	3	"
Ilta-aikoja äitiysneuvolaan	2	"
Internetin kautta ajanvaraus äitiysneuvolaan	1	"
<b>Yhteensä</b>	<b>226</b>	<b>tekstiotetta</b>

Äitiyshuollon painotuksia ja sisältöjä koskevia kehittämistarpeita (taulukko 21) naiset tuottivat runsaasti vastauksissaan, kaiken kaikkiaan 712 tekstiotteella. Suurimmaksi kehittämistarpeeksi naiset ehdottivat nykyistä voimakkaamman isän, parisuhteen ja perheen mukaan ottamisen ja hyvinvoinnin seurannan koko palvelujärjestelmän toiminnassa. Naiset tähdensivät vastauksissaan isän aktiivisempaa osuutta ja roolia äitiyshuollossa. ”Isä voisi myös huomioda enemmän neuvolakäynneillä niin etteivät tuntisi itseään aivan ulkopuolisiksi. ” Nyt toiminta on äiti- ja naiskeskeistä. Parisuhde-, mukaan lukien seksuaalikäytösten, käsittelyn ja havainnoinnin vastaajat katsoivat jääneen liian niukalle huomiolle nykyisessä toiminnassa. Myös koko perhe ja siinä tapahtuvat muutokset lapsen syntyessä tulisi ottaa nykyistä kokonaisvaltaisemmin äitiyshuollon toiminnan lähtökohdaksi. ”Tekninen puoli ja sikiön/vauvan hoito ja seuranta toimii. Enemmän tahtoisin keskittymistä siihen täydelliseen muutokseen mitä vauvan syntymä perheessä ja parisuhteessa.”

Seuraavaksi tärkeimmäksi kehittämisen alueeksi muodostui laajasti ymmärrettynä synnytyksen jälkeinen aika. Vastaajat kokivat, että äitien tulisi paremmin mm. antaa levätä sairaalassa synnytyksen jälkeen, rohkaista omaan pystyvyyteen äitinä, tukea jaksamisessa äitinä ja valmistaa vauvaperheen arkea varten. He totesivat vastauksissaan, että äidin hyvinvoinnin seuranta ja tukeminen unohtuu synnytyksen jälkeen. Valtaosan neuvolan huomiosta vie lapsi ja lapsen terveyden seuranta, joskus äidin voinnin tarkkailun kustannuksellakin. Kehittämistä kaipaavat selkeästi myös äidin synnytyksen jälkeisen mielialan havainnointi ja masennuksen tunnistaminen ja hoito, sillä niitä kuvattiin peräti 105 tekstiotteella. Äitiyshuollon toiminnan pitäisi olla nykyistä yksilöllisempää. Naiset painottivat yksilöllisen kohtelun ja palvelun merkitystä esimerkiksi ohjauksessa ja sen sisällöissä, toimenpiteiden tekemisessä ja niiden tapauskohtaisessa harkinnassa, äitiysneuvolakäyntien sisällöissä ja käyntien taajuudessa. ” Enemmän yksilöllisyyttä ja ’kuuntelua’ ihmiset tarvitsevat eri tavalla tietoa eri asioista!” Osittain mielialankysymyksiin integroitava kehittämistarve on myös toive äidin synnytyspelkojen vakavasti ottamisesta. Naiset tunsivat, että henkilökunta vähättelee ja mitätöi naisen pelkokokemusta.

Naisten antamien vastausten perusteella myös yllättäviä, kielteisiä, riskejä ja poikkeavia asioita, kuten hätäkeisarileikkausta, ennen aikaista synnytystä, imukuppisynnytystä, voimakasta synnytyskipua sekä lapsen vammautumista, on käsiteltävä äitiysneuvolassa nykyistä enemmän ja rohkeammin. ”Keskosen syntymisen mahdollisuudet ja riskit esille neuvolassa jo varhain...” Naiset toivovat, että raskaudesta, synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä ajasta heille annetaan realistinen kuva. Erääksi tärkeäksi äitiyshuollon toiminnan sisältöalueeksi määrittyi äitien ja perheiden päihdeongelman nykyistä kokonaisvaltaisempi huomioon ottaminen ja hoidon kehittäminen. Imetykseen liittyvien ongelmien ennalakoiva käsittely ja ongelmanratkaisu naista syyllistämättä nähtiin naisten vastauksissa erääksi kehittämisaikana. Tulevaisuuden äitiyshuollossa tulee huomioida synnytyksen luonnollisuus sekä tukea synnytystapahtuman mahdollisimman luonnonmukaista etenemistä. ”Tekniikan kehittyessä haasteena

säilyttää tapahtumat vastaamaan luonnonmukaista seuranta ja synnytystä." Osa naisista taas odottaa nykyistä tehokkaampaa sikiön vammaisuuden ja terveyden tarkempaa seulontaa äitiyshuollossa. Yksittäiset kehittämistarpeet käsittelivät perhevalmennusta, jonka koettiin sisältävän liikaa itsestäänselvyksiä. Yksittäisissä toiveissa toivottiin enemmän huomioitavan uudelleensynnyttäjiä sekä käsiteltävän monikkoraskauksiin liittyviä erityiskysymyksiä.

**Taulukko 21.** Äitiyshuollon toiminnan painotuksiin ja sisältöihin liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet

ÄITIYSHUOLLON TOIMINNAN PAINOTUKSET JA SISÄLLÖT	TEKSTI-OTTEET (kpl)	
Enemmän isän, parisuhteen ja perheen huomiointia koko palvelujärjestelmässä	130	tekstiotetta
Enemmän huomiota synnytyksen jälkeiseen aikaan ja äitiin synnytyksen jälkeen (mm. sairaalan rutiinit, lepo, rohkaisu omaan pystyvyyteen äitinä, äidin jaksaminen, vauvaperheen arki)	109	"
Enemmän synnytyksen jälkeiseen mielialaan huomiota, masennuksen tunnistaminen ja hoito	105	"
Yksilöllisempää kohtelua ja palvelua (ohjaus, toimenpiteiden tekeminen, äitiysneuvolakäynnit ja niiden sisällöt)	94	"
Äidin synnytyspelkojen huomiointi ja niiden ottaminen vakavasti	54	"
Myös yllättäviä, kielteisiä, riskejä ja poikkeavia asioita käsiteltävä äitiysneuvolassa, annettava realistinen kuva niistä	49	"
Äitien ja perheiden päihdeongelmaan lisää huomiota sekä hoidon kehittämistä	48	"
Imetykseen liittyvien ongelmien ennakkoiva käsittely ja ongelmanratkaisu syylistämättä	36	"
Painotus synnytyksen luonnonmukaisuuteen	32	"
Sikiön vammaisuuden ja terveyden tarkka seulonta	32	"
Perhevalmennuksessa liikaa itsestäänselvyksiä	11	"
Enemmän huomiota myös uudelleensynnyttäjiin	6	"
Monikkoraskauksiin liittyvät erityiskysymykset	6	"
<b>Yhteensä</b>	<b>712</b>	<b>tekstiotetta</b>

Asiantuntijoita koskeissa tulevaisuuden kehittämisvaateissa (taulukko 22) tähdennettiin kätilöiden inhimillisyyttä, empaattisuutta sekä sitä, että kätilöt kunnioittaisivat äitiä enemmän. Tätä kuvasi 65 tekstiotetta. Naiset toivoivat tulevaisuudessa lääkäreiden omaavan paremmat vuorovaikutustaidot (55 tekstiotetta). "Pitäisi muistaa, että äiti on ymmärtävä, elävä ihminen myös synnytyssalissa, jonka mielipiteillä on merkitystä ja jonka yli ei puhuta, Ylimielinen lääkäri on viimeinen asia, jota synnyttävä

äiti synnytyssaliin kaipaa!!!" Muutamat naiset olivat kokeneet lääkärit kovakouraisiksi tutkimuksissaan.

**Taulukko 22.** Äitiyshuollon asiantuntijoihin liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet

ÄITIYSHUOLLON ASIAANTUNTIJAT	TEKSTI-OTTEET (kpl)
Kätilöt inhimillisempiä, empaattisempia, äitiä kunnioittavampia	65 tekstiotetta
Paremmat vuorovaikutustaidot lääkäreille	55 "
Lääkärit liian kovakouraisia	7 "
<b>Yhteensä</b>	<b>127 tekstiotetta</b>

Naisten hallintaan ja osallistumismahdollisuuksiin liittyvissä kehittämishaasteissa (taulukko 23) naiset toivat eniten esille kehittämistarpeita, jotka käsittelivät äitien toiveiden parempaa huomioon ottamista ja tuntemusten kuuntelua äitiyshuollossa. Tätä vastaajat kuvasivat mm. seuraavalla tavalla: ”Jotta asiakkaita/potilaita opittaisiin kuuntelemaan, pelot, toiveet synnytyksen suhteen. Sekä suhtautuminen asiallisesti (ei ylimielisesti) potilaan itsensä tuntemuksiin”. Tulevaisuuden äitiyshuollossa tulee myös naisen itseluottamusta, aktiivisuutta ja kannustamista omiin päätöksiin selvästi lisätä ja vahvistaa. ”Tärkeintä on pönkittää naisten luottamusta itseensä.” ;”Luotetaan äiteihin! Aktivoidaan ja innostetaan, raskaus ei ole sairaus! Uudelleensynnyttäjien ’päästäminen’ vähemmälle paapomiselle” Naiset halusivat lisää valinnan mahdollisuutta kivunlievitykseen ja kivunlievitysmenetelmiin. Naiset tahtovat lisää tietoa ja perusteita mm. synnytyksen vaiheista, eri kivunlievitysmenetelmistä, sikiödiagnostisista testeistä, joiden pohjalta he voivat tehdä valintoja hoidostaan. Erilaisten synnytysvaihtoehtojen ja -tapojen tarjoaminen sekä mahdollisuus valita niiden kesken osoittautuivat varsin tärkeiksi kehittämishaasteiksi, sillä niitä kuvattiin vastauksissa 55 tekstiotteella. Keisarileikkauksesta tahdotaan enemmän tietoa ja keskustelua, ja sen halutaan olevan todellinen synnytysvaihtoehto. Osa naisista kritisoi alatiesynnytyksen liiallista ihannoitua. Synnytys on myös osittain suunnitteleman tilanne, ja siitä syystä olisikin korostettava, ettei synnytystä voi loppuun saakka suunnitella ja että kipua ja siitä selviytymistä on hankala etukäteen hahmottaa. Synnytyksen läpikäynti tulisi tehdä kätilön ja/tai lääkärin kanssa jälkeenpäin. Vierihoidon ja imetyksen pitäisi tapahtua äidin ehdoilla eikä niissä tulisi naista syyllistää. Jotkut naisista toivat kehittämishaasteina esille synnytyksen suunnittelun, naisen määräysvallan omaan kehoonsa ja sen, ettei naista painosteta sikiötutkimuksiin.

**Taulukko 23.** Naisen hallinnan ja osallistumismahdollisuuksiin liittyvät äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämishaasteet

NAISEN HALLINNAN JA OSALLISTUMISEN MAHDOLLISUUDET	TEKSTI-OTTEET (kpl)	
Enemmän äitien toiveiden huomioon ottamista, naisen tuntemusten kuuntelua	182	tekstiotetta
Naisen itseluottamuksen, aktiivisuuden ja omiin päätöksiin kannustaminen	74	"
Valinnan mahdollisuus kivunlievityksestä ja sen menetelmistä	72	"
Tiedon, perusteiden antaminen äidille - tietää, mitä voi valita (synnytyksen vaiheet, kivunlievitysmenetelmät, sikiödiagnostiset testit)	67	"
Erilaisten synnytysvaihtoehtojen ja -tapojen tarjoaminen, mahdollisuus valita	55	"
Keisarileikkauksesta enemmän tietoa ja keskustelua, todellinen vaihtoehto	28	"
Korostettava, ettei synnytystä voi loppuun saakka suunnitella ja että on kivuliaista	18	"
Synnytyksen läpikäynti kättilön ja/tai lääkärin kanssa	16	"
Vierihoito ja imetys äidin ehdoilla, äiti päättää - ei syyllistämistä	14	"
Synnytyksen suunnittelu	11	"
Määräysvalta naiselle omaan kehoon	6	"
Ei painosteta sikiötutkimuksiin	4	"
<b>Yhteensä</b>	<b>547</b>	<b>tekstiotetta</b>

Yhteenvedona voidaan todeta, että tulevaisuuden äitiyshuollon kehittäminen naisten käsitysten mukaan edellyttää riittävää henkilöstöä, kodinomaista ja perhekeskeisyyttä arvostavaa hoitoympäristöä, aikaa keskustella ja kuunnella naisen tuntemuksia, vertaistuen mahdollistamista, tiivistä yhteistyötä eri organisaatioiden välillä, isän, parin ja perheen huomioon ottamista, toiminnan kohdistamista enemmän synnytyksen jälkeiseen aikaan, henkisen hyvinvoinnin huomioimista, yksilöllisyyttä, hyviä asiantuntijan vuorovaikutustaitoja, itseluottamuksen sekä naisen oman päätöksenteon vahvistamista, lisääntyneitä valinnan mahdollisuuksia sekä tietoa ja perusteita. Sen sijaan tulevaisuuden kehittämisen kannalta kovinkaan tärkeiksi ei nähty synnytyspaikkojen monipuolistamista (poliklininen tai kotisynnytys), lisätutkimuksia, sikiön vammaisuuden seulontaa, erikoislääkärin palveluja, ilta-aikoja neuvolaan tai Internetin hyödyntämistä.

#### Yhteenvedo

Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan johtaa lukuisia erilaisia toimintatapoja, joiden avulla äitiyshuollon palvelujärjestelmää voidaan kehittää naisen hallintaa tukevaksi. Yhteenvedo toimintatavoista on esitetty taulukossa 24.

**Taulukko 24.** Toimintatapoja äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehittämiseksi naisen hallintaa tukevaksi

---

**TOIMINTATAPOJA ÄITIYSHUOLLON KEHITTÄMISEKSI**

---

- Naisen kokemuksen sisällyttäminen palveluiden laadun arviointiin
  - Synnytysteknologian käytön arvioiminen ja yksilöllinen harkinta
  - Henkilökunnan määrän riittävyyden ja korkean ammattitaidon turvaaminen
  - Organisaatioiden välisen joustavan yhteistyön tehostaminen
  - Vaihtoehtojen ja kodinomaisten synnytysyksiköiden säilyttäminen
  - Vaihtoehtojen ja valinnan mahdollisuuksien luominen ja tarjoaminen
  - Äitiyshuollon sisällöllisten painotuksien muuttaminen
  - VERTAISTUEN JA RYHMÄTOIMINNAN MAHDOLLISTAMINEN
  - Dialogisuuden synnyttäminen naisen ja asiantuntijan välille
  - Tiedon ja tiedottamisen realistisuus
- 

Äitiyshuollon laadun mittaamisessa ja arvioinnissa tulee jatkossa ottaa huomioon paremmin naisasiakkaiden kokemukset ja näkemykset. Äitiyshuollon laatua on perinteisesti kuvattu äiti- ja imeväiskuolleisuuden mittareilla. Ne antavat kuitenkin yksipuolisen ja ongelmattoman kuvan suomalaisesta äitiyshuollosta eivätkä kerro siitä, kuinka laadukkaiksi naisasiakkaat palvelut kokevat. Synnytysteknologian ja uuden teknologian käyttöön oton vaikutuksia naisten kokemuksiin ja hallintaan tulee huolellisesti ja yksilökohtaisesti punnita. Äitiyshuollossa on turvattava riittävä ja osaava henkilöstö. Henkilökunnan määrää ja rakennetta äitiyshuollossa tulee suunnitella joustavaksi ja siten, että asiantuntijalla on mahdollisuus tarjota naiselle yksilöllistä hoitoa. Koulutustason kohoamisen myötä naisten vaatimustaso myös palveluja ja asiantuntijan osaamista kohtaan nousee. Ammattinsa osaava äitiyshuollon asiantuntija edistää naisen hallintaa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan yhteistyötä eri äitiyshuollon organisaatioiden kanssa tulisi tulevaisuudessa lujittaa erityisesti tiedonkulussa. Maassamme on ollut jyrkkä perinteinen jako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, minkä seurauksena yhteistyö välillä kangertele. Tämä ilmenee erityisen selvästi äitiyshuollossa, jossa raskaana olevan ja synnyttäjän hoito toteutuu äitiyshuollon palvelujärjestelmän eri pisteissä ja porrastuksen eri tasolla. Kukin järjestelmän osasysteemi tarkastelee kapeaa osaa naisen koko elämäalueesta. Naisen hallinnan tunteen kannalta on kuitenkin tärkeää, että tiedonkulku organisaatioiden kesken on luotettavaa. Oletettavasti nykyteknologia tuo apua tiedonkulun sujuvuuteen eri organisaatioiden välillä.

Vahvan synnyttämisen keskittämisen rinnalle on virallisen järjestelmän sisällä luotava tila ja paikka myös vaihtoehtoisille synnytystavoille. Kehitys vaihtoehtoisten synnytystapojen sulauttamisesta osaksi julkista järjestelmää tuskin muuttuu. Hoitoympäristön kodinomaisuuden mahdollistumiseen tulee kiinnittää huomiota nykyistä enemmän, jotta se tukisi naisen hallintaa. Muutoinkin tulevaisuuden äitiyshuollon tulee tarjota runsaammin vaihtoehtoja ja valinnan mahdollisuuksia naiselle. Lisäksi äitiyshuollon käytänteissä olisi tunnistettava nykyistä tarkemmin kaikki ne tilanteet, joissa nainen voi itse valita ja päättää.

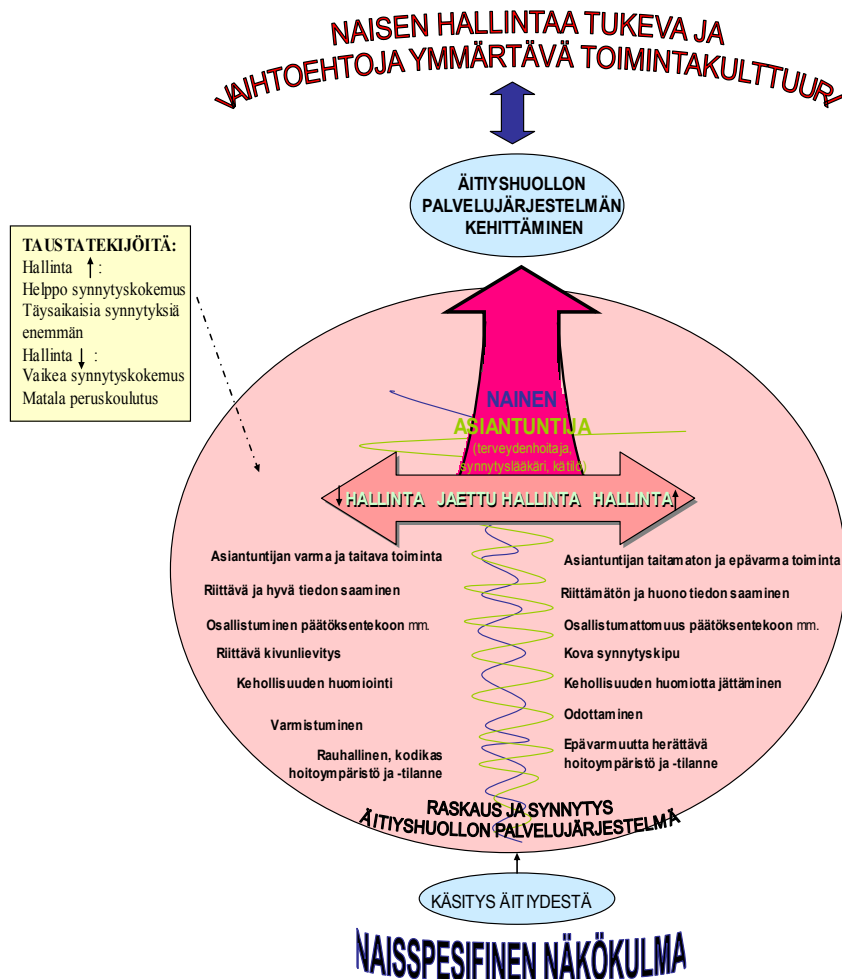
Yhtenä kehittämistarpeena tuli esille naisen psyykkinen tukeminen naisen ja asiantuntijan vuorovaikutuksessa. Dialogisten, naisten hallintaa tukevien menetelmien käyttämistä täytyy vahvistaa palvelujärjestelmän sisällä, jotta naiset pystyvät ottamaan enemmän realistista vastuuta hoidostaan ja hoitopäätöksistä. Dialogisten taitojen merkitys kasvaa tulevaisuudessa, sillä mitä ilmeisimmin päätöksenteko muovautuu neuvottelevammaksi ja keskustelelevammaksi asiakkaan ja asiantuntijan roolien muuttuessa yhä tasavertaisemmiksi. Äitiyshuollon sisällöllisinä teemoina puolestaan korostuvat päihdeongelman ehkäisy ja tunnistaminen, synnytyksen jälkeisen ajan käsittely, vanhemmuuden tuki ja naisen osallistumisen mahdollistuminen. Äitiyshuollon toiminnan sisällöissä on myös aiempaa enemmän korostettava naisen psyykkisen hyvinvoinnin tukemista ja ongelmien varhaista tunnistamista. Tiedon antamisen periaatteena äitiyshuollossa täytyy tulevaisuudessa olla realismi. Naiset haluavat, ja heillä on oikeus saada totuudenmukaista tietoa myös kielteisistä ja poikkeavista tilanteista raskaudessa ja synnytyksessä. Naista ei pidä tarpeettomasti suojella siten, ettei poikkeavista tilanteista keskustella tai niistä kerrota. Vertaistuen mahdollisuuksia tulee edelleen kehittää äitiyshuollossa. Tämä voi tapahtua nykYTEKNOLOGIAN avulla, mutta naiset ja perheet tarvitsevat myös tilaisuuksia tavata toisiaan ja keskustella esimerkiksi ryhmäneuvolassa.

## **7.7 Alustava malli naisen hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen aikana**

Naisen hallintaa raskauden ja synnytyksen aikana ja palvelujärjestelmän tulevaisuuden kehittämistä kuvaamaan ja mallintamaan luotiin tutkimustulosten pohjalta alustava malli, johon tunnistettiin hallinnan ja sen edistämisen keskeiset elementit (kuvio 20). Mallissa naisen hallinta kuvataan, ja se ymmärretään jatkumona, jolla sekä asiantuntija että nainen liikkuvat ja siirtyvät eri tilanteissa ja eri tavoin hallinnan vahvistuen, heikentyen (esimerkiksi hätä- ja poikkeavissa tilanteissa) tai sen ollen yhteisesti jaettua. Tämä on mallin keskeinen prosessi. Jatkumo ilmentää hallinnan dynaamisuutta ja vuorovaikutuksellisuutta, jolloin sekä asiantuntija että nainen osallistuvat hallinnan muodostumiseen. Mallissa asiantuntijan varma ja taitava toiminta, riittävä ja hyvä tiedon saaminen, osallistuminen päätöksente-

koon, riittävä kivunlievitys, kehon ja itseluottamuksen huomiointi, varmistuminen ja rauhallinen hoitoympäristö ja -tilanne teemat kuvaavat niitä asioita ja toimia, jotka edistävät naisen hallintaa. Edellä mainittujen toimien toteutuessa nainen siirtyy hallinnan jatkumolla suuntaan, jossa hallinta on paremmin mahdollista. Vastaavasti hallintaa heikentävät asiantuntijan taitamaton ja epävarma toiminta, riittämätön ja huono tiedon saaminen, päätöksentekoon osallistumattomuus, kova synnytyskipu, kehon ja itseluottamuksen huomiotta jättäminen, odottaminen sekä epävarmuutta herättävä hoitoympäristö ja -tilanne, joiden realisoituessa nainen puolestaan siirtyy jatkumolla hallintaa heikentävään suuntaan. Hallinta voi myös olla jaettua hallintaa, jossa sekä nainen että asiantuntija hallitsevat tilannetta. Hallinnalle ei voida asettaa mitään selkeää rajaa, mikä viittaisi siihen, että hallinta on nk. prosessikäsite. Hallintaa ei tulisikaan arvioida yksinomaan ns. lopputuloksen perusteella eli esimerkiksi, päättääkö nainen hoidostaan yksin ja itse, vaan huomio tulee keskittää paremminkin hallinnan edistämisen ja estymisen prosesseihin. Nimenomaan prosessi on tärkeä, vaikka lopputuloksena olisikin valtaosin asiantuntijan hallitsema tilanne raskauden ja synnytyksen aikana. Hallinnan taustalla vaikuttavina heikentävinä tekijöinä tutkimuksessa havaittiin olevan matalan peruskoulutustason ja vaikean synnytyskokemuksen.





**Kuvio 20.** Alustava malli naisen hallinnan edistämisestä ja äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämisestä

Hallintaa parantavia tekijöitä puolestaan olivat helppo synnytyskokemus ja täysiaikaisten synnytysten korkeampi määrä. Asiantuntijan tulee kiinnittää huomiota niihin arvioidessaan raskaana olevan ja synnyttävän naisen kykyä ja valmiutta tilanteen hallintaan. Varsinkin hallintaa estävien taustatekijöiden kasautuessa on syytä seurata ja tukea huolellisemmin naisen hallintakykyä.

Periaatteessa samat asiat voitiin kokea hallintaa sekä edistäviksi että estäviksi tekijöiksi raskauden ja synnytyksen aikana, kuten esimerkiksi asiantuntijan toiminta, päätöksenteko ja tiedon saaminen. Ero asiantuntijan toiminnassa hallintaa edistävänä tai estävänä tekijänä selittyy asiantuntijan tavalla ja tyylillä olla vuorovaikutuksessa ja kohdata nainen sekä naisen omilla hallintaodotuksilla ja perusluottamuksella selviytyä uusista tilanteista. Nainen saattaa jo ennalta asettaa itsensä tiettyyn rooliin ja

asemaan. Myös synnytyksen hän saattaa etukäteen arvottaa esimerkiksi luonnolliseksi tai riskiksi. Mikäli asiantuntija oli toiminnassaan vakuuttava ja varma, erityisesti hätätilanteissa, oli myös nainen rauhallisempi ja luottavaisempi ja pystyi ylläpitämään hallinnan tunnettaan paremmin. Päinvastainen tilanne, jossa asiantuntija hätääntyi, meni paniikkiin tai muuten osoitti selvästi epävarmuutensa, aiheutti lasta odottavassa ja synnyttävässä naisessa hätää ja hallinnan tunteen heikkenemistä. Voidaan sanoa, että asiantuntijan on mahdollista ikään kuin ”siirtää” hallintaa ja sen painopistettä naiselle osoittamalla toiminnassaan varmuutta ja vakuuttavaa ammattitaitoa. Tämä korostuu komplisoituneissa ja hätätilanteissa, mutta myös yleisemmin raskauden aikana ja synnytystapahtumassa. Monissa raskauden ajan ja synnytyksen tilanteissa ei nähtävästi riitä ns. normaali naisen oma usko kykyynsä hallita tilanteita, vaan siihen tarvitaan asiantuntijan apua ja tukea. Naisen usko omaan kykyynsä hallita hupenee komplisoituneissa tilanteissa, jolloin ammattilaisen täytyy ”siirtää” hallintaa itseltään naiselle.

Riittävä tiedon saaminen auttaa raskaana olevaa ja synnyttävää naista hahmottamaan omaa ja syntyvän lapsensa tilannetta. Riittävä tieto siitä, mitä tulee tapahtumaan ja miksi tehdään mitään, edesauttaa sitä, että nainen kykenee orientoitumaan tilanteeseen ja jäsentämään asemaansa ja toimiaan siinä. Epätietoisuus estää naista osallistumasta hoitoonsa. Tieto on siis tärkeä perusehto hallinnalle – ei voi hallita, ellei tiedä mitä hallitsee. Ilman tietoa nainen asettautuu myös helpommin asiantuntijan varaan ja tulee asiantuntijasta riippuvaiseksi. Naisen hallintaa tukeva tietoa on konkreettista, yksityiskohtaista, realistista, asiallista ja selkeätä. Epäselvästi ja ylimalkaisesti annettu tieto huonontaa naisen hallinnan tunnetta.

Myös päätöksenteko voitiin toisaalta nähdä sekä hallintaa edistävänä että estävänä seikkana. Naiset haluavat osallistua päätöksentekoon, mutta eivät kaikkien päätösten. Asiantuntijat eivät kuitenkaan salli naisten päättää kovin monista asioista omassa hoidossaan, vaikka synnytyksessä on monia asioita, joista naiset voivat aivan hyvin tehdä päätöksiä hoidossaan. Tällaisia ovat mm. synnytysasennon ja kivunlievitysmenetelmän valinta tai se kuinka paljon synnytykseen puututaan ja ketä, esimerkiksi opiskelijoita synnytyksessä on läsnä. Kyse on siis siitä, mistä asioista kukin raskaudessa ja synnytyksessä päättää. Lasta odottavat ja synnyttävät naiset eivät halua ottaa liikaa vastuuta niistä hoitopäätöksistä, joidenka he katsoivat kuuluvan asiantuntijan kompetenssiin kuuluviksi. Päätöksenteko vaihtelee jatkumolla: yksipuolisesti asiantuntijan, neuvotteleva tai naisen yksipuolinen päätöksenteko. Useimmissa tilanteissa on kuitenkin mahdollista neuvotella päätöksistä yhdessä ja kuunnella naisen toiveita ja mielipiteitä päätöksiä tehtäessä, jolloin kysymys on neuvottelevasta päätöksenteosta. Silti yksipuolinenkaan asiantuntijan päätös ei itsestään selvästi tarkoita sitä, ettei hallintaa joiltakin osin olisi, sillä ajoittain naiset haluavat, että vastuu osasta päätöksistä on nimenomaan asiantuntijoilla eikä heillä itsellään. Vastuun siirtäminen päätöksistä ammattilaiselle korostuu komplisoituneissa, kiireellisissä ja hätätilanteissa. Naisella tulee olla todellisia vaikutusmahdollisuuksia, jotta hän voi kokea hallinnan toteu-

tuva. Ei riitä, että naisen toiveita ja mielipiteitä kuunnellaan, jos niillä ei ole vaikutusta päätösten lopputulokseen. Toisaalta vaikuttamisen mahdollisuudet taas voidaan ymmärtää hyvin yksilöllisesti.

Kova synnytyskipu estää naisen hallintaa synnytyksessä. Kivuliaana synnyttävä on voimaton esittämään toivomuksia ja olemaan aktiivinen. Hallinnan tunnetta heikentää entisestään asiantuntijan kivun vähättely, joka johtaa kivunlievityksen epäämiseen tai viivästymiseen. Sen sijaan riittävä kivunlievitys mahdollistaa täysipainoisemman synnytyksessä mukana olemisen: toiveiden ja tuntemusten esittämisen, valintojen tekemisen ja päätöksiin osallistumisen. Kiputuntemuksiin liittyy myös naisen kehoillisuuden huomioon ottaminen tai sen huomiotta jättäminen. Kannustamiselle ja itseluottamusta rakentavalla puheella asiantuntija puolestaan "kutsuu" naista osallistumaan hoitoonsa ja omaa tilanteen hallintaa. Tällä tavoin toimimalla asiantuntija houkuttelee naisen omia hallintamekanismeja esille ja käyttöön.

Naisen hallintaan raskauden ja synnytyksen aikana sisältyy myös kehon hallinta. Naisella tulee olla mahdollisuus kuunnella kehonsa viestejä, toimia niiden mukaisesti sekä saada niihin tukea asiantuntijalta. Asiantuntija voi estää kehon hallintaa esimerkiksi kieltämällä naista huutamasta tai äänтелеmästä synnytyksessä tai vähättelemällä naisen oireita ja tuntemuksia. Naisen itsetunnon tukeminen ja huomioon ottaminen on osa hallinnan edistämistä. Itsetuntoa voidaan huomioida esimerkiksi tuomalla esiin positiivisia puolia naisen selviytymisestä ja toiminnasta raskauden ja synnytyksen aikana. Sen sijaan asiantuntijan naista ja hänen selviytymistään mitätöivät kommentit murentavat hänen itsetuntoaan. Pystyäkseen rauhoittumaan huolta herättävissä tapahtumissa tulee lasta odottavan saada varmistua mm. lisätutkimuksin tai – käynnein lapsen hyvinvoinnista. Epävarmuutta herättävän hoitoympäristö ja -tilanne murentavat naisen hallinnan tunnetta. Epävarmuutta viestittävä hoitoympäristö ja -tilanne tekee tilanteista levottomia ja kaoottisia. Sairaalaympäristö laitteineen heikentää hallintaa ja aiheuttaa osalle naisista pelkoa ja epävarmuutta, mutta tuottaa toisille turvallisuuden tunteen. Pystyäkseen pitämään yllä hallinnan tunnetta synnytyksessä nainen tarvitsee asiantuntijan läsnäoloa. Jäädessään yksin synnytyksessä nainen ei pysty tätä tekemään, vaan tuntee itsensä hylätyksi. Läsnäolollaan ammattilainen jälleen "siirtää" hallinnan painopistettä naiselta itselleen, jolloin hallinnan tunne tasapainottuu. Asiantuntijalta tarjoutuvan hallinnan tuen ja naisen omien hallintapyrkimyksien ja -kyvyn tuleekin olla tasapainossa. Tasapainon saavuttaminen tapahtuu synnytyksessä valtaosin asiantuntijan läsnäolon kautta.

Ei riitä, että naisten hallintaa edistetään ja hallintakykyä vahvistetaan raskauden aikana neuvolassa, kun he kuitenkin synnyttävät paikassa, jossa vallitsee vahva medikaalinen tulkinta synnytyksestä ja synnyttävän naisen hoidosta. Naiset eivät kykene ylläpitämään hallintaansa hoitokulttuurissa, joka ei ole hallintaa tukeva eikä riittävästi vaihtoehtoja tarjoava. Tulevaisuuden äitiyshuollon kehittäminen edellyttää naisen hallintaa tukevan ja vaihtoehtoja ymmärtävän toimintakulttuurin synnyttämistä.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan mittaamisen ja aineiston keruun, hallinnan arvioimisen, tutkimusjoukon edustavuuden, tutkijan aseman ja tulosten luotettavuuden suhteen.

#### Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksessa käytetty mittari laadittiin tätä tutkimusta varten aiemman tutkimustiedon pohjalta (mm. Vehviläinen-Julkunen 1994, Perälä ym. 1998, Vehviläinen 2000). Osaa kysymyksistä oli käytetty aiemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksen sisällön validiteettia varmistettiin kirjallisuuskatsauksella mittaria laadittaessa. Mittarin muodostamista auttoi asiantunteva tutkijaryhmä ja tutkijan käytännön kokemus kätilötyöstä. Hallintaa raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana mittaamaan tässä tutkimuksessa valittiin päätöksentekoon osallistumisen, tiedon saamisen sekä kehon ja itsetunnon huomioimisen osa-alueet. Kyseiset osa-alueet on useimmiten kirjallisuudessa yhdistetty hallinnan ilmiöön. Mittaria ei esitettävä ennen sen lähettämistä vastaajille, sillä lomakkeessa oli aiemmissa tutkimuksissa testattuja kysymyksiä. Menettely olisi kehittänyt mittaria joiltakin osin paremmaksi.

Kyselylomake sisälsi monia muitakin kuin tässä tutkimuksessa raportoituja kysymyksiä, joihin naiset vastasivat. Kysymyksissä tiedusteltiin mm. naisen omaa käsitystä siitä, kuinka hän selviytyy synnytyskivuista ja asiantuntijan roolia ja vastuuta synnytyksessä. Näihin kysymyksiin vastaamisella on saattanut olla vaikutusta myös tutkimuksessa raportoitujen kysymysten vastaamiseen. Vaikutuksen suuntaa on vaikea määritellä, mutta voi olettaa naisten aktivoituneen pohtimaan omaa asemaansa lapsen odotuksessa ja synnytyksessä suhteessa asiantuntijaan.

Reliabiliteettiin kuuluu mittarin sisäinen johdonmukaisuus, jolloin yhteen liitettävät eri kysymykset mittaavat samaa asiaa (Burns & Grove 1997). Hallinnan toteutumisen summamuuttujista laskettiin Cronbachin  $\alpha$  -kertoimet. Kirjallisuudessa todetaan, että arvon tulisi olla yli 0.70 (Heikkilä 2004), joten tutkimuksen mittarin kykyä mitata hallinnan toteutumista kokonaisuudessaan voidaan pitää hyvänä. Kertoimien arvot olivat seuraavat hallinnan summamuuttujilla: terveydenhoitajan osalta 0.91, synnytyslääkärin 0.98 ja kätilön 0.95. Luvut kuvastavat, että muuttujat selvästi ja kiinteästi kuuluvat samaan ilmiökenttään. Toisaalta mittari ei kyennyt erottelamaan hallinnan osa-alueita toisistaan, mikä olisi tuottanut yksityiskohtaisempaa tietoa hallinnasta. Mittaria tulee kehittää jatkossa mm. siten, että eri hallinnan osa-alueita mittaavia kysymyksiä on enemmän yhdistettynä yleistä elämään tyytyväisyyttä mittaavien kysymysten kanssa ja kysymyksiä liittyen naisen sosiaaliseen taustaan ja asemaan, naisen

käsitykseen omasta pystyvyydestään, synnytyskipuun, synnytykseen valmentautumiseen ja hoitoympäristöön. Toisaalta tutkimuksen avoimien vastausten analyysi tuo tarkempaa ja kokemuksellista tietoa hallinnasta ja täydentää hyvin mittarilla koottua tietoa ja tuloksia. Kaksi erityyppistä aineistoa valotti hallintaa kovin eri tavoin, ja näin tulokset nostivat selvitettäväksi uuden ja tärkeän kysymyksen hallinnan sisällöstä ja sen tarkemmasta määrittelystä liittyneenä raskauteen ja synnytykseen. Erityisesti jaetun hallinnan ilmiö vaatii lisätutkimusta.

Käsityksiä ja omaa toimintaa mitattaessa vastaajan yleinen asennoituminen raskauteen ja synnytykseen sekä näihin liittyvät vaikeat ja huonot kokemukset saattavat aiheuttaa satunnaisvirhettä mittaustulokseen. Tämän on mahdollista näkyä osiossa, jossa naiset arvioivat hallintaa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa sekä raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon kokemusten kuvauksissa. Synnytyskokemuksen vaikeus on oletettavasti jonkin verran siirtänyt naisten arviointien painopistettä hivenen negatiivisempaan suuntaan. Vastaajajoukko on saattanut jakautua siten, että kielteisemmin asiat kokeneet ovat myös vastanneet aktiivisemmin. Hyvin sujuneita asioita ei katsota yhtä tarpeelliseksi kommentoida.

Ikältään 18 – 44 -vuotiaat naiset valittiin väestötietojärjestelmästä lapsen iän perusteella. Otokseen valituilla tuli siis olla lapsia, jotka olivat syntyneet vuosina 1995 – 2002. Poiminta voitiin tehdä väestötietojärjestelmästä vain lapsen iän perusteella. Ajankohdan valintaan vaikutti tutkimuksen tekemisen alkuvaiheessa ollut suunnitelma myös vertailla, onko naisten äitiyshuollon palveluiden käytössä ja hoitokokemuksissa tapahtunut muutoksia 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa (ks. Vehviläinen 2000, Perälä ym. 1998). Tästä ajatuksesta kuitenkin luovuttiin tutkimuksen teon edetessä. Lomakkeen useimmissa kysymyksissä pyydettiin tutkimusjoukkoon kuuluvia vastaamaan viimeisen raskautensa ja synnytyksensä perusteella, mutta kaikissa kysymyksissä eikä myöskään saatekirjeessä erikseen ja voimakkaasti painotettu tätä seikkaa. On mahdollista, etteivät naiset ole vastanneet joihinkin kysymyksiin viimeisen kokemuksensa perusteella, vaan heille jollakin tavoin muun merkittävän aiemman raskaus- ja synnytyskokemuksen perusteella. Viimeisimmän synnytyksen vuosi olisi pitänyt vielä kysyä tarkemmin lomakkeessa. Aineistonkeruuvaiheessa tyydyttiin siihen väljähköön tietoon, että synnytys oli tapahtunut vuosien 1995 – 2002 aikana. Tarkemman tiedon avulla olisi myös ollut mahdollista vertailla vuosien aikana tapahtuneita muutoksia. Toisaalta tarkasteltaessa tämän tutkimuksen tuloksia aiempiin kotimaisiin äitiyshuollon tutkimuksiin (esim. Perälä ym. 1998) huomataan, että äitiyshuollon palveluiden käyttö ja naisten tarpeet muuttuvat hitaasti, eikä nopeita muutoksia näytä tapahtuvan muutamien vuosien aikana.

Naisten hoitokokemuksiin perustuva avoimien kysymysten tuottama tekstuaalinen aineisto käsiteltiin määrällisen sisällön analyysin periaattein. Luokittelujen tekeminen ja kategorioiden rakentaminen,

joiden avulla aineistoa asetetaan järjestykseen, on aina joiltakin osin subjektiivista. Tekstuaalisen datan lukeminen on tulkintaa. Analyysia arvioidessa on muistettava, että se on kontekstistaan irrotettua eikä tutkijalla ei ole tarkistusmahdollisuutta. Näistä lähtökohdista reflektoidaan sisällön analyysin luotettavuutta osittain laadulliselle tutkimukselle asetettujen kriteereitäkin soveltaen (Burns 1989). Burns (1989) arvioi tutkimusta mm. sen metodologisen johdonmukaisuuden mukaan. Kaikille tutkimuksen metodologisille valinnoille on ollut yhteistä naisen sukupuolen merkityksen ja naisen äänen korostuminen. Naisten hoitokokemuksekuvaus ei ryhdytty analysoimaan laadullisen lähestymistavan mukaisin menetelmin, koska haluttiin säilyttää läpi tutkimuksen sama määrällinen metodinen perusratkaisu. Myös laadullisen aineiston laajuus vaikutti ratkaisuun. Näin katsoen valinnat ovat olleet loogisia. Analyysin tarkkuuteen (ks. Burns 1989) on pyritty kuvaamalla aineiston analyysivaiheet mahdollisimman seikkaperäisesti. Tulkintaa tukevia suoria lainauksia on liitetty tulososaan havainnollistamaan kutakin sisältöluokkaa ja sen sisältöä. Avoimien kysymysten analysoinnissa sovelletun sisällön analyysin luotettavuutta ei parannettu rinnakkaisluokittelijan käytöllä, jota metodikirjallisuudessa (esim. Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999) suositellaan.

### **Hallinnan kokemuksen muistaminen**

Osalla naisista raskaudesta ja synnytyksestä oli kulunut aikaa useampi vuosi ja naisten on saattanut olla vaikea muistaa tapahtumien yksityiskohtia. Muistivirheet saattavat aiheuttaa satunnaisvirhettä. Toisaalta maamme äitiyshuollon perusjärjestelyt ja -menetelmät ovat pysyneet sangen samanlaisina vuosina 1995 – 2002. Hoidon aikaisten tapahtumien muistamisesta on olemassa ristiriitaista tietoa. Foddy (1995) väittää ihmisen pystyvän palauttamaan mieleensä miellyttäviä ja myönteisiä tapahtumia kielteisiä helpommin, ja pyydettyä ihmisiä muistelemaan negatiivisia tapahtumia he saattavat vähätellä tai aliarvioida niitä. Mikäli naisella on ollut kovin korkeat odotukset suoriutumisestaan, hän voi "unohtaa" tapahtumia, joissa hän kokee epäonnistuneensa. Sen sijaan Simkinin (1992) tutkimuksessa kielteiset tapahtumat synnytyksessä näyttivät hieman voimistuvan naisten muistoissa ajan kuluessa. Naisten muistikuvat synnytyksestä olivat tarkat vielä vuosienkin jälkeen ja tärkeät aiheet säilyivät muistissa pidempään kuin vähemmän tärkeät, toteaa Simkin (1992). Kitzinger (1992) kertoo naisista, jotka monien kymmenienkin vuosien päästä synnytyksestä yrittävät selvittää mielessään muistoja vaikeasta synnytyskokemuksesta, jossa heillä oli vain vähän tai yhtään hallintaa. Waldenström (2004) arvelee kielteisten kokemusten prosessoinnin kestävän ylipäättään kauemmin. Kuitenkin Elkadry, Kenton, White Creech & Brubaker (2003) havaitsivat tutkimuksessaan, että jopa 60 % naisista ei muistanut tarkasti synnytyksen aikaisia toimenpiteitä eikä tapahtumia. Keisarileikatut ja synnytyksen käynnistämisen kokeneet naiset muistivat synnytyksensä muita paremmin. Heillä oli myös enemmän synnytyskomplikaatioita. Siihen, mitä naiset muistivat raskaudestaan ja synnytyksestään, vaikutti se, kuinka he mielessään arvottivat niiden aikaisia tapahtumia. (Elkadry ym. 2003.) Sitä, millainen vaikutus synnytyskivulla ja synnyttäneisyydellä on naisten synnytysmuistoihin, ei tarkkaan tiedetä. Oletettavasti nai-

set eivät voi muistaa kipuun liittyviä yksityiskohtia, mutta pystyvät silti pitkäänkin synnytyksen jälkeen tuottamaan luotettavan yleiskuvan kivusta (Niven & Murphy-Black 2000).

Waldenströmin (2003) tutkimuksessa ensisynnyttäjät muistivat synnytyskivun uudelleensynnyttäjiä paremmin. Useimmat naisten synnytysmuistoja koskevat tutkimukset kuitenkin keskittyvät yksittäisiin tapahtumiin synnytyksessä, kuten lääketieteellisiin toimenpiteisiin, eivätkä kokonaisvaltaiseen synnytyskokemukseen. (Waldenström 2003.) Niven ja Brodie (1995) havaitsivat, että 3 – 4 vuotta synnytyksen jälkeen naiset pystyivät palauttamaan mieleensä hyvin synnytyskivun kontekstin, mutta eivät kivun laatua eikä luonnetta. Myös naiset, jotka eivät olleet koskaan synnyttäneet, luonnehtivat synnytyskipua hyvin samalla tavalla kuin synnyttäneet naiset. Tutkijat päättelivät tämän johtuvan ns. synnytyskipun mallitarinoista, jotka vaikuttavat kivun muistamiseen ja jopa naisten arviointiinsa kivusta. (Niven & Brodie 1995.) Tutkijan kätilötyön kokemustietoon nojautuen voi todeta, että yleisesti naiset kuvaavat kokemuksiaan raskauden seurannasta ja synnytyksen hoidosta yksityiskohtaisesti, sangen loogisesti etenevästi sekä ajallisesti että tapahtumallisesti, mutta tämä ei ole mahdollista heti synnytyksen jälkeen. Useat naiset totesivat tämän tutkimuksen avoimissa vastauksissa, etteivät he koskaan tule unohtamaan kokemuksiaan, eivät hyviä eikä huonoja. Loftus (1988) kuitenkin muistuttaa tutkijoita siitä, että tutkittavan kertomus ei niinkään reflektoi hänen aikaisempia kokemuksiaan vaan paremminkin tutkittavan nykyistä käsitystä menneen ajan tapahtumista.

Suomessa säännölliset synnytykset hoitaa kätilö, joten vastaajilla on muita ammattiryhmiä vähemmän kokemusta hallinnan toteutumisesta lääkärin kanssa. Naisia pyydettiin lääkärin kanssa yhteistyötä koskevassa kysymysoiosiossa vastaamaan vain, mikäli synnytyslääkäri oli osallistunut heidän synnytykseensä. Lääkäri on yleisesti mukana vain ongelmallisissa sekä komplisoituneissa synnytyksissä, jolloin vuorovaikusta lääkärin kanssa saattaa värittää koko tilanteen pelottavuus ja hämmennys. Tästä syystä naiset ovat saattaneet arvioida muita ammattilaisia kriittisemmin ja kielteisemmin hallinnan toteutumisesta suhteessa synnytyslääkäriin. Lisäksi naisten arviointeihin on saattanut vaikuttaa nopea synnytyksen eteneminen, ja aika synnytyssalissa on jäänyt lyhyeksi, jolloin keskustelulle, vaihtoehtojen ja toimusten esittämiselle ei ollut aikaa.

### **Tutkimusjoukon edustavuus**

Tutkimustuloksia voidaan yleistää sitä paremmin, mitä suurempi otos on (Burns & Grove 1997). Tutkimukseen osallistuneet naiset valittiin satunnaisotannalla väestötietojärjestelmästä, ja tutkimusjoukon muodosti 1625 suomalaista fertiilissä iässä olevaa naista. Tässä tutkimuksessa vastaajamäärä oli tarpeeksi suuri yleistettävyyden saavuttamiseksi. Tilastollisten erojen sisällöllinen merkitsevyys korostuu suuressa aineistossa, jolloin pienetkin erot tulevat tilastollisesti merkitseviksi helpommin (Heikkilä 2004). Tästä syystä tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyuden raja-arvoksi asetettiin  $p \leq 0.01$ .

Vastaajajoukko edusti maantieteellisesti koko Suomea. Vastaajista enemmistö eli 28 % asui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Seuraavaksi eniten (9 %) asui sekä Pirkanmaan että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä ja vähiten (1 – 2 %) Kainuun, Länsi-Pohjan ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirien alueella. Likimain puolet tutkimukseen osallistuneista naisista eli suuremmissa kaupungeissa ja hieman puolet pienemmissä kunnissa. Stakesin syntymärekisteristä saatujen tietojen<sup>13</sup> (Vuori 2005) mukaan 18 – 44-vuotiaita äitejä vuosina 1995 – 2002 oli HUS-piirissä 31 %, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä 9 % ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 8 %. Vastaavasti sekä Etelä-Karjalan että Kainuun sairaanhoitopiirissä äitejä oli Stakesin tilastojen mukaan 2 % ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 1 %. (Vuori 2005.) Tutkimusaineisto vastaa tältä osin varsin hyvin perusjoukkoa.

Valtakunnassa alueellisesti eniten synnytyksiä hedelmällisessä iässä olevia naisia kohti vuonna 2003 oli Pohjois- ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä (Stakes 2004b). Myös tähän tutkimukseen osallistuneilla eniten täysiaikaisia synnytyksiä oli Keski- (ka 3.6) ja Pohjois-Pohjanmaan (ka 2.7) sairaanhoitopiirin alueella asuvilla naisilla. Stakesin syntymärekisterin (2004b) mukaan vähiten synnytyksiä vuonna 2003 oli Itä- ja Etelä-Savon sekä Lapin sairaanhoitopiireissä, mutta tässä aineistossa vähiten synnytyksiä oli Varsinais-Suomen, Vaasan ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirien alueella olevilla naisilla. Toisaalta tässäkin aineistossa Itä- ja Etelä-Savon sekä Lapin sairaanhoitopiirien alueelta tulevien naisten synnytysten määrät olivat varsin alhaiset.

Synnyttäjien keski-ikä on pysynyt pitkään noin 30 vuodessa (Stakes 2004b). Tähän tutkimukseen osallistuneiden naisten keski-ikä oli hiukan valtakunnallista keskitasoa korkeampi eli 32 vuotta. Samoin kaikkien synnyttäjien ja ensisynnyttäjien keski-ikä oli korkeampi kuin valtakunnassa yleensä, sillä Stakesin (2004b) tilastojen mukaan vuonna 2003 kaikista synnyttäjistä 19,4 % oli yli 35-vuotiaita ja tässä tutkimuksessa vastanneista yli 35-vuotiaita oli 37 %. Vuonna 2003 kaikista Suomen ensisynnyttäjistä 10 % oli yli 35-vuotiaita (Stakes 2004b), kun taas luku tässä aineistossa oli 25 %. Tässä tutkimuksessa ensisynnyttäjien keski-ikä oli 31 vuotta, mutta Stakesin (2004b) tilastojen mukaan vuonna 2003 olivat ensisynnyttäjät keskimäärin iältään 27,8-vuotiaita. Iän merkitystä tutkimukseen voidaan tarkastella kahdella tavalla. Iäkkäämmillä naisilla on todennäköisesti kokemusta useammista synnytyksistä ja äitiyshuollon palveluiden asiakkuudesta. He osaavat siten paremmin suhteuttaa raskauden ja synnytyksen aikaisia tapahtumia ja niiden merkityksiä kokonaiselämäntilanteeseensa. Tällöin iän voidaan olettaa vahvistavan tulosten luotettavuutta. Toisaalta naisen korkeampi ikä kasvattaa jonkin verran riskejä raskaudessa ja synnytyksessä, joten voi otaksua vastanneiden naisten kokeneen vastoin-

---

<sup>13</sup> Tilastoon laskettu synnyttäjä vain kerran vuosina 1995–2002, vaikka nainen olisi synnyttänyt useampia lapsia kyseisenä ajankohtana.



käymisiä, tutkimuksia ja toimenpiteitä muita enemmän. Nämä kokemukset ja ikä voivat merkitä kriittisyyden lisääntymistä ja näkyä aineistossa kielteisimpinä vastauksina ja kokemusten kuvauksina. On todennäköistä, että tutkimuksen vastaajajoukon näkemykset ja arvioit hallinnan toteutumisesta ovat värittyneet hieman tavanomaista kriittisemmin. Semminkin kun tiedetään, että kielteisillä kokemuksilla on taipumusta säilyä raskaana olevien ja synnyttävien naisten mielessä pitkään (Simkin 1992, Kitzinger 1992, Niven & Murphy-Black 2000, Waldenström 2004).

Tutkimuksen luotettavuutta lisättiin muistutuskyselyllä, jolloin vastausprosentiksi saatiin 54 %. Lukua voidaan pitää suomalaisissa tutkimuksissa kohtuullisena (Heikkilä 2004, 66) ja kansainvälisesti arvioituna hyvänä. Kyselyyn osallistumattomien naisten ryhmää ei pystytty tarkemmin analysoimaan, sillä tutkija sai käyttöönsä vain naisten osoitetiedot eikä esimerkiksi sitä, mihin ikäryhmään ei-vastanneet naiset kuuluivat. Vastaamatta jättäneet jakautuivat maantieteellisesti tasaisesti. Tutkimukseen osallistuneet ovat yleensä erilaisia kuin vastaamatta jättäneet (Heikkilä 2004, 76). Tässä tutkimuksessa on oletettavaa, että vastaamattomat naiset olivat nuorempia kuin kyselyyn vastanneet. Kaiken kaikkiaan tutkimusaineisto oli kattava, puuttuvia havaintoja oli vähän.

Suomessa syntyy perheeseen yksi tai kaksi lasta, mikä oli selvästi todettavissa myös tässä aineistossa. Stakesin (2004b) mukaan vuonna 2003 keisarileikkauksia tehtiin 16,4 %. Tämän tutkimuksen keisarileikattujen naisten osuus oli 11 %. Lukuun tulee suhtautua varauksellisesti, sillä osa naisista oli ilmoittanut synnytystavakseen sekä alatie- että keisarileikkaussynnytyksen, vaikka kysymyksessä tiedusteltiin nimenomaan viimeisen synnytyksen synnytystapaa. Laskettaessa yhteen sekä keisarileikattujen että synnytystavakseen molemmat tavat ilmoittaneiden osuudet saadaan luvuksi 20 %. Todellisuus lienee lähellä Stakesin (2004b) ilmoittamaa keisarileikkauksien lukua myös tässä aineistossa. Valtakunnallisesti tarkasteltuna ennenaikaisia synnytyksiä oli 5,7 % vuonna 2003 (Stakes 2004b). Tässä tutkimuksessa luku oli korkeampi, koska 11 % naisista ilmoitti heillä olleen yhden tai enemmän ennenaikaisia synnytyksiä.

Tutkimuksen aineisto mukailee perusjoukkoa melko hyvin maantieteellisen sijainnin ja synnytysten määrien suhteen. Se eroaa kuitenkin jonkin verran peruspopulaatiosta naisten iän, keisarileikkausten ja ennen aikaisten synnytysten suhteen, joten tältä osin tutkimustulosten yleistämisessä perusjoukkoon tulee olla kriittinen.

### **Tutkijan asema**

Tutkimuksen luotettavuus ja naisspesifinen tutkimusorientaatio haastavat paikantamaan tutkijan oman position. Tässä tutkimuksessa positiota määrittivät tutkijan käsitykset äitiydestä, raskaudesta, synnyttämisestä ja sukupuolesta. Positioon ja sen määrittelyyn vaikuttavat tutkijan elämänhistoria ja tietoi-

suus siitä, mitä oma historia merkitsee tutkittavan ilmiön kannalta. Tutkijan elämänkulku poikkeaa merkittävästi tutkimusjoukon naisien elämästä siinä, ettei ole itse kokenut raskautta eikä synnytystä. Lukuisissa naisten kertomuksissa ja keskusteluissa naisten kanssa kätilön roolissa on tullut esille raskauden sekä synnytyksen omakohtaisen kokemisen ensisijaisuus, jolloin ilman omaa kokemusta ei näyttäisi olevan mahdollista luotettavasti ymmärtää raskaana oloa, synnyttämistä eikä niihin kytkeytyviä ilmiöitä. Omakohtainen raskaus- ja synnytyskokemus olisivat antaneet tutkijalle suhteutuspohjaa naisten kokemusten ymmärtämiselle ja tulkinnalle, jolloin olisi ollut helpompi käsittää mm. sitä, miltä tuntuu olla raskaana, millaiselta supistukset tuntuvat ja miten kivuliaana on tosiasiallisesti mahdollista osallistua hoitoonsa synnytyksessä. Kätilön ja äitiyshuollon opettajan työ on rakentanut kuvaa raskaudesta ja synnytyksestä lähinnä asiantuntijan näkökulmasta, joka on arvokasta erityisesti äitiyshuollon kehittämistä koskevassa tutkimuksen osiossa. Äitiyshuollossa työskentelyn kautta on väistämättä suodattunut runsaasti vaikutelmia myös raskaana olevan ja synnyttäjän perspektiivistä. On kuitenkin oletettavaa, että naisena pystyy paremmin ymmärtämään äitiyden, raskauden ja synnytyksen ilmiöitä ja niiden merkitystä naiselle, sillä jokaisen naisen on em. asiat pohdittava jossakin elämänvaiheessaan, tulivatpa he sitten äideiksi tai eivät.

### **Tulosten luotettavuus**

Hallinnan toteutumiseen vaikuttavat myös yksilön psykologiset ja kasvatukselliset tekijät kuten naisen vaikutelma omasta pystyvyydestään, käsitys asemastaan naisena, odotukset siitä, kuinka paljon yleensä elämässä voi vaikuttaa itse asioihinsa ja millaisen roolin, passiivisen vai aktiivisen, itselleen antaa (Harrison ym. 2003, Kiehl & White 2003) ja yleinen tyytyväisyys elämään. Hallinnan kannalta ovat merkityksellisiä naisen itsetunnon rakentuminen ja muut onnistumisen kokemukset. Myös isällä ja tukihenkilöllä on oletettavasti yhteys naisen hallintaan raskauden ja synnytyksen aikana. Näitä tekijöitä ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa tarkasteltu, vaan keskityttiin hallinnan ilmenemiseen ja mittaamiseen suhteessa äitiyshuollon asiantuntijaan ja palvelujärjestelmään. Lisätietoa hallinnasta olisi kenties antanut esimerkiksi Spielbergerin (ks. esim. 1984) STAI -ahdistuneisuusmittarin käyttö olemassa olevien kysymysten lisäksi. Tutkimuksen tulokset kertovat siis vain osan hallinnan ilmiöstä raskauden ja synnytyksen kontekstissa.

Teoreettinen yhdenmukaisuus edellyttää, että syntynyt teoreettinen rakenne on looginen ja vastaa aineistoa (Burns 1989). Tilastollisen ja määrällisen sisällön analyysin tuottamat tulokset koottiin hallinnan ja sitä edistävien tekijöiden alustavaksi malliksi. Mallin rakentamista voidaan luonnehtia ns. toisen tason analyysiksi, joka vaatii edelleen tarkentuakseen lisätutkimusta. Malli vahvistaa yhtäältä aikaisempaa tutkimustietoa hallinnasta, mutta toisaalta tuottaa myös uuden tavan jäsentää hallintaa ja edistää sen toteutumista käytännön äitiyshoitotyössä. Siitä, kuinka malli toimii muissa kuin raskauden ja synnytyksen kontekstissa, tarvitaan lisää tutkimusnäyttöä. Mäkelä (1990) korostaa tutkimuksen luotet-

tavuuden arvioinnissa tulosten yhteiskunnallista ja kulttuurista merkitystä. Tutkimustuloksia voitaneen pitää merkityksellisinä sen vuoksi, että ne tähdentävät sukupuolen merkitystä ja naisasiakkuutta koko terveydenhuollossa ja erityisesti äitiyshuollossa ja pyrkivät vahvistamaan naisen asemaa terveyspalveluissa. Tulokset antavat suuntaa suomalaisen äitiyshuollon palvelujärjestelmän tulevaisuuden kehittämiselle ja haastavat hoitotieteilijät tutkimuksiin selkiyttämään hallinnan sisältöä ja sen ulottuvuuksia.

## 8.2 Tulosten tarkastelu

### 8.2.1 Naisen hallinta yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa

Kaiken kaikkiaan naiset olivat varsin tyytyväisiä hallintaan terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa raskauden seurannan ja synnytyksen aikana. Asiantuntijoista tyytymättömmimpiä oltiin hallintaan synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa ja tyytyväisimpiä oltiin hallintaan terveydenhoitajan kanssa äitiysneuvolassa. Tyytyväisimpiä kaikista hallinnan osa-alueista oltiin jokaisen asiantuntijan kohdalla kehon kunnioittamiseen ja tiedon saamiseen. Eniten tyytymättömyyttä hallinnan kaikista osa-alueista herättivät itsetunnon lujittaminen, eri vaihtoehtoja keskustelu sekä päätöksentekoon osallistuminen. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Perälän ym. (1998) ja Vallimies-Patomäen (1998) tulokset. Heidän tutkimuksissaan ei kuitenkaan tarkasteltu ammattiryhmien välisiä eroja. Sen sijaan Callisterin (1995) tutkimuksessa tarkasteltiin kättilön ja synnytyslääkärin eroja ja havaittiin, että nainen tunteutui helpommin asiantuntijaan ja oli passiivisempi päätöksenteossa, kun häntä hoiti pääasiallisesti lääkäri. Kättilön hoitaessa naiset osallistuivat aktiivisemmin päätösten tekemiseen. (Callister 1995.)

Eroja hallinnassa eri ammattiryhmien välillä selittävät monet seikat. Ensiksi eroa selittänevät äitiysneuvolan ja sairaalan synnytyssalin erilainen toimintaympäristö ja -kulttuuri. Sairaalan toimintaa leimaavat neuvolaa enemmän rutiinit ja säännöt. Sairaalassa naisen asema määrittyy helpommin passiiviseksi potilaaksi (Ruusuvuori 1992, 1994, Vehviläinen 2000), kun taas neuvolan asiakkuutta luonnehtivat enemmän valinnan vapaus ja tasavertaisuus. Neuvolassa naisen osallistumisen voidaan katsoa toteutuvan paremmin (Vehviläinen-Julkunen ym. 1994a). Neuvolassa asiakkuuden peruselementti on jatkuva ja naisen sosiaalisen tilanteen tunteva suhde terveydenhoitaja-kättilön kanssa, kun taas synnytyssalissa synnytystä hoitavat henkilöt saattavat vaihtua useinkin. Toiseksi ammattiryhmien välisiä eroja selittää professionaalinen auktoriteetti. Sairaalasynnytyksessä osa naisista kokee olevansa alistettuja suhteessa asiantuntijaan (Piensoho 2001) ja esimerkiksi Ahosen (2001) tutkimustulokset osoittivat, että naisten keskustelu synnytyslääkärin kanssa on vähäistä. Lääkäriprofessioniin liitetään varsin voimakas auktoriteettiasema, jota naiset harvoin kyseenalaistavat (esim. Kabakian-Khasholian ym. 2000).

Suhde terveydenhoitajaan ja kätilöön on usein neuvottelevampi ja osallistuvampi kuin suhde lääkäriin (Callister 1995, Piensoho 2001). Kolmanneksi erot saattavat johtua siitä, että raskaus ja synnytys ovat keskenään kovin erilaisia tilanteita, vaikkakin toisilleen luonnollisia jatkumoit. Raskauden aikana on helpompaa kuin synnytyksen aikana olla aktiivinen ja hallita tilanteita. Synnytyksessä nainen on usein jännittynyt sekä kivulias ja synnytystilanne on hyvin erilainen verrattuna raskauden aikaan (myös Machin & Scamell 1997). Lisäksi tyytyväisyyteen eri ammattiryhmien kohdalla voi vaikuttaa se, min-kälaisessa roolissa nainen haluaa tietoisesti tai tiedostamattaan olla suhteessa asiantuntijaan (Williams 1994, Kiehl & White 2003). Hän voi omaksua jo valmiiksi synnyttämään tullessaan passiivisen tai vaihtoehtoisesti aktiivisen roolin. Samoin raskaus sekä synnytys voidaan asiantuntijoiden taholta tai naisen itsensä mieltämänä määritellä riskeiksi (Miller 2005). Riskimääritelmä johti Howell-Whiten (1997) tutkimuksessa naiset valitsemaan lääkärin synnytystään hoitamaan. Puolestaan naiset, jotka määrittivät synnytyksenä luonnolliseksi, valitsivat useimmiten kätilön hoitamaan synnytystä. (Howell-White 1997.)

Tässä tutkimuksessa kaikkien asiantuntijoiden kohdalla tyytymättömyyden aiheet hallinnassa olivat joko samoja tai hyvin samantyyppisiä. Esimerkiksi hallinnassa vaihtoehtoista keskusteleminen oli puutteellista kaikkien ammattiryhmien kanssa. Varsinkin synnytyslääkärin ja kätilön kanssa arvioinnit hallinnasta olivat kaiken kaikkiaan hyvin yhdensuuntaisia. Havainnosta voi yhtäältä johtaa ajatuksen, ettei nykyisessä äitiyshuollon palvelujärjestelmässä ole olemassa laajalti naisen ns. valinnan vapauden kulttuuria eikä tottumusta naisen valinnoille. Äitiyshuollon toimintakulttuurissa lasta odottava ja erityisesti synnyttävä nainen nähdään vielä suurimmaksi osaksi järjestelmälähtöisesti, toisin sanoen siten, mikä on sen oman toiminnan kannalta parasta. Järjestelmä ei ole riittävän kypsä joustamaan, jotta se mahdollistaisi naisen laajemman valinnan vapauden (ks. Machin & Scamell 1997, Vehviläinen 2000). Äitiysneuvola ja synnytysairaala toimintakulttuureiltaan ja toimintaympäristöinä (Hemminki, Malin & Kojo-Austin 1992) ja raskaus ja synnytys tilanteina ovat erilaisia, mikä voi osaltaan selittää kriittisempää hallinnan arviointia synnytyssalissa lääkärin ja kätilön kuin terveydenhoitajan kanssa.

Tarkasteltaessa hallintaan yhteydessä olevia tekijöitä havaittiin, ettei löydettävissä ollut kovinkaan montaa tekijää. Ikä ei ollut yhteydessä hallintaan, vaikka olisi voinut olettaa elämäkokemuksen monine erilaisine tilanteineen harjaannuttavan naisen kykyä hallintaan. Yleinen elämäkokemus ei siten raskauden ja synnytyksen yhteydessä tässä tutkimuksessa näytä lisäävän hallintakykyä. Sen sijaan kokeneisuus synnyttäjänä paransi naisen hallintaa yhteistyösuhteessa synnytyslääkärin ja kätilön kanssa. Mitä enemmän naisella oli synnytyksiä, sitä paremmaksi hän arvioi hallintansa. Ensisyntyjällä ei voi olla kovin realistista käsitystä siitä, mitä asioita raskaudessa ja synnytyksessä voi hallita. Hallinnasta tulee pysyvää vasta kun naisen sitä vahvistavia kokemuksia kertyy runsaasti. Tuloksista voidaan päätellä, että ensimmäinen synnytykokemus on hallinnan kannalta keskeinen, ja sen pohjalta nainen

rakentaa käsitystä hallinnasta ja siihen vaadittavista toimista seuraavissa synnytyksissä (myös Zadoroznyj 1999). Seuraavissa synnytyksissä nainen osittain tietää, mitä on tulossa ja pystyy valmistautumaan. Aiemmalla kokemuksella synnyttämisestä ei ollut kuitenkaan vaikutusta hallintaan yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan kanssa.

Naisen koulutuksella oli jonkin verran vaikutusta hallintaan. Matala peruskoulutus heikensi hallintaa kättilön kanssa, mutta suhteessa terveydenhoitajaan ja synnytyslääkärin sillä ei ollut merkitystä. Korkeampi ammatillinen koulutus paransi hallintaa vain terveydenhoitajan kanssa. Koulutuksen on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä tietotasoon, kiinnostuneisuuteen, kykyyn ja tahtoon vaikuttaa omiin asioihin (mm. Liamputtong 2004). Hallintaan lääkärin kanssa naisen koulutuksella ei ollut vaikutusta. Tulos voi liittyä lääkärin ammattiin ja siihen kuuluvaan valtaan. Lääkärin ja naisen suhde ei ole tasavertainen siinä mielessä, että lääkärillä katsotaan olevan sellaista lääketieteellistä tietoa ja taitoa toimia, jota naisella ei yleensä ole. Lääkärin professiolle on yleismaailmallinen hyväksyntä: diagnosoida ja parantaa ihmisiä. Siitä huolimatta, vaikka nainen olisi korkeasti koulutettu, synnytystilanteessa hän ei ehkä pidä asemaansa yhtä vahvana olemaan aktiivinen suhteessa lääkäriin kuin suhteessa terveydenhoitajaan tai kättilöön. (ks. Willams 1994.)

Aiemmillä keskenmenoilla, raskaudenkeskeytyksillä tai ennenaikaisilla synnytyksillä ei ollut yhteyttä hallintaan. Keskenmeno, keskeytys tai ennenaikainen synnytys poikkeavat tilanteena synnytyksestä ja ovat esimerkiksi tapahtumina paljon nopeampia. Mikäli ne eivät kokemuksina ole olleet vaikeita naiselle, saattavat ne olla varsin merkityksettömiä hallinnan tunteelle. Sen sijaan synnytyskokemuksen vaikeus oli yhteydessä hallintaan ja selitti sitä suhteessa kaikkiin kolmeen asiantuntijaan. Helppo synnytyskokemus tarkoitti parempaa hallintaa. Vastaavasti vaikea synnytyskokemus merkitsi huonompaa toteutumista. Tulos kuvastaa ensiksi sitä, kuinka suuri merkitys synnytyksellä naiselle on ja toiseksi vaikean ja traumaattisen synnytyksen kokemuksen syvyyttä ja sen moninaisia ulottuvuuksia. Vaikea synnytyskokemus on yksilöllinen kokemus, ja se, millaisen synnytyksen kukin nainen mieltää olevan vaikea, on kovin yksilökohtaista. Vaikeaan kokemukseen on todettu muissakin tutkimuksissa liittyvän hallinnan menettämisen tunne (esim. McCrea & Wright 1999, Green & Baston 2003), jota myös tämän tutkimuksen tulos vahvistaa. On myös muistettava, että vaikean synnytyskokemuksen taustalla on monia erilaisia tekijöitä, joista hallinta on vain yksi.

## **8.2.2 Naisen hallinnan toteutumista edistävät ja estävät tekijät**

### **Hallinnan toteutumista edistävät tekijät**

Sekä raskauden että synnytyksen ajan hallintaa edistivät asiantuntijoiden varma ja osaava toiminta. Tulos on samansuuntainen mm. Bryantonin, Fraserin ja Sullivanin (1994), Brownin (1998), Sjögrenin

(1997) sekä Ahosen (2001) tutkimustulosten kanssa. Ammattitaidon merkitys hallintaa edistävänä seikkana korostui komplisoituneissa, kiireellisissä ja hätätilanteissa, joissa naisen oma hallintakyky heikkeni. Hätätilanteissa hallinta siirtyi naiselta enemmän asiantuntijalle, joka on lähellä Taylorin ym. (1991) sijaiskontrollin ilmiötä. Tämä oli yhteistä sekä raskauden seurannassa että synnytyksessä. Synnytyksen aikana eniten naisen hallintaa vahvisti kehon ja itsetunnon huomioiminen, mikä selittyy synnytyksen fyysisyydellä ja sillä, että synnytyksessä nainen joutuu hakemaan itsestään nopeasti uusiakin tapoja hallita tilannetta ja selviytyä siitä. Kehon ja itsetunnon huomioon ottamiseen kuului erityisesti synnytyksessä naisen kannustaminen, mutta ei niin vahvasti raskauden aikana. Kannustamisen merkitys synnytyksessä painottui ongelmallisissa tilanteissa (myös Vallimies-Patomäki 1998) ja synnytyksen ponnistusvaiheessa. Tulos vahvistaa aiempien tutkimusten tuloksia hyvän vuorovaikutussuhteen tärkeydestä synnytyskokemuksessa ja hallinnan mahdollistumisesta synnytyksessä (Green & Baston 2003, Lundgren 2004). Kannustamisen avulla asiantuntija ikään kuin houkutteli naista omaan tilanteen hallintaan ja toisaalta siirsi omaa hallintaansa naiselle (ks. Walker, Hall & Thomas 1995, Weaver 1998, VandeVusse 1993, 1999, Goodman, Mackey & Tavakoli 2004).

Riittävän ja asianmukaisen tiedon saaminen hallinnan edistäjänä tuli esiin, tosin hieman eri painotuksin, raskaudessa ja synnytyksessä. Tulosta puoltavat myös Crowen ja von Bayerin (1989), Drummondin ja Rickwoodin (1997) sekä Vehviläisen (2000) tutkimustulokset. Tässä tutkimuksessa kielteisten ja poikkeavien asioiden kertominen raskauden ja synnytyksen aikana koettiin hallintaa edistävänä. Myös Fleissigin (1993) tutkimuksessa keisarileikkaukseen joutuneet naiset olivat tyytymättömiä tiedon osaamiseen ja tiedon sisältöön. Samoin Vallimies-Patomäen (1998) tutkimus osoitti, että synnyttäjät saavat liian vähän tietoa poikkeavissa ja hätätilanteissa.

Osallistuminen päätöksentekoon nähtiin hallintaa edistävänä asiana sekä raskauden seurannassa että synnytyksen hoidossa (ks. myös Lavender ym. 1999, Ahonen 2001), vaikkakin päätettävät asiat olivat erilaisia ja päätöksenteon painopiste vaihteli. Tärkeää oli, että naisen näkemys ja mielipide vaikuttavat tosiasiallisesti tehtäviin ratkaisuihin. Päätöksentekoon osallistuminen synnytyksessä vaihteli asiantuntijan, neuvottelevan päätöksenteon ja naisen päätöksenteon välillä. Vastaavan huomion teki tutkimuksessaan myös Waever (1998). Samoin Blix-Lindström, Christensson ja Johansson (2004) hahmottivat selvityksessään päätöksentekotyyppejä samansuuntaisesti. Tässä tutkimuksessa synnyttäjän hallintaa tuki lisäksi yksipuolinen asiantuntijan päätöksenteko. Tulos vahvistaa Greenin (1999) esittämää ajatusta siitä, ettei osallistuminen päätöksentekoon sinällään vielä merkitse parempaa hallintaa. Asiantuntijan varmat päätökset oikein ajoitettuina ja oikeista asioista, esimerkiksi hätätilanteissa, paremminkin tukevat hallintaa kuin heikentävät sitä, kuten tässä tutkimuksessa osoitettiin.

Synnytyskivun riittävä lievittäminen koettiin hallintaa edistävänä tekijänä. Asianmukaisen kivun lievityksen avulla nainen kykeni olemaan osallisena synnytyksessä. Tämä tulos on yhteneväinen Toon (1996) sekä Bergin ja Dahlbergin (1998) tulosten kanssa, mutta on osittain eriävä Larsenin, O'Haran, Brewerin ja Wenzelin (2001) tulosten kanssa, sillä he eivät löytäneet kovin merkittäviä yhteyksiä naisen pystyvyyden ja synnytyskivun välillä. Hallinnan ja synnytyskivun suhde vaatii vielä lisätutkimusta, sillä vastaavasti myös vahva hallinnan tunne on eduksi kivun kokemisessa (ks. McCrea & Wright 1999). Kätilön ja ajoittain myös lääkärin läsnäolon tärkeä merkitys synnytyksen aikaisessa hallinnassa tuli tässä tutkimuksessa esille. Synnyttäjän tulee saada tietää, ettei häntä jätetä yksin synnytyksen kuluessa (myös Rosen 2004). Kätilön ja naisen vuorovaikutuksen ja läsnäolon tärkeyttä synnytyksen hoidossa korostavat myös lukuisat muut tutkimukset kuten Berg ym. (1996), Hall ja Holloway (1998), Vallimies-Patomäki (1998), Lundgren (2004) sekä Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad (2004). Jatkuva tuki synnytyksessä on Hodnettin (2000) tutkimuksen mukaan yhteydessä vähempään kivunlievityksen käyttöön ja synnytyksen lyhyempään keston. Tässä tutkimuksessa hallinta hahmottui vuorovaikutukselliseksi (myös Walker, Hall & Thomas 1995, Allen 1998, Weaver 1998, VandeVusse 1999a, Goodman, Mackey & Tavakoli 2004) ja nainen tarvitsi sen toteutumiseen asiantuntijan tukea ja apua (myös Gibbins & Thomson 2001, Homer ym. 2002).

Rauhoittava synnytystilanne kohensi hallintaa. Sillä tarkoitettiin käytännössä helppoa ja nopeaa, siis sujuvaa synnytystä, jossa naisen oli helpompi olla aktiivinen ja hallita tilannetta. Tätä tulosta tukevat Rydingin, Wijman ja Wijman (2000) tulokset, joissa hätäkeisarileikkauksen kokeneet naiset kuvasivat tuntojaan pelottaviksi, hämmentyneiksi eivätkä he muistaneet tapahtumia tarkasti. Tämä on luonnollinen selitys, sillä komplisoituneisiin synnytyksiin liittyy huomattavasti enemmän epävarmuutta synnyttäviä tekijöitä. Komplisoitunut synnytys ei kuitenkaan itsestään selvästi merkitse huonompaa hallintaa. Hallinta on siis eniten tunne hallinnasta ja hallinnassa olemisesta eikä tuntemus tai kokemus toimenpiteistä tai synnytyksen tapahtumista. (Green, Coupland & Kitzinger 1990.)

Tämän tutkimuksen tuloksissa naisen kehollisuus ja kehon hallinta paljastuivat erääksi hallinnan mahdollistajiksi. Kehon hallintaa synnytyksessä edesauttoi naisen mahdollisuus kuunnella oman kehonsa viestejä rauhassa, liikkua ja äänellä tuntemuksiensa mukaan. Kehon hallintaan liittyviä seikkoja ovat mm. Slade ym. (1993) tarkastelleet liittyneenä selviytymisstrategioihin. Kehon merkityksestä raskaudessa ja synnytyksessä ja sen suhteesta hallintaan on tarpeellista tehdä lisätutkimusta. On ilmeistä, että kehon viestien kuunteleminen lisää synnytyksen myönteisenä kokemista, sillä esimerkiksi Suonion ym. (1993) sekä Chungin ja Chaon (2001) tutkimuksessa naiset pelkäsivät synnytyksessä kehon hallinnan menettämistä.

Ongelmallisen ja naista huolestuttavan tilanteen varmistaminen lisätutkimuksin tai -käynnein raskauden aikana lisäsi hallinnan tunnetta. Lapsen tilanteen tarkistaminen lisätutkimuksin on naisen hallinnan tunteen vuoksi tarkoituksenmukaista. Osa naisista pitikin keskeisimpänä toimintona neuvolassa siellä tehtäviä tutkimuksia (Ladfors, Eriksson, Mattson, Kyleback, Manussin & Milsom 2001). Hoitoympäristöllä oli jonkin verran merkitystä hallintaan. Kodikas ja rauhallinen ympäristö edistivät hallintaa niin lapsen odotusaikana kuin synnytyksessäkin. Joitakin tutkimuksellisia viitteitä (esim. Albers & Katz 1991, Vehviläinen-Julkunen ym. 1994a, Melender 2004) on siitä, että ympäristöllä on merkitystä naisen aktiivisen osallistumisen mahdollistumiseen, mutta tämä alue kaipaa lisätutkimusta. Kuitenkin tarkasteltaessa kotona synnyttäneiden naisten motiiveja voidaan todeta heidän hakevan hallinnan mahdollistavaa synnytysympäristöä (Morison, Hauck, Percival & McMurray 1998, Viisainen 2000, Andrews 2004, van der Hulst, van Tejligen, Bonsel, Eskes & Bleker 2004), mikä vahvistaa ajatusta ympäristön tärkeydestä hallinnan tunteelle. Tässä tutkimuksessa vain pieni osa naisista piti sairaalamaista ympäristöä ja synnytyksessä käytettäviä laitteita hallintaa edistävinä. Vastaavanlaisia tuloksia on saanut Melender (2004). Tämän tuloksen perusteella naiset näyttävät suhtautuvan maltillisesti lääketieteellisen teknologian lisäämiseen synnytyksessä.

### **Hallintaa estävät tekijät**

Asiantuntijan taitamaton toiminta esti eniten raskauden aikaista hallintaa. Mikäli ammattilainen osoitti epävarmuutensa eikä tiennyt kuinka toimia, siirtyi epävarmuus myös lasta odottavaan naiseen. Asiantuntijan taitamaton toiminta tuli esiin myös synnytyksen aikaista hallintaa estävänä seikkana. Muidenkin tutkimusten mukaan (Walker, Hall & Thomas 1995, Falcone & Castelfranchi 2002) luottamus asiantuntijaan ja hänen taitoihinsa ovat merkittäviä tekijöitä hallinnassa. Asiantuntijalta odotetaan vankkaa osaamista ja tilanteiden kontrollointia, erityisesti kun naisen oma hallintakyky heikkenee esimerkiksi hätätilanteissa (mm. Bluff & Holloway 1994, Bondas 2000, 2002, Ahonen 2001). Näissä tilanteissa asiantuntija ”siirtää” hallintaa itseltään naiselle. Asiantuntijoiden toiminnassa sekä raskauden aikana että synnytyksessä hallintaa esti naisen kohteleva tylysti. Tylysti käyttäytyvä asiantuntija väritti koko tilanteen kielteiseksi. Asiantuntijoiden huonolla käytöksellä on tiedetty jo pitkään olevan yhteyttä naisten tyytyväisyyteen palveluista (mm. Malin & Räikkönen 1998) ja pelkoihin (Suonio ym. 1993, Melender 2002). Tähän samaan ilmiöön liittyvät tulokset naisen kehollisuuden ja itsetunnon huomiotta jättämisestä hallintaa estävinä seikkoina. Tässä tutkimuksessa naisen omia kehon ja tilanteen hallintapyrkimyksiä evättiin mm. siten, että häntä kiellettiin huutamasta tai muuten äänittelemästä synnytyksessä. Tulos on hämmästyttävä 2000-luvun äitiyshuollon palveluiden viitekehyksestä tarkasteltuna. Kiellot huutamisesta on pitkälti liitetty vanhaan kättilötyön perinteeseen. Huutaminen ja ääntely auttavat osaa naisista selviytymään kivusta ja hallitsemaan synnytystilannettaan paremmin (myös Simkin & O’Hara 2002, Aktiivinen synnytys ry 2003).



Kovakouraisesti tehdyt sisätutkimukset rikkoivat naisen kehon hallinnan tunnetta. Tutkimustilanteet koettiin ajoittain nöyryyttävinä. Samoihin tuloksiin on tullut mm. Vehviläinen (2000). Itseluottamusta murentavaksi puheeksi nimitettiin puhetta, jossa naista puhuteltiin sillä tavoin, ettei se vahvistanut naisen positiivista käsitystä itsestään naisena ja äitinä. Kommenttien seurauksena naiset tunsivat itsenä epäonnistuneiksi ja huonoiksi. Esimerkiksi Bandura (1982) näkee muiden ihmisten kommenttien olevan merkittäviä pystyvyyssodotusten synnyssä. Samoin Ralston (1994) painottaa kielen ja kommunikation merkitystä hallinnan tunteelle. Hyvä suhde asiantuntijaan on myönteisen hoitokokemuksen peruselementti. Naisen tyly kohtelu, itseluottamusta murentava puhe sekä kehon kunnioittamattomuus asiantuntijoiden taholta ovat ”turhia” esteitä hallinnalle, sillä niihin voivat asiantuntijat omalla toiminnallaan hyvin vaikuttaa. Tutkimustulokset ja runsas puhe naisen kunnioittamisesta ja hyvän vuorovaikutuksen merkityksestä ovat osittain jääneet abstraktille tasolle äitiyshuollossa. Samoin lääkäreiden, terveydenhoitajien sekä kätilöiden eettisten ohjeiden noudattaminen ja toteutuminen käytännön työssä tulevat esiin kehittämishaasteina tämän tutkimuksen tulosten perusteella.

Hallintaa heikensi huono tiedonsaanti niin raskauden seurannan kuin synnytyksenkin aikana. Riittämättöm, epämääräinen ja sekavasti annettu tieto huononsi hallintaa. Tähän viittaavia havaintoja on tehty myös synnytys- ja perhevalmennusta käsittelevissä tutkimuksissa, joissa tiedon antaminen synnytti naisissa pelkoja (Hallgren ym. 1995). Myös muita vastaavia tuloksia tiedon saamisen tärkeästä merkityksestä on runsaasti olemassa (Green, Coupland & Kitzinger 1990, Tarkka 1996, Perälä ym. 1998, Vallimies-Patomäki 1998, Vehviläinen 2000). Tulosta voidaan tarkastella suhteessa informaatiohallinnan käsitteeseen (mm. Nupponen 1993), jossa tiedottamalla pidetään huolta siitä, että nainen voi ennakoida tulevien tapahtumien kulkua ja tunnistaa asioita, joihin hänen kannattaa erityisesti valmistautua. Kiireellisissä ja hätätilanteissa unohtui usein tiedottaminen, vaikka juuri niissä tilanteissa tiedon merkitys hallinnan ylläpitäjänä on erityisen tärkeää (myös Vallimies-Patomäki 1998). Tilanteesta selviytymistä helpottaa, jos nainen saa tietää, milloin hankalin vaihe alkaa ja päättyy. Tiedon riittämättömyyteen saattavat olla yhteydessä Levyn (1999a) ja Wrightin ym. (2000a) tekemät havainnot siitä, että kätilöt rajoittavat ja säätelevät tiedon määrää ja laatua. Tämä tapahtuu oletettavasti siksi, että he halusivat suojella naista pelkoa herättävältä tiedolta ja että kätilöt itse määrittivät omista lähtökohdistaan, millaista tietoa naiset tarvitsivat. Kuitenkin yhtä hyvin tietämättömyys voi aiheuttaa pelkoa ja hätää. Toiseksi kätilöt eivät aina huomaa naisen hienovaraisia viestejä, joilla he pyrkivät ilmaisemaan halunsa saada lisää tietoa ja osallistua enemmän hoitoonsa (myös Stapleton ym. 2002a, Kirkham ym. 2002).

Hallintaa rajoitti osallistumattomuus päätöksentekoon, jolloin naisen toiveilla eikä mielipiteillä ollut vaikutusta hoidossa tehtäviin ratkaisuihin. Päätöksentekoon osallistumisessa on huomattu olevan puutteita muissakin tutkimuksissa (mm. Vallimies-Patomäki 1998, Ahonen 2001). Toisaalta tässä tutkimuksessa naiset eivät halunneet osallistua kaikkeen päätöksentekoon, vaan he kokivat hallintaa heiken-

tävänä asiakkaan liiallisen vastuuttamisen päätöksistä. Ero selittyy päätettävien asioiden erilaisuudella. Naiset odottavat asiantuntijan päättävän pätevyytensä perusteella tietyistä asioista raskaudessa ja synnytyksessä (mm. Kabakian–Khasholian ym. 2000), esimerkiksi päättävän keisarileikkauksesta tai toimenpiteiden tarpeellisuudesta. Osa naisista ei halua erityisemmin osallistua päätöksentekoon, vaan hyväksyy asiantuntijan tekemät päätökset (Blix-Lindström, Christensson & Johansson 2004) tai luovuttavat päätöksenteko-oikeuden herkästi asiantuntijalle (Bluff & Holloway 1994, Weaver 1998). Naiset ovat saattaneet omaksua passiivisen päätöksentekotyylin, jolloin he tyytyvät asiantuntijan tekemiin päätöksiin (Harrison ym. 2003). Kuitenkin synnytyksessä on asioita, joista naiset voivat päättää. Periaatteena tuleekin pitää, että kaikki ne pienetkin tilanteet, joissa nainen voi olla päätöksentekijä, tulee äitiyshoitotyössä hyödyntää. Osallistumisessa päätöksentekoon korostui erityisesti valinnan mahdollisuuksien tarjoaminen, jonka tärkeys on tullut esiin aiemmissakin tutkimuksissa (esim. Hundley ym. 1997, Tinkler & Quinney 1998, Ahonen 2001). Myös valinnan mahdollisuuksien tarjoamisen tulisi olla luonteva käytäntö raskauden seurannassa ja synnytyksen hoidossa, jolloin hyödynnetään kaikki ne tilanteet, joissa nainen voi tehdä valintoja. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kyseenalaistaa, tunnistaako asiantuntija riittävästi naisen valinnan ja päätöksenteon paikkoja.

Synnytyksessä epävarmuutta ja hallinnan heikkenemistä aiheuttivat yksin oleminen ja yksin jääminen. Pitääkseen yllä tilanteen hallintaa naiset kaipasivat ensisijaisesti kättilön, mutta ajoittain myös lääkärin läsnäoloa synnytyksessä. Samanlaisiin tuloksiin ovat tulleet myös Berg ym. (1996), Hall & Holloway (1998), Vallimies-Patomäki (1998), Lundgren (2004) sekä Waldenström ym. (2004). Kättilöllä ei aina ole riittävästi aikaa synnyttäjän tukemiseen ja luona olemiseen, vaan suuri osa hänen ajastaan kuluu muihin toimintoihin (myös Vallimies-Patomäki 1998). Synnytyksen odottamattomat ja yllättävät käänteet heikensivät hallinnan tunnetta, sillä tuolloin synnytys ei ollut ennustettavissa ja siihen liittyi huolta sekä lapsen ja omasta hyvinvoinnista. Tulosta tukevat mm. Wijman, Soderquistin ja Wijman (1997) ja Vallimies-Patomäen (1998) tutkimustulokset. Odottaminen häiritsi tähän tutkimukseen osallistuneiden naisen hallinnan tunnetta. He joutuivat odottamaan hätääntyneinä ja supistuksissaan mm. lääkäriä tai kivunlievityksen saamista. Toisaalta myös kiireen katsottiin olevan epäedullisen hallinnan tunteelle. Naisesta tuntui, ettei kiireessä kukaan ehtinyt paneutua hänen asioihinsa, vaan asiantuntijat keskittyivät kliiniseen toimintaan (myös Kirkham ym. 2002). Kiire lisäsi levottomuutta ja kaoottisuutta synnytystilanteessa (myös Vehviläinen 2000).

Kivuliaana nainen ei pystynyt totuttamaan eikä ylläpitämään hallintaa synnytyksessä. Riittävä kivunlievitys vapauttaa synnyttäjän energiaa, jolloin hän pystyy hahmottamaan ja kontrolloimaan tilannetta paremmin (myös Green & Baston 2003). Tulos on ristiriidassa Callisterin (1995) tulosten kanssa, joilla hän osoitti, että epiduraalipuudutus lisää naisen passiivisuutta päätöksenteossa. Myös Vallimies-Patomäki (1998) katsoi tutkimuksessaan, että kipulääkityksen ottaminen ja sen tarjoaminen synnyttä-

jälle merkitsi sitä, ettei nainen pystynyt tällöin itse osallistumaan synnytykseensä. Tällöin hän suostui kivunlievitykseen, esimerkiksi epiduraalipuudutuksen laittamiseen. Tässä tutkimuksessa asia osoittautui toisenlaiseksi, sillä juuri asianmukainen kivunlievitys mahdollisti naisen hallinnan ja osallistumisen. Lisäksi riittävällä kivunlievityksellä on yhteys siihen, että nainen on tyytyväinen synnytyskokemukseensa (Sandler, Davison & McCowan 2001). Naisilla on paljon erilaisia omia kivun kanssa selviytymisen strategioita (Callister ym. 2003, Spiby, Slade, Escott, Henderson & Fraser 2003, Escott, Spiby, Slade & Fraser 2004), joita tulisi nykyistä tehokkaammin selvittää ja tukea raskauden aikana ja synnytyksessä. Asianmukainen kivunlievitys ei myöskään itsestään selvästi tarkoita epiduraalipuudutuksen käyttöä, vaikka se kieltämättä tällä hetkellä onkin tehokkain lääketieteellinen menetelmä. Tärkeintä on neuvotella naisen kanssa juuri hänelle sopivasta kivunlievitysmenetelmästä. Kivunlievitystä tulee välillä asiantuntijan ehdottaa ja joskus nainen sitä itse pyytää. Edellytyksenä kuitenkin on, että kätilö tai lääkäri ei vähättele naisen kipua, kuten tässä tutkimuksessa tuli esille, ja että kätilö ja lääkäri kuuntelevat ja uskovat naista. Vehviläisen (2000) tulos osoitti, että kätilön on vaikea arvioida naisen synnytyskipuja. Samoin Bakerin ym. (2001) tutkimuksessa havaittiin, että kätilöiden ja synnyttäjien näkemykset synnytyskivun voimakkuudesta poikkesivat erityisesti voimakkaan kivun arvioinnissa. Kätilöt aliarvioivat nimenomaan voimakasta kipua. (Baker ym. 2001.)

### 8.2.3 Äitiyshuollon palvelujärjestelmän tulevaisuuden kehittäminen

Naisten käsitykset äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämistarpeista oli mahdollista erotella viiteen osa-alueeseen: äitiyshuollon palveluiden rakenteisiin ja järjestämiseen, organisaatioiden toimintaan, äitiyshuollon toiminnan painotuksiin, asiantuntijoihin sekä naisen hallintaan ja osallistumisen mahdollisuuksiin liittyviin kehittämistarpeisiin.

**Palveluiden rakenteita ja järjestämistä** käsittelevissä kehittämistarpeissa painoutuivat tarve henkilökunnan lisäämiseen sekä kodinomaisuuden ja yksityisyyden mahdollistumiseen tiloissa ja sisustuksessa. Henkilöstön lisäämistä perusteltiin sillä, että terveydenhoitaja-kätilöllä olisi nykyistä enemmän aikaa keskustella raskaana olevan kanssa ja paneutua yksilöllisesti hänen tilanteeseensa ja ettei synnyttäjä joutuisi olemaan liikaa yksin synnytyksessä. Asiakkaat aistivat myös herkästi terveydenhoitajan tai kätilön kiireen ja jättivät esittämästä tuolloin itselleen tärkeitä kysymyksiä. Suhde asiantuntijaa on raskaana olevan ja synnyttävän naisen hoidon ehdoton peruselementti (mm. Vehviläinen 2000, Green & Baston 2003, Blix-Lindström, Christensson & Johansson 2004, Kao, Gau, Wu, Kuo & Lee 2004, Matthews & Callister 2004), josta tulee huolehtia myös turvaamalla riittävä ja osaava henkilöstö. Pienessä osassa tekstiotteita tuotiin esille, että tulevaisuudessa äitiysneuvolassa toimisi kätilö terveydenhoitajan sijaan. Naisen terveyden edistämiseen, raskauteen, synnytykseen ja naistentauteihin perehtyneen kätilön katsotaan joidenkin käsitysten mukaan olevan sopivampi hoitamaan naista myös neuvo-

lassa (ks. Wrede 2001, 2004). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella neuvola- ja synnytysympäristö vaativat kehittämistä. Erityisesti sairaala, mutta joskus myös neuvolaympäristö koettiin kylmäksi ja kalseaksi, eikä sinne ollut miellyttävä mennä, ja se tuntui jopa pelottavalta. Tässä suhteessa ympäristöllä on merkitystä hallinnalle. 1990-luvulla synnytysseleja on muutettu kodinomaisemmiksi ja niihin rakennettu perhehuoneita (Callister, Lauri & Vehviläinen-Julkunen 2000). Silti valtaosa varsinkin synnytysseleista laitteineen viestittää kliinisyydestä ja tehokkuudesta, ja naisen on vaikea kokea pystyvänsä hallitsemaan tilanteita ja olemaan aktiivinen (esim. Ruusuvuori 1994, Vehviläinen 2000, Andrews 2004).

Oletettavasti yksilöllisyyden ja hallinnan mahdollistuminen assosioituivat pieniin synnytysyksiköihin, koska niiden säilyttämistä kehittämistarpeina myös tässä tutkimuksessa esitettiin. Maamme synnytystoiminnan keskittämisen trendi on miltei kiihdyttänyt pienet synnytysyksiköt (Tuomainen & Saarikoski 2004) ja samalla kaventanut naisten mahdollisuuksia synnytyspaikkoihin. Yksilöllisyyden toteutumisesta on pyritty takaamaan myös sairaalakäytänteissä, mutta tämän tutkimuksen perusteella siinä ei näytetä onnistuneen riittävästi. Synnytysyksikön koolla on merkitystä yksilöllisyyden ja inhimillisyyden kannalta. Merkitystä on myös yksiköissä vallalla olevalla hoitoideologialla ja -kulttuurilla. Pienissä synnytysyksiköissä näyttää eri tutkimusten perustella olevan luontevampaa suhtautua raskauteen ja synnytykseen luonnollisina elämäntapahtumina. (Tinkler & Quinney 1998, Waldenström ym. 2000, Coyle, Hauck, Percival & Kristijanson 2001), koska niissä lääketiede toimenpiteineen, tutkimuksineen ja tekniikkoineen ei ole niin määräävässä asemassa kuin esimerkiksi yliopistosairaaloissa. Suomessa valittu synnytysten keskittämisen linja perustuu komplikaatioiden vähentämiseen ja riskien minimointiin, eikä kehitys tunnu pysähtyvän. Tutkimusten mukaan naiset ovat tyytyväisempiä ja kokevat hallinnan toteutuvan paremmin pienemmissä synnytysyksiköissä ja erityisesti silloin, kun naisten hoitaminen perustui ei-medikaaliseen tulkintaan synnytyksestä ja päävastuun synnytyksestä kantoi kätilö eikä lääkäri (Waldenström & Nilsson 1994, Hundley ym. 1997, Tinkler & Quinney 1998, Coyle ym. 2001). Mikäli katsotaan, että naisten valintojen mahdollistuminen on tärkeää äitiyshuollon järjestelmässämme, tulee keskittämisen ohella säilyttää myös muutamia pienempiä synnytysyksiköitä ja rakentaa sairaalaorganisaation sisälle yksilöllisempiä ja vaihtoehtoisia synnytystapoja mahdollistavia ratkaisuja. Myös synnytysteknologiaa tulisi käyttää harkiten ja arvioiden (Hemminki 2004) ja muutoinkin toiminnassa korostaa synnytyksen luonnollisuutta.

Tulevaisuudessa naiset toivovat saavansa enemmän päätösvaltaa, vaihtoehtoja ja valinnan vapautta äitiyshuollossa. Nykyistä järjestelmää voidaan luonnehtia varsin vaihtoehdottomaksi (myös Kuronen 1993, 1994). Naisella ei ole tosiasiallisesti mahdollisuutta valita synnytyspaikkaa eikä hoitavaa henkilöä. Sama päätelmä voidaan johtaa myös tämän tutkimuksen tuloksista. Naisen valinnan mahdollisuudet näyttivät olevan vielä rajatummalla käytännön hoitotilanteissa. Muualla Euroopassa naisen valinnan

mahdollisuudet ulottuvat paitsi synnytyspaikan valintaan, myös synnytysteknologian käyttämiseen (Miettinen 1997). Vaihtoehtomuuteen voi olla syynä palvelujärjestelmämme taipumus tarkastella valtaosin naisasiakasta ja -potilasta organisaation näkökulmasta eikä naisen yksilöllisestä tilanteesta lähtien (Vehviläinen 2000). Järjestelmä sisältää edelleen rakenteellisen dikotomisoinnin, joka hahmottaa todellisuuden kaksijakoiseksi ja samalla kohtaamattomiksi pareiksi: subjektiksi ja objektiksi (Honkasalo & Åstedt-Kurki 1995). Näistä asetelmista lähtien on hankalaa tarjota naiselle valinnan mahdollisuuksia. Valinnan mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen kasvattaminen edellyttävät äitiyshuollon organisaatioiden toimintakulttuurin muutosta ja luultavammin myös synnytyskulttuurimme analyysia, jotta olisimme joustavia ja valmiita naisten hyvinkin erilaisille valinnoille tulevaisuudessa.

Tässä tutkimuksessa naiset eivät katsoneet kovin tarpeelliseksi lisätä synnytyspaikkojen vaihtoehtoja, koti- tai poliklinista synnytystä. Vaihtoehtoja kaivataan siis paremminkin nykyjärjestelmän sisälle ja nykyisen toiminnan rinnalle. Tulokseen vaikuttaneen se, etteivät poliklininen eikä kotisynnytys ole todellisia vaihtoehtoja järjestelmässämme. Kotisynnytyksen valitseminen vaatii enemmän rohkeutta kuin sairaalassa synnyttäminen ja on siksi harvojen naisten vaihtoehto (Viisainen 2000, 2001). Poliklininen synnyttäminen ei ole tavoittanut naisten suosiota. Ilmeisesti naiset kokevat turvallisena lyhyenkin sairaalassaolon synnytyksen jälkeen. Naisten voi olla vaikea nähdä vahvan virallisen järjestelmän rinnalle muita vaihtoehtoja, eli hyvää on se, mitä on tarjolla. Muita tavoista synnyttää ei kerrota naisille riittävästi, jotta niistä olisi tullut realistisesti valittavissa olevia synnytysvaihtoehtoja. Äitiyshuollon palvelujärjestelmä ei tosiasiallisesti tue naista valitsemaan muuta kuin synnyttämisen sairaalassa.

**Organisaation toimintaa** koskevissa haasteissa toivottiin lisää aikaa asiantuntijoille keskustella, ohjata, vastata kysymyksiin. Eittämättä naiset ovat saaneet tuntea hoidossaan asiantuntijan kiireen, yksin jäämisen ja sen, ettei asiantuntijalla ole aikaa yksilölliseen kohtaamiseen. Tulos alleviivaa jälleen henkisen tuen, läsnäolon ja kiireettömän kohtaamisen merkittävyyttä naisten tukemisessa raskauden ja synnytyksen aikana (mm. Bondas 2000, 2002, Lundgren 2004, Melender 2004). Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen sosiaalisen tuen merkitys on suuri (Jokinen 1996, Tarkka 1996, Kytöharju, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004), ja se tulee esille tämänkin tutkimuksen tuloksissa. Naiset katsoivat tärkeäksi tulevaisuudessa kehittää vertaistukea äitiyshuollossa ryhmäneuvolan ja keskusteluryhmien järjestämisen suuntaan. Näitä on jo maassamme kokeilussa, mutta ne eivät ole systemaattisena käytäntönä kaikissa neuvoloissa. Asiantuntija ei voi tarjota naiselle sellaista tukea kuin toinen nainen ja äiti voi antaa. Naiset jakavat ja purkavat keskenään tuntojaan ja saavat niihin ymmärrystä toiselta naiselta (Ahonen 2001, Munnukka, Kiikkala & Valkama 2002, Kytöharju, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004). Naisia tulisi nykyistä voimakkaammin kannustaa perustamaan omaehtoisia vertaisryhmiä.

Äitiyshuollon palvelujärjestelmän tulisi muodostaa jatkumo ja toimia tiiviissä yhteistyössä (Stakes 1999). Kuitenkin tässä tutkimuksessa naiset toivat edelleen tulevaisuuden kehittämiskohteena esiin yhteistyön tiivistämisen äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan ja synnytyssairaalan välillä. Lähinnä kysymyksessä oli tiedonkulun katkeaminen. Neuvolan sekä äitiyspoliklinikan ja synnytyssairaalan toimintakulttuurit poikkeavat toisistaan, jolloin ei ole helppoa aina oivaltaa kunkin organisaation tapaa toimia. Poliklinikka ja sairaala ovat organisoituneet erikoisaloittain ja niihin on keskitetty osaaminen ja teknologia. Neuvolassa taas keskitytään ns. tavallisempien ongelmien hoitoon. Yhteistyön sujuvuutta vaikeuttaa pirstaleinen palvelujärjestelmä, jossa jokainen organisaatio tarkastelee vain kapeaa osaa naisen tilanteesta (Hemminki 1998, Poikajärvi & Mäkelä 1998), jolloin kokonaiskäsitys on vaarassa kadota. Moderni teknologia tuonee apua turvaamaan tiedonkulun jatkuvuutta eri organisaatioiden välillä mm. konsultoinnissa. Maassamme on kokeiltu tiedonkulun tehostamista ns. kummineuvola- ja kummikätilötoiminnalla. Henkilökohtainen yhteydenpito parantaa kumppaneiden yhteistyötä, auttaa tuntemaan työskentelyolosuhteita ja käytäntöjä, takaa ohjeiden yhtenäisyyden ja ajantasaisuuden. Kokeiluissa sairaalakätilöt ovat toteuttaneet osan perinteisesti neuvolan asiantuntijoiden vastuulla olleesta synnytysvalmennuksesta. Kummikätilön kautta informaatio siirtyy välittömämmin eri organisaatioiden kesken. Tiedonkulun joustavuus on osa hoidon jatkuvuutta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoidon jatkuvuutta toivottiin vahvistettavan sillä, ettei asiantuntija vaihdu jatkuvasti. Lisäksi toivottiin hoidon jatkuvuutta turvattavan siten, että sama kätilö hoitaisi naista sekä raskauden, synnytyksen että lapsivuoteen aikana. Tästä on saatu hyviä kokemuksia muissa maissa (esim. Hundley ym. 2000, Homer ym. 2002). Suomessa tämän kaltainen hoidon jatkuvuus ei nykyisin äitiyshuollon järjestelyin ole mahdollista.

Aineistossa tuotiin esille harvoin toive lisätutkimuksista, sikiön vammaisuuden seulonnasta ja erikoislääkärin palvelujen lisäämisestä. Tulos ei tue käsitystä siitä, että naiset olisivat turvallisuushakuisuudessaan (ks. Uotila ym. 1999) vaatimassa lisää lääketieteellisiä tutkimuksia ja interventioita ja siten olisivat itse edistämässä medikalisaatiokehitystä palvelujärjestelmän rakenteissa. Tulos johtaa paremmin ajattelemaan, että äitiyshuollon asiantuntijat, oletettavasti lääkärit kätilöitä enemmän (esim. Oakley 1984, 1993, Davis-Floyd 1992, Cahill 2001) ovat vaikuttamassa medikalisaation ilmenemiseen. Suomessa medikalisaatiokeskustelua ovat pääosin ylläpitäneet asiantuntijat kuten Miettinen-Jaakkola (1992), Hemminki (1993), Tuomainen ym. (1999) ja Myllykangas (2001), eikä naisten suhtautumista medikalisaatioon oikeastaan tiedetä. Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, etteivät naiset halua kasvattaa erityisesti lääketieteellisiä toimia raskautensa seurannassa eikä synnytyksen hoidossa.

Synnytyksen jälkeisiä kotikäyntejä arvostettiin ja niiden lisäämisen nähtiin olevan tärkeää tulevaisuudessa. Kuitenkin Perälän ym. (1998) tutkimustulokset osoittavat, että kotikäyntien tekeminen on johdonmukaisesti 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa vähentynyt. Muutoinkin naiset halusivat neuvola-

käyntejä lisäävän neuvolaan synnytyksen jälkeen. Naisten ja perheiden sosiaalinen verkoston löyhen-  
tyessä tarvitaan synnytyksen jälkeen asiantuntijan tukea enemmän kuin aiemmin. Tulos heijastelee  
todennäköisesti tämänkin tutkimuksen tuloksissa esille tullutta seikkaa, jonka mukaan äitiyshuollon  
palveluissa raskauden aikana keskitytään liiaksi synnytykseen eikä senjälkeiseen aikaan, jolloin naiset  
eivät koe saavansa riittävästi valmiuksia ja itseluottamusta lapsivuodeaikaa ja vauvaperheen elämää  
silmällä pitäen.

Modernista tekniikasta on povattu 2000-luvulla merkittävää välinettä tuen antamisessa ja tiedon jaka-  
misessa äitiyshuollossa (Kouri ym. 2001, Vehviläinen-Julkunen 2002). Tässä tutkimuksessa vain har-  
vat naiset katsoivat Internetin hyödyntämisen olevan tärkeä kehitettävä äitiyshuollon osa-alue. Verkko-  
tai nettineuvolan palveluita raskauden seurannassa oli myös käytetty niukasti. Palvelujärjestelmäs-  
sämme on vielä melko niukasti kokemuksia nettineuvolan käytöstä, joten vastanneilla naisilla ei ehkä  
ole tarkkaa käsitystä verkko- tai nettineuvolan mahdollisuuksista. Oletettavasti seuraava nuorempi  
synnyttäjäjoukko vastaisi eri tavoin tähän kysymykseen.

Eniten aineistossa esitettiin **äitiyshuollon toiminnan painotuksiin** liittyviä kehittämistarpeita. Valtao-  
sin naiset toivoivat, että tulevaisuuden äitiyshuollossa keskityttäisiin nykyistä enemmän isän, parisuh-  
teen ja perheen huomioon ottamiseen. Yhtäältä tulos viittaa siihen, että äitiyshoitotyön näkökulmaa  
tulisi yhä edelleen laajentaa siten, että tarkasteltaisiin naisen elämän kokonaisuutta ja ottamaan huomi-  
oon paremmin naisen sosiaalinen verkosto. Tulokseen on saattanut vaikuttaa myös julkisuudessa pal-  
jon pinnalla ollut ja vilkkaana käynyt "perhe- ja vanhemmuuspuhe" (Kuronen ym. 2004, Wrede 2003,  
2004), joka helposti häivyttää huomiota naisasiakkaiden omista tarpeista. Toisaalta tulos voi heijastella  
naisten väsymystä kantaa suurinta vastuuta perheestä ja syntyvästä lapsesta (ks. Jokinen 1997, Fox  
2001). Naiset näkevät paljon vaivaa isän ja lapsen suhteen eteen ja asettavat usein vauvan ja miehen  
tarpeet omiensa edelle, toteaa Fox (2001). Näin katsoen toive isän ja perheen paremmasta mukaan  
ottamisesta on luonnollinen. Seuraavaksi tärkeimmäksi äitiyshoitotyön painotuksiin liittyvistä teemois-  
ta tuli esiin nykyistä voimakkaammin keskittyminen synnytyksen jälkeiseen aikaan. Nykytoiminnan  
koettiin painottavan aluksi liiaksi raskautta sekä erityisesti synnytystä, ja synnytyksen jälkeen taas  
keskitytään miltei kokonaan lapseen. Lapsi sivuuttaa äidin tarpeet useasti (Fox 2001). Äidit kokevat  
ajoitain, että vastasyntyneen hyvinvointi "häivyttää" taustalle ja mitätöi äitien omat kokemukset ja  
tuen tarpeen (Beck 2004). Äitiyshuollossa synnytykseen saatetaan suhtautua vieläkin kuten valmen-  
tauduttavaan urheilusuoritukseen ja silloin keskitytään palveluissa liiaksi synnytyksestä suoriutumi-  
seen. Synnytys on kuitenkin vain yksi, vaikkakin hyvin merkittävä tapahtuma naisen elämässä, ja  
enemmän valmiuksia tarvittaneen lapsen kanssa elämiseen ja kasvatuskysymyksiin (ks. Stakes 1999).

Synnytyksen jälkeisissä kehittämistoiveissa tuotiin esille, että äidin jaksamista ja pystyvyyttä on tarpeen tukea nykyistä enemmän ja että äidin mielialan havainnoiminen ja masennuksen tunnistaminen on tärkeää (myös Jokinen 1997, Nätkin 1997). Henkisen tukemisen teemat tulevat monella tavalla ja useissa yhteyksissä esille tässä tutkimuksessa. Äitiyshuollon palvelujärjestelmän ja sen asiantuntijoiden tarjoama henkinen tuki on lasta odottaville ja synnyttävälle naisille vielä riittämätöntä (myös Vehviläinen 2000). Ilmeisesti mikään ns. normaali tuen antaminen ei aivan riitä raskaudessa ja synnytyksessä, sillä naisen tuen tarve tuolloin tavallistakin suurempi. Erityisesti poikkeus- ja hätätilanteissa henkiseen tukemiseen tulisi panostaa tavallista enemmän ja huolellisemmin. Samansuuntaisiin havaintoihin ovat tulleet myös Vallimies-Patomäki (1998) ja Vehviläinen (2000). Lisääntynyt palveluiden yksilöllistämisen tarve tuli ilmi naisten kehittämis ehdotuksissa. He toivoivat lisää yksilöllisyyttä mm. ohjaukseen, neuvolakäyntien sisältöihin ja aikatauluihin. Terveystuollon tulevaisuutta hahmotellut työryhmä on arvioinut, että yksilöllisyyden vaatimukset kasvavat yhä edelleen. Kyse on yleismaailmallisesta ilmiöstä terveydenhuollossa, jossa asiakkaat ja potilaat ovat aiempaa tietoisempia oikeuksistaan ja siitä, mitä ja millaista palvelua he tarvitsevat. Yksilöllisyyden näkeminen arvona liittyy koko länsimaisen yhteiskunnan yksilöä ja yksilön vapautta korostavaan kulttuuriin. (Ryynänen ym. 2004.) Tästä kehityskulusta ei pysty irtautumaan äitiyshuollon palvelujärjestelmä eivätkä sen paremmin palveluja käyttävät naiset. Yksilöllisyyden arvostus on yhteydessä subjektiivisiin oikeuksiin ja yksilön aseman muuttumiseen terveydenhuollossa potilaasta ja asiakkaasta terveystuolliden kuluttajaksi (Ryynänen ym. 2004). Tämä tulos noudattelee suurempia terveyden- ja äitiyshuollon kehityslinjoja, mutta naisten ilmaisema toive yksilökohtaisimmista palveluista on myös yksilötasolla oikeutettu. Esimerkiksi äitiysneuvolassa annettujen ohjeiden ja neuvojen täytyisi sopia naisen elämäntilanteeseen, jotta nainen motivoituisi niiden noudattamiseen.

Edelleen kehittämistä vaatii äitiyshuollon asiantuntijoiden vuorovaikutus naisen kanssa. Naiset toivoivat asiantuntijoilta taitoja ja asioita, joiden tulisi olla osaavien asiantuntijoiden perusvalmiuksia. He tahtivat, että asiantuntijat olisivat inhimillisempiä, kunnioittavampia, kuuntelisivat, eivätkä olisi kovakouraisia toimenpiteissään. Hyvän vuorovaikutussuhteen merkityksestä lasta odottavan ja synnyttävän naisen hyvinvoinnille ja tilanteen hallinnalle on erittäin runsaasti tutkimusnäyttöä (mm. Hodnett 2002, Green & Baston 2003, Beck 2004, Matthews & Callister 2004) ja sillä voi olla kauaskantoisia ja myönteisiä seurauksia naisen elämään. Asia on hyvin tiedostettu yleisellä tasolla, mutta asiantuntijoiden näyttää olevan ajoittain vaikeaa yksittäisissä vuorovaikutustilanteissa asettua naisen asemaan ja osata ymmärtää oman toimintansa merkityksiä naisen kannalta (myös Vehviläinen 2000). Syynä tähän saattaa olla se, että asiantuntijan toimintaa säätelevät naisasiakkaan lisäksi mm. palvelujärjestelmä ja sen asettamat ehdot, jotka eivät itsestään selvästi suosi naisen yksilöllistä ja kiireetöntä kohtaamista. Vuorovaikutustilanteita ei pääsääntöisesti säätele nainen tarpeineen, vaan järjestelmän asettamat ehdot ja rutiinit (myös Ruusu vuori 1994, Vehviläinen 2000), jotka oletettavasti ilmenevät myös huonona



vuorovaikutuksena ja jaksamattomuutena panostaa vuorovaikutuksen onnistumiseen. Lisäksi asiantuntijat voivat tarkastella naisen tilannetta pääosin ammatillisen viitekehyksen sisältä. Sen sijaan naiselle raskaus ja synnytys ovat miltei yksinomaan yksilöllisiä naiskokemuksia.

Naisen hallinnan ja osallistumismahdollisuuksia koskevat kehittämiskohteet korostivat naisen tunteusten ja toiveiden nykyistä huolellisempaa kuuntelemista. Palvelujärjestelmässä vallitsee pitkälti käsitys, että asiantuntija on naista tietävämpi ja että hänellä on kompetenssia määritellä asiantuntijuudesta käsin naisen tilanne (Ruusuvaari 1994, Vehviläinen 2000). Tätä ajattelumallia vahvistavat vielä järjestelmän toimintatavat, säännöt ja rutiinit, jotka eivät ole kovin joustavia. Tulos herättää ajatuksen myös siitä, onko oikea tieto raskaudesta ja synnytyksestä naiselle vai asiantuntijalla. Järjestelmämme toimintakulttuuri on rakentunut varsin asiantuntijalähtöiseksi. Asiantuntijalähtöisyys on palvelujärjestelmän piilorakenne, jonka murtaminen käytännön toimissa on hyvin haasteellista. Kriittisesti voidaan kysyä, ovatko äitiyshuollon asiantuntijoiden dialogin taidot ruostuneet ja lähdetäänkö vuorovaikutustilanteissa pääsääntöisesti liikkeelle naisen kuuntelemisesta vai asiantuntijan itse valmiiksi määritellystä käsityksestä asiakkaan tilanteesta. Edelliseen tulokseen yhdentyy myös kehittämistarve, jonka mukaan tulevaisuuden palvelujärjestelmässä on tuettava naisen itseluottamusta, aktiivisuutta ja omia päätöksiä. Tämä reflektoi jo aiemmin mainittua yleistä yksilöllisyyden korostumista ja haastaa järjestelmää vakavasti pohtimaan uudelleen asiakkaan ja potilaan sekä asiantuntijan asemaa ja roolia terveydenhuollossa. Eittämättä asiakkaan ja potilaan sekä asiantuntijan asemat ja roolit muuttuvat nykyistä tasavertaisemmiksi (mm. Rynnänen ym. 2004). Muutoskehitystä vauhdittavat naisten koulutustason kohoaminen, odotusten ja vaatimusten kasvaminen, tiedon lisääntyminen sekä sen helppo saatavuus.

Kysymys laajemmasta valintojen tekemisen mahdollisuudesta tulevat esiin naisten esittämässä tulevaisuuden kehittämistarpeina. Tämä tutkimus vahvistaa Kurosen (1993, 1994) havaintoa palvelujärjestelmämme vaihtoehdottomuudesta. Järjestelmässämme ei oletettavasti ole vielä syntynyt sellaista toimintakulttuuria, jonka toleranssi naisen moninaisille valinnoille olisi matala ja suhtautuminen niihin hyväksyvä. Tulevaisuuden naiselle ei enää riitä vain yksi ja usein asiantuntijan tarjoama vaihtoehto, vaan hän haluaa valita eri vaihtoehtojen väliltä ja tarvitsee niiden perustaksi luonnollisesti tietoa. Lisäksi nykyaikainen lääketiede tarjoaa paljon erilaisia vaihtoehtoja, joista monet ovat kovin vaikeita yksilöille, esimerkiksi sikiödiagnostiset kysymykset. Äitiyshuollossa kasvavatkin päätöksenteon ja valintojen merkitykset (myös Vehviläinen-Julkunen 2002, Miller 2005). Tämä asettaa yhä suurempia koulutuksellisia ja asenteellisia vaatimuksia myös äitiyshuollon asiantuntijoille.

Synnytyksien keskittämisen rinnalla olisi myös virallisen järjestelmän sisällä säilytettävä ja luotava myös vaihtoehtoisille synnytystavoille tila ja paikka, koska olemme valinneet linjaksemme sulauttaa

vaihtoehtoiset synnytystavat osaksi nykyjärjestelmää. Dialogisten, naisen hallintaa ja valtaistumista tukevien menetelmien käyttämistä tulisi vahvistaa järjestelmän sisällä, jotta naiset voisivat ottaa enemmän realistista vastuuta hoidostaan. Ei yksistään riitä, että lasta odottavien naisten itsetuntoa, hallintakykyä ja voimavaroja vahvistetaan, mikäli he menevät synnyttämään paikkaan, jossa vallitsee vahvasti medikaalinen tulkinta ja eetos synnytyksestä ja sen hoitamisesta. Naiset eivät pysty ylläpitämään hallintaansa hoitokulttuurissa, joka ei käytänteissään tue sitä, kuten myös Machin ja Scamell (1997) toteavat. Samoin asiantuntijoiden dialogisten taitojen merkitys kasvanee tulevaisuudessa, sillä päätöksentekokokin oletettavasti vaihtuu neuvottelevammaksi ja keskustelelevammaksi asiakkaan ja asiantuntijan roolien muuttuessa yhä tasavertaisemmiksi Tämä on suuri tulevaisuuden haaste äitiyshuollolle, sillä meillä naisen ns. valtaistumisen tavoitteet on pitkälti ymmärretty yksilö- tai naisryhmäkeskeiseksi ja pääosin virallisen äitiyshuollon järjestelmän ulkopuoliseksi toiminnaksi. Edellisen seurauksena meiltä puuttuu lähes kokonaan keskustelu naisen valtaistumisen käytännön soveltamisesta.

## 8.2.4 Alustavan mallin arviointi

Tutkimustulosten perusteella luotiin alustava malli naisen hallinnasta ja sen edistämisestä raskauden ja synnytyksen aikana. Tarkasteltaessa mallia muihin hallintaa koskeviin ajatuksiin ja käsitteisiin siinä voidaan todeta olevan niihin yhtymäkohtia. Voidaan sanoa, että naisen hallinnan heikkeneminen vertautuu Rotterin (1966) näkemykseen ulkoisesta hallinnasta ja hallinnan vahvistuminen taas on lähellä sisäistä hallintaa (myös Green, Coupland & Kitzinger 1990). Rotter ei kuitenkaan puhu jaetusta hallinnasta. Samoin hallinnan heikkeneminen lähestyy Taylorin ym. (1991) esittämää sijaishallinnon käsitettä. Naisen hallinta kuvataan mallissa dynaamisena ja muuttuvana eikä vain kaksijakoisesti ulkoisena ja sisäisenä hallintana. Hallintaan vaikuttavat ja sen mahdollistumiseen osallistuvat aina sekä nainen että asiantuntija (Walker, Hall & Thomas 1995, Weaver 1998, VandeVusse 1999a, b). Nainen liikkuu hallinnan jatkumolla yksilöllisesti pyrkien saavuttamaan tilanteen hallintaa eri tavoin. Suhde asiantuntijaan nähdään merkittävänä hallinnalle. Samoin naisen henkilökohtaisen hallinnan ja asiantuntijan taholta tulevan hallinnan tuen välinen balanssi on keskeinen (ks. Walker, Hall & Thomas 1995, Goodman, Mackey & Tavakoli 2004). Malli kuvaa tilannekohtaista hallintaa raskauden ja synnytyksen aikana, joten soveltuu parhaiten naisen hallinnan kuvaamiseen ja tukemiseen äitiyshuollossa.

Tässä tutkimuksessa ei pystytty tutkimaan eikä alustavassa mallissa esittämään niitä hallintaodotuksia, joita naisella on itsestään, omasta toiminnastaan sekä mahdollisuuksistaan vaikuttaa (mm. Averill 1973, Ajzen 1991, 2002, Callister ym. 2003) raskauden ja synnytyksen aikana eikä myöskään odotuksia, joita naiset kohdistavat asiantuntijaan (mm. VandeVusse 1999a,b, Gibbins & Thomson 2001, Homer ym. 2002). Niillä tiedetään kuitenkin olevan merkitystä naisen hallinnalle. Hallintaodotusten tarkentaminen mallin osatekijöihin vaatii lisätutkimusta. Ihmisen kykyyn hallita vaikuttavat taustekijät ja

aiemmat kokemukset (mm. VandeVusse 1999a, b), jotka mallissa näyttäytyvät koulutuksena, kokeneisuutena synnyttäjänä ja aikaisempaa helppona tai vaikeana synnytyskokemuksena. Täysiaikaisten synnytysten määrä ja aiemmat helpot synnytyskokemukset viitannevat Banduran (1977, 1982) tarkoitamiin aiempiin myönteisiin suoriutumiskokemuksiin, joiden on todettu vahvistavan hallinnan tunnetta. Äitiyshuollon palvelujärjestelmä rakenteellisenä tekijänä suodattuu hallintaan mm. toimintatapoinen ja synnytyksen hoitokulttuureineen. Nämä rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät on useimmiten jätetty vähälle huomiolle useimmissa muissa hallinnan kuvauksissa.

Mallissa on pystytty alustavasti kuvaamaan ja nimeämään naisen hallinnan osatekijöitä sekä yhdistämään niitä toisiinsa. Muita naisen hallintaa selittäviä ja siihen liittyviä tekijöitä kuten hallintaodotuksia, miehen tai tukihenkilön osuutta ei ole tämän tutkimuksen asetelmassa pystytty hahmottamaan. Myös tyytyväisyydellä elämään (Söderquist & Bäckman 1988, Mäenpää-Pietilä 1991, Pietilä 1992) ja naisen psykologisilla sekä persoonallisilla ominaisuuksilla on todennäköisesti yhteyttä hallintaan, ja tältä osin malli tarvitsee täydentyäkseen lisänäyttöä. Tiedyt päälinjat ja ydinprosessit, jotka ovat yhteydessä naisen hallintaan, sitä estäviin ja edistäviin tekijöihin raskauden ja synnytyksen aikana, on pystytty mallissa tunnistamaan.

Malli jäsentää ja auttaa hahmottamaan teoreettisesti ja aiempaa kokonaisvaltaisemmin naisen hallintaa ja sen mahdollistumisen ehtoja äitiyshuollossa. Se lisää ja rikastaa ymmärrystä hallinnasta ja sen sisällöstä, tarjoaa ajatusmallin asiantuntijoille naisen hallinnan edistämistä työssään ja vuorovaikutussuhteissa raskaana olevan ja synnyttävän naisen kanssa. Lisäksi malli luo perustaa naisen hallinnan käsitteen tarkentamiselle raskauden ja synnytyksen kontekstissa. Hallinnassa on aina kyse myös vallasta, ja siksi se on myös poliittinen kysymys. Esille nousee kysymys siitä, halutaanko tulevaisuuden äitiyshuollossa valtaa siirtää asiantuntijalta naiselle ja siirtyä asiantuntijalähtöisistä toimitavoista kohti naiskeskeisiä toimintatapoja?

### 8.3 Naisspesifisen orientaation anti

Voidaan kysyä, mitä naisspesifinen orientaatio ja näkökulma ovat tuoneet tähän äitiyshuollon tutkimukseen. Naisspesifisyyden valitseminen tutkimusta ohjaavaksi orientaatioksi on suunnannut tutkijaa tarkastelemaan palvelujärjestelmää naisen hallinnan ja sen mahdollistumisen kautta. Nainen on käsitelty tutkimuksessa aktiivisena ja hänellä on halua, kykyjä ja voimavaroja osallistua hoitoonsa. Valinnalla tutkija on myös sitoutunut tiettyihin peruslähtökohtiin, jolloin esimerkiksi miehen ja perheen näkökulmat on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle. Samoin tutkija on joutunut pohtimaan uudelleen joitakin

äitiyshuollossa itsestäänselvyytenä pidettyjä seikkoja kuten sitä, ettei sukupuolineutraalisuutta, perhekeskeisyyden ja isyyden merkitystä sekä niiden sisältöä äitiyshuollossa.

Länsimaista yhteiskuntaa värittää yksilöllisyyden eetos ja jopa narsismi. Tässä tutkimuksessa naisen hallinta on nähty sosiaalisissa suhteissa tapahtuvaksi eikä naista määritellä riippumattomaksi yksilöksi vaan vahvasti sosiaalisissa suhteissa toimivaksi. Tutkimus korostaa naisen suhdetta äitiyshuollon asiantuntijaan ja sitä, että sekä nainen että asiantuntijat säätelevät suhteessaan hallintaa. Hallinnan suhteellisuus ja jaettavuus kyseenalaistavat naisen riippuvuuden ja autonomian vastakkainasettelun ja tähdentävät sitä, että suhteessa oleminen muodostaa aina sekä hallinnan mahdollisuuden että ehdon.

Tutkimus painottaa naisen osallistumisen mahdollisuuksia äitiyshuollossa ja oikeutta palveluiden saamiseen naisena itsenäin. Naisella on myös omia sukupuolittuneita tarpeita eikä vain perheeseen ja vanhemmuuteen liittyviä tarpeita. Olennaista palveluissa on, että naissukupuolen erityispiirteet otetaan riittävästi huomioon. Äitiysneuvolassa tarvitaan työmuotoja, joissa naiset kokevat saavansa nimenomaan itselleen apua ja tukea. Tässä yhteydessä naisen ja miehen biologinen ero tulee merkittäväksi tekijäksi. Raskaus ja synnytys merkitsevät ja ovat eri asioita naiselle ja miehelle.

Naisspesifisen tutkimusorientaation avulla on tässä tutkimuksessa pyritty antamaan äitiyshuollon asiantuntijalle välineitä naisen tilanteen arviointiin sekä herkistää valtasuhteille, hallinnan mahdollistumiseen ja sen esteille sekä asiantuntijan ja naisen välisille ristiriidoille. Voidaan tietenkin kysyä, riittääkö se. Naisen voimaantumiseen ja valtaistumiseen pyrkivää toimintaa tehdään sekä kansainvälisesti että kansallisesti pääosin virallisen, julkisen järjestelmän ulkopuolella. Sinne naiset hakeutuvat vapaaehtoisesti ja siellä omalla avulla, vertaisuudella ja yhteisten kokemusten jakamisella on merkittävä rooli. Ajautuuko tässä tutkimuksessa esitetty hallinnan tavoite ristiriitaan, sillä nykyisessä äitiyshuollon palvelujärjestelmässä ja synnytyskulttuurissa naisella ei ole todellisuudessa paljon mahdollisuuksia valintoihin tai vaikuttamiseen? Naisten vapaaehtoisjärjestöissä ja -ryhmissä naisen hallinnan ja valtaistumisen tavoitteet ovat saavutettavissa helpommin, mutta julkisessa järjestelmässä nämä tavoitteet ovat jääneet pitkälti abstraktin ja ammatillisen korrektin puheen tasolle. Hallinnan tavoitteita ja niistä keskustelua ei kuitenkaan saa rajata julkisen äitiyshuollon järjestelmän ulkopuolelle, sillä se tyrehdyttää naisen hallintaa edistävän toiminnan kehittämisen. Julkista äitiyshuollon palvelujärjestelmää ei pidä hylätä naisen hallintaa itsestään selvästi rajoittavana instituutiona, sillä naisasiakkaalla ja -potilaalla ei ole muita vaihtoehtoja, ainakaan Suomessa. Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena on ollut herättää keskustelua siitä, millaisia nais erityisiä kysymyksiä äitiyshuollossa kohdataan ja mitä ne käytännössä voisivat olla. Tutkimus pyrkii tarjoamaan virikkeitä ja toimintatapoja, joiden avulla naiskeskeistä toimintatapaa on mahdollista lujittaa virallisessa äitiyshuollon järjestelmässä ja instituutioissa.

Naisspesifinen näkökulma tuo yleisestikin uutta terveydenhuollon toiminnan arviointiin. Erityisen arvokas se on määrittäessä, mitä toiminnan seuraamuksia tulee huomioida. Tässä tutkimuksessa on nostettu esiin raskauteen ja synnyttämiseen liittyvät naiset kohdistuvat palvelut sekä hallinnan mahdollisuudet niissä. Tutkimuksen naisspesifinen tarkastelu avaa uudenlaisen näkökulman äitiyshuollon tutkimukseen sekä palveluiden kohdentamiseen ja sisältöjen kehittämiseen. Tämä voi toimia esimerkiksi koko terveydenhuollon sisällön ongelmista ja haasteista. Äitiyshuollon palveluiden ja toiminnan arviointi käyttäjien näkökulmasta, eettiset kysymykset, medikalisaatio, naisen terveyden edistäminen ja osallistuminen terveydenhuollon palveluissa ovat jollakin tasolla konkretisoituneet myös tässä äitiyshuollon tutkimuksessa.

Tämä tutkimus edustaa ehkäisevää hoitotieteellistä ja sukupuolispesifistä tutkimusta, jossa naisen sukupuoli on otettu tutkimuksen analyyttiseksi välineeksi. Tätä on suomalaisessa ehkäisevässä hoitotieteellisessä tutkimuksessa ja äitiyshuollon tutkimuksessa vielä toistaiseksi vähän. Ehkäisevän hoitotieteen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa myös naisen terveydestä ja terveyden edistämisestä. Tämä tutkimus on vastannut em. haasteeseen tuottamalla tietoa siitä, millä tavoin suomalaiset naiset haluavat kehittää äitiyshuollon palveluita, niiden järjestämistä ja sisältöä ja, millä ehdoin naisen hallinta mahdollistuu järjestelmässä. Tutkimus rikkoo ja kyseenalaistaa hoitotieteellisen tutkimuksen sukupuolineutraalia valtavirtaa ja nostaa naisen näkemykset ja kokemukset merkittäviksi äitiyshuollon kehittämisessä ja tutkimisessa. Se tuo myös esille sen, että naisen emansipaation lähtökohtana voi olla naisen ja asiantuntijan välinen vuorovaikutus ja pyrkii siten myös paljastamaan äitiyshuollon palvelujärjestelmästä naisen hallinnan ja osallistumisen mahdollisuuksia ja esteitä. Ehkäisevän hoitotieteen käsitteisiin kuuluu empowermentin eli valtaistumisen käsite. Myös terveyden edistämistoimintaa on viime vuosina tarkasteltu runsaasti voimavarojen vahvistamisen näkökulmasta. On useita tapoja käsitellä empowerment tai valtaistuminen, mutta yksimielisyys näyttäisi vallitsevan siitä, että kyse on yksilön voimavarojen käyttöön otosta ja vaikutusmahdollisuuksien lisääntymisestä (mm. Jones & Meleis 1993, Pietilä 1998). Voimavarojen vahvistamisen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämisen tavoitteet ovat kuitenkin jääneet hyvin abstrakteiksi ja etäisiksi terveyden edistämisen käytännöissä. Tämä tutkimus on konkretisoinut valtaistumisen tavoitteita esittämällä naisen hallinnan esteitä ja edistäviä tekijöitä äitiyshuollossa.

Tässä raskauden ja synnytyksen aikaan sijoittuvassa tutkimuksessa naisnäkökulma kytkeytyy kiinteästi nimenomaan naisen biologiseen sukupuoleen, mutta laajemmin hoitotieteessä naisnäkökulma voi merkitä myös naisen historiallisen, kulttuurisen ja yhteiskunnallisen aseman problematisointia hoitotyössä ja -tieteessä. Naisspesifinen tutkimus tarjoaa ehkäisevälle hoitotieteelle perinteistä laajemman ja kriittisemmän näkökulman terveydestä ja sen edistämisestä keskittymällä myös terveyden sosiaalisiin ja kontekstuaalisiin ulottuvuuksiin yksilöllisten ja psykologisten tekijöiden ohella. Nais- ja ylipäättään

sukupuolinäkökulman vahvistuminen hoitotieteellisessä tutkimuksessa muotoilee uudelleen myös tutkimuskysymyksiä, joissa heijastuvat silloin naisten ja miesten muuttuvat tarpeet ja roolit. Tieteenalaa voidaan kehittää tarkastelemalla hoitotieteellisiä peruskäsitteitä, oletuksia, teorioita ja paradigmaa myös naistutkimuksen tarjoamin välinein. Naisspesifinen näkökulma avaa hoitotieteelle laajan tutkimusalueen sekä tarjoaa uusia teoreettisia näkemyksiä, jotka rikastuttavat hoitotieteellistä tutkimusta.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa selvitettiin hallinnan sisältöä raskauden ja synnytyksen kontekstissa ja asetettiin työhypoteesi, jonka mukaan naisen hallinta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana muodostuu päätöksentekoon osallistumisesta, tiedon saamisesta, kehon ja itseluottamuksen huomioon ottamisesta. Lisäksi kuvattiin ja selitettiin naisen hallinnan toteutumista raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana yhteistyösuhteessa terveydenhoitajan, synnytyslääkärin ja kättilön kanssa, sekä kehitettiin alustava malli kuvaamaan ja jäsentämään naisen hallintaa ja äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämistä.

Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset.

1. Hallintaa ja sen ulottuvuuksia raskauden seurannan sekä synnytyksen hoidon kontekstissa pystytään selkiyttämään ja tavoittamaan vain osittain käyttäen tilastollista analyysia. Tilastollinen analyysi ei tässä tutkimuksessa pystynyt erottamaan työhypoteesissa esitettyjä hallinnan osa-alueita. Sen sijaan naisten kokemuksiin perustuva aineisto ja sen analysointi monipuolistivat hallinnan sisältöä. Naisen hallinnan ymmärtäminen vaatii rinnakkaisten ja erilaisten toisiaan täydentävien näkökulmien ja metodien käyttöä. Erityisesti jaetun hallinnan sisällön selkiyttäminen vaatii lisätutkimusta.
2. Aikaisempi vaikea synnytyskokemus ja peruskoulutuksen matala taso heikentävät naisen hallintaa. Vastaavasti hallintaa edistävät helppo synnytyskokemus ja täysiaikaisten synnytysten korkeampi määrä. Myönteisen kokemuksen syntyminen ensisynnytyksestä on tärkeää hallinnan tunteen syntymiselle seuraavissa synnytyksissä. Olettavasti raskauden ja synnytyksen erilaisuus tilanteina, hoitoympäristö ja professioiden erilaisuus ovat vaikuttamassa siihen, että asiantuntijoista hallinta on parhaita terveydenhoitajan kanssa äitiysneuvolassa ja heikointa synnytyslääkärin kanssa synnytyssalissa.
3. Raskauden ja synnytyksen aikana on hallinnassa merkittävintä naisen ja asiantuntijan suhde, jossa molemmat säätelevät sitä. Hallinnan painopiste naisen ja asiantuntijan välillä vaihtelee suhteessa hallintaa estäviin ja edistäviin tekijöihin. Hallinta voi myös olla jaettua naisen ja asiantuntijan kesken. Nainen tarvitsee asiantuntijan tukea hallintaan ja sen ylläpitämiseen. Hallinta mahdollistuu siis vuorovaikutuksessa raskauden seurannan ja synnytyksen aikana.

4. Äitiyshuollon palvelujärjestelmää tulee kehittää laajasti palveluiden rakenteiden ja niiden järjestämisen, organisaatioiden toiminnan, sisältöjen, asiantuntijoiden ja naisen hallinnan sekä osallistumisen mahdollisuuksien näkökulmasta. Tämä edellyttää naisen hallintaa tukevan ja vaihtoehtoja ymmärtävän toimintakulttuurin synnyttämistä.
5. Naisen hallintaa ja äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämistä kuvaavan alustava malli perustuu tutkimustuloksiin hallintaan yhteydessä olevista, sitä selittävistä, edistävistä ja estävistä tekijöistä. Alustava malli jäsentää erityisesti hallintaa raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana, mutta antaa myös aineksia hallintaa tukevan äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehittämiseen.



## 10 TULOSTEN KÄYTTÖ JA JATKOTUTKIMUS

### EHDOTUKSET

Tutkimus on sukupuolispesifistä ja hoitotieteellistä tutkimusta. Se edustaa myös ehkäisevän hoitotieteen alaa lisäten tietoa naisen terveyden edistämisestä äitiyshuollossa hallinnan näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää terveydenhoitaja-, kätilö- ja lääkärikoulutuksessa, äitiyshuollon palvelujärjestelmän, naisen ja asiantuntijan välisen hoitotapahtuman kehittämisessä sekä terveydenhoito- ja kätilötyön sekä lääkärin työmenetelmien ja äitiyshuollon hoitokäytäntöjen ja sisältöjen kehittämisessä.

#### Koulutus

1. Terveydenhoitaja- ja kätilökoulutuksen sisällöissä olisi painotettava sellaisia sisältöjä ja menetelmiä, joilla naisen hallintaa, osallistumista ja itsetuntoa voidaan edistää. Näitä voisivat olla mm. erilaiset toiminnalliset menetelmät sekä tiedostava ja tulkitseva ote synnytys- ja perhevalmennuksen sisältöihin tietoa antavan ja kyseenalaistamattoman otteen sijaan.
2. Terveydenhoitaja-, kätilö- ja erityisesti lääkärikoulutuksessa olisi harjoiteltava nykyistä enemmän dialogisia menetelmiä, jotta naisia hoitavilla henkilöillä olisi riittävästi valmiuksia, oikea asenne kuuntelemiseen ja naisen tarpeista lähtevään työhön.
3. Vaikeiden ja normaalia poikkeavien teemojen puheeksi ottamista tulisi harjoitella nykyistä enemmän terveydenhoitajien, kätilöiden ja lääkäreiden peruskoulutuksessa.
4. Korkeatasoisen ammattieettisen toiminnan merkitystä raskaana olevan ja synnyttävän naisen kanssa toimittaessa tulisi edelleen korostaa ja konkretisoida terveydenhoitajien, kätilöiden ja lääkäreiden koulutuksessa käsittelemällä eettisesti haasteellisia hoitotilanteita.

#### Äitiyshuollon palvelujärjestelmä

1. Äitiyshuollon laadunhallinnan pitäisi koskea myös naisen hallinnan toteutumiseen ja osallistumisen mahdollistamiseen liittyviä hoitokäytäntöjä. Yleisesti äitiyshuollon laadunhallinnassa tulee naisten näkemykset ottaa yhdeksi laadun arvioinnin lähteeksi. Kansallisen tason äitiyshuollon suosituksissa täytyy hyödyntää enemmän tutkimusnäyttöä naisten kokemuksista, hallinnan toteutumisesta ja sen mahdollistamisesta.

2. Ammattieettisesti korkeatasoista toimintaa, vuorovaikutuksen merkitystä ja naisen osallistumista tulisi edelleen korostaa tärkeinä periaatteina läpi koko palvelujärjestelmän esimerkiksi äitiyshuollon hoito- ja laatusuosituksissa.
3. Äitiyshuollon palvelujärjestelmän kehittämiseksi naisen hallintaa edistäväksi olisi kehittämissätyössä lähdettävä liikkeelle nykyisen synnytyskulttuurin analyysistä.
4. Äitiyshuollon eri organisaatioiden välistä yhteistyötä tiedonkulussa olisi tehostettava käyttäen hyväksi modernin tietoteknologian tarjoamia mahdollisuuksia.
5. Sairaalan synnytysosastoja, mutta myös neuvoloita hoitoympäristöinä tulisi muuttaa kodikkaammiksi. Suurten synnytysyksiköiden sisälle tarvittaisiin vaihtoehtoisia synnytystapoja noudattavia yksiköitä ja lisää kodinomaisuutta. Kätilöiden olisi tuotava omaa asiantuntemustaan niiden suunnitteluun ja toiminnan järjestämiseen.
6. Uutta lääketieteellistä teknologiaa tulisi ottaa käyttöön harkiten ja sen hyötyä ja haittoja naiselle huolellisesti ennalta arvioitava.

#### **Naisen ja äitiyshuollon asiantuntijan välinen hoitotapahtuma**

1. Äitiysneuvolapalveluiden sisällöissä sekä vastaanottokäynneillä että valmennuksessa olisi painotettava nykyistä johdonmukaisemmin naisen psyykkistä tukemista, parisuhteen ja perheen huomioon ottamista, synnytyksen jälkeistä aikaa, vertaistuen saamista sekä naisen osallistumisen mahdollisuuksia. Tiedon antamisesta olisi huolehdittava, erityisesti raskauden ja synnytyksen ajan hätätilanteiden ja normaalista poikkeavissa tilanteissa. Traumaattiset ja vaikeat synnytyskokemukset täytyisi systemaattisesti käsitellä synnyttäneen naisen kanssa ja analysoida tilanteet myös työyhteisössä.
2. Naisen omaa käsitystä tilastaan pitäisi kuunnella ja ottaa se vakavasti sekä raskauden seurannassa että synnytyksessä. Naisen oma käsitys olisi otettava signaalina aktiivisuudesta ja positiivisesti haluna vaikuttaa omaan tilanteeseensa, eikä naisen suoriutumista raskauden ja synnytyksen aikana tulisi asiantuntijan negatiivisesti kommentoida. Raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana kaikki pienetkin tilanteet, joissa nainen voi osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa hoitoonsa, tulisi hyödyntää. Tämä koskee niin terveydenhoitajia, kätilöitä kuin synnytyslääkäreitäkin. Naisella olisi oltava oikeus ja mahdollisuus asettua myös asiantuntijan va-

raan. Synnyttäjää ei pidä jättää yksin, ellei se ole välttämätöntä muiden naisten hoitamisen vuoksi. Mikäli synnyttäjä joutuu olemaan yksin, hänelle on annettava ”väliaikatietoja”.

3. Synnytyskivun arvioinnissa olisi käytettävä johdonmukaisesti kipumittareita. Naisen omaa käsitystä kivusta ja sen voimakkuudesta tulisi kuunnella ja hänelle tulisi turvata riittävä ja sopiva kivunlievitys. Sisätutkimuksia tulisi suorittaa aina harkiten ja tarkoituksenmukaisesti raskauden ja synnytyksen aikana. Tutkimuksen suorittaminen tulisi selostaa naisella ja kunnioittaa hänen intimitettiään.
4. Synnytyksen suunnittelu olisi otettava systemaattisesti käyttöön palvelujärjestelmässämme ja sen avulla kartoitettava naisten hallinta- ja synnytysodotukset. Yhdessä naisen kanssa tulisi määritellä hoidon tavoitteet.
5. Terveystieteiden, kättilöiden ja lääkäreiden esimiesten olisi omalta osaltaan huolehdittava siitä, että työskentelyssä noudatetaan ammattieettisiä periaatteita ja tarvittaessa säännöllisesti työkokouksissa pohdittava yhdessä työyhteisönsä kanssa niiden merkitystä.

Tämä tutkimus toi esille useita hallinnan sisältöön, sukupuolispesifisen ja ehkäisevän hoitotieteen tutkimukseen liittyviä jatkotutkimustarpeita. Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavat jatkotutkimusehdotukset:

1. Hallinnan ja erityisesti jaetun hallinnan sisällön tarkentamiseksi ja teorian muodostusta varten tulisi hallintaa tutkia laadullisin menetelmin.
2. Hallintaa ja äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämistä raskauden ja synnytyksen aikana kuvaavaa alustavaa mallia tulisi kehittää sisällöllisesti laajemman kyselytutkimuksen sekä jatkossa myös havainnointi- tai toimintatutkimuksen periaattein. Tutkimusnäyttöä tarvitaan alustavassa mallissa esitettyjen hallinnan osa-alueiden välisistä suhteista.
3. Hallinnan suhteesta yleiseen tyytyväisyyteen elämään, miehen, kumppanin sekä tukihenkilön merkityksestä naisen hallinnalle tarvitaan lisätutkimusta.
4. Koti- ja poliklinisia synnytyksistä sekä yleisesti naisten erilaisia valintoja ja ratkaisuja äitiyshuollossa tulisi analysoida nykyistä tarkemmin ja pohtia, mitä niillä on annettavaa ja opetettavaa viralliselle äitiyshuollon järjestelmän kehittämiseksi.

5. Naisiin kohdistuvien hoitomenetelmien käyttöön ottamisen perusteita ja niiden seurauksia naisille tulisi tutkia monitieteisen tutkimusohjelman avulla.
6. Hoitotieteessä tarvitaan naisspesifistä tutkimusta. Tutkimusta tarvitaan siitä, miten sukupuollikäsitykset ja – hierarkiat muotoilevat työntekijöiden ammatillisia asemia, kohtaavatko nais- ja miestyöntekijät asiakkaitaan eri tavoin ja millä tavoin terveydenhuollon toimintatavat ja –periaatteet, työmenetelmät, tietoperustat ja asiantuntijuus ovat sukupuolittuneita.
7. Ehkäisevässä hoitotieteessä tarvitaan tutkimusta naisen valtaistumisen tai voimavaraistumisen ehdoista, sillä sen sisältö on jäänyt hyvin abstraktille tasolle terveydenhuollossa.

## LÄHTEET

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Tensdale, J. P. 1978. Learned Helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 87, 49 – 74.
- Ahonen, P. 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turku: Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisusarja C. Osa 167.
- Ajzen, I. 1991. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50, 199 – 211. <http://home.comcast.net/~icek.aizen/tpb.obhdp.pdf>. 10.8.2003.
- Ajzen, I. 2002. Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology* 32, 665 – 683. <http://home.comcast.net/~icek.aizen/pbc.article.pdf>. 10.8. 2003.
- Aktiivinen synnytys ry. 2003. <http://www.lapsiperhe.net/aktiivinsynnytys/artikkelit.php3?artikkelinr=5>. 12.11.2002.
- Albers, L. L. & Katz, V. L. 1991. Birth setting for low-risk pregnancies: an analysis of current literature. *Journal of Nursing and Midwifery* 36, 215 – 220.
- Allen, S. 1998. A qualitative analysis of the process, mediating variables, and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 16, 107 – 131.
- Andrews, A. 2004. Home birth experiences 1: decision and expectation. *British Journal of Midwifery* 12(8), 518 – 523.
- Antonovsky, A. 1979. *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. 1993. The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science & Medicine* 36(6), 725 – 733.
- Antonovsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory guide health promotion. *Health Promotion International* 11(1), 11 – 18.
- Annandale, E. 1987. Dimensions and patient control in a free-standing birth center. *Social Science & Medicine* 25(11), 1235 – 1248.
- Annandale, E. & Clark, J. 1996. What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of Health and Illness* 18(1), 17 – 44.
- Armstrong, E. M. 2000. Lessons in control: prenatal education in the hospital. *Social Problems* 47(4), 0037 – 791.
- Averill, R. J. 1973. Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin* 40(4), 286 – 303.
- Baker, A., Ferguson, S. A., Roach, G. R. & Dawson, D. 2001. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *Journal of Advanced Nursing* 23(2), 171 – 179.
- Balaskas, J. 1988. *Aktiivisynnytys*. Porvoo: WSOY.

Bandura, A. 1977. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological* 84(2), 191 – 215.

Bandura, A. 1982. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37(2), 122 – 147.

Banyana, C. M. & Crow, R. 2003. A qualitative study of information about available options for child-birth venue and pregnant women's preference for a place of delivery. *Midwifery* 19(4), 328 – 336.

Barsevick, A. M. & Lauver, D. 1990. Women's informational needs about coloscopy. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 22(1), 23 – 26.

Beck, C. T. 2004. Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research* 53(1), 28 – 35.

Belenky, M., Clinchy, B., Goldberger, N. & Tarule, J. 1997. Women's ways of knowing. The development of self, voice and mind. USA: Basic Books.

Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E. & Wahlberg, V. 1996. Women's experiences of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery* 12(1), 11 – 15.

Berg, M. & Dahlberg, K. 1998. A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery* 14, 23 – 29.

Bergman, S. 2002. The Politics of Feminism: Autonomous Feminist Movements in Finland and West Germany from the 1960s to the 1980s. Åbo: Åbo Akademi University Press.

Blix-Lindstrom, S., Christensson, K. & Johansson, E. 2004. Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery* 20(1), 104 – 112.

Bluff, R. & Holloway, I. 1994. They know best: women's perceptions of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery* 10, 157 – 164.

Bondas, T. 2000. Att vara med barn. En vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid. Åbo: Åbo akademis förlag. Åbo Akademi University Press.

Bondas, T. 2002. Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery* 18(1), 61 – 71.

Bondas-Salonen, T. 1998. New mother's experiences of postpartum care – a phenomenological follow-up study. *Journal of Clinical Nursing* 7(2), 165 – 174.

Bosch, X. 1998. Spanish doctors criticised for high tech birth. *British Medical Journal* 317, 1406.

Bradley, L. P. 1995. Changing American birth through childbirth education. *Patient Education and Counselling* 25, 75 – 82.

Brown, G. & Lumley, J. 1998. Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105(2), 143 – 155.

Brown, C. E. 1998. Women and their care providers: an exploration of knowledge, confidence and relationships in the context of childbearing and childbirth. *Birth Issues* 7(3), 95 – 100.

Brown, H. C. & Smith, H. J. 2004. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2. Art. No.: CD002856.DOI:10.1002/14651858.CD002856.pub2.

- Bryanton, J., Fraser, D. H. & Sullivan, P. 1994. Women's perceptions of nursing support during labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 23(8), 638 – 644.
- Burden, B. 1998. Privacy or help? The use of curtain positioning strategies within maternity ward environment as a means of achieving and maintaining privacy, or as a form of signalling to peers and professionals in an attempt to seek information and support. *Journal of Advanced Nursing* 27, 15 – 23.
- Burns, N. 1989. Standards for Qualitative Research. *Nursing Science Quarterly* 2(1), 44 – 52.
- Burns, N. & Grove, S. 1997. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. 3rd Edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Cahill, J. 1996. Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24(3), 561 – 571.
- Cahill, H. A. 2001. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing* 33(3), 334 – 342.
- Callister, L. C. 1995. Beliefs and perceptions of childbearing women choosing different primary health care providers. *Clinical Nursing Research* 4(2), 168 – 180.
- Callister, L. C. 2004. Making Meaning: Women's Birth Narratives. *Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing* 33, 508 – 518.
- Callister, L. C., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. The Pain of Childbirth: Perceptions of Culturally Diverse Women. *Pain Management Nursing* 4(4), 145 – 154.
- Callister, L. C., Lauri, S-L. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2000. A description of birth in Finland. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 25(3), 146 – 150.
- Callister, L. C., Semenic, S. & Foster, J. C. 1999. Cultural and spiritual meanings of childbirth: Orthodox, Jewish and Mormon women. *Journal of Holistic Nursing* 17(3), 280 – 295.
- Callister, L. C., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lauri, S. 2001. *American Journal of Maternal Child Nursing* 26(1), 28 – 32.
- Campero, L., Carcia, C., Ortiz, O., Reynoso, S. & Langer, A. 1998. "Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study of social support during labor and delivery in Mexico. *Social Science & Medicine* 47(3), 395 – 403.
- Cavanagh, S. 1997. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4(3), 5 – 16.
- Chamberlain, G., Wraight, A. & Crowley, P. 1997. *Home births*. Carnford: Pergamon Press.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. 1997. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44, 681 – 692.
- Chen, C., Wang, S. & Chang, M. 2001. Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviours during labor: a study in Taiwan. *Birth*. 28(3), 180 – 185.
- Chen, L., Lee, T., Chang, Y., Hsia, P. & Perng, C. 2001. A correlational study of women's expectations about childbirth and their birth experiences. *Journal of Nursing* 48(4), 61 – 72.

- Chung, F. & Chao, Y. 2001. The lived experience of secondipara in childbirth. *Journal of Nursing Research* 9(1), 65 – 75.
- Cosslett, T. 1994. *Women Writing Childbirth. Modern Discourses of Motherhood*. Manchester: Manchester University Press.
- Coyle, K., Hauck, Y., Percival, P. & Kristjanson, L. J. 2001. Mother's perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery* 17, 182 – 193.
- Crowe, K. & von Baeyer, C. 1989. Predictors of a positive childbirth experience. *Birth* 16 (2), 59 – 63.
- Cunningham, J. D. 1993. Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre, or in hospital labour wards. *Social Science & Medicine* 36 (4), 475 – 483.
- Czarnocka, J. & Slade, P. 2000. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* 39(1), 35 – 51.
- Davis, D. 2003. Spoilt for choice. Consuming maternity care. *British Journal of Midwifery* 11(9), 574 – 578.
- Davis-Floyd, R. E. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Los Angeles: University and California Press.
- Davis-Floyd, R. E. 1994. The Technocratic body. American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine* 38(8), 1125 – 1140.
- Davis-Floyd, R. E. 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 75(1), 5 – 23.
- De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. L. 2004. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 25(1), 47 – 55.
- de Vries, R. 2003. Can the Dutch way of birth teach us to do health care reform better? *Society*, March/April 43 – 48.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebau, S. & Risher, P. 2002. *Listening to mothers: Report of the First National U.S. Surveys of Women's Childbearing Experiences*. New York: Maternity Center Association by Harris Interactive.
- Deluca, R. S. 1999. Diminished control and unmet expectations: Testing a theory of adjustment to caesarean delivery (childbirth satisfaction). *Dissertation Abstract International: Section B. The Sciences & Engineering* 60(6-B), 3015.
- Dennis, K. 1990. Patient's Control and the Information Imperative: Clarification and Confirmation. *Nursing Research* 12(5), 629 – 643.
- Dilks, F. M. & Beal, J. A. 1997. Role of self-efficacy in birth choice. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing* 11(1), 1 – 9.
- DiMatteo, M. R., Kahn, K. L. & Berry, S. H. 1993. Narratives of birth and the postpartum: analysis of the focus group responses of new mothers. *Birth* 20(4), 204 – 211.



- Drummond, J. & Rickwood, D. 1997. Childbirth confidence: validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing* 26(3), 613 – 622.
- Eames, C. 2004. Midwife's role in preparing women for birth. *British Journal of Midwifery* 12(7), 447 – 450.
- Eden, K. B., Hashima, J. N., Osterweil, P., Nygren, P. & Guise, J. 2004. Childbirth preferences after caesarean birth: a review of the evidence. *Birth* 31(1), 49 – 60.
- Eftekhari, K. & Steer, P. 2000. Women choose caesarean. *British Medical Journal* 320, 1072A.
- Eirola, R. 1999. Elämänhallintavalmiudet ja elämisen tavat. Haastattelututkimus seitsemäsluokkalaisille nuorille. Kuopio: Licensiaatintutkimus. Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Eirola, R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet. Perheohjauksen arviointi. Kuopio: väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 102.
- Ekblad, U. 1998. ”Räätälöity synnytys” – tasapainoilua äidin elämysten ja sikiön hyvinvoinnin välillä. *Duodecim* 114, 2215 – 2217.
- Eliasson, M. & Carlsson, M. 1993. Naisen psykologia. Glostrup: Lademann.
- Elkadry, E., Kenton, K., White, P., Creech, S. & Brubaker, L. 2003. Do mothers remember key events during labor? *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 189(1), 195 – 200.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. 1992. Four models of the physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association* 267, 2221 – 2226.
- Erkkola, R. 1997a. Miksi synnytykseen kuollaan vieläkin? *Duodecim* 113, 457 – 458.
- Erkkola, R. 1997b. Kotisynnytykset lisäävät riskejä ja kustannuksia. *Duodecim* 113, 2218 – 2219.
- Escott, D., Spiby, H., Slade, P. & Fraser, R. B. 2004. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery* 20(2), 144 – 156.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Evans, S. & Jeffrey, J. 1995. Maternal learning needs during labor and delivery. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing* 24(3), 235 – 240.
- Falcone, R. & Castelfranchi, C. 2002. Issues of trust and control on agent autonomy. *Journal of Neural Computing, Artificial Intelligence & Cognitive Research* 14(4), 249 – 263.
- Faulkner, M. 2001. A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. *Journal of Advanced Nursing* 34(5), 676 – 686.
- Farley, C. L. 1999. Vicarious experience. A source of self-efficacy for birth. The Ohio State University.
- Fenwick, J., Gamble, J. & Mawson, J. 2003. Women's experiences and Caesarean section and vaginal birth after Caesarean. A Birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice* 9(1), 10 – 17.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J. & Butt, J. 2005. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery* 21(1), 23 – 35.

- Fleissig, A. 1993. Are women given enough information by staff during labour and delivery? *Midwifery* 9(2), 70 – 75.
- Foddy, W. 1995. Constructing questions for interviews and questionnaires. Theory and practice in social research. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fox, B. 2001. The Formative Years: How Parenthood Creates Gender. *Canadian Review of Sociology & Anthropology* 38(4), 373 – 390.
- Fowles, E. R. 1998. Labor concerns of women two months after delivery. *Birth* 25, 235 – 240.
- Gafni, A., Charles, C. & Whelan, T. 1998. The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 47, 347 – 354.
- Galotti, K. M., Pierce, B., Reimer, R. L. & Luckner, A. E. 2000. Midwife or doctor: a study of pregnant women making delivery decisions. *Journal of Midwifery & Women's Health* 45(4), 320 – 329.
- Gamble, J. A. & Greedy, K. 2000. Women's request for a caesarean section: a critique of the literature. *Birth* 27, 256 – 263.
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. 2001. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 17, 302 – 313.
- Gissler, M. 2001. Synnytyspelko hoitoilmoitusrekisterindiagnoosina. *Kätilölehti* 2, 46 – 48.
- Gissler, M. & Tiitinen, A. 2001. IVF treatments and their outcomes in Finland in the 1990s. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80, 937 – 944.
- Gissler, M. & Vuori, E. 2003a. Raskaudenaikainen hoito syntymärekisterin perusteella. *Kätilölehti* 1, 4 – 6.
- Gissler, M. & Vuori, E. 2003b. Synnytystrendit uudella vuosituuhannella: keskittäminen jatkuu ja toimenpiteet yleistyvät. *Kätilölehti* 3, 89 – 91.
- Goodman, P., Mackey, M. C. & Tavakoli, A. S. 2004. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 26(2), 212 – 219.
- Green, J. M. 1999. Commentary: What is this thing called control? *Birth* 26, 335 – 336.
- Green, J. M. & Baston, H. A. 2003. Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth* 30(4), 235 – 247.
- Green, J. M., Coupland, V. A. & Kitzinger, J. V. 1988. Great expectations: a prospective study of women's choice in childbirth. Childcare and Development Group. Cambridge: University of Cambridge.
- Green, J. M., Coupland, V. A. & Kitzinger, J. V. 1990. Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth* 17, 15 – 24.
- Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. 1990. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: meta-analysis. *Social Science & Medicine* 30(7), 811 – 818.

Hall, S. M. & Holloway, I. M. 1998. Staying in control: women's experiences of labour in water. *Midwifery* 14(1), 30 – 36.

Hallgren, A., Kihlgren, M., Norber, A. & Forslin, L. 1995. Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery* 11, 130 – 137.

Hallsdorsdottir, S. & Karlsdottir, S. I. 1996a. Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery* 12(2), 48 – 61.

Hallsdorsdottir, S. & Karlsdottir, S. I. 1996b. Empowerment or Discouragement: women's Experience of Caring and Uncaring Encounters during Childbirth. *Health Care for Women International* 17(4), 361 – 379.

Handfield, B. & Bell, R. 1995. Do childbirth classes influence decision making about labour and postpartum issues? *Birth* 22(3), 153 – 160.

Harrison, M. J, Kushner, K. E, Benzies, K., Rempel, G. & Kimak, C. 2003. Women's Satisfaction with Their Involvement in Health Care Decisions During a High-Risk Pregnancy. *Birth* 20(2), 109 – 115.

Hart, M. A. & Foster, S. N. 1997. Couple's Attitudes toward Childbirth Participation: Relationship to Evaluation of Labor and Delivery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 11(1), 10 – 20.

Hartikainen, A-L. 2003. Äitiysneuvolakäynnit lisääntyvät jatkuvasti - olisiko aiheutta toiminnan arviointiin? *Suomen Lääkärilehti* 58(22), 2437 – 2440.

Haukkamaa, M. 1996. Normaali synnytys. Teoksessa O. Ylikorkala, A. Kauppila (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 318 – 228.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. Uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helsti, H. 2000. Kotisynnytysten aikaan. Etnografinen tutkimus äitiyden ja äitiysvalistuksen konflikteista. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Hemminki, E. 1993. Nainen ja terveydenhuolto tutkimuksen kohteena. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 30, 169 – 175.

Hemminki, E. 1998. Joitakin vaihtoehtoja nykykäytännölle. Teoksessa S. Sihvo, P. Koponen (toim.) *Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Raportteja* 220. Helsinki: Stakes, 103 – 114.

Hemminki, E. 2003. Raskauksien hoidon vaikuttavuus. *Suomen Lääkärilehti* 58(19), 1209 – 1211.

Hemminki, E. 2004. Terveystenhuollon teknologia 10 vuoden tulevaisuusperspektiivissä. Kommenttipuheenvuoro. Terveystenhuoltotutkimuksen seminaari 11.11.2004. Tampereen yliopisto. Julkaisematon.

Hemminki, E. & Gissler, M. 2003. Synnytysien nousu on nähtävä kansanterveysongelmana. *Helsingin Sanomat* 27.10.2003. Vieraskynä.

Hemminki, E., Kangas, I. & Topo, P. 1992. Lääketieteelliset teknologiat ja vaihdevuodet – esimerkki medikalisaatiosta. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma, O. Rahkonen (toim.). *Terveyssosiologia*. Juva: WSOY, 96 – 106.

- Hemminki, E. & Koponen, P. 1998. Lisääntymisterveyspalvelut Suomessa. Teoksessa S. Sihvo, P. Koponen (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Raportteja 220. Helsinki: Stakes, 5 – 20.
- Hemminki, E., Malin, M. & Kojo–Austin, H. 1992. Äitiyspoliklinikat Suomen äitiyshuollossa. Suomen Lääkärilehti 47(10), 957 – 61.
- Hildingsson, I., Rådestad, I. & Rubertson, C. & Waldenström U. 2002. Few women wish to be delivered by caesarean section. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 109, 618 – 623.
- Hildingsson, I., Waldenström, U. & Rådestad, I. 2003a. Swedish Women's Interest in Home Birth and In-Hospital Birth Center Care. Birth 30(1), 11 – 22.
- Hildingsson, I., Waldenström, U. & Rådestad, I. 2003b. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 81(2), 118 – 125.
- Hildingsson, I., Rådestad, I. & Waldenström, U. 2005. Number of antenatal visits and women's opinion. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 84 (3), 248 – 254.
- Hirvonen, E. 2000. Raskaus nuoren valintana. Etnografia alle 18-vuotiaiden nuorten raskaudesta, vanhemmuudesta ja elämäntilanteesta sekä äitiysneuvolakäynneistä. Tampere: Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 776.
- Hodnett, E. D. 2000. Continuity of Caregivers for Care During Pregnancy and Childbirth. Birth 27(3), 217.
- Hodnett, E. D. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynaecology 186(5), 160 – 172.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. 2003. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Art.No.:CD003766.DOI:10.1002/14651858.CD003766.
- Hodnett, E. D., Lowe, N., Hannah, M., Willan, A., Stevens, B., Weston, J., Ohlsson, A., Gafni, A., Muir, H., Myhr, T. & Stremler, R. 2002. Effectiveness of Nurses as providers of Birth Labor Support in North American Hospitals: A Randomized Controlled Trial. The Journal of the American Medical Association 288(11), 1373 – 1381.
- Homer, C. S. E., Davis, G. K., Cooke, M. & Barclay, L. M. 2002. Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. Midwifery 18(2), 102 – 112.
- Honkasalo, M-L. & Åstedt-Kurki, P. 1995. Onko nainen oman terveytensä määrittelijä? Teoksessa M. Sorvettula (toim.) Naisen terveys. Hyvän elämän strategiset mitat. Helsinki: Kirjayhtymä, 115 – 144.
- Hopkins, K. 2000. Are Brazilian women really choosing to delivery by caesarean? Social, Science & Medicine 51, 725 – 740.
- Howell–White, S. 1997. Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definition. Social Science & Medicine 45(6), 925 – 936.
- Hundley, V. A., Milne, J. M., Glazener, C. M. & Mollison, J. 1997. Satisfaction and the three C's : continuity, choice and control. Women's views from a randomized controlled trial of midwife-led care. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 104(11), 1273 – 1280.

Hundley, V. A., Rennie, A-M., Fitzmaurice, A., Graham, W., van Teijlingen, E. & Penney, G. 2000. A national survey of women's views of their maternity care in Scotland. *Midwifery* 16(4), 303 – 313.

Huttunen, J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Hoiva - isiä, että isiä ja ero - isiä. Jyväskylä: PS - kustannus.

Häggman-Laitila, A. 1992. Terveys ihmisen yksilöllisen olemistavan ilmaisuna. Kuvaileva teoria elämänhallinnan ja terveenä olemisen välisistä merkitysyhteysistä. Tampere: lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto.

Häggman-Laitila, P. & Pietilä, A.-M. 1993. Elämänhallinta terveenä olemisen perustana. Elämänhallinta käsitteen teoreettis-empiiristä määrittelyä. *Hoitotiede* 5(1), 2 – 10.

International Confederation of Midwives (1999). International Code of Ethics for Midwives. [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org) . 22.11. 2004.

International Confederation of Midwives (2004). Competencies. Care during Labor and Birth. <http://www.internationalmidwives.org/index.php?module=Content>. 22.11. 2004.

Intimate examinations. 1997. Report of a working party. London: RCOG Press.

Ip, W. Y., Chien, W. T. & Chan, C. L. 2003. Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *Journal of Advanced Nursing* 42(2), 151 – 158.

Jackson, A., Henry, R., Avery, N., Van Den Kerkhof, E. & Milne, B. 2000. Informed consent for labour epidurals: what labouring women want to know? *Canadian Journal of Anaesthesia* 47(11), 1055 – 1059.

Jallinoja, R. 1984. Perhekäsityksistä perhettä koskeviin ratkaisuihin. Teoksessa E. Haavio-Mannila, R. Jallinoja, H. Strandell (toim.) *Perhe työ ja tunteet. Ristiriitoja ja ratkaisuja*. Porvoo: WSOY, 37 – 110.

Johanson, R., Newburn, M. & Macfarlane, A. 2002. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal* 324(13), 892 – 895.

Johnston-Robledo, I. 1998. Beyond Lamaze: socioeconomic status and women's experiences with childbirth preparation. *Journal of Gender, Culture & Health* 3(3), 159 – 169.

Jokinen, E. 1996. Väsynyt äiti. Äitiyden omaelämäkerrallisia esityksiä. Tampere: Gaudeamus.

Jokinen, E. 1997. Kun äiti on masentunut. Teoksessa E. Jokinen (toim.) *Ruumiin siteet. Kirjoituksia eroista, järjestyksistä ja sukupuolesta*. Tampere: Vastapaino, 138 – 168.

Jones, P.S. & Meleis, A. 1993. Health is empowerment. *Advances in Nursing Science* 15(3), 1-14.

Jouppila, P. 2003. Miten suhtautua ilman lääketieteellistä syytä tehtävään keisarileikkaukseen? *Suomen lääkäri* 58(41), 4097.

Julkunen, R. 1995. Työ, äitiys, itsenäisyys. Teoksessa M. Sorvettula. (toim.) *Naisen terveys. Hyvän elämän strategiset mitat*. Helsinki: Kirjayhtymä, 53 – 75.

Kabakian-Khasholian, T., Campbell, O., Shediach-Rizkallah, M. & Ghorayeb, F. 2000. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Social Science & Medicine* 51(1), 103 – 113.

- Kao, B., Gau, M., Wu, S., Kuo, B. & Lee, T. Y. 2004. A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. *Journal of Nursing Research* 12(3), 191 – 201.
- Kaila-Behm, A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopio: väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49.
- Katvala, S. 2001. Missä äiti on? Äitejä ja äitiyden uskomuksia sukupolvien saatossa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 186. Jyväskylän yliopisto.
- Kaufman, K. J. 1993. Effective control or effective care? *Birth* 20(3), 156 – 158.
- Khalaf, I. & Callister, L. C. 1997. Cultural meanings of childbirth: Muslim women living in Jordan. *Journal of Holistic Nursing* 15(4), 373 – 388.
- Kiehl, E. M. & White, M. A. 2003. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17(2), 96 – 104.
- Kielikone. 2004. <http://mot.kileikone.fi/mot/jyvasamk/netmot.exe?UI=figr.1.11.2004>.
- Kirkham, M., Stapleton, H., Thomas, G. & Curtis, P. 2002. Evaluating informed choice. Checking not listening: how midwives cope. *British Journal of Midwifery* 10(7), 447 – 450.
- Kinnunen, M. 2001. Luokiteltu sukupuoli. Tampere: Vastapaino.
- Kitzinger, S. 1992. Sheila Kitzinger's letter from England: Birth plans. *Birth* 19(1), 36 – 37.
- Kline, C. R., Martin, D. P. & Deyo, R. A. 1998. Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Obstetric and Gynaecology* 92(5), 842 – 848.
- Knapp, L. 1996. Childbirth satisfaction: the effects of internal control and perceived control. *Journal of Perinatal Education* 5(4), 7 – 16.
- Kobasa, S., Maddi, S. & Kahn, S. 1982. Hardiness and Health: A Prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 42(1), 168 – 177.
- Kojo-Austin, H., Malin, M. & Hemminki, E. 1993. Women's satisfaction with maternity health care services in Finland. *Social Science & Medicine. An International Journal* 37(5), 633 – 638.
- Koponen, P. 1994. Väestövastuu ja muutosten suunnat neuvolatyössä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 144 – 150.
- Koponen, P., Lindholm, M-L. & Sihvo, S. 2004. Raskaudet, synnytykset, keskenmenot ja keskeytykset. Teoksessa P. Koponen, R. Luoto (toim.) *Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 27 – 33.
- Kouri, P., Antikainen, I., Saarikoski, S. & Wuorisalo, J. 2001. Elämisen alkuun -projekti äitiyshuollon joustavaan verkkopalveluun. *Nettineuvolan kehittäminen Internetissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 10*. Helsinki: Edita Oy.
- Kuronen, M. 1993. Lapsen hyväksi naisten kesken. *Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Tutkimuksia 35*. Helsinki: Stakes.
- Kuronen, M. 1994. Äitiysneuvolan normaaliäitiys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 135 – 143.

- Kuronen, M. 2001. Motherhood in Family Context – Comparing Professional Practices in Maternity and Child Care in Finland and Scotland. Teoksessa Yearbook of Population Research in Finland XXXVII. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos, 5 – 22.
- Kuronen, M., Granfelt, R., Nyqvist, L. & Petrelius, P. 2004. Sukupuolistunut ja sukupuoleton sosiaalityö. Teoksessa M. Kuronen, R. Granfelt, L. Nyqvist, P. Petrelius (toim.) Sukupuoli ja sosiaalityö. Juva: PS-kustannus, 5 – 18.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1, 3 – 12.
- Kytöharju, H., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Äitien jaksaminen ja keskinäinen vertaistuki Vauva-lehden keskustelupalstalla Internetissä. Teoksessa A.-L. Aho, N. Halme, M. Koivula, E. Paavilainen, A. Rantanen, P. Åstedt-Kurki. Hoitotieteellinen tutkimus näkyväksi - kuinka vastata ihmisen ja yhteiskunnan haasteisiin. Konferenssiesitelmät. VIII kansallinen hoitotieteellinen konferenssi 24.9. - 25.9. 2004. Tampereen yliopisto, 146 – 152.
- Ladfors, L., Eriksson, M., Mattson, L.-A., Kyleback, K., Magnussin, L. & Milsom, I. 2001. A population based study of Swedish women's opinions about antenatal, delivery and postpartum care. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 80(2), 130 – 136.
- Lai, C. Y. & Levy, V. 2002. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. Midwifery 18(4), 296 – 303.
- Lang, L. & Nikkonen, M. 1994. Kättilöiden hoitokulttuuri ja synnyttäjän hoitoa koskevia odotuksia ja kokemuksia. Hoitotiede 6(3), 107 – 115.
- Larsen, K. E., O'Hara, M. W., Brewer, K. K. & Wenzel, A. 2001. A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. Journal of Reproductive and Infant Psychology 19(3), 203 – 214.
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A. & Walton, I. 1999. A prospective study of women's views of factors contributing positive birth experience. Midwifery 15(1), 40 – 46.
- Lazarus, R. & Folkman, S. 198. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Raportteja 229. Helsinki: Stakes.
- Levenson, H. 1973. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41(3), 397 – 404.
- Levenson, H. 1975. Additional dimensions of internal-external control. Journal of Social Psychology 97, 303-4.
- Levy, V. 1999. Protective Steering: A Grounded theory study of the processes by which midwives facilitate informed choices during pregnancy. Journal of Advanced Nursing 29(1), 104- 112.
- Liamputtong, P. 2004. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in Northern Thailand. Health Care for Women International 25(5), 454 – 480.
- Lock, M. & Kaufert, P. 1998. Pragmatic Women and Body Politics. Cambridge: Cambridge University Press.

Loftus, E. 1988. *Memory*. New York: Ardsley House.

Lowe, N. K. 1991. Maternal confidence in coping with labour: a self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing* 20, 457 – 463.

Lowe, N. K. 2000. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 21(3), 219 – 224.

Loweckron, A. H. 1999. Coping with the stress of premature labor. *Health Care for Women International* 20, 547-561.

Lumley, J. & Brown, S. 1993. Attenders and nonattenders at childbirth education classes in Australia: how do they and their births differ? *Birth* 20(3), 123 – 130.

Lundgren, I. 2004. Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(4), 368 – 375.

Lundgren, I. & Dahlberg, K. 1999. Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery* 14, 105 – 110.

Machin, D. & Scamell, M. 1997. The experience of labour: using ethnography to explore the irresistible nature of the bio-medical metaphor during labour. *Midwifery* 13, 78 – 84.

Mackey, M. C. 1990. Women's preparation for the childbirth experience. *Maternal-Child Nursing Journal* 19(2), 143 – 175.

Mackey, M. C. 1995. Women's evaluation of their childbirth performance. *Maternal-Child Nursing Journal* 23(2), 57 – 72.

Mackey, M. C. 1998. Women's evaluation of the labor and delivery experience. *Nursing Connections* 11(3), 19 – 32.

Malin, M. & Räikkönen, O. 1998 Naisten kokemuksia hedelmättömyyden hoidoista - Roosaa ja verenpunaista. Teoksessa S. Sihvo, P. Koponen (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Raportteja 220. Helsinki: Stakes, 65 – 79.

Mander, R. 1998. *Pain in Childbearing and Its Control*. Oxford: Blackwell Science.

Mannig, M. M. & Wright, T. L. 1983. Self-efficacy expectancies, outcome expectancies and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology* 45, 421 – 431.

Marander-Eklund, L. 2000. *Berättelser om barnafödande: Form, innehåll och betydelsen kvinnors muntliga skildring av födsel*. Åbo: Åbo Akademi förlag.

Martin, E. 1992. *The woman in the Body: a Cultural Analysis of the Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Matthews, R. & Callister, L.C. 2004. Childbearing women's perceptions of nursing care that promotes dignity. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing* 33(4), 498 – 507.

Mauranen, K. 2004. Monimuuttujamenentelmistä. <http://www.uku.fi/~mauranen/monim/luento.htm>. 15.12.2004.



- McCrea, H. B. & Wright, M. E. 1999. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing* 29(4), 877 – 884.
- McCrea, H. B., Wright, M. E. & Stringer, M. 2000a. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *International Journal of Nursing Studies* 37(6), 493 – 503.
- McCrea, H. B., Wright, M. E. & Stringer, M. 2000b. The development of a scale to assess control in pain management during labour. *Journal of Reproductive & Infant Psychology. Special Issue: Reproductive pain.* 18(2), 105 – 115.
- McHaffie, H. E. 1992. Coping: an essential element of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17(8), 933 – 940.
- McNiven, P. S., Williams, J. I., Hodnett, E. D., Kaufman, K. & Hannah, M. E. 1998. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth* 25(1), 5 – 10.
- Melender, H-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth. Turku: Väitöskirja. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Osa 501.
- Melender, H-L. 2004. Mistä on hyvä synnytys tehty? - haastattelututkimuksen tuloksia. Syntymän ihme -seminaari, Suomen Kätilöliitto ry. Vantaa. 19.11.2004. Julkaisematon.
- Mesiäislehto-Soukka H. 2005. Perheenisäyksen isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Oulu: väitöskirja. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514277260/>. 19.5.2005.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. Uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Miettinen, A. 1997a. Synnytyspaikka on osa synnytyskulttuurin kehitystä. *Duodecim* 113, 2217 – 2218.
- Miettinen, A. 1997b. Pitäisikö synnytykset keskittää äitikuolemien vähentämiseksi? *Duodecim* 113, 1144.
- Miettinen-Jaakkola, A. 1992. Nainen naiselle - luonnollinen syntymä. Helsinki: Kääntöpiiri.
- Miller, T. 2000. Losing the plot: narrative construction and longitudinal childbirth research. *Qualitative Health Research* 10(3), 309 – 323.
- Miller, T. 2005. Making Sense of Motherhood. A Narrative Approach. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, J., Thornton, E. & Gittens, C. 2002. Influences of mode of birth and personality. *British Journal of Midwifery* 10(11), 692 – 697.
- Moch, S. 1988. Towards a personal control/uncontrol balance. *Journal of Advanced Nursing* 13, 119 – 123.
- Moore, M. & Hopper, U. 1995. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. *Birth* 22(1), 29 – 36.
- Moran, C. F., Holt, V. L. & Martin, D. P. 1997. What do women want to know after childbirth? *Birth* 24(1), 27 – 34.

- Morgan, D. 1993. Qualitative Content Analysis: A Guide to Paths Not Taken. *Qualitative Health Research* 1, 112 – 121.
- Morgan, M., Fenwick, N., McKenzie, C. & Wolfe, C. D. 1998. Quality of midwifery led care. Assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality Health Care* 7, 77 – 82.
- Morison, S., Hauck, Y., Percival, P. & McMurray, A. 1998. Constructing a home birth environment through assuming control. *Midwifery* 14(4), 233 – 241.
- Munnukka, T., Kiikkala, I. & Valkama, K. 2002. Äitien keskinäinen sosiaalinen tuki välittyy Internetin postituslistoilla. *Sairaanhoitaja-lehti* 5 (75), 24 – 27.
- Murphy, D., Pope, C., Frost, J. & Liebling, R. E. 2003 Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: qualitative interview study. *British Medical Journal* 327(7424), 1132 – 1141.
- Myllykangas, M. 2001. Terveystarpeiden lietsontaa.: mistä medikalisaatiossa on kyse? *Tiedepolitiikka* 3, 7 – 22.
- Mäenpää, E. & Pietilä, A-M. 1991. Nuorten miesten elintavat, elämänhallinta ja itsearvioitu terveys. Esitutkimus valtion työterveyshuollon Oulun yksikössä. *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja*, 45 – 56.
- Mäenpää-Reenkola, E. 1997. Naisen verhottu sisin. Helsinki: Yliopistopaino.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus, 42 – 61.
- Neuhaus, W., Scharkus, S., Hamm, W. & Bolte, A. 1994. Prenatal expectations and fears in pregnant women. *Journal of Perinatal Medicine* 22(5), 409 – 414.
- Neurolakirja. 1999. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Niemelä, P. (toim.) 1991. Turvattomuus, sen syyt ja hallintakeinot eri ikävaiheissa. Osa I: Tutkimuksen käytännölliset ja teoreettiset lähtökohdat, ikävaihekuvaukset, empiiriset tutkimustulokset, muuttujien muodostaminen ja haastattelulomake. Kuopion yliopiston julkaisuja. *Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset* 3.
- Niemelä, P. 1995. Kotiin omaan ruumiiseen: mielen ja ruumiin integraatioprosessi. Teoksessa M. Sorvettula (toim.) *Naisen terveys. Hyvän elämän strategiset mitat*. Helsinki: Kirjayhtymä, 76 – 89.
- Niven, C. A. & Brodie, E. E. 1995. Memory of labor pain: context and quality. *Pain* 64, 387 – 392.
- Niven, C. A. & Murphy-Black, T. 2000. Memory for Labor pain: A review of the Literature. *Birth* 27(4), 244 – 253.
- Niven, C. A. & Gijsbers, K. 1996. Coping with labor pain. *Journal of Pain & Symptom Management*. 11(2), 116 – 125.
- Nupponen, R. 1993. Terveyspsykologian perusteet. Tukea koulutukseen ja terveyspalveluihin. Oppaita 21. Helsinki: Stakes.

- Nätkin, R. 1997. Kamppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset. Tampere: Gaudemus.
- Odent, M. 1984. Birth Reborn. What Birth Can and Should Be. London: Souvenir Press.
- O'Cathain, A., Thomas, K., Walters, S. J., Nicholl, J. & Kirkham, M. 2002. Women's perceptions of informed choice in maternity care. *Midwifery* 18(2), 136 – 144.
- Oakley, A. 1984. The captured womb. A history of the medical care of pregnant women. Oxford: Basil Blackwell.
- Oakley, A. 1993. Essays on women, medicine and health. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Ogden, J. 1998. Having a homebirth: decisions, experiences and long-term consequences. Teoksessa S. Clement (Ed.) Psychological perspectives on pregnancy and childbirth. Edinburgh: Churchill, 101 – 121.
- Oinas, E. 2001. Making Sense of the Teenage Body. Sociological Perspectives on Girls, Changing Bodies and Knowledge. Åbo akademis Förlag. Åbo.
- Oinas, E. 2004. Haastattelu: kokemuksia, kohtaamisia, kerrontaa. Teoksessa M. Liljeström (toim.) Feministinen tietäminen. Tampere: Vastapaino, 209 – 227.
- Olsson, P., Sandman, P & Jansson, L. 1996. Antenatal “booking” interviews at midwifery clinics in Sweden: a qualitative analysis of five video-recorded interviews. *Midwifery* 12(2), 62 – 72.
- Paavilainen, E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. Tampere: väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 904.
- Paavilainen, R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Tampere: väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 906.
- Palin, T. 1996. Ruumis. Teoksessa A. Koivunen, M. Liljeström (toim.) Avainsanat. 10 askelta feministiseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino, 225 – 244.
- Paranjothy, S. & Thomas, J. 2001. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. National Sentinel caesarean section audit report. London: RCOG Press.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhetutkimuksen kehittyminen hoitotieteessä. Teoksessa M. Paunonen, K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 14 – 24.
- Peart, K. 2004. Birth planning - is it beneficial to pregnant women? *Australian Journal of Midwifery* 17(1), 27 – 29.
- Pelkonen, M., Hakulinen, T. & Perälä, M-L. 2003. Sukupuolispesifinen näkökulma äitiys- ja lastenneuvolatutkimukseen. Teoksessa R. Luoto, K. Viisainen, I. Kulmala (toim.) Sukupuoli ja terveys. Jyväskylä: Gummerus, 303 – 315.
- Pelkonen, M., Hakulinen, T. & Perälä, M-L. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatutkimus: analyysi Suomessa vuosina 1990–2003 tehdyistä tutkimuksista. *Hoitotiede* 17(1), 42 – 53.

Pelkonen, M., Perälä, M-L. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Participation of expectant mothers in decision making in maternity care: results of a population -based survey. *Journal of Advanced Nursing* 28(1), 21 – 29.

Pelkonen, M. & Löthman-Kilpeläinen, L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:10. Helsinki: STM.

Peterson, C. & Stunkard, A. J. 1989. Personal control and health promotion. *Social Science & Medicine* 28(8), 819 – 828.

Perälä, M-L., Pelkonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Viisainen, K. & Räikkönen, O. 1998. Äitiys-huollon palvelut muutoksessa. Teoksessa S. Sihvo, P. Koponen (toim.) *Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet*. Raportteja 220. Helsinki: Stakes, 33 – 48.

Piensoho, T. 2001. Äitiyden alkumetreit. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsinki: väitöskirjatyö. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 176.

Pietilä, V. 1973. Sisällön erittely. Helsinki: Oy Gaudeamus.

Pietilä, A-M. 1992. Pohjoissuomalaisten nuorten miesten terveys, elämänhallinta ja elintavat. Kyselytutkimus Oulun ja Lapin läänissä vuonna 1966 syntyneille. Oulu: lisensiaatintutkimus. Oulun yliopisto.

Pietilä, A-M. 1998. Life control and health. *International Journal of Circumpolar Health* 57, 211 – 217.

Poikajärvi, K. & Mäkelä, M. 1998. Seksuaaliterveyspalvelut puntarissa. Onko neuvolajärjestelmää uudistettava? Aiheita 32/998. Helsinki: Stakes.

Pohjola, A. 1996. Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa R. Granfelt, H. Jokiranta, S. Karvinen, A-L. Matthies, A. Pohjola (toim.) *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 55 – 95.

Pohjola, A. 2003. Tutkijan eettiset sitoumukset. Teoksessa A. Pohjola (toim.) *Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 47.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. 1997. *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: JB Lippincott Company.

Proctor, S. 1998. What Determines Quality in Maternity Care? Comparing the Perceptions of Child-bearing Women and Midwives. *Birth* 25(2), 85–93.

Raitasalo, R. 1996. Aaron Antonovskyn "salutogeeninen malli" ja elämänhallinta. Teoksessa R. Raitasalo (toim.) *Elämänhallintaa etsimässä. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia* 13. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 57 – 73.

Ralston, R. 1994. How much choice do women really have in relation to their care? *British Journal of Midwifery* 2, 453 – 456.

Raphael-Leff, J. 1991. *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.

Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Tampere: Gaudeamus.

- Ridley, R. T., Davis, P. A., Bright, J. H. & Sinclair, D. 2002. What influences a woman to choose vaginal birth after cesarean? *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 31(6), 665 – 672.
- Rimpelä, M. 2002. Perheen hyvinvointineuvola vastaus uusiin haasteisiin? *Helsingin Sanomat* 18.2. 2002. Vieraskynä.
- Riska, E. 2003. Developments in Scandinavian and American medical sociology. *Scandinavian Journal of Public Health* 31, 389 – 394.
- Riska, E. 2005. Naiset ja terveydenhuolto: sosiologisia näkökulmia. Teoksessa L. Husu, Rolin K. (toim.) *Tiede, tieto ja sukupuoli*. Helsinki: Gaudeamus, 132 – 149.
- Rizk, D. E., Nasser, M., Thomas, L. & Ezimokhai, M. 2001. Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *Journal of Perinatal Medicine* 29(4), 298 – 307.
- Rofè, Y., Mordechai, B. & Lewin, I. 1993. Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology* 49(1), 3 – 12.
- Ronkainen, S. 2000. Sandra Harding. Sijoittautumisen ja sitoutumisen teoreetikko. Teoksessa A. Anttonen, K. Lempiäinen, M. Liljeström (toim.) *Feministejä – aikamme ajattelijoita*. Tampere: Vastapaino, 161 – 186.
- Ronkainen, S. 2004. Kvantitatiivisuus, tulkinnallisuus ja feministinen tutkimus. Teoksessa M. Liljeström (toim.) *Feministinen tietäminen*. Tampere: Vastapaino, 44 – 69.
- Roos, J. P. 1988. *Elämäntavasta elämänkertaan - elämäntapaa etsimässä*. Juva: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Rosen, P. 2004. Supporting Women in Labor: Analysis of Different Types of Caregivers. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49 (1), 24 – 31.
- Rothbaum, R., Weisz, J. R. & Snyder, S. S. 1982. Changing the world and changing the self: a two-processes model of perceived control. *Journal of personal and social psychology* 42, 5 – 37.
- Rotter, C. B. 1966. Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80(1), 1 – 28.
- Rúðólfssdóttir, A. G. 2000 "I am not a patient, and I am not a child": the institutionalisation and experience of pregnancy. *Feminism & Psychology* 10(3), 337 – 350.
- Rutanen, E.-M. & Ylikorkala, O. 1998. Raskaus ja synnytys Suomessa – onko valtakunnassa kaikki hyvin? *Duodecim* 114(21), 2209.
- Ruusuvuori, J. 1992. Synnyttämisen suuntia. Synnyttävän naisen muuttuva asema diskurssikamppailussa. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Tampereen yliopisto. Naistutkimusyksikön julkaisuja nro 6.
- Ruusuvuori, J. 1994. Mitä synnyttävien naisten puhe kertoo synnytyksestä? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 174 – 181.
- Ruusuvuori, J. 2000. Control in the medical consultation: Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. Tampere: väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 16.

- Ruusuvuori, J. 2002. Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla, Teoksessa S. Torkkola (toim.) Terveystieteitä. Helsinki: Tammi, 36 – 54.
- Ryding, E. L. 1991. Psychosocial indicators for caesarean section - a retrospective study of 43 cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 70, 47 – 49.
- Ryding, E. L. 1993. Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 72, 280 – 285.
- Ryding, E. L. 1998. Vad är kvinnor rädda för inför förlossningen? Teoksessa Sjögren B. (toim.) 1998. *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur, 36 – 43.
- Ryding, E. L., Wijma, K. & Wijma, B. 2000. Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 18(1), 33 – 39.
- Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C. & Kvist, L. 2003. En evaluation of midwives' counselling of pregnant women in fear of childbirth, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82(1), 10 – 17.
- Ryttyläinen, K. 2005. Voiko raskautta ja synnytystä hallita? *Kätilölehti* 1, 5 – 9.
- Ryynänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kuusi, O. 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta. Teknologian arviointeja 20. Eduskunnan kanslian julkaisu 8.
- Räikkönen, O., Gissler, M., Perälä, M-L., Pelkonen, M. & Järvenpää, M. 1999. Äitiyshuollon palveluiden käyttö raskauden seurannassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 36, 133 – 143.
- Salmon, D. 1999. A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma the immediate post delivery period. *Midwifery* 15(4), 247 – 256.
- Sandler, L. C., Davison, T. & McCowan, L. 2001. Maternal Satisfaction with Active Management of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth* 28(4), 225–235.
- Schneider, Z. 2002. An Australian study of women's experiences of their first pregnancy. *Midwifery* 18(3), 238 – 249.
- Schroeder, M. A. 1985. Development and testing of a scale to measure locus of control prior to and following childbirth. *Maternal-Child Nursing Journal* 14, 111 – 121.
- Schroeder, C. 1996. Women's experiences of bed rest in high-risk pregnancy. *Image, Journal of nursing scholarship* 28(3), 253 – 258.
- Seeman, M. 1991. Alienation and Anomie. Teoksessa J. P. Robinson, P. R. Shaver, L. S. Wrightsman (Eds.) *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego, CA: Academic Press Inc., 291 – 372.
- Seligman, M. 1975. *Helplessness: On depression, Development and Death*. San Francisco: W.H. Freeman & Co.
- Sevón, E. & Huttunen, J. 2002. Odottavan äidin vastuu. Teoksessa A. Rönkä, U. Kinnunen (toim.) *Perhe ja vanhemmuus*. Jyväskylä: PS-kustannus, 72 – 98.
- Sevón, E. & Huttunen, J. 2004. Isäksi naisten kertomuksissa ja vähän miestenkin. Teoksessa I. Aalto, J. Kolehmainen (toim.) *ISÄ kirja*. Tampere: Vastapaino, 133 – 165.

- Shapiro, D. H., Schwartz, C. E. & Astin, J. 1996. Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative sequences of seeking and gaining control. *American Psychologist* 51, 1213 – 1230.
- Shields, N., Turbull, D., Reid, M., Holmes, A., McGinley, M. & Smith, L. N. 1998. Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomized controlled trial of 1299 women. *Midwifery* 14(2), 85 – 93.
- Shorten, A., Chamberlain, M., Shorten, B. & Kariminia, A. 2004. Making choices for childbirth: development and testing of a decision-aid for women who have experienced previous caesarean. *Patient Education Counselling* 52(3), 307 – 313.
- Sihvo, S. & Koponen, P. (toim.) 1998. Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Raportteja 220 Helsinki: Stakes, 33 – 48.
- Sihvo, S. & Viisainen, K. 1998. Miehet kumppaneina perhesuunnittelussa ja synnytyksissä. Teoksessa S. Sihvo & P. Koponen (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Raportteja 220 Helsinki: Stakes, 91 – 101.
- Simkin, P. T. 1992. Just another day in a woman's life? Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experience. *Birth* 19 (2), 64 – 81.
- Simkin, P. & O'Hara, M. 2002. Nonpharmacologic Relief of Pain during Labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 131 – 159.
- Sinclair, M. & O'Boyle, C. 1999. The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study. *Journal of Advanced Nursing* 30 (6), 1416 – 1423.
- Sinclair, M. & Gardner, J. 2001. Midwife's perceptions of the use of technology in assisting childbirth in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 36(2), 229 – 236.
- Sjögren, B. 1997. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosom Obstet Gynaecol* 18(4), 266 – 272.
- Sjögren, B., Langius-Eklöf, A. & Hjertberg, R. 2004. Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 83, 1112 – 1118.
- Slade, P., MacPherson, S. A., Hume, A. & Maresh, M. 1993. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology* 32(4), 469 – 483.
- Soet, J. E., Brack, G. A. & Dilorio, C. 2003. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 30(1), 36 – 46.
- Soivio, J. 2003. Lääketieteellinen teknologia ja sydänsairaiden kokemus. Teoksessa M-L. Honkasalo, I. Kangas, U. M. Seppälä (toim.) Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen. Helsinki: SKS, 96 – 117.
- Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B. & Fraser, R. 2003. Selected Coping Strategies in Labor: An Investigation of Women's Experiences. *Birth* 30(3), 189 – 194.
- Spielberg, C. D. 1984. Anxiety, testing, bibliography. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Stakes. 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Oppaita 34. Helsinki: Stakes.

Stakes. 2003. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2002. Tilastotiedote 24/2003. <http://www.stakes.info/2/1/2,1,1.asp>. 29.9.2003.

Stakes. 2004a. Kivunlievitys ja muita toimenpiteitä sairaaloittain 2002 – 2003. Tiedonantajapalaute 34/2004. <http://www.stakes.info/2/1/2,1,1.asp>. 9.3.2005.

Stakes. 2004b. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2003. Tilastotiedote 26/2004. <http://www.stakes.info/2/1/2,1,1.asp>. 9.3.2005.

Stapleton, H., Kirkham, M. & Thomas, G. 2002. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *British Medical Journal* 324, 639 – 643.

Stapleton, H., Kirkham, M., Thomas, G. & Curtis, P. 2002a. Language use in antenatal consultations. *British Journal of Midwifery* 10(5), 273 – 277.

Stapleton, H., Kirkham, M., Curtis, P. & Thomas, G. 2002b. Silence and time in antenatal care. *British Journal of Midwifery* 10(6), 393 – 396.

Sullivan, G. C. 1993. Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1772 – 1778.

Suomen Kätilöliitto. 2004. Laatusuhteita kätilyöhön – kätilyöhön eettiset ja laadulliset perusteet. [http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla\\_taidolla\\_tunteella.pdf](http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf) 28.2.2005.

Suonio, S., Vartiainen, H., Laasanen, T. & Saarikoski, S. 1993. Synnyttäjien yleiset ja synnytykseen liittyvät pelot. *Suomen Lääkärilehti* 48, 3133 – 3138.

Sutela-Tervonen, A-M. 1999. Aktiivinen synnytys ry - syntymä ja synnytys naisen, lapsen ja perheen ehdoilla. *Kätilölehti* 5, 19.

Söderqvist, S. & Bäckman, G. 1988. Life control and perceived health. *Meddelanden från ekonomisk statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi. Socialpolitiska Institutionen. Ser A: 232.*

Tarkka, M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Tampere: väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis*, ser A vol. 518.

Taylor, S. E., Helgeson, V. S., Reed, G. M. & Skokan, L. A. 1991. Self-generated feeling of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues* 47(4), 91 – 100.

Thistlethwaite, J. & Jordan, J. 2000. Antenatal screening in the community: the views and experiences of women in on general practice. *Primary Health Care Research and Development* 1(16), 29 – 38.

Tinkler, A. & Quinney, D. 1998. Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women's experiences and perceptions of maternity care. *Journal of Advanced Nursing* 28(1), 30–35.

Toivonen, T. 1999. Empiirinen sosiaalitutkimus: filosofia ja metodologia. Helsinki: WSOY.



- Too, S-K. 1996. Do birthplans empower women? A study of their views. *Nursing Standard* 10(31), 33 – 37.
- Tuomainen, R., Myllykangas, M., Elo, J. & Ryyänen, O-P. 1999. Medikalisaatio - aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.
- Tuomainen, R. & Saarikoski, S. 2004. Kokemukset synnytysten keskittämisestä onnistuneita. *Suomen Lääkärilehti* 59(7), 675 – 680.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Turkel, K. D. 1990. Free-standing Birth Centres and Medical Control: A Case Study. *NWSA Journal* 2(1), 52 – 67.
- Uotila, J., Lenck, M., Romppanen, U., Tarkkila, T., Ylä-Outinen, A. & Tuimala, R. 1999. Näkökulma synnytysten hoitoon - miksi tamperelaisista naisista vain 10 % synnyttää sektiolla? *Suomen Lääkärilehti* 31, 3865 – 3869.
- Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 1996. Synnytykset ja naistentaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 392 – 393.
- Vallimies-Patomäki, M., Gissler, M. & Viisainen, K. 2003. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika suomalaisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa R. Luoto, K. Viisainen, I. Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Jyväskylä: Gummerus, 139 – 155.
- Vallimies-Patomäki, M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopio: väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64.
- Valvanne, L. 1986. Luonnonmukaisuus ja inhimillisuus lapsen syntyessä. *Ajankohtaista, kansainvälistä kehitystä. Kättilölehti* 2, 1 – 16.
- van der Hulst, L. A. M., van Tejligen, E., Bonsel, G., Eskes, M. & Bleker, O. 2004. Does a Pregnant Woman's Intended Place of Birth Influence Her Attitudes Toward and Occurrence of Obstetric Interventions? *Birth* 31 (1), 28 – 33.
- VandeVusse L. G. A. 1993. Personal meanings of control reported by women in their birth stories: a feminist perspective. Milwaukee: The University of Wisconsin.
- VandeVusse L. G. A. 1999a. The Essential Forces of Labor Revisited: 13 Ps Reported in Women's' Stories. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 24(4), 176 – 184.
- VandeVusse L. G. A. 1999b. Decision making in analyses of women's birth stories. *Birth* 26(1), 43–52.
- Varjoranta, P., Pirskanen, M., Pelkonen, M., Hakulinen, T. & Haapakorva, A. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. STM selvityksiä 2004:4. STM, Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus.
- Vehviläinen, K. H. 2000. Äidit liukuihinalla. Medikalisaatio, äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja naisten kokemukset. Kuopio: lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotiede.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1996. Perhevalmennus perheiden tukena. Neuvolan asiakkaiden arviointia sisällöstä ja käytetyistä menetelmistä. *Hoitotiede* 8(1), 3 – 10.

- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen, K. Vehviläinen - Julkunen (toim.) *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*. Porvoo: WSOY, 26–34.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perheen tukeminen raskauden aikana. Teoksessa M. Paunonen, K. Vehviläinen - Julkunen (toim.) *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*. Porvoo: WSOY, 157–175.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Suomalaisen äitiyshuollon menestystarina. *Sairaala* 1-2, 26 – 28.
- Vehviläinen - Julkunen, K. & Saarikoski, S. 1994. Synnytys- ja perhevalmennuksen kehittäminen moniammatillisena toimintana. Kuopion läänin projektin väliraportti. Kuopion yliopiston julkaisuja, Yhteiskuntatieteet 15.
- Vehviläinen-Julkunen, K., Lauri, S., Laine, T., Peni, R., Beaton, J. & Gupton, A. 1994a. Naisten synnytysodotukset ja synnytykseen valmentautuminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:6.
- Vehviläinen-Julkunen, K., Lauri, S., Kivivirta, L. & Callister, L. C. 1994b. Naisten synnytyskokemuksia eri kulttuureissa: Vertailututkimus suomalaisten ja pohjoisamerikkalaisten keskuudessa. *Hoitotiede* 6(3), 99 – 106.
- Vienonen, M. (toim.). 1993. Äitiyshuollon käsikirja. Helsinki: Lääkintöhallitus, Painatuskeskus Oy.
- Viisainen, K. 2000. Choices in Birth Care - The Place of Birth. Research Report 115. Helsinki: Stakes.
- Viisainen, K. 2001. Negotiating control and meaning: Home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science & Medicine* 52(7), 1109 – 1121.
- Viisainen, K., Gissler, M., Hartikainen, A-L. & Hemminki, E. 1999. Accidental out-of-hospital birth in Finland: incidence and geographical distribution 1963 – 1995. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 78, 372 – 378.
- Viljamaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä: väitöskirja. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 212.
- Vilkuna, M. 1996. Suomen lauseopin perusteet. Helsinki: Edita Oy.
- Vuori, E. 2005. Synnyttäjät sairaanhoitopiirien mukaan vuosilta 1995 – 2002, äidin ikä 18 – 44 v. Stakesin syntymärekisteri. Henkilökohtainen tiedonanto sähköpostitse. 19.4.2005.
- Vuori, J. 1999. Äideistä on moneksi. Feminismin ja sosiaalipolitiikan kiperä kysymys. *Janus* 2, 170 – 185.
- Vuori, J. 2002a. Äidit, isät ja ammattilaiset. Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Tampere: väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy.
- Vuori, J. 2002b. Sukupuolen kirjoittaminen. Teoksessa M. Kinnunen, O. Löytty (toim.) *Tieteellinen kirjoittaminen*. Tampere: Vastapaino, 95 – 107.
- Vuori, J. 2003. Äitiyden ainekset. Teoksessa H. Forsberg, R. Nätkin (toim.) *Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä*. Helsinki: Gaudeamus, 39 – 63.

- Vuori, E. & Gissler, M. 2002. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2002. Tilastotiedote 24. Stakes, Helsinki.
- Vuorma, S. 2004. A Decision Aid and Choice of Treatment among Women with Heavy Menstrual Bleeding. Research Report 135. Helsinki: Stakes.
- Waldenström, U. 1996. Does safety has to take the meaning out of birth? *Midwifery* 12, 165 – 173.
- Waldenström, U. 1999a. Experience of labour and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*. 47, 471 – 482.
- Waldenström, U. 1999b. Kejsarsnitt ger inte bättre förlossningsupplevelse. *Läkartidningen* 42, 4544 – 4547.
- Waldenström, U. 2003. Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth* 30(4), 248 – 254.
- Waldenström, U. 2004. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth* 32(2), 102 – 127.
- Waldenström, U., Borg, I-M., Olsson, B., Sköld, M. & Wall, S. 1996. The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth* 23(3), 144 – 153.
- Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D. & Brennecke, S. 2000. Does Team Midwife Care Increase Satisfaction with Antenatal, Intrapartum, and Postpartum Care? A Randomized Controlled Trial. *Birth* 27(3), 156-
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Rådestad, I. 2004. A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth* 31(1), 17 – 27.
- Waldenström, U. & Nilsson, C. A. 1993. Women's satisfaction with birth center care: a randomized, controlled study. *Birth* 20(1), 3 – 13.
- Waldenström, U. & Nilsson, C. A. 1994 Experience of childbirth in birth center care. A randomized, controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 73(7), 547 – 554.
- Walker, J. 2000. Women's experiences of transfer from a midwife-led to a consultant-led maternity unit in the UK during late pregnancy and labor. *Journal of Midwifery and Women's Health* 45, 161-168.
- Walker, J. M., Hall, S. & Thomas, M. 1995. The experience of labour: A perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery* 11, 120 – 129.
- Watson, S. 1994. An exploratory study into a methodology for examination of decision making by nurses in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing* 20, 351 – 360.
- Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. & Blackstone, J. 2004. Patient Choice Caesarean: An Evidence - Based Review. *Obstetrical & Gynaecological Survey* 59(8), 601 – 616.
- Weaver, J. 1998. Choice, control, and decision-making in labour. Teoksessa S. Clement (ed.) *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth*. Edinburgh: Churchill, 81 – 99.

- Weisz, J. 1990. Development of control related beliefs, goals and styles in childhood and adolescence: A clinical perspective. Teoksessa J. Rodin, C. Schooler, K. Schaie (eds.) *Self-directedness: Cause and Effects throughout the Life Course*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 103 – 145.
- Weisz, J., Rothbaum, F. & Blackburn, T. 1984. Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist* 39, 955 – 969.
- Welford, H. 1993. A room of one's own. *Modern midwife* 3(5), 34 – 35.
- Wijma, K., Soderquist, J. & Wijma B. 1997. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross-sectional study. *Journal of Anxiety Disorders* 11, 587 – 597.
- Wiklund, I., Matthiesen, A. S., Klang, B. & Ransjö-Arvidson, A. B. 2002. A comparative study of Stockholm, Sweden of labour outcome and women's perceptions of being referred in labour. *Midwifery* 18, 193 – 199.
- Williams, B. 1994. Patient's satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine* 38(4), 509 – 516.
- Withford, H. M. & Hillan, E. M. 1998. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery* 14(4), 248 – 253.
- World Health Organisation. 1996. *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. Report of a Technical Working Group. Maternal and New-born Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health, Geneva.
- Wrede, S. 1997. The notion of risk in Finnish prenatal care: Managing risk mothers and pregnancies. Teoksessa E. Riska (toim.) *Images of Women's Health: The Social Construction of Gendered Health*. Åbo: Åbo Akademis University, 133 – 180.
- Wrede, S. 2001. *Decentering Care for Mothers. The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services*. Åbo Akademis Förlag.
- Wrede S. 2003. Kenen neuvola? Kansanterveystyön ”naisten huoneen” rakennuspuut. Teoksessa I. Helén, M. Jauho (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 58–86.
- Wrede, S. 2004. Hajautunut äitiyshuolto? Äitiysneuvonnan toimintamallit ja kättilötyön politiikka. *Kättilölehti* 1, 4 – 7.
- Wright, M., McCrea, H., Stringer, M. & Murphy-Black, T. 2000a. Rule-governed behaviours: reflections from practice. *Clinical Effectiveness in Nursing* 4, 128 – 137.
- Wright, M., McCrea, H., Stringer, M. & Murphy-Black, T. 2000b. Personal Control in Pain Relief during Labour. *Journal of Advanced Nursing* 23(5), 1168 – 1177.
- Wu, C. J. & Chung, U. L. 2003. The decision-making experience of mothers selecting water birth. *Journal of Nursing Research* 11(4), 261 – 268.
- Yin King Lee, L., Holroyd, E. & Yen Ng, C. 2001. Exploring factors influencing Chinese women's decision to have elective caesarean surgery. *Midwifery* 17(4), 314 – 322.
- Zadoroznyj, M. 1999. Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of Health & Illness* 21(3), 0141– 9889.

## Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje

Kuopion yliopisto  
Hoitotieteen laitos

SAATE  
2.1.2003

### ARVOISA NAINEN JA ÄITI!

Suomalainen äitiyshuolto, raskauden ajan seuranta ja synnytysten hoito on ollut kansainvälisesti tunnettua laadustaan ja vaikuttavuudestaan vuosikymmeniä. Kuitenkin jokainen terveydenhuollon alue vaatii myös kehittämistä ja palvelujen käyttäjien näkemysten kuulemistä vastatakseen nykyaikaisten naisten ja perheiden tarpeisiin. Naisen henkilökohtaiset kokemukset, juuri Teidän kokemuksenne raskauden seurannasta ja synnytyksen hoidosta ovat keskeinen perusta palvelujärjestelmän kehittämisessä naisten tarpeista ja toiveista lähteviksi.

Kuopion yliopistossa on vuosia tutkittu naisten synnytyskokemuksia eri kulttuureissa sekä äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa myös kansainvälisenä yhteistyönä. **Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan oheisen kyselylomakkeen kysymyksiin raskauden ajan ja synnytyksen hoidosta omien kokemusten perustalta.** Tulokset raportoidaan Katri Ryttyläisen väitöskirjatyössä ja erillisinä artikkeleina. Väitöskirjatyön ohjaajina toimivat professorit Katri Vehviläinen-Julkunen ja Anna-Maija Pietilä. Antamanne tiedot ja vastaukset ovat tutkimuksen onnistumisen kannalta ehdottoman arvokkaita.

Osoitetietonne on poimittu satunnaisotannalla Väestörekisterin väestötietojärjestelmästä ja kysely lähetetään 3000 naiselle. Kyselylomakkeessa ei kysytä nimeänne eikä henkilötunnusta. Kyselylomakkeen mukana on vastauskuori ja nimilappu. Pyydämme Teitä palauttamaan lomakkeen ja nimilapun mukana olevassa kuoressa. Tällöin tietojanne ei yhdistetä lomakkeeseen, mutta tarvittaessa muistutuskyselyn tekeminen on mahdollista. Pyydämme Teitä palauttamaan kyselylomakkeen **15.2.2003 mennessä**. Antamanne tiedot käsitellään täysin luottamuksellisesti ja ne tulevat vain tutkijoiden käyttöön. Toivomme Teidän antavan arvokkaita neuvoja äitiyshuollon kehittämiseksi maassamme.

Katri Ryttyläinen antaa mielellään lisätietoja tutkimuksesta ja vastaa kysymyksiinne.

Avustanne lämpimästi kiittäen!

Katri Ryttyläinen, tohtoriopiskelija  
Kätlö, terveystieteiden lisensiaatti  
Puh. 040-542 6736  
Email: [katri.ryttylainen@scp.fi](mailto:katri.ryttylainen@scp.fi)

Katri Vehviläinen-Julkunen  
Professori  
Kuopion yliopisto  
Hoitotieteen laitos

Anna-Maija Pietilä  
Professori  
Kuopion yliopisto  
Hoitotieteen laitos

**LIITETAULUKKO 1.** Naisen hallintaa, selviytymistä ja pystyvyyttä raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1993 – 2005).

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
DiMatteo, Kahn, & Berry 1993, USA	Synnytäjien kertomuksia synnytyskokemuksistaan ja lapsivuodeajastaan.	n = 41 äitiä	Synnytäjien kertomukset.	Kertomuksista erottuvat seuraavat teemat: autonomian ja oman hallinnan tunteen menettäminen, odottamaton synnytyskipu, odottamattomat emotionaaliset reaktiot, taloudelliset paineet sekä saadun tuen vaikutukset synnytyksessä.
Slade, MacPherson, Hume & Maresh 1993, Englanti	Synnytykseen liittyvät odotukset, kokemukset ja tyytyväisyys itseensä synnyttäjänä.	n = 81 ensisynnytäjää	Kysely ennen ja jälkeen synnytyksen.	Synnytykseen liittyvät positiiviset odotukset olivat kokemuksia huomattavasti suuremmat. Negatiiviset odotukset olivat puolestaan kokemusten kanssa samansuuntaiset. Odotusten ja kokemusten välillä on merkittävästi eroa synnytyksen puuttumisen alueella. Hallinnan tunne oli odotusten ja kokemusten suhteen samantyyppinen erityisesti hengityksen ja rentoutumisen kohdalla.
VandeVusse 1993, USA	Naisten hallinnalle antamat merkitykset synnytyksellönnä nän kokemuksissa feministisestä näkökulmasta.	n = 15 naista	Haastattelu.	Naiset antoivat lukuisia merkityksiä hallinnalle. Merkityksiä olivat: naiset toimijoina, hallinnan vastaanottajina, hallinta päätöksentekona ja sanoina, joilla hallinta ilmaistaan.
Mackey 1995, USA	Naiset arvioivat käyttäytymistään synnytyksessä.	n = 60 uudelleen synnyttäjää	Haastattelu synnytyksen jälkeen.	Synnyttäjistä 45 % arvioi suoriutuneensa hyvin, 35 % oli vaikeuksia ja huonosti koki selviytyneensä 20 %. Hyvin selviytyjiä oli auttanut synnytyksen lyhyt kesto, kivun vähäinen voimakkuus, miehen rohkaisu, tiedon saanti, lääkitys, henkilökunnan rohkaisu ja valmennus. Oman käyttäytymisen koettiin olevan tärkein osatekijä synnytykokemuksessa.
Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg 1996, Ruotsi	Fenomenologinen tutkimus naisten kokemuksista kohtauksesta kätöön kanssa synnytyksen aikana.	n = 18 naista, joista 6 ensi- ja 12 uudelleen synnyttäjää	Haastattelu.	Merkittävimmäksi kategoriaksi muodostui läsnäolo, johon liittyi kolme teemaa: kohteileminen yksilöllisesti, luottavainen vuorovaikutussuhde ja tuki sekä ohjaus naisen tarpeista lähtien. Yksilöllinen kohtelu realisoituu tuttavallisen kätöön ja ympäristön kanssa. Luottavainen suhde saavutetaan hyvän kommunikation ja ammattitaidon avulla. Ylläpitämällä hallinnan tunnetta naisia voidaan tukea ja ohjata heidän omilla ehdoillaan.
Halldorsdottir & Karlsdottir 1996a, Islanti	Naisten kokemuksia huolenpidosta synnytyksessä. Synnyttäjien rohkaisua oman synnytyksen hallitsijaksi vai alistamista?	n = 10 synnyttäjää naista	Haastattelu.	Synnyttäjien kokemuksista muodostui neljä kategoriaa: kätö huolehtivana matkatoverina, synnyttäjä sai valtaa synnytyksensä, kätö esti hyvän synnytykokemuksen ja tunne siitä, ettei naista rohkaisu synnytyksenä hallintaan.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Knapp 1996, USA	Suhtautuminen raskauteen, koettu hallinta synnytyksessä ja synnytyskokemus.	n = 80	Kysely kolmannessa trimesterissä ja kaksi viikkoa synnytyksen jälkeen.	Tyytyväisyys synnytykseen ja hallinnan tunne korreloivat keskenään. Hallinnan tunne selitti 46 % synnytyskokemukseen tyytyväisyyden vaihtelusta.
Niven & Gijbsers 1996, Englanti	Synnytyskivun kanssa selviytyminen.	n = 51 naista	Kyselyt (VAS = Visual Analogue Scale-, McGill Pain Questionnaire-mittarit) synnytyksen aikana, puolistrukturoitu haastattelu.	Synnytäjät käyttivät hyvin monentyyppisiä selviytymistapoja. Monet niistä olivat sellaisia, joita he olivat käyttäneet jo aiemmin selviytyäkseen kivun kanssa. Selviytymisstrategioista monet oli omaksuttu informaalisesti, mutta myös valmennuksessa.
Schroeder 1996, USA	Naisten kokemuksia vuodelenvasta riskiraskaudessa	n = 20	Haastattelu.	Riskiraskauskokemukseen kuului tunne oman hallinnan puuttumisesta, pelko ja huoli olivat myös luonteenomaisia.
T'oo 1996, Englanti	Voimaannuttaako synnytys-suunnitelma naisia?	n = 10 ensisynnyttäjää	Puolistrukturoitu haastattelu.	Synnytyssuunnitelma tuki ns. tavallisten valintojen tekemistä. Suunnitelma ei sinänsä vahvistanut hallinnan tunnetta. Naiset saivat valita, mutta valintojen variaatiot olivat hyvin rajoitetut kätilöiden toimesta. Naisen oma hallinnan tunne liittyi myönteiseen synnytyskokemukseen. Synnytyksivulla oli merkitystä sille, kuinka naiset kokivat pystyvänsä hallitsemaan synnytystilannetta. Synnytyssuunnitelman omistunut käyttö edellyttää, että tehokasta kommunikaatiota ja tarkoituksenmukaisen tiedon saamista jo valmennuksessa, jotta naiset pystyivät harkitsemaan valintojensa etuja ja haittoja.
Waldenström, Borg, Olsson, Sköld & Wall 1996, Ruotsi	Synnytyskivun monilotetisuus. Synnyttäjien kokemuk-sia.	n = 278 alateise synnyttänyttä naista.	Kysely synnytyksen jälkeen.	Valtaosa naisista oli kokenut kovaa kipua. Tästä huolimatta kipua ei ollut kaikille kielteinen kokemus, vaan osa arvioi sen enemmän positiiviseksi kuin negatiiviseksi. Kivusta selviytyminen oli naisille palkitseva kokemus.
Dilks & Beal 1997, USA	Pystyvyysodotusten rooli synnytystavan valinnassa.	n = 74 raskaana olevaa naista	Kysely; Childbirth Self-Efficacy Inventory -mittari ja ko. tutkimusta varten laadittu mittari.	Naisilla, jotka valitsivat toistamiseen synnytystavaksi keisari-leikkauksen, olivat matalammat pystyvyysodotukset.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Drummond & Rickwood 1997, Australia	Luottamus itseensä synnytyksessä. Childbirth Self-Efficacy Inventory -mittarin ennustevaliditeetti.	n = 100 raskaana olevaa naista (41 ensi- ja 59 uudelleen synnyttäjää)	Kysely.	Mittari ei kyennyt erottamaan pystyvyyssodotuksia synnytyksen avautumis- ja ponnistusvaiheessa. Mittari ei ole sopiva ulkoisia selvitysmekanismia mitattaessa.
Hart & Foster 1997, USA	Pariskuntien asenteet synnytykseen osallistumisesta. Raskaudenajan käsitysten ja synnytyskokemusten arviointia.	n = 119 pariskuntaa	Kolmivaiheinen kysely. Kaksi kyselyä raskauden aikana ja yksi synnytyksen jälkeen.	Pariskunnat olivat saaneet valmistuksesta apua odotustensa mukaisesti synnytystilanteen hallintaan. Raskauden ajan käsitykset synnytyksen aikana toteutuvasta <u>hallinnasta</u> olivat yhteydessä synnytyskokemuksen arvioon kokonaisuutena.
Sjögren 1997, Ruotsi	Raskaan olevien naisten ahdistuneisuuden syyt.	n = 100 naista (36 ensisynnyttäjää, 18 naista, joilla normaali edellinen synnytys, 46 naista, joilla aiempi kompli-soitunut synnytys)	Haastattelu.	Ahdistuneisuus liittyi epäluottamukseen hoitavaa henkilöistä kohtaan (73 %), pelkoon omasta kelpaamattomuudesta (65 %), kuoleman pelkoon, joko oma tai lapsen (55 %), sietämättömyyden kipuun (44 %) ja kontrollin menettämiseen (43 %). Ahdistuneisuus liittyi ihmisen peruskokemuksiin: luottamuksen puute, pelko kelpaamattomuudesta naisena ja kuoleman pelko.
Allen 1998, UK	Stressaava synnytyskokemus.	n = 20	Haastattelu 10 kk synnytyksen jälkeen.	Analyysin perusteella (grounded theory-analyysi-menetelmä) traumaattista synnytyskokemusta kuvasi naisten kokemus siitä, etteivät <u>hallitse synnytystilannetta</u> eivätkä omaa käyttäytymistään sen aikana. Tähän tunteeseen liittyivät pelko lapsen vahingoittumisesta, aiemmat kokemukset ja synnytyskipu. Äidit pyrkivät hallitsemaan tilannetta hakemalla henkilökunnalta ja puolisoilta vakuutteluja ja informaatiota.
Campero, Carcia, Ortiz, Reynoso & Langer 1998, Meksiko	Naisten näkemyksiä lääketieteellisestä informaatiosta sekä interventioista, synnytyskokemuksista ja saadusta tuesta.	n = 8 (koeryhmä) n = 8 (kontrolliryhmä)	Haastattelu sairaalassa.	<u>Hallinnan tunne</u> liittyi voimakkaasti tyytyväisyyteen. Koeryhmässä tyytyväisyys liittyi hoitoon osallistumiseen. Kontrolliryhmässä tyytyväisyys liittyi pääosin terveen lapsen saamiseen.
Fowles 1998, USA	Onko asioita, jotka ovat jääneet vaivaamaan synnytyksessä?	N= 77	Avoin kysymys 9 viikkoa synnytyksen jälkeen. Sisällön analyysi.	Hoitohenkilökunnan tuki erittäin tärkeää. Tyytymättömyyden syyt olivat kipu sekä hallinnan puute.

(jatkuu)



Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Hall & Holloway 1998, UK	Hallinnassa oleminen, naisten kokemukset vesisynnytyksestä.	n = 9 naista	Syvähaastattelu.	Naiset kokivat vesisynnytyksen myönteisenä, sillä heillä oli sinä mahdollisuus hallita synnytysprosessiaan. He arvostivat sitä, että pystyivät osallistumaan synnytykseensä. Pystyäkseen tekemään päätöksiä ja siten ylläpitää hallintaa, naiset tarvitsivat kättilön tukea.
Johnston-Robledo 1998, USA	Perhe- ja synnytysvalmennuksen ja siellä saadun tuen vaikutus synnytykseen.	n = 45 naista	Kysely synnytyksen jälkeen (Childbirth Preparation Measure, Support Behaviors Inventory, Labor Support Index, Labor Agency Scale, Labor/Delivery Evaluation Scale, Labor and Delivery Information Measure.	Hallinta ennusti naisten käsitystä synnytyksestä. Hallintaa ja kipua puolestaan ennusti selvästi naisten sosioekonominen status. Aiemman tuloaluokan naiset ilmoittivat kokeneensa kovempaa kipua, osallistuivat harvemmin perhe- ja synnytysvalmennukseen ja hankkivat enemmän tietoja synnytyksestä äiditään kuin ylempään tuloaluokan naiset. Ne naiset, jotka osallistuivat valmennukseen, käyttivät monipuolisemmin eri selviytymiskeinoja.
Mackey 1998, USA	Synnytykokemus naisen arvioimana.	n = 60 uudelleen-synnyttäjää	Haastattelu.	Ne naiset, jotka kokivat selviytyneensä hyvin synnytyksestä, arvioivat myös synnytykokemuksensa positiiviseksi. Kun taas naiset, joilla oli ongelmia synnytyksessä tai kokivat selviyty-neensä huonosti, pitivät synnytykokemustaan vaihtelevasti sekä positiivisena että negatiivisena. Naiset, jotka kokivat selviyty-neensä heikosti, eivät osanneet kertoa mitään hyvin meneitä-asioita synnytyksessä. Kaikki naiset pitivät lasta synnytyksessä parhaimpana ja kipua sekä ponnistamista ikäviimpänä seikkana synnytyksessä.
McNiven, Williams, Hodnett, Kaufman & Hannah 1998, Kanada	Synnytyksen alkuvaiheessa tapahtuva arviointi.	n = 209 ensisyn-nyttäjää	Kysely.	Alkuvaiheen tilannearviointiryhmällä oli vahvempi hallinnan kokemus, synnytyssodotukset suuremmat ja vähemmän epiduraa-lipuudutuksia.
Proctor 1998, Englanti	Mistä syntyy äitiyshuollon laatu? Vertaileva tutkimus synnyttäjien ja kättilöiden käsityksistä.	n = 38 synnyttäjää n = 19 raskaana olevaa n = 14 synnyttä-nyttä n = 47 kättilöä	Haastattelu.	Synnyttäjän ja kättilön näkemykset olivat yhteneväisiä seuraavas-ti: osapuolten suhteen tärkeys, henkilö-kunnan toivotut ominai-suudet, hoitoympäristö. Erot ilmenivät seuraavilla alueilla: ennen ja jälkeen synnytystä annettava tieto, jatkuvuus, synnyttäjän hallinnan tarve ja tukihenkilön mukaan ottaminen synnytyksen hoitotilanteeseen.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Vallimies-Patomäki 1998, Suomi	Syntytyksen naisen ja miehen kokemana. Hoitokäytäntöjen yhteys synnytystapaan ja -kokemukseen.	n = 595 naista n = 316 miestä	Kaksivaiheinen kysely.	Naisista noin 30 % arvioi hallinneensa avautumis- ja ponnistusvaiheen hyvin ja noin joka kymmenes huonosti. Avautumisvaiheen huono hallinta liittyi epiduraalipuudutuksen saamiseen, synnyttyksen epäsujuvuuteen, voimakkaisiin kipuihin ja suoriutumiskipuihin. Hyvä hallinta avautumisvaiheessa liittyi synnyttyksen säännöllisyyteen ja korkeintaan 15 tunnin kestoon. Hyvä hallinta oli myös yhteydessä sosiaaliseen tukeen, hyviin osallistumismahdollisuuksiin ja aktiivisuuteen. Ponnistusvaiheen huono hallinta liittyi epäsujuuuteen alatesynnytykseen, voimakkaisiin kipuihin sekä pelkoihin.
Weaver 1998, UK	Hallinta synnyttyksessä.	n = 15 ensisynnyttäjä n = 15 kättilöä	Puolistrukturoitu haastattelu H 36, yksi sekä 16 viikkoa synnyttyksen jälkeen synnyttäjille sekä kättilöiden haastattelut.	Naiset halusivat hallita synnytystä, mutta halusivat myös luovuttaa hallinnan kättilölle. Vaikka naiset tunnustivat kättilön asiantuntemuksen, he katsoivat isekin omaavansa paljon tietoa tilanteestaan. Naiset, joiden hallinnan mahdollisuudet näytivät objektiivisesti vähäisiltä, olivat silti tyytyväisiä kokemukseensa, koska naiset ymmärsivät mitä heille tapahtuu ja kokivat olevansa osallistuneita synnytysprosessinsa. He eivät tavoitelleet täydellistä tilantehallintaa tai kontrolloituna olemista. He toivoivat vuorovaikutuksellista hallintaa (= neuvojen antaminen, mahdollisuutta omaan valintaan, päätöksentekoon). Naisten oli tärkeää tuntea, että hänellä on mahdollisuus tilanteensa hallintaan.
Callister, Semenic & Foster 1999, USA	Ortodoksijuutalaisten ja mormoninaisten synnyttyksen kulttuuriset ja hengelliset merkitykset. Fenomenologinen tutkimus.	n = 30 Kanadan ortodoksijuutalais-naista n = 30 amerikkalaisista mormoninaista	Haastattelu.	Naiset kuvasivat synnytystä "suloisenkatkerana" kokemuksena, johon he liittivät voimaantumisen tunnetta. He korostivat kokemuksessaan yhteyttä toisiin ihmisiin ja Jumalaan sekä kokemuksen hengellisiä ja emotionaalisia ulottuvuuksia. Uskonto auttoi naisia määrittelemään synnytyskokemustaan ollen myös synnyttyksen selviytymismekanismi.
Deluca 1999, USA	Keisarileikkattujen äitien tyytyväisyys synnyttykseen ja sopeutuminen.	n = 164 naista (124 synnytti alateitse, 40 ei-elektiivinen keisarileikkaus)	Kysely.	Keisarileikkaukset eivät olleet tyydyttävämpiä synnyttykseen kuin alateitse synnyttäneet. Vähentynyt hallinnan tunne ja toteutumattomat odotukset selittivät naisten tyytymättömyyttä.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Farley 1999, USA	Muiden ihmisten suorittamiskokemusten havaitseminen: pystyvyyden lähde synnytyksessä.	n = 159 raskaana olevaa, ensisynnyttäjiä, joista osa oli ollut mukana aiemmin seuramassa synnytystä ja osa ei.	Kysely. Haastattelu kahdeksalle naiselle.	Pystyvyyssodotuksissa ei havaittu eroja ryhmien välillä. Yleiset synnytysodotukset selittivät 25 % synnytykseen liittyvien pystyvyyssodotusten vaihtelusta. Tyytyväisyys synnytykokemukseen ja naisten odotukset synnytyksessä suoriutumisestaan selittivät 23 % pystyvyyssodotusten vaihtelusta tulevassa synnytyksessä. Tenaattisen analyysin pohjalta synnytys oli: aktiivista synnyttämistä, tuntemattoman suunnittelua ja ennakoimista, sosiaalisten vaikutusten ennakoimista, vuorovaikutus-suhdetta naisen ja hoitajan henkilön välillä.
Lavender, Walkinshaw & Walton 1999, Englanti	Positiiviseen synnytykokemukseen yhteydessä olevat tekijät.	n = 412 ensisynnyttäjiä	Kysely, joka sisälsi osaksi avoimia kysymyksiä.	Avoimien kysymysten pääteemoiksi muodostuivat: tuki, tiedon-saanti, auttamismenetelmät, päätöksenteko, <u>kontrolli</u> , kivunlievitys ja osallistuminen.
Lowenkron 1999, USA	Selviytyminen ennenaikaisen synnytyksen aiheuttamasta stressistä.	n = 50 naista	Perceived Stress Scale (PSS) ja Ways of Coping Questionnaire -kyselyt 20 naiselle, haastattelu 10 naiselle ja 20 naiselle sekä kysely että haastattelu.	Naiset ilmoittivat kokeneensa jonkin verran stressiä. Ennenai-kaista synnytystä he kuvasivat tilanteena pelottavaksi ja haasta-vaksi. He kokivat tilanteen emotionaalisesti turhauttavaksi, joka johtui peloista synnytyksen lopputuloksesta, <u>elämänhallinnan</u> menettämiseen, kykenemättömyyteen toteuttaa sosiaalisia roole-jaan äitinä, vaimona ja työntekijänä. Naiset ilmoittivat selviyty-mismekanismeikseen: sosiaaliset suhteet, suunnitelmallinen ongelmanratkaisu ja myönteinen uudelleenarviointi.
McCrea & Wright 1999, Pohjois-Irlanti	Tyytyväisyys synnytykseen ja synnyttäjien käsitykset henki-lökohtaisesta hallinnasta synnytyksen aikana.	n = 100 alateitse synnyttänyttä (50 ensi- ja 50 uudelleensynnyttäjiä) n = 126 naista	Kysely 48 tuntia synnytyksen jälkeen (The Personal Control in Pain Relief Scale-mittari).	Synnyttäjien hallinnan tunne vaikutti positiivisesti naisten kivun-lievityksen tyytyväisyyteen. Demografisilla tai psykososiaalisilla tekijöillä oli vain vähän vaikutusta naisten tyytyväisyyteen.
Sinclair & O'Boyle, 1999, Pohjois-Irlanti	The Childbirth Self-Efficacy Inventory -mittarin (CBSEI): uusintamittaus pohjois-irlantilaisella aineistolla	n = 126 naista	Kyselyt raskauden (H 36), synnytyksen aikana ja synnytyksen jälkeen.	Uusintamittaus osoitti CBSEI -mittarin olevan reliabeli myös pohjoisirlantilaisella aineistolla. CBSEI osoittautui luotettavaksi mittaamaan naisten kykyä selviytyä synnytyksessä. Mittarin avulla pystyttiin identifioimaan potentiaaliset ns. "huonot selviytyjät".
Waldenström 1999a, Ruotsi	Naisten synnytykokemukset.	n = 111 naista	Kysely alkuraskaudessa, potilasasiakirjat, kysely 2 kk synnytyk-sen jälkeen.	Myönteistä synnytykokemusta selittivät: osallistuminen synnytyksen kulkuun (hallinnan tunne) ja kätöiden tuki. Kieleistä ko-kemusta selittivät ahdistuneisuus, kipu ja aikaisempi kieleinen synnytykokemus.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Zadoroznyj 1999, Australia	Sosiaaliuokka ja hallinta synnytyksessä, orientaatio synnytykseen. Narratiivinen tutkimus.	n = 50	Naisten kertomukset	Sosiaaliuokalla oli vaikutusta <u>hallintaan</u> synnytyksessä ja siihen, kuinka naiset orientoituivat synnytykseen. Työväen luokkaan kuuluvat naiset luottivat enemmän asiantuntijoihin ja suhtautuivat fatalisemmin synnytykseen kuin keskiluokkaan kuuluvat. Keskiluokkaan kuuluvat naiset kokivat pystyvänsä hallitsemaan paremmin synnytystä. He esittivät enemmän omia toiveitaan ja olivat aktiivisempia.
Czarnocka & Slade 2000, Englanti	Post-traumaattisen stressin oireiden yleisyys ja sitä ennustavat tekijät synnytyksen jälkeen.	n = 264 alateitse synnyttänyttä naista	Kyselyt 72 tuntia ja 6 viikkoa synnytyksen jälkeen.	Vastaaajista 3 %:lla esiintyi post-traumaattisen stressin oireisto. Post-traumaattista stressiä ennustivat puolison ja henkilökunnan vähäinen tuki, syyllisyys, vähäinen koettu hallinta synnytyksessä.
Galotti, Pierce, Reimer & Luckner 2000, USA	Kätilö vai lääkäri? Tutkimus raskaana olevien naisten päätöksenteosta.	n = 88 naista	Haastattelu.	Naiset, jotka valitsivat kätilön hoitamaan synnytystään, olivat selvästi muita itsenäisempiä ja tekivät päätöksensä intuitiivisemmin. Heidän synnytysodotuksensa olivat positiivisempia. He olivat tyytyväisempiä päätöksenteon synnytyksen aikana ja kokivat hallitsevansa synnytystään paremmin. Synnytysvalmennus ja kivun voimakkuus ennustivat <u>henkilökohtaisen kontrollin</u> suhteessa synnytyskipuun.
McCrea, Wright & Stringer 2000a, Pohjois-Irlanti	Psykososiaalisten tekijöiden vaikutus synnytyskipuun liittyvään henkilökohtaiseen kontrolliin.	n = 100 (50 ensi- ja 50 undelleensynnyttäjää)	Kyselyt ennen synnytystä ja 48 tunnin sisällä synnytyksen jälkeen.	Naisten hallintaodotukset vastasivat varsin hyvin varsinaista kokemusta synnytyksessä. Naiset pystyivät kontrolloimaan kipua synnytyksen alkuvaiheessa. Aikaisempi synnytykokemus näytti vahvistavan kontrollin tunnetta suhteessa synnytyskipuun. Kontrollin kokemisessa korostui joustavan ja yksilöllisen tiedon antaminen, vaikka kätilöiden rooli ei osoittanutkaan kovin merkittävääksi naisen hallinnan tunteelle.
McCrea, Wright & Stringer 2000b, Pohjois-Irlanti	Henkilökohtainen kontrolli synnytyksivun lievityksessä. Kivun lievittämisen säännöt (engl. rules).	n = 35 kätilöä n = 100 naista	Kysely (ätien kysely 24 tuntia synnytyksen jälkeen).	Kirjallisuus osoittautui niukaksi. Monet tutkimukset osoittivat metodologisia ongelmia. Naiset eivät täysin unohda synnytyksiä. He muistavat sen elävästi, mutta eivät kovin tarkasti. Muisto synnytyksivusta herätti joissakin naisissa kielteisiä reaktioita, mutta useimmiten kuitenkin siitä koettiin olleen positiivisia seurauksia, kuten tunteen <u>selvittymistä</u> , <u>pystyvyydestä</u> ja <u>itseluottamuksen kasvusta</u> .
Niven & Murphy-Black 2000, Skotlanti	Muistot synnytyksivusta.	Haku Medscape, Psychlit, Bath Information and Data Services ja CINAHL-tietokannoista 1990 - 1999	Kirjallisuuskatsaus.	(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Ryding, Wijma & Wijma 2000, Ruotsi	Hätäkeisarileikkaus: 25 naisen kokemuksia.	n = 25 naista	Haastattelut muutama päivä ja 1-2 kk hätäkeisarileikkauksen jälkeen.	Naisten kertomukset luokiteltiin seuraavasti: <u>luottamus</u> siihen mitä tahansa tapahtuikin, myönteisten odotuksen vaihtuminen pettymykseksi, pelkojen käyminen toteen, hämmennys ja muutamatottumus.
Wright, McCrea & Stringer & Murphy-Black 2000a, Pohjois-Irlanti	Synnytyskivun kanssa selviytymisen arviointi.	n = 300 naista	Kysely 48 tuntia synnytyksen jälkeen.	Kivun kanssa selviytymiseen liittyivät seuraavat <u>hallintatekijät</u> : tiedon hallinta, päätöksenteon hallinta, tunteiden hallinta ja hallinnan suunnittelu ja mukautuminen hoitoon.
Wright, McCrea, Stringer & Murphy-Black 2000b, Pohjois-Irlanti	Eukäteen tunnistettujen (kyselyn avulla) kättilön ja synnyttäjän synnytyskivun leviittäminen hallintamenettelyjen ilmeneminen varsinaisessa synnytyksessä.	n = 11 kättilöä n = 15 synnyttäjää	Ei-osallistuva havainnointi synnytyksen avautumis- ja pommitusvaiheen aikana.	Eukäteen tunnistetut kivun <u>hallintamenetelyt</u> (informaation jakaminen, osallistuminen kivunlievitystä koskevaan päätöksentekoon, kivunlievittämisen suunnitelma (kirjoitettu tai puhuttu), selviytymisstrategioiden käyttö (huutaminen/muu ääntely, hengitys- ja rentoutustekniikat), naisen reaktiot ammatillaisen antamiin ohjeisiin) ilmenivät myös varsinaisessa synnytystilanteessa.
Callister, Vehviläinen-Julkunen & Lauri 2001, USA, Suomi	Synnytyksen merkitys suomalaiselle naiselle. Fenomenologinen lähestymistapa.	n = 20 naista	Haastattelu kaksi viikkoa synnytyksen jälkeen.	Muodostetut merkitykset: uuden elämän luominen, voimakas pystyvyydentunne ja itseluottamus, jotka auttoivat selviytymään synnytyskivusta ja itsen todentumisen tunne.
Chen, Lee, Chang, Hsia & Perng 2001, Kiina	Korrelaatiotutkimus naisten synnytysodotuksista ja synnytykskokemuksesta.	n = 215 naista	Kysely.	Naiset odottivat synnytyksessään tukea puolisoilta, tukea hoitohenkilökunnalta ja selviytymistä kivun kanssa. Kolme positiivisinta tunnetta synnytykskokemuksessa olivat: vauvan kosketaminen ensimmäistä kertaa, puolison osallistuminen ja välineiden käyttäminen synnytyksessä. Synnytysodotukset ja -kokemukset korreloivat keskenään. Synnytysodotuksiin vaikuttivat miehen tuki raskauden aikana ja miehen koulutustaso. Synnytykskokemuksiin vaikuttivat mm. synnyttäneisyys, edelliset synnytykskokemukset ja synnytyksen kesto.
Chen, Wang & Chang 2001, Taiwan	Naisten käsitykset auttavista ja ei-auttavista hoitotyön toiminnoista synnytyksen aikana.	n = 50	Haastattelu.	Naisista 60 % raportoi saaneensa ottaa vastaan auttavaa hoitotyötä ja 38 % sekä auttavaa että ei-auttavaa. <u>Synnytyksessä</u> selviytymistä auttavia olivat hoitohenkilökunnan emotionaalinen tuki, lohdutus, informaation ja ohjeiden antaminen, teknisten taitojen hallitseminen ja naisen edustajana toimiminen. Naisista 40 % kertoi, että hoitajien ei-auttava toiminta vähensi heidän kykyään selviytyä synnytyksessä.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Larsen, O'Hara, Brewer & Wenzel 2001, USA	Pystyvyyssodotukset (Banduran (1977) teorian mukaan) ja synnytyskipu.	n = 37 uudelleen-syntyttäjiä	Kysely synnytysalussa (k.suu auennut < 3 cm), aktiivisessa vaiheessa (k.suu auennut 3-8 cm) ja siirtymävaiheessa (k.suu auennut 8-0 cm) Expectations of Childbirth Questionnaire (ECQ), Visual Analogue Scale (VAS), Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) ja Present Pain Intensity (PPI)-mittareilla. Kyselyssä avusti tukihenkilö. Postpartum Events Scale (PES)-kyselyn täyttivät tutkijat potilasasiakirjojen perusteella.	Pystyvyyssodotuksia kuvaavat muutujat eivät enustaneet synnytyskipua eivätkä sen voimakkuutta. Naisten odotukset pystyvyydestään selviytyä synnytyskipun kanssa enustivat vain vähän synnytysalun alku- ja aktiivivaiheen kivun tasoa ja voimakkuutta. Naisten odotukset eri selviytymis-mekanismien (mm. rentoutus, hengitys) tärkeydestä ja hyödyllisyydestä eivät tuoneet lisäselitystä synnytyskipun kokemiseen. Naisten odotukset pystyvyydestään vaihtelivat synnytysalun eri vaiheissa. Pystyvyyden tunne oli vähäisintä siirtymävaiheessa. Pystyvyyssodotusten ja synnytyskipun suhde jäi edelleen epäselväksi.
Hodnett, Lowe, Hannah, Willan, Stevens, Weston, Ohlsson, Gafni, Muir, Myhr & Stremmler. 2002, USA	Synnytyksessä hoitajien antaman tuen tehokkuus pohjois-amerikkalaisissa sairaaloissa (13 sairaalaa, joissa keisari-leikkausten osuus synnytyksistä vuosittain vähintään 15 %). Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.	n = 6915 naista, raskausviikkoja 34 tai enemmän (n = 3461 saivat ns. tavanomaista hoitoa n =3454 saivat ns. jatkuvan tuen hoitoa synnytyksessä erikoiskoulutetulta kättilöiltä).	Kysely.	Kummassakin ryhmässä keisarileikkausten osuus oli miltei identtinen. Merkittävää eroa ei ollut mm. synnytyksessä eikä sairaalassaoloajassa eikä naisten hallinnan tunteessa.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Miller, Thornton & Gittens 2002, Englanti	Syntyvystavan ja persoonallisten tekijöiden (mm. sisukkuus ja hallinnan kokemus) vaikutukset synnytyskokemukseen.	n = 245 ensisynnyttäjää (jaettu ryhmiin: keisarileikkaus yleisanestesiassa, keisarileikkaus puudutuksessa, avustettu alatiesynnytys ja säännöllinen alatiesynnytys)	Kyselyt 72 h synnytysjälkeen	Sisukkuudella eikä hallinnan tunteella näyttänyt olevan kovin vahvaa yhteyttä tyytyväisyyteen keisarileikatujen naisten kohdalla. Sitä vastoin niillä oli säännöllisesti alateitse synnyttämiseen merkitsevä yhteys. Päätös keisarileikkauksesta syntyi miltei yksinomaan synnytyslääkärin lääketieteellisen harkinnan ja kliinisen kokemuksen perusteella eikä nainen osallistu leikkauuspäätöksen tekemiseen juuri ollenkaan.
Ridley, Davis, Bright & Sinclair 2002, USA	Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että nainen valitsee alatiesynnytyksen keisarileikkauksen jälkeen? Fenomenologinen lähestymistapa.	n = 5 naista, joilla alatiesynnytykseen 2-4 kk	Haastattelu.	Naisen synnytystavan valintaan vaikuttivat naisen hallinnan tunne päätöksentekoprosessissa, lääkärin rohkaisu alatiesynnytykseen, alatiesynnytyksen sekä fyysiset että emotionaaliset edut.
Schneider 2002, Australia	Ensimmäistä lastaan odottavien australialaisten naisten kokemuksia.	n = 13 naista	Haastattelu.	Useimmilla naisilla oli vaikeuksia selviytyä fyysisten ja emotionaalisten oireiden ja muutosten kanssa raskausaikanaan. Hallinnan menettäminen aiheutti ahdistusta. Naiset kuvalivat hallintaa kehon hallintana, mahdollisuutena keskustella vaihtoehdoista asiantuntijan kanssa ja osallistumisena päätöksentekoon. Tuen tarve osoittautui naisten kokemuksissa merkittäväksi.
Callister, Khalaf, Semenic, Kartchner & Vehviläinen-Julkunen 2003, USA	Synnytyksivun kulttuuriset merkitykset. Fenomenologinen lähestymistapa.	n = 100 raskaana olevaa naista (Pohjois- ja Keski-Amerikasta, Pohjoismaista, Lähi-idästä, Kiinasta, Tongasta)	Haastattelu.	Naiset käyttivät monia erilaisia mekanismeja selviytyäkseen kivun kanssa, kuten toisten naisten synnytykskertomusten kuuntelu, luottamus Jumalan apuun, keskittyminen positiiviseen lopputulokseen sekä itsensä valmentaminen synnytykseen kuten urheilusuoritukseen.
Fenwick, Gamble & Mawson 2003, Australia	Naisten kokemuksia keisarileikkauksesta ja alatiesynnytyksestä keisarileikkauksen jälkeen.	n = 59 naista	Kysely, jossa suljettuja ja avoimia kysymyksiä	Kuusi tekijää, jotka vaikuttivat naisten synnytykskokemuksiin: tuki, särkyneet odotukset, hallinnan menetys, asiantuntijoiden kieli, asenteet ja hoitokäytännöt, supistukset ja toimenpiteiden runsaus sekä keisarileikkaus ja ero vastasyntyneestä.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmenetodi	Keskeiset tulokset
Green & Baston 2003, Englanti	Hallinnan tunne synnytyksen aikana. Hallinnan määrittely: henkilökunnan toimien hallinta, oman käyttäytymisen hallinta ja hallinnan tunne supistuksen aikana.	n = 1146 naista	Kysely kuukautta ennen synnytystä ja kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen.	Naisista 61 % koki hallitsevansa omaa käyttäytymistään, mutta vain 39 % naisista koki hallitsevansa sitä, mitä henkilökunta heille teki. Uudelleensynnyttäjät kokivat hallitsevansa tilanteen paremmin kuin ensisynnyttäjät. Henkilökunnan toimien hallintaan liittyi tunne hyväksynnästä sekä yksilöllinen ja kunnioittava kohtelu. Oman käyttäytymisen hallinta ja hallinnan tunne supistuksen aikana olivat ensisijaisesti yhteydessä kipuun ja kivunlievitykseen, mutta myös raskaudenaikaisiin kontrolliodotuksiin. Huoli synnytyksivuista oli myös ensisynnyttäjillä merkittävä hallinnan ennustaja. Kaikki kolme hallinnan komponenttia vaikuttivat naisten tyytyväisyyteen ja myös yhteys emotionaaliinseen hyvinvointiin oli havaittavissa.
Ip, Chien & Chan 2003, Kiina	Kiinalaisten ensisynnyttäjien synnytysodotukset.	n = 186 ensisynnyttäjää	Kysely Childbirth Expectations Questionnaire -mittarilla (CEQ).	Synnytyksvalmennukseen osallistumattomilla ensisynnyttäjillä oli korkeat odotukset kumppaneitaan ja kättilöitä kohtaan synnytyksen aikana. Sitä vastoin naisten odotukset omasta kyvystään selviytyä synnytyksessä olivat varsin matalat. Naiset ilmaisivat huolensa kivun sietämättömyydestä, ja heillä oli matalat odotukset lääketieteellisten toimenpiteiden vähäisestä käytöstä.
Paavilainen 2003, Suomi	Lapsen odotuksen ja äitiyshuollon seurannan kokemukset äidin, isän ja perheen näkökulmasta. Fenomenologinen tutkimusote.	n = 8 lasta odottavaa paria 127 kpl kirjallisia dokumentteja	Kolme haastattelua raskauden alku-, keski- ja loppuvaiheessa.	Lapsen odotuksen merkitysrakenteita kuvaavat ulottuvuudet: raskauden käsitäminen, <u>odotusajan elämän hallitseminen</u> , lapsen haluttuun ottaman kehon kanssa eläminen ja kahden elämänvaiheen rajalla oleminen. Äitiyshuollon seurannan kokemusten merkitysrakenteen ulottuvuudet olivat turvallisuuden tunteminen, varmuuden tunteminen, turvattomaksi jääminen ja varmuutta vaille jääminen.
Soet, Brack & Dilorio 2003, USA	Naisten synnytyksessä kokemman trauman yleisyys ja sitä ennustavat tekijät.	n = 103 naista	Kysely raskauden loppuvaiheessa ja haastattelu noin neljä viikkoa synnytyksen jälkeen.	Synnyttäjistä 34 % koki synnytykskokemuksensa olleen traumaattinen. Traumaattista synnytykskokemusta ennustivat mm. sosiaalisen tuen puute, <u>avuttomuuden tunne</u> , odotukset sekä lääketieteelliset interventiot.
Spiby, Slade, Escott, Henderson & Fraser 2003, Englanti	Valitut selviytymisstrategiat (hengitystekniikka, asemon vaihtaminen ja rentoutustekniikat) synnytyksessä. Tutkimus naisten kokemuksista.	n = 121 ensisynnyttäjää	Haastattelu 72 tuntia synnytyksen jälkeen.	Selviytymisstrategioiden vaikutukset vaihtelivat suuresti naisten kesken. Strategioiden käyttöön vaikuttivat hoitamisen ominaisuudet, muutokset ympäristössä ja farmakologisen kivunlievityksen käyttö.

(jatkuu)



Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Wu & Chung 2003, Taiwan	Kokemukset päätöksenteosta vesisynnytyksessä. Fenomenologinen lähestymistapa.	n = 9 naista, joilla vesisynnytyks-kokemus 1 vuoden sisällä	Kysely ja haastattelu.	Aineistosta muodostettiin Giorgin fenomenologisen analyysin avulla neljä teemaa: tytyntäntömyys olemassa oleviin obstetri-siin käytänteisiin, autonomian osoittaminen, sukulaisten käsitys-sen huomioon ottaminen ja strategioiden muodostaminen tavoit-teiden saavuttamiseksi.
Beck 2004, USA	Naisten kokemukset traumaati-sesta synnytyksestä. Feno-menologinen lähestymistapa.	n = 40	Esseet (lähetetty tutki-jalle Internetin kautta).	Naisten traumaattisista synnytykskokemusta luonnehtimaan muodostettiin neljä teemaa: 1. "Hoitoa minulle: Onko se liikaa pyydetty?" Naiset kokivat itsensä hylätyiksi, yksinäisiksi, itsekkyyden menettä-neiksi. 2. "Kommunikointia kanssani: Miksi se kiellettiin minulta?" Henkilökunta epäonnistui vuorovaikutuksessa synnyttäjien kanssa. Naiset tunsivat itsensä näkymättömiksi, sillä henkilö-kunta puhui heidän "ylitseen". 3. "Turvallisen hoidon antaminen: Sinä petit minun luottamuk-seni ja tunsin itseni avuttomaksi." Ajoittain naiset kokivat, etteivät saa turvallista hoitoa. He kokivat, etteivät pysty hal-litsemaan sitä, mitä henkilökunta heille teki. "Tarkoitus pyhittää keinot: Kenen kustannuksella ja millä hin-nalla?" Terve vastasyntynyt häivytti taustalle ja "mitäöi" äidin traumaattiset kokemukset.
Escott, Spiby, Slade & Fraser 2004, UK	Ensimmäisen raskauden ja synnytyksen aikana kipua ja ahdistukseen hallintaan liitty-vät selviytymisstrategiat.	n = 23 naista, jotka eivät vielä olleet osallistuneet per-hevalmennukseen n = 20 naista, jotka olivat aiemmin osallistuneet per-hevalmennukseen	Haastattelu viimeisen raskauskolmannksen aikana, ennen osallis-tumista perhevalmen-nukseen. Haastattelu 72 tuntia synnytyksen jälkeen heille, jotka olivat aiemmin osallistuneet perhevalmennukseen.	Naiset käyttivät synnytyksessä aiemmin oppimiaan selviytymis-strategioita hallitukseen kipua ja ahdistuneisuutta. Myös perhe-valmennukseen osallistumattomat naiset käyttivät hyvin monen-laisia selviytymisstrategioita. Naisten aiempien selviytymiskei-lojen tunteminen on tärkeää naisen hoitotyössä.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Goodman, Mackey & Tavakoli 2004, USA	Naisten tyytyväisyyteen liittyvät tekijät synnytyksessä.	n = 60 synnyttänyttä naista	Kysely synnytyksen jälkeen The Labor Agentry Scale-, McGill Pain Questionnaire ja Mackey Childbirth Satisfaction Scale-mittareilla ja obstetriset tiedot potilasasiakirjoista.	Naisen hallinnan tunne ennusti merkittävästi kokonaistyytyväisyyttä synnytykseen. Synnytysodotusten toteutuminen ennusti naisten tyytyväisyyttä omaan suoriutumiseensa synnytyksessä.
Kao, Gau, Wu, Kuo & Lee 2004, Taiwan.	Vertaileva tutkimus lasta odottavien parien synnytysodotuksista.	n = 200 paria	Kysely, the Childbirth Expectations Questionnaire -mittari.	Lasta odottavien parien synnytysodotukset liittyivät synnytysympäristöön, synnytyksipuun, kumppanin tukeen, <u>hallintaan</u> ja osallistumiseen sekä tuen saantiin lääkäriltä ja kättilöiltä. Nais- ja miesten odotuksissa ei havaittu eroja.
Melender 2004, Suomi	Raskaana olevien naisten käsitykset hyvästä synnytyksestä.	n = 24 raskaana olevaa naista	Teemahaastattelu.	Hyvän synnytyksen elementtejä olivat kiireetön ilmapiiri, normaalius, kohtuullinen kesto, turvallisuus ja hallinta. Hallinnalla tarkoitettiin seuraavaa: nainen on selvillä siitä, mitä tapahtuu, omien voimavarojen säilyminen, oma yhteistyökyky, kyky kontrolloida omaa kehoa, oma aktiivisuus ja kivun hallinta. Kivun hallinnassa löydettiin kolme kivunhallintatyyppeä: ei-lääkkeellinen kivunhallinta, astettainen lääkkeellisen avun käyttö kivunhallinnassa ja lääkkeellinen kivunhallinta.
Sjögren, Langius-Eklöf & Hjertberg 2004, Ruotsi	Hyvinvointi raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen ja sen yhteys koherenssin tunteeseen	n = 120	Kyselyt (the Sense of Coherence (SOC)-, the Health Index- (HI) ja the Hospital Anxiety and Depression (HAD)-mittarit) h 10-12, h 34-36 ja 8 viikkoa synnytyksen jälkeen.	Naisen hyvinvointia ennusti parhaiten koherenssin tunteen voimakkuus. Ahdistuneisuus tai masentuneisuus, demografiset tekijät ja komplikaatioiden määrä eivät selittäneet naisen hyvinvointia.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad 2004, Ruotsi	Kielteinen synnytyskokemus. Väestökysely.	n = 2541 naista	Kolme kyselyä: naisten yleiset synnytyskokemukset vuoden jälkeen synnytyksestä ja hankittu tieto mahdollisista riskeistä raskauden aikana kahden kuukauden ja vuoden jälkeen synnytyksestä.	Naisista 7 % oli kokenut synnytyksen kielteisenä. Kokemus liittyi odottamattomiin lääketieteellisiin ongelmiin (häätäkeisarileikkaus, synnytyksen käynnistäminen, supistusten tehostaminen ja vastasyntyneen siirto teho-osastolle), sosiaaliseen tilanteeseen (ei-toivottu raskaus, puolison tuen puute), synnytyksen aikaisiin tunteisiin (kipu ja hallinnan tunteen puuttuminen) ja hoitohenkilökuntaan (ajanpuute, tuen puute synnytyksessä, kipulääkityksen käyttö ja antaminen).
Fenwick, Hauck, Downie & Butt 2005, Australia	Länsiaustralialaisten naisten synnytysodotukset.	n = 202 raskaana olevaa tai viimeisen vuoden aikana synnyttänyttä naista	Puhelinhaastattelu.	Odotuksista muodostui viisi pääteemaa, joista positiivisia olivat: synnytys luonnollisena tapahtumana, osallistuminen synnytykseen, tyytyväisyys synnytysprosessiin ja tulokset. Negatiivisia odotuksia olivat synnytys kielteisenä tapahtumana ja synnytys lääketieteellisenä kokemuksena.

## LIITETAULUKKO 2. Naisen päätöksentekoa raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1994 – 2004)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Bluff & Holloway 1994, Englanti	Synnyttäjien kokemuksia saamastaan tuesta synnytyskessissä.	n = 11 synnyttäjää	Haastattelu.	Synnyttäjät luottavat kättilöihin, koska mieltävät heidät asiantuntijoiksi, jotka "tietävät parhaiten". Synnyttäjät jättävät isensä ammattilaisten käsin ja luovuttavat samalla heille synnytysiään koskevan päätöksenteon. Tästä huolimatta synnyttäjät haluavat omaksua aktiivisen roolin synnytysprosessissa.
Lang & Nikkonen 1994, Suomi	Kättilöiden hoitokulttuuri ja synnytysten hoitoa koskevia odotuksia ja kokemuksia.	n = 7 kättilö n = 9 synnyttäjää	Haastattelu kättilöille ja kaksivaiheinen kysely synnyttäjille.	Hoitosuhteen koettiin perustuvan tasavertaisuuteen, vaikkakin joidenkin synnyttäjien mielestä <u>valta synnytyskessä oli ollut kättilöillä ja lääkäreillä.</u>
Neuhaus, Scharkus, Hamm & Bolte 1994, Saksa	Raskaana olevien naisten odotukset ja pelot.	n = 122 ensi- ja uudelleen synnyttäjää	Kolmivaiheinen kysely: ennen ja jälkeen synnytys ja $\frac{1}{2}$ vuoden jälkeen synnytystä	Naiset odottivat mahdollisimman luonnollista synnytystä. Synnytystä hoitavalta henkilöstöltä naiset odottivat henkilökohtaista tarkkailua ja mahdollisuutta osallistua oman hoitonsa <u>päätösten</u> tekoon.
Vehviläinen-Julkunen, Lauri, Laine, Peni, Beaton & Gup-ton 1994a, Suomi	Naisten synnytysodotukset ja synnytyskseen valmistautuminen. Pitkittäistutkimus naisten käsityksistä synnytyskivusta, tilanteenhallinnasta ja päätöksenteosta sekä saamastaan tuesta synnytyskessä.	n = 140 naista	Kysely kolmessa raskauden vaiheessa: H 8-12, H 20-24 ja H 36-38.	Suomalaiset naiset ovat suhteellisen tyytyväisiä oloonsa raskauden aikana. Psykkiset ja emotionaaliset tuntemukset olivat suurimmalla osalla kohtuullisen myönteisiä. Tuloksista tuli kuitenkin esille lievä epävarmuus. Pelko synnytyskivusta oli naisten mielessä raskauden alusta saakka. Odotukset henkilökohtaan kohtaan olivat myönteiset. Naiset odottivat hallitsevansa synnytystilannetta melko hyvin ja osallistuvansa omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sen sijaan käsitykset <u>mahdollisuuksista vaikuttaa synnytyskseen</u> aikaisiin toimenpiteisiin eivät olleet kovin myönteisiä.
Vehviläinen-Julkunen, Lauri, Kivivirta & Callister 1994b, Suomi	Naisten synnytyskokemukset eri kulttuureissa. Vertaileva tutkimus suomalaisten ja pohjoisamerikkalaisten keskuudessa	n = 40 suomalaista naista	Kysely synnytyskseen jälkeen.	Naiset arvioivat synnytyskseen olleen vaikean. Synnytystä kuvattiin jännittäväksi ja epämiellyttäväksi, mutta merkitykselliseksi kokemukseksi. Suomalainen nainen luottaa äitiysneuvolaan ja synnytysairaalaan. Synnytyskseen hoidon tulisi perustua <u>synnyttäjän, kättilön ja lääkärin yhteiseen sopimukseen</u> . Valtaosalle naisista oli tärkeää osallistua aktiivisesti synnytyskseen.

(jatkuu)

<b>Tekijä/vuosi</b>	<b>Teema</b>	<b>Tutkimusjoukko</b>	<b>Tutkimusmetodi</b>	<b>Keskeiset tulokset</b>
Callister 1995, USA	Joko kättilö tai synnytyslääkäri hoitamassa naista - raskaana olevien naisten uskomuksia ja käsityksiä.	n = 60 raskaana olevaa naista	Haastattelu ja kysely (Utah Test the Child-bearing Year).	Demografisten tekijöissä tai synnytyspelouissa ei havaittu eroja sen suhteen, kumpi ammattihenkilö naista hoiti. Epiduraalipuudutuksen käyttö, tukeminen toisiin ja passiivisuus synnytys-hoidon päätöksenteossa oli merkittävästi suurempaa synnytyslääkärin ollessa pääasiallisesti hoitovastuussa. Äidit, joita kättilö hoiti, osallistuivat aktiivisemmin päätöksentekoon ja korostivat synnytyskokemuksensa laatua.
Handfield & Bell 1995, Australia	Vaikuttaako synnytysvalmennus synnytysenaikaiseen ja lapsivuodeajan päätöksentekoon.	n = 59 ensisynnytäjiä	Kysely synnytysen jälkeen.	Valmennuksessa hankittu tieto auttoi kivunlievitystä koskevilla päätöksillä synnytysen aikana. Sen sijaan valmennus ei tukenut lapsivuodeajan päätöksiä.
Brown 1998, Australia	Osallistuminen päätöksentekoon ja tyytyväisyys hoitoon.	N = 1336	Postikysely 6-7 kk synnytysen jälkeen. Haastattelu pienelle ryhmälle.	Vain 8 % naista arvioi synnytysen aikaisen hoidon huonoksi. Kuitenkin 34 % naisista kirjoitti myös negatiivisia kommentteja avoimien kysymysten vastauksiksi. Naisten tyytymättömyyttä hoitoon ennustivat lääkärin ja kättilön avuttomuus, osallistumattomuus päätöksentekoon, kipu, tyytymättömyys kivunlievitykseen ja hoitotyön toimintamalli.
VandeVusse 1999b, USA	Synnyttäjien päätöksenteon analyysi.	n = 15 naista (8 ensi- ja 7 uudelleen- synnyttäjiä, 33 synnytyskertomusta)	Haastattelu 4 kk sisällä synnytyksestä.	Identifioitiin seuraavat päätöksentekotavat: henkilökunnan yksipuolinen päätöksenteko, passiivinen päätöksenteko ja jaettu päätöksenteko.
Hodnett 2000, Kanada	Kipu ja naisten tyytyväisyys synnytyskokemuksensa.	n = 137 tutkimusta vuosien 1965–2000 välillä Cochrane -, Medline -, CINAHL- ja Healthstar -tietokannoista.	Kirjallisuuskatsaus.	Laadullisen analyysin perusteella naisten arvioissa synnytyskokemustaan tuli esiin neljä keskeistä tekijää: henkilökohtaiset odotukset, hoitohenkilökunnalta saadun tuen määrä, naisen ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutussuhteen laatu ja osallistuminen päätöksentekoon.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Kabakian-Khasholian, Campbell, Sediace Rizkallah & Ghorayeb 2000, Libanon	Naisten kokemuksia sairaalasynnetyksistä.	n = 6 naista eri puolilta Libanonia (117 haastattelua)	Syvähaastattelu 3 kk sairaalassa tapahtuneen synnytyksen jälkeen.	Naiset luottivat vahvasti synnytyslääkäriin ja vain harvoin kyseenalaistivat rutiinitoimenpiteitä, vaikka saattoivat kokea ne epämiellyttäväksi. Passiivisuus ja tyytymättömyys liittyivät sosiaaliluokkaan ja psykososiaalisen tuen määrään synnytyksessä.
Ahonen 2001, Suomi	Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenai- kaiset odotukset ja synnytyks- kokemukset. Pitkittäistutkimus.	n = 251 naista (matalan ja korkean riskin synnyttäjää)	Ensimmäinen kysely H 34 - 37, toinen kysely 2 -3 päivää synnytyksen jälkeen.	Synnyttäjien tilanteen hallintaa ja päätöksentekoon osallistumista koskevat odotukset olivat varsin myönteiset. Naisista 63 % oli mielestään osallistunut päätöksentekoon. Enemmistön mielestä kättilö ei piitannut naisten omista suunnitelmista. Synnytyksen aikaista päätöksentekoa kummankin ryhmän mielestä olivat selvästi eniten auttaneet tiedot eri kivunlievitysmenetelmistä sekä tiedot synnytysasemista ja liikkumisesta. Eniten esteenä päätöksentekoon oli keisarileikkaus.
Gibbins & Thomson 2001, Englanti	Naisten synnytysodotukset ja -kokemukset. Fenomenologinen lähestymistapa.	n = 8 ensisynnyttäjää	Haastattelut loppuraskaudessa ja kaksi viikkoa synnytyksen jälkeen.	Naiset halusivat osallistua aktiivisesti synnytykseensä ja hallita itseään siinä. Tämä oli mahdollista tukihenkilön ja puolison tuen, kättilön positiivisen asenteen, tiedon saannin ja päätöksentekoon osallistumisen avulla.
Rizk, Nasser, Thomas & Ezimokhai 2001, Yhdistyneet Arabi Emiraatit	Naisten synnytykskokemukset Yhdistyneissä Arabi Emiraateissa.	n = 715	Haastattelu 3. päivänä synnytyksestä.	Synnytykskokemus oli kielteinen 13,2 %:lle naisista. He tunsivat mm. pelkoa, surua, epäonnistumista ja pettymystä. Keisarileikkauksella synnyttäneet (14,5 %) olivat selvästi tyytymättömämpiä synnytyks-kokemukseensa kuin alatesynnyttäneet. He olivat tyytymättömiä tiedon saamiseen sekä päätöksentekoon osallistumiseen ennen toimenpidettä.
Yin King Lee, Holroyd & Yuen Ng 2001, Kiina	Suunnitellun keisarileikkauksen valintaan vaikuttavat tekijät kiinalaisilla naisilla.	n = 6 suunnitellusti keisarileikatua naista	Haastattelu.	Aineistosta muodostettiin neljä kategoriaa: sikiön ja äidin riskien välttäminen, autonomian mahdollistuminen itsenäisen päätöksenteon avulla, kiinalainen uskomusjärjestelmä sekä iloitseminen ja katuminen.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Declercq, Sakala, Corry, Applebau & Risher 2002, USA	Naisten raskaus- ja synnytykskokemukset. Ensimmäinen kansallinen, pohjoisamerikkalainen survey-tutkimus.	n = 136 naista (puhelinhaastattelu) n = 1447 naista (kysely internetissä)	Puhelinhaastattelu, kysely.	Naistaista 73 % koki saaneensa tietoa synnytyksessä siten, että ymmärsivät sen. Heistä 72 % ilmoitti saaneensa tietoa tehtävistä toimenpiteistä ja niiden perusteista. Vastaajista 67 % pystyi keskustelemaan luottavaisesti huolistaan ja peloistaan sekä esittää kysymyksiä. <u>Päätöksentekoon</u> koki osallistuneensa 64 % naista ja 56 % katsoi voineensa tehdä omia päätöksiä hoidostaan. Vastaajista 77 % kuvasi tunteitaan ja kokemuksiaan synnytyksessä pystyväksi, 65 % luottavaiseksi, 63 % rauhalliseksi, 44 % pelottomaksi ja 34 % voimakkaaksi. Kielellisiksi tunteiksi naiset mainitsivat: musertava (48 %), heikko (41,5), pelottava (39 %), jännittävä (36 %), epävarma (27 %) ja avuton (25 %).
Hodnett 2002, Kanada	Synnytyskipu, kivun lievittäminen ja naisten tyytyväisyys synnytykskokemukseensa.	n = 137 tutkimusta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (The Cochrane Controlled Trials Register, Medline, Cinahl, Healthstar).	Keskeisiksi tekijöiksi suhteessa synnytyskipuun ja tyytyväisyyteen muodostuivat: naisen henkilökohtaiset odotukset, hoitohenkilökunnan antaman tuen määrä, hoitavan henkilön ja naisen vuorovaikutussuhteen laatu ja osallistuminen päätöksentekoon.
Harrison, Kushner, Benzies, Rempel & Kimak 2003, Kanada	Korkean riskin synnyttäjien kokemukset ja tyytyväisyys päätöksentekoon osallistumisesta raskauden aikana.	n = 47 naista (korkea verempaine tai ennenaikaisen synnytyksen riski)	Haastattelu synnytyksen jälkeen.	Kaikki naiset tunsivat korostunutta vastuuta lapsen hyvinvoinnista. Naiset erosivat siltä osin, valitsivatko he <u>päätöksenteossa</u> aktiivisen vai passiivisen roolin. Naiset, jotka halusivat osallistua päätöksentekoon aktiivisesti, saavuttivat sen taitelemalla, neuvottelemalla tai toisten rohkaisun avulla. <u>Päätöksenteossa</u> passiiviset naiset luottivat asiantuntijan päätöksiin.
Blix-Lindstrom, Christensson & Johansson 2004, Ruotsi	Naisten tyytyväisyys päätöksentekoon liittyen supistusten tehostamiseen oksitosiinilla.	n = 20 naista	Haastattelu 1-3 päivää synnytyksen jälkeen.	Kätilöiden antama tuki ja ohjaus yhdistyneenä tietoon ja odotuksiin osoittautuivat tärkeiksi naisten synnytyksen käynnistämiseen liittyvälle päätöksenteolle. Aineistosta löydettiin päätöksenteon neljiä mallia: päätöksentekoon osallistuminen aktiivisesti, päätöksentekoon kutsuttiin, mutta naiset pidättyivät siitä (em. naiset olivat tyytyväisiä päätöksentekoon), osallistumattomuus päätöksentekoon, vaikka nainen olisi halunnut ja osallistumattomuus sekä haluttomuus päätöksenteoon (em. naiset hyväksyivät tehdyn päätökset). Valtaosa naisista luotti kätilön arviointikykyyn.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Shorten, Chamberlain, Shorten & Kariminia 2004, Australia	Syntyvystavan (aiempi synnytys keisarileikkaus) valinnan helpottaminen informaationkirjajasen avulla.	Lehtisen pilotointi n = 21 raskaana olevaa naista, joilla ensimmäinen synnytys keisari-leikkaus	The Ottawa Decision Support Framework (DFS)n informointikirjajasen kehittämissä, asiantuntijoiden vertaisarviointi.	Informointikirjajasen päätöksenteon apuna näytti helpottavan informoitua päätöksentekoa raskauden aikana.



### LIITETAULUKKO 3. Naisten tiedon saamista raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1995 – 2004)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Evans & Jeffrey 1995, Kanada	Synnyttäjien tarpeet saada ohjausta ja tietoa synnytyksen aikana.	n = 40 naista	Haastattelu.	Enemmistö synnyttäjiä halusi ohjausta ja neuvontaa synnytyksessä. Heidän mielestään kättilöiden antama ohjaus oli ollut auttavaa, mutta ristiriitaa syntyi ohjauksen ja henkilökunnan eriävissä käsityksissä.
Hallgren, Kihlgren, Norber & Forslin 1995, Ruotsi	Naisten käsityksiä synnytyksestä ja synnytykseen valmistautumisesta ennen ja jälkeen valmennuksen ja synnytyksen.	n = 11 matalan riskin ensisynnyttäjiä	Kaksivaiheinen (H 27 – 36 ja 1 -3 viikkoa synnytyksen jälkeen) haastattelu.	Valmennuksen sisältö onaksuttiin eri tavoin. Synnytykskoemuksen odottamaansa huonommaksi kokivat ne synnyttäjät, joilla ei ollut riittävästi tietoa.
Moore & Hopper 1995, Australia	Raskauden aikana tehdyn synnytyssuunnitelman merkitys synnytyksessä.	n = 100 synnyttäjää	Kysely synnytyksen jälkeen.	Valtaosa synnyttäjiä piti myönteisenä synnytyssuunnitelman käyttämistä. Se auttoi ymmärtämään synnytystä paremmin, teki tietoisemmaksi heitä koskevista odotuksista sairaalassa ja auttoi ilmaisemaan tarpeitaan synnytyksen aikana ja tuki kommunikaa-tiota.
Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg 1996, Ruotsi	Naisten kokemuksia vuorovai-kutuksesta kättilön kanssa synnytyksessä. Fenomenologi-nen lähestymistapa.	n = 18 (6 ensi- ja 12 undelleen synnyttäjää)	Haastattelu 2. – 4. päivää synnytyksen jälkeen.	Pääkategoriaksi muodostui kättilön läsnäolo, jolla tarkoitettiin yksilöllistä huomioimista, luottavaista vuorovaikutussuhdetta sekä synnyttäjän ehdoilla tapahtuvaa ohjausta ja neuvontaa.
Whitford & Hillan 1998, Skotlanti	Naisten käsitykset synnytyssuunnitelmasta.	n = 143 ensisynnyttäjää	Kysely 6 - 13 viikkoa synnytyksen jälkeen.	Naisista 90 % oli käyttänyt synnytyssuunnitelmaa. Suunnitelma mahdollisti keskustelun vaihtoehtoista etukäteen. Puolet naisista katsoi, ettei suunnitelma vaikuttanut synnytyksen aikaiseen hallinnan kokemukseen ja ettei siihen, mitä suunnitelmaan oli kirjoitettu kiinnitetty riittävästi huomiota.
Levy 1999, Kiina	Kättilöt naisten informoitujen valintojen edistäjinä raskauden aikana.	n = 12 kättilöä	Kättilön ja raskaana olevan naisen vuoro-vaikutustilan-teiden havaimointi, kättilöiden haastattelut.	Ydinkategoriaksi muodostui suojeleva tarkkailu ja substantiiviksi kategorioksi muodostuivat orientointi (esim. spesifi tiedon antaminen, stereotyyppien muodostaminen), suojeleva "portinvartija" (esim. tiedon sisällön, määrän ja laadun säätely) ja tietoisuuden herättäminen (esim. tavoitteen asettaminen, selven-täminen, eri vaihtoehtojen tarjoaminen naiselle).

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Bondas 2000, 2002, Suomi	Teorian kuvaaminen ja tuottaminen naisten raskauskokeuksista, pre- ja postnataali-hoidosta sekä puolison läsnäolosta synnytyksessä. Feno-menologinen tutkimusote.	n = 40 (20 ensi- ja 20 uudelleen-synnyttäjä)	Teemahaastattelu H 36, 3 viikkoa, 3 kuukautta ja 2½ vuotta synnytyksen jälkeen. Dialoginen haastattelu ja ei-osallistuva haavainointi raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana.	Raskauden aikaisissa kokemuksissa naiset olivat ensisijassa huolestuneita syntymätönnän lapsen terveydestä, mutta myös omasta ja perheen arvokkuuden säilymisestä sekä hyvinvoinnista. Raskaana oleva nainen halusi kertoa luottamuksellisessa suhteessa ja ilmapiirissä raskaudesta ja synnytyksestä. He tarvitsivat suojelua, joka perustuu tieteelliseen tietoon ja inhimilliseen valvontaan. He odottivat myös ammatillista osaamista. Naiset halusivat osallistua hoitoonsa ja saivat tietoa keskustelemalla. He halusivat perheen osallistuvan hoitoon heidän omilla ehdoillaan. Synnytys- ja perhevalmennuksella oli tärkeä ja moniulotteinen merkitys rooli naisten hoidossa.
Jackson, Henry, Avery, Van Den Kerkhof & Milne 2000, Kanada	Informoitu suostumus epiduraali-puudutukseen - mitä synnyttävät naiset haluavat tietää?	n = 60 synnyttävää naista	Kysely.	Synnyttäjät halusivat tietää kaikki epiduraalipuudutukseen liittyvät riskit, mutta valtaosa heistä ei halunnut tietää riskien yleisyyttä. Naiset pystyivät yhtä hyvin synnytyksen aikana tietoiseen suostumukseen kuin muissakin hoitotilanteissa.
Rudolfsdottir 2000, Englanti	Institutionalismi ja raskauden kokemus.	n = 29 naista Raskaana oleville naisille jaettava ohjaus- ja neuvontamateriaali.	Yksilö- ja ryhmähaastattelut.	Ohjaus- ja neuvontamateriaalin normittava tendenssi syrjäyttää naisten oman toimijuuden. Naiset eivät aina sijoita itseään äitiyshuollon normien sisään. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset sekä tukevat että haastavat äitiyshuollon instituutioiden jakamaa tietoa ja sen käytänteitä.
O'Cathain, Thomas, Walters, Nicholl & Kirkham 2002, Englanti	Naisten näkemykset informoiduista valinnoista äitiyshuollossa.	n = 1386 naista (H 28) n = 1741 naista kahdeksan viikkoa synnytyksen jälkeen	Postikyselyt.	Naisista 54 % koki tehneensä informoidun valinnan ennen synnytystä ja 54 % myös synnytyksen jälkeen näin. Naisista 31 % koki tehneensä informoidun valinnan sikiön sydänäänänten seurannasta synnytyksen aikana ja 73 % mm. Downin syndrooman seulontatutkimuksista. Informoitu valinta vaihteli päätettävän asian, äitiyshuollon yksikön ja naisen ominaisuuksien (mm. koulutus, synnyttämisikä) suhteen.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Stapleton, Kirkham & Thomas 2002, UK	Näyttöön perustuvan äitiys-huollon potilasohjeen vaikutus naisen valintoihin ja päätöksentekoon.	Havainnointiin osallistui: n = 886 raskaana olevaa naista n = 167 synnytyks-lääkärä n = 66 ultraääni-tutkimuksen tekijää Haastattelun osallistui: n = 163 raskaana olevaa naista n = 177 kätillöä n = 28 synnytyks-lääkärä n = 62 ultraääni-tutkimuksen tekijää n = 3 anestesia-lääkärä	886 raskausajan käynnin havainnointi ja 383 haastattelua.	Enemmistö ammattilaisista suhtautui positiivisesti potilasohjeen mahdollisuuksiin vaikuttaa naisen päätöksiin. Käytännössä ohjeen merkitys jäi vähäiseksi ja se usein sekoitui muuhun kirjalliseen materiaaliin. Ammattilaisilla ei ollut aikaa käsitellä lehtisen sisältöjä huolellisesti naisen kanssa. Käytännössä synnytyslääkärit määrittelivät sen, mitä vaihtoehtoja naisilla tai kätillöillä oli tarjolla. Naisten luottamusta ammattilaisia kohtaan johti useimmiten siihen, että he mukautuivat asiantuntijoiden antamiin ja muotoilemiin vaihtoehtoihin. Yhdessä vaihtoehtoja ei juurikaan muotoiltu.
Murphy, Pope, Frost & Liebling 2003, Englanti	Naisten käsitykset ponnistusvaiheeseen ajoittuneen keisarileikkauksen vaikutuksista.	n = 27 keisarileikkauksella (II AV) synnyttänyttä naista	Haastattelu.	Naiset kokivat olleensa valmistautumattomia keisarileikkaukseen eivätkä synnytyssuunnitelmaa ja valmistusolosuhteita valmistaneet naista tapahtumaan. Heillä oli vaikeuksia ymmärtää keisarileikkauksen tarvetta huolimatta lääkärin ja kätillön informoinnista. Keisarileikkauksella oli vaikutuksia naisten näkemyksiin tulevista raskauksista ja synnytyksistä.
Brown & Smith 2004	Asiakastietojen (suom. äitiyskortti) itselleen saamisen merkitys raskauden aikana.	n = 3 tutkimusta, jossa 675 naista.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Omien asiakastietojen saaminen itselleen paransi naisen hallinnan tunnetta ja luottamusta sekä lisäsi tyytyväisyyttä. Asiakastietojen hyöty terveyskäyttäytymisen osalta jäi epäselväksi.
Peart 2004, Australia	Synnytyssuunnitelman hyöty raskaana olevien naisten kokemusten mukaan.	n = 42 ensisynnyttäjää	Haastattelu.	Synnytyssuunnitelma oli vain vähän vaikutusta kokonaisuu-te-na raskaus - ja synnytykokemukseen.

**LIITETAULUKKO 4.** Naisen itseluottamusta ja kehollisuutta raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1999 – 2004)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Lundgren & Dahlberg 1999, Ruotsi	Naisten kokemukset synnytys-kivusta ABC -keskuksessa.	n = 9 naista	Haastattelu synnytyk-sen jälkeen.	Synnytyskipukokemukselle muodostettiin seuraavat teemat: kivun vaikea kuvattavuus ja ristiriitaisuus, luottamus itseän ja omaan kehoon, luottamus kättilöön ja puolisoon sekä äitiyteen siirtymävaihe.
VandeVusse 1999a, USA	Perusvoimat synnytyksessä naisten synnytyskertomuksissa.	n = 15 naista (8 ensi- ja 7 uudelleen-synnyttäjää, yhteensä 33 synnytyskerto-musta)	Haastattelu 4 kk sisällä synnytyksestä.	Naiset tunnustivat synnytyskertomuksissaan useita perusvoimia, jotka vahvistivat heidän hallinnan tunnettaan. Ne olivat sekä sisäisiä (mm. naisen psyyke ja spataalinen kehon asento sekä synnytysprosessi fysiologisena ja kehollisena tapahtuman) että ulkoisia (mm. ammatillaiset, toimenpiteet).
Lowe 2000, USA	Pystyvyysodotukset (Bandura 1977) ja synnytyospelot uudelleen synnyttäjillä.	n = 280 uudelleen synnyttäjää	Kysely.	Synnytystä paljon pelkäävien naisten joukossa naiset kokivat myös enemmän <u>opittua avuttomuutta</u> ja heillä oli <u>heikompi</u> <u>iisetunto</u> . Naisten yleisin pelko oli hallinnan menettäminen synnytyksen aikana.
Chung & Chao 2001, Kiina	Toissynnyttäjien synnytyksokemus.	n = 10	Syvähaastattelu 8 –28 tuntia synnytyksen jälkeen.	Synnytyksokemus kategorisoitiin seuraavasti: epävarmuus olosuhteista synnytyksessä, uhka kehon koskemattomuudesta, tunne selviytymättömyydestä synnytyskivun kanssa, <u>kehon toimintojen kontrollin menettäminen</u> , vaikeus seurata synnytyss-prosessia, tyytyväisyyden saavuttaminen ja uudeksi itseksi tuleminen tunne. Naisten selviytymismekanismit luokiteltiin seuraavasti: yritys varmistaa ja hallita synnytystilanteen olosuh-teita, pyrkimys edesauttaa synnytyssprosessia, itsen vahvistami-nen ja voimaannuttaminen, hallinnan tunteen ylläpitäminen, tiedon hankkiminen vastasyntyneen terveydentilasta ja synny-tyksokemuksen integroiminen toissynnyttäjän minäkuvaan.
Kiehl & White 2003, Norja, Ruotsi, USA	Äitiyteen adaptaatio raskauden aikana Norjassa, Ruotsissa ja USA:ssa.	n = 147 ensisyn-nyttäjää	Kysely.	Ne naiset, jotka uskoivat itseensä ja siihen, että pystyvät mukau-tumaan äitiyteen, olivat paremmin valmistautuneita synnytyk-seen, hallitsivat paremmin synnytystilannetta. Heillä oli myös tyydyttävämpi suhde kumppaniinsa ja kumppanit osallistuivat enemmän lapsen hoitoon. Hallinnan tunnetta näytti tehostavan raskauden aikainen valmistautuminen tulevaan.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmenetodi	Keskeiset tulokset
Lundgren 2004, Ruotsi	Vapauttava ja helpottava kohtaaminen: kokemuksia raskaudesta ja synnytyksestä.	Neljän tutkimuksen tulokset.	Laadullinen synteesi tutkimustuloksista, fenomenologis-hermeneuttisen lähestymistavan mukaisesti.	Analyyysin tuloksena vapauttava ja helpottava kohtaaminen muodostui tulosten pääkategoriaksi. Tätä tarkoitti naisen kohdalla kohtaamista sekä itsensä että kätöiden kanssa ja siihen sisältyi sekä pysähtyneisyys että muutos. Pysähtyneisyyttä kuvattiin <u>läsnäolona</u> ja omassa kehossa olemisena. Muutos merkitsi siirtymistä kohti tuntematonta ja äitiyttä. Kätöiden mukaan kohtaamisessa esiintyivät sekä ankuroinnin että kumppanuuden teemat. Kumppanuus tarkoitti sitä, että kätöillä oli <u>läsnä kuuntelevana ihmisenä</u> ja seurasi naista läpi synnytyssprossin. Ankkuroinnissa kätöillä oli henkilö, joka kunnioitti sekä naisen että omia <u>ammattilisiaan</u> rajoja siirtymäprosessissa. Vapauttava ja helpottava kohtaaminen merkitsee vastuun jakamista ja naisen osallistumista.
Mathews & Callister 2004, USA	Raskaana olevien kätykset synnytyksen aikaisesta naisen oman arvon tunnetusta edistävää hoitoa.	n = 22 matalan riskin ensisynnyttäjä.	Teemahaastattelu.	Hoito-työntekijöillä oli keskeinen rooli <u>naisen oman arvon</u> tunnetusta edistämässä synnytyksen aikana. Naiset pitivät tärkeänä sitä, että heitä kunnioitettiin ja arvostettiin. Hoitaminen, joka mahdollisti naisen kontrolloida tilannetta niin paljon kuin hän itse tahtoi, kohotti naisen oman arvon tunnetusta.

**LIITETAULUKKO 5.** Äitiyshuollon palvelujärjestelmää ja naisten hallinnan kokemusta raskauden ja synnytyksen aikana käsitteleviä tutkimuksia (1993 – 2004)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Cunningham 1993, Australia	Australialaisten naisten kokemuksista synnytyksestä kotona, synnytyskeskuksessa ja sairaalassa.	n = 239 sairaalassa synnyttänyttä n = 35 synnytyskeskuksessa synnyttänyttä n = 121 kotona synnyttänyttä	Postikysely.	Kotona synnyttäneet naiset olivat vanhempia, uudelleensynnyttäjiä, korkeammin koulutettuja, feministisempiä, ottivat aktiivisemmin vastuuta terveydestään ja hankkineet enemmän tietoa synnytyksestä sekä arvostivat kätilöitä enemmän kuin sairaalassa synnyttäneet naiset. Synnytyskeskuksessa synnyttäneet naiset asettuivat edellä mainittujen keskivaiheille. Kotona ja synnytyskeskuksessa synnyttäneet eivät pitäneet synnytystä niin lääketieteellisenä tapahtumana kuin sairaalassa synnyttäneet naiset.
Kojo - Austin, Malin & Hemminki 1993, Suomi	Suomalaisen äitiyshuollon kuvaus ja tyytyväisyys siihen.	n = 63 äitiä n = 408	Strukturoitu haastattelu ja kysely.	Äidit olivat tyytyväisempiä äitiysneuvolassa kuin sairaalassa annettuun hoitoon.
Kuronen 1993, Suomi	Äitiys- ja lastenneuvolatyön toimintakäytännöt.	n = 263 asiakaskäyntiä neuvolassa n = 3 kotikäyntiä	Havainnointi.	Neuvolatoimintaa luonnehti asiantuntijalähtöisyys, asiakkaiden normatiivisuus, ongelmien normaalistaminen ja naiskeskeisyys.
Waldenström & Nilsson 1993, Ruotsi	Naisten tyytyväisyys hoitoon synnytyskeskuksessa.	n = 1230 naista	Kysely.	Synnytyskeskuksessa synnyttäneet ilmaisivat selvästi suurempaa tyytyväisyyttä hoitoonsa, erityisesti psykologisiin seikkoihin hoidossa. Tästä joukosta 63 % naisista arvioi, että raskausajan hoito oli kohottanut heidän itsetuottamustaan. Hoito synnytyskeskuksessa vastasi erityisesti niiden naisten tarpeita, jotka ovat kiinnostuneita luonnollisesta synnyttämisestä sekä aktiivisesta osallistumisesta omaan hoitoonsa.
Waldenström & Nilsson 1994, Ruotsi	Synnytyskokemus kodinomaisessa ja luonnomukaisuutta painottavassa synnytyskeskuksessa. Vertailututkimus synnytyskeskuksessa ja tavallisessa synnytyssairaalassa hoidettavien naisten kokemuksista.	n = 1230 synnyttäjää	Kysely 2 kk synnytyksen jälkeen. Sairaalarekisteri.	Ryhmien välillä todettiin eroa siten, että synnytyskeskuksessa synnyttäneet kokivat saaneensa enemmän tukea kätilöiltä, voineensa ilmaista vapaammin tunteita ja olla enemmän osallistuvana synnytyksessään. Eroja ryhmien välillä ei havaittu mm. kipun asennoitumisessa, yleensä synnytys-kokemuksessa tai miehen antamassa tuessa.
Walker, Hall & Thomas 1995, Englanti	Synnytyskokemus niiden synnyttäjien kokemana, jotka synnyttivät kätilöjohtoisessa yksikössä.	n = 32 synnyttäjää n = 6 tukihenkilöä	Syvähaastattelu synnytyksen jälkeen.	Haastatteluaineistosta muodostui ydinkategoriaksi tasapaino kontrollin ja saadun tuen sekä avun määrän kesken. Alakategorioiksi rakentuivat: tiedon saanti, valinnanmahdollisuudet, ympäristön merkitys ja luotettava ihminen.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Hundley, Milne, Glazener & Mollison 1997, Englanti	Tytytvyäisyys synnytyksessä. Synnyttäjien käsityksiä jatkuvuudesta, valinnasta ja kontrollista. Vertailututkimus kättilöjohdoisen ja konsulttijohtoisen synnytyksikön kokemusten välillä.	n = 2844 synnyttäjiä	Kysely.	Synnytykskokemukseen tyytyväisyydessä ei ollut ryhmien välillä eroa. Kättilöjohdoisessa synnytyksessä oli vähemmän lääketieteellään edustajia ja asiantuntijoita. Kättilöjohdoisessa synnytyksessä oli enemmän liikkumista, enemmän vaihtoehtoisten synnytyssasentojen suhteen valinnamahdollisuutta ja enemmän synnyttäjien osallistumista kivunlievitystä koskevaan päätöksentekoon.
Machin & Seamell 1997, UK	Vastustamaton medikaalinen metafora synnytyksen aikana. Etnografiaan ja rituaaliteoriaan pohjautuva tutkimus.	n = 20 naista, jotka osallistuivat valmennukseen n = 20 naista, jotka eivät osallistuneet mihinkään valmennukseen	Haastattelu.	Valmennettut naiset suhtautuivat tulevaan synnytykseen luonnollisesti ja halusivat ottaa vastuuta siitä ja tehdä päätöksiä. He uskoivat voimavaroihinsa ja kykyynsä hallita synnytystä. Valmennukseen osallistumattomilla naisilla oli tavoitteena kivuton synnytys ja terve lapsi. He katsoivat ammatillaiset vastuullisiksi synnytyksessä. He eivät halunneet erityisemmin tehdä päätöksiä ja kokivat, ettei heillä ole valinnamahdollisuuksia. Synnytyksessä ryhmät eivät eronneet toisistaan, vaan molempien ryhmien naiset "putosivat" dominoivaan medikaaliseen synnytyksenhoitomalliin. Synnytystä kuvataan siirtymävaiheena, jossa nainen menettää realiteettintajun, siirtyy eri tietoisuuden tasolle esimerkiksi synnytyksivun takia. Naiset ovat avuttomia ja silloine takertuvat ja luottavat lääketieteen asettamiin rajoihin siitä, mikä on turvallista eivätkä pysty tulkitsemaan ympäristön symbolisia viestejä. Medikaaliset metaforat hallitsevat synnytyksen hoidon kulttuuria ja eetosta. Kaikki naiset luottivat synnytyksen hoidon medikaaliseen malliin, koska se oli ainoa asiantuntijoiden heille tarjoama kulttuurisesti hyväksyttävä malli.
Morgan, Fenwick, McKenzie & Wolfe 1998, UK	Kättilöjohdoisen hoidon laatu: arviointi hoidon jatkuvuutta korostavien mallien (sama kättilö ennen synnytystä ja sen aikana, eri kättilöt raskauden aikana ja synnytyksessä) vaikuttavuudesta naisten tyytyväisyyteen.	n = 247 naista ennen synnytystä n = 222 naista synnytyksen jälkeen	Kyselyt H 36 ja kaksi viikkoa synnytyksen jälkeen.	Sama kättilö raskauden ja synnytyksen aikana ei selvästi osoittautunut naisten tyytyväisyyttä ennustavaksi tekijäksi. Suurempi merkitys oli naisten odotuksilla, naisen ja kättilön vuorovaikutussuhteen laadulla, kommunikatiolla ja osallistumisella päätöksentekoon.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Morison, Hauck, Percival & McMurray 1998, Australia	Pariskuntien kokemukset kotisyntytyksestä. Fenomenologinen lähestymistapa.	n = 10 pariskuntaa	Haastattelu ja kolmen kotisyntytyksen videointi.	Haastattelujen pohjalta muodostettiin seuraavat teemat: ympäröivien rakentaminen (synnytysympäristöön mukautuminen, sen luominen positiiviseksi), oletus hallinnasta (hallinnan mahdollistaminen, vastuunottaminen synnytyskestä), synnyttäminen ja odotusten selvittäminen. Pariskunta loi kotisyntytyksessä sellaisen ympäristön, jossa he katsoivat hallinnan ja vastuun ottamisen synnytyskestä mahdollistuvan.
Pelkonen, Perälä & Vehviläinen -Julkunen ym. 1998, Suomi	Raskaana olevien naisten päätöksenteko äitiyshuollossa.	n = 1289 naista	Väestökysely.	Äitiysneuvolan perusrakenteisiin, neuvontaan ja päätöksentekoon naiset ovat tyytyväisiä, mutta neuvonnan ajanmukaistamista toivottiin. Tyytyväisimpiä olivat 25–29-vuotiaat, vakituudessa parisuhteessa elävät ja kolme lasta omaavat naiset.
Shields, Turbull, Reid, Homes, McGinley & Smith 1998, UK	Tyytyväisyys kätilöjohtoisen yksikön hoitotyöhön.	n = 648 naista, joilla synnytys kätilöjohtoisessa yksikössä n = 651 naista, joilla synnytys ns. normaalissa synnytysyksikössä	Kolme kyselyä H 34–35, 7 viikkoa ja 7 kk synnytysen jälkeen.	Molempien ryhmien naiset olivat tyytyväisiä hoitoonsa. Kuitenkin kätilöjohtoisessa yksikössä hoidossa olleet olivat tyytyväisempiä vuorovaikutussuhteeseen henkilökunnan kanssa, tiedon saamiseen, valinnamahdollisuuksiin päätösten tekoon ja sosiaaliseen tukeen. Ero oli samanlainen kaikissa kyselyn vaiheissa.
Tinkler & Quinney 1998, UK	Tiimikättilötyön vaikutukset kättilön ja naisen vuorovaikutussuhteeseen naisten kokemusten ja käsitysten perusteella.	n = 68	Yksilö- ja ryhmähaastattelut. Pilotiryhmä I (n = 8) yksilöhaastattelu ennen ja jälkeen synnytysen, pilottiryhmä II (n = 30), joista 14 ryhmähaastatteltiin ennen ja 16 synnytysen jälkeen. Ns. traditionaalisen äitiyshoitotyön ryhmä (n = 30) joista 14 ryhmähaastatteltiin ennen ja 16 synnytysen jälkeen.	Tiimityössä kättilön ja naisen vuorovaikutussuhteen laatu osoitautui merkittäväksi tekijäksi tyytyväisyydessä hoitoon. Tiimityössä naiset kokivat saavansa paremmin omaan elämäntilanteeseensa sopivaa tietoa, he rohkaistuivat kysymään enemmän ja tieto oli yhdenmukaisempaa. Tiimityössä naisilla oli enemmän valinnamahdollisuuksia kuin ns. perinteisellä tavalla organisoidussa äitiyshoitotyössä. Hyvä yhteistyösuhte kättilön ja kättilötiimin kanssa edesauttoivat myönteisen ilmapiirin syntyä ja siten helpottivat naisen osallistumista päätöksentekoon. Tiimityössä naiset kokivat, että heitä kohdeltiin yksilöllisesti, heidän omaa asiantuntemustaan arvostettiin ja he pystyivät kontrolloimaan tilannetta paremmin. Kaiken kaikkiaan ne naiset, joita hoiti kättilötiimi, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin ns. perinteisellä tavalla hoidetut naiset.

(jatkuu)



Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Whitford & Hillan 1998, UK, Skotlanti	Naisten käsitykset synnytyssuunnitelmasta.	n = 143 ensisynnytäjää	Kysely 6 -13 viikkoa synnytyksen jälkeen.	Naisista 90 % laati synnytyssuunnitelman. Suurin osa heistä koki suunnitelman tekemisen prosessin hyödylliseksi, sillä siinä oli mahdollista keskustella eri vaihtoehtoisista etukäteen. Puolet naisista totesi, ettei suunnitelma vaikuttanut heidän kykyynsä hallita synnytystilannetta. Toisaalta he myös totesivat, etteivät synnytyksiä hoitaneet asiantuntijat kiinnittäneet suunnitelmaan tarpeeksi huomiota.
Räikkönen, Giessler, Perälä, Pelkonen & Järvenpää 1999, Suomi	Raskauden seurantaan ja hoitoon liittyvä palveluiden käyttö vuosina 1985 – 1994/1995.	n = 684 alle 35-vuotiaasta raskaana olevaa naista	Syntymärekisteri, väestökysely.	Käyntien määrä pysyi ennallaan lisääntyneen kuitenkin vuonna 1995. Äitiyspoliklinikka- ja sairaalapalvelujen käyttäjien osuudet kasvoivat. Käyttäjänä oli useimmiten nuoret ja uudelleensynnyttäjät.
Hirvonen 2000, Suomi	Enografia alle 18-vuotiaiden nuorten raskaudesta, vanhemmuudesta ja elämäntilanteesta sekä äitiysneuvolakäynneistä. Seuranta-tutkimus.	n = 12 nuorta naista	Nuorten ja terveydenhoitajien haastattelut, äitiysneuvola-käyntien havainnointi ja nuorten pitämät päiväkirjat.	Äitiysneuvolan vastaanotolla nuoret olivat vaitonaisia. He puhuivat vähän asioistaan ja esittivät harvoin kysymyksiä. Vastaanottotilanteet etenivät terveydenhoitajan ohjaamina.
Hodnett 2000, Englanti, Australia	Hoitosuhteen jatkuvuuden vaikutus raskauden seurannan ja synnytyksen aikana.	N = 1815 naista	Kysely 6 viikkoa synnytyksen jälkeen.	Jatkuvan hoitosuhteen ryhmässä naiset kokivat hallitsevansa tilanteen paremmin, saivat enemmän informaatiota, osallistuivat päätöksentekoon, kokivat vuorovaikutussuhteen paremmaksi sekä tarvitsivat vähemmän kipulääkitystä.
Hundley, Rennie, Fitzmaurice Graham, van Tejligen & Penney 2000, Skotlanti	Naisten näkemykset äitiyshuollossa Skotlannissa.	n = 1137	Kysely.	Valtaosa vastanneista (69 %) oli saanut hoitoa yhdeltä tai kahdelta hoitajalta, mutta vain 37 % heistä oli saanut valita, kuka henkilö oli. Miltei kaikki naiset (99 %) synnyttivät sairaalassa. Heistä 61 % koki saaneensa valita synnytyspaikan. Puolet naisista näki tärkeänä, että heitä hoitava kätilö oli tuttu jo raskauden ajalta. Tämä toteutui kuitenkin vain 12 %-lla. Yli 60 % naisista oli keskustellut asiantuntijoiden kanssa siitä, mitä synnytyksessä tapahtui, mutta alle puolet heistä oli keskustellut synnytyksessä mukana olleen henkilön kanssa.
Velhviläinen 2000, Suomi	Medikalisaatio, äitiyshuollon palvelujärjestelmä ja naisten kokemukset.	n = 384 naista	Väestökyselyn avoimet kysymykset.	Medikalisaatio ilmeni raskauden seurannassa normaaliutena, naisen objektivointina, naisen asiantuntijuuden syrjäytymisenä ja järjestelmätekijöinä. Synnytyksen hoidossa medikalisaatio ilmeni naisten objektivointina sekä asiantuntijan valtana.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Viisainen 2000, Suomi	Synnytyspaikan valinta.	n = 21 naista n = 12 puolisoa	Historialliset tilastotiedot, syntymärekisteri, väestökysely ja kottisyntytyksen valinnaisen vanhempien haastattelu.	Suomalaiset valitsivat yleisimmin synnytyksen paikaksi sairaalan, mutta kiinnostusta vaihtoehtoihin, kuten koti- ja poliikiniiseen synnytykseen oli. Kottisyntytyksessä oli harvojen vaihtoehto. Kottisyntytykset etsivät ympäristöä, jossa nainen voi hallita synnytyksensä.
Waldenström, Brown, McLachlan, Forster & Brennecke 2000, Australia	Arviointi tiimikätilötyön vaikutuksesta naisten tyytyväisyyteen raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoitoon.	n = 495 naista (tiimikätilötyö) n = 505 naista (standardi hoito)	Kysely postitse 2 kk synnytyksen jälkeen.	Tiimikätilötyö oli yhteydessä lisääntyneeseen tyytyväisyyteen. Erot olivat suurimpia raskauden ajan hoidon tyytyväisyydessä. Eroja ei havaittu tiimi-kätilötyön ja standardin hoidon välillä, lääketieteellisten toimenpiteissä eikä naisen emotionaalisen hyvinvoinnissa. Naiset kokivat saavansa tiimityössä paremmin tietoa, pystyivät osallistumaan aktiivisesti päätöksentekoon ja saivat enemmän tukea kätilöiltä.
Coyle, Hauck, Percival & Kristjanson 2001, Australia	Luonnonmukaisuutta ja yhteistyötä: äitien käsityksiä synnytyskeskuksesta ja sairaalasta.	n = 17	Haastattelu.	Analyyysin pohjalta voitiin todeta, että sairaalan ja synnytykskeskuksen välillä oli eroja hoitamisen filosofiasa ja vuorovaikutussuhteen luonteesta. Naiset arvostivat synnytykskeskuksen luonnonmukaisuutta ja yhteistyösuhtetta synnytyksiä hoitavan kätilöiden kanssa.
Sinclair & Gardner 2001, Irlanti	Kätilöiden käsitykset synnytysteknologian käytöstä Pohjois-Irlannissa.	n = 400 kätilöä	Kysely.	Suurin osa kätilöistä luotti teknologian käyttöön synnytyksessä. Kätilöistä valtaosa valitsi ei-teknologisen tavan synnyttää, vaikkakin ilmaisivat teknologian käytön hyödyn ongelmallisissa synnytystilanteissa.
Homer, Davis, Cooke & Barclay 2002, Australia	Naisten kokemuksia jatkuvuudesta raskauden seurannan, synnytyksen ja lapsivuoteen hoidossa. Vertaileva tutkimus niiden naisten kokemuksista, joita hoidettiin jatkuvuutta korostavalla kätilötyön mallilla (St George Outreach Maternity Project eli STOMP) ja niiden, joita hoidettiin normaalilla ja standardilla tavalla.	n = 1089 naista	Kysely 8 - 10 viikkoa synnytyksen jälkeen.	Valtaosa STOMP-ryhmään kuuluvista naisista ilmoitti pystyneensä hallitsemaan synnytystään paremmin kuin vertailuryhmään kuuluvat naiset. Ne naiset (STOMP-ryhmä), joilla oli tuttu kätilö mukana synnytyksessä tunsivat hallitsevansa synnytystä paremmin, oli myönteisempi synnytykskokemus kuin niillä naisilla, joilla oli tuntematon kätilö synnytyksiä hoitamassa.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Wiklund, Matthiesen, Klang & Ransjö-Arvidson 2002, Ruotsi	Synnyttäjän siirtäminen toiseen sairaalaan. Vertaileva tutkimus synnytyksen tuloksesta ja naisten näkemyksistä.	n = 138 naista (koeryhmä) n = 138 naista (kontrolliryhmä) Oltava säännöllinen synnytys, H 37–42, yksi lapsi, takaraivotarjonta ja spontaani synnytyksen käynnistyminen.	Kysely.	Niillä naisilla, jotka jouduttiin siirtämään toiseen synnytysraalaan, käytiin enemmän kipulääkitystä ja episiotomiaita tehtiin runsaammin kuin naisille, joita ei siirretty. Enemmistö naisista katsoi, että siirtäminen oli vaikuttanut heidän synnytyskokemukseensa. Useat toiseen synnytysraalaan siirretyt naiset ilmoittivat menettäneensä hallinnan tunteen ja pelänneet kadottavansa kontrollin.
Banyana & Crow 2003, Englanti	Naisten saama informaatio synnytyspaikasta ja sen valinnasta.	n = 20 sairaalasynnytystä, n = 13 kotisyntytystä suunniteltavaa naista (H 32–42)	Haastattelu.	Kotisyntytystä suunnittelevat naiset olivat hyvin informoituja heille tarjolla olevista vaihtoehdoista. Valtaosa sairaalasynnytystä suunnittelevista oli vähän informoituja. He oletivat sairaalassa synnyttämisen olevan ainoan vaihtoehdon. Kätilöt eivät käynnistäneet keskustelua kotisyntytys-vaihtoehdosta, mutta tukivat naisia, jotka kysyivät sekä tiesivät asiasta.
Hildingsson, Waldenström & Rådestad 2003a, Ruotsi	Ruotsalaisnaisten kiinnostus vaihtoehtoista synnytyksen hoitoa kohtaan (synnytys kotona tai synnytyskeskuksessa).	n = 3283 naista	Kolme kyselyä (ensimmäisellä vastaanotokäynnillä, 2 kk päästä ja 1 vuosi synnytyksen jälkeen).	1 % naisista ilmoitti kaikissa kolmessa kyselyssä olevansa kiinnostunut kotisyntytystä ja 8% ilmaisi kiinnostuksensa synnytyskeskusta kohtaan. Regressioanalyysin perusteella todettiin, että kotisyntyttykseen liittyivät toive sisarusten tai ystävän läsnäolosta synnytyksessä, haluttomuus farmakologiseen kivunlievitykseen, matala koulutustaso ja tyytymättömyys lääketieteelliseen puoleen synnytyksessä. Kiinnostus synnytyskeskusta kohtaan oli yhteydessä hallinnan kokemukseen synnytyksen aikana, haluttomuuteen farmakologiseen kivunlievitykseen ja toiveeseen saada tuttu kätilö synnytykseen.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Hildingsson, Waldenström & Rådestad 2003b, Ruotsi	Naisten odotukset raskausajan hoidosta: käyntien taajuus, jatkuvuus ja yleinen sisältö.	n = 3061 naista	Kysely pian ensimmäisen äitysneuvolakäynnin jälkeen.	Sikion hyvinvoinnin tarkistaminen oli tärkein neuvolakäynnin sisältö. Seuraavaksi tärkeimpiä olivat äidin hyvinvoinnin seurantaa ja isän osallistumisen mahdollistaminen. Naisista 70 % mielestä nykykäytäntö käyntimäärässä oli hyvä. 23 % toivoi enemmän käyntejä ja 7 % vähemmän. Enemmän käyntejä toivovat ensisynnyttäjät olivat nuorempia, heillä oli keskenmenoja, keinoalkuisia raskauksia. Uudelleensynnyttäjistä enemmän käyntejä halusivat olivat kokeneet synnytysensä kielteisenä, heillä oli ollut ongelmia raskauksissaan. Käyntien vähentämistä toivovat naiset olivat iäkkäämpiä, he luonnehtivat raskaaksi tulon ajan-kohta epäsovivaksi ja heillä oli enemmän lapsia. Enemmistö naisista (97 %) piti tärkeänä, että sama kätilö hoitaisi heitä mahdollisimman pitkään.
Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala 2003	Synnyttävän naisen jatkuva tuki ja läsnäolo.	n = 15 tutkimusta (= 12 791 naista)	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Naiset, jotka saivat jatkuvaa tukea ja jotka eivät jääneet yksin synnytyskessä, tarvitsivat vähemmän kivunlievitystä, heille tehtiin vähemmän toimenpiteitä, ja he olivat tyytyväisempiä synnytyskokemuksensa. Edut olivat suurempia, mikäli mukana oleva henkilö ei kuulunut henkilökuuntaan.
Andrews 2004, Wales	Kokemuksia kotisynnytystä: päätöksenteko ja odotukset	n = 8	Puolistrukturoitu haastattelu.	Kotisynnytyspäättökseen vaikuttivat aiemmat synnytyskokemukset, sosiaaliset suhteet ja synnyttäneisyys. Naiset eivät halunneet joutua erityyppisiin korkeateknologiseen sairaalaan. Naiset olivat hyvin tietoisia riskien ja hyötyjen suhteesta kotisynnytyskessä. He joutuivat olemaan päättäväisiä kotisynnytyspäättökseensä. He odottivat voivansa paremmin hallita synnytystään kotona kuin sairaalassa. Tämä johti kuitenkin ajoittain konflikteihin virallisen järjestelmän edustajien kanssa.

(jatkuu)

Tekijä/vuosi	Teema	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeiset tulokset
Liamputtong 2004, Australia	Synnytys sairaalassa: pohjois-thaimaalaisten naisten synnytyskokemukset.	n = 33	Syvähaastattelu.	Turvallisuus oli tärkein syy synnyttää sairaalassa. Naisten ker- tomukset synnytyskokemuksista heijastivat passivisuuden dis- kurssia. He luottivat täysin lääkäriinsä ja kyseenalaistivat hyvin harvoin sairaalan rutiini toimenpiteitä. Keskiluokkaan kuuluvat, koulutetut naiset olivat kykenevämpiä tekemään valintoja ja hallitsemaan synnytystä kuin maalaisnaiset.
van der Hulst, van Téjingen, Bonsel, Eskes & Bleker 2004, Hollanti	Vaikuttavatko naisten käsityk- set ja asenteet obstetristen toimenpiteiden suorittamisesta naisten synnytys-palkan valin- taan (koti-/sairaala-synnytys)?	n = 625 matalan riskin raskaana olevaa naista (H 20-24)	Kysely. Kättilöt ja synnytyslääkärit kirja- sivat suoritettujen toimen- piteiden synnytysprosessin kuluessa.	Niillä naisilla, jotka valitsivat kotisynnytysprosessin, oli luonnonmu- kaisempi ja ei-teknologisempi lähestymistapa synnytysprosessin kuin naisilla, jotka asettivat sairaalasyntymisen etusijalle. Kotisyn- nytyksissä arvioitiin sikiökalvojen puhkeamisen olevan harvinais- empaa ja sen teki kätti. Sairaalsynnytyksissä naiset arvioivat tehtävän enemmän konsultaatioita. Kotosynnytyksissä toimenpi- teiden määrän naiset katsoivat olevan vähempi kuin sairaalsyn- nytyksissä. Suurin osa naisista valitsi kotisynnytysprosessin. Valin- taan vaikuttivat synnytysprosessin luonnonmukaisuus ja puut- tumattomuus siihen.

**Liitetaulukko 6. "En muista" vastaukset terveydenhoitajan kanssa hallintaa mittaavissa kysymyksissä (n, %)**

MUUTTUA	En muista- vastaukset		Muut vastaukset	
	n	%	n	%
Pystyin vaikuttamaan asioihin, joita neuvolassa käsiteltiin.	43		1543	
	3		97	
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista.	106		1480	
	7		93	
Päätöksiä tehtäessä minulla oli riittävästi tietoa asiasta.	39		1547	
	3		97	
Koin voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin.	42		1544	
	3		97	
Itsehoitamustani naisena lujitettiin.	83		1503	
	5		95	
Neuvolakäynnit vastasivat odotuksiani.	6		1580	
	0		100	
Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	5		1581	
	0		100	
Oma ymmärrykseni tilastani otettiin huomioon.	30		1556	
	2		98	
Saamani ohjeet ja neuvot soveltuivat elämäntilanteeseeni.	42		1544	
	3		97	

**Liitetaulukko 7. ”En muista” vastaukset synnytyslääkärin kanssa hallintaa mittaavissa kysymyksissä (n, %)**

MUUTTUA	En muista- vastaukset		Muut vastaukset	
	n	%	n	%
Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti..	23	3	1544	97
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista.	42	2	1563	98
Minulle kerrottiin synnytyksestä ja sen etenemisestä.	10	1	1563	99
Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin.	52	3	1534	97
Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin.	23	2	1563	98
Itseluottamustani naisena lujitettiin.	91	6	1495	94
Saamani lääketieteellinen hoito vastasi odotuksiani.	15	1	1571	99
Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	19	1	1467	99
Toimenpiteiden tarpeellisuutta synnytyksessä perusteltiin.	34	2	1552	98
Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta.	33	2	1553	98

**Liitetaulukko 8. "En muista" vastaukset kättilön kanssa hallintaa mittaavissa kysymyksissä (n, %)**

MUUTTUA	En muista- vastaukset		Muut vastaukset	
	n	%	n	%
Pystyin suunnittelemaan synnytystäni kättilön kanssa.	26		1560	
	2		98	
Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti..	30		1556	
	2		98	
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista.	59		1527	
	4		96	
Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin.	93		1493	
	6		94	
Sain toimia synnytyksessä omien tunteuksieni mukaan.	28		1558	
	2		98	
Minulle kerrottiin synnytyksestä ja sen etenemisestä.	13		1558	
	1		98	
Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin.	26		1560	
	2		98	
Itseluottamustani naisena lujitettiin.	122		1464	
	8		92	
Minulle esitettiin vaihtoehtoja synnytysasennon suhteen.	55		1531	
	4		96	
Pystyin ilmaisemaan vapaasti omia tunteuksiani synnytyksessä.	25		1561	
	2		98	
Saamani hoito vastasi odotuksiani.	14		1572	
	1		99	

(jatkuu)



<b>MUUTTUA</b>	<b>En muista- vastaukset</b> n %	<b>Muut vastaukset</b> n %
Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	16 1	1570 99
Minulle esitettiin vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä (mm. liikkuminen, amneessa olo)	50 3	1536 97
Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta.	30 2	1556 98

**Liitetaulukko 9.** Hallinta terveydenhoitajan kanssa: faktorilataukset ja kommunaliteetit

Hallinta terveydenhoitajan kanssa	Faktorilataukset	Kommunaliteetit
Pystyin vaikuttamaan asioihin, joita neuvolassa käsiteltiin.	.776	.602
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista.	.803	.645
Päätöksiä tehtäessä minulla oli riittävästi tietoa asiasta.	.764	.583
Koin voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin.	.801	.642
Itseluottamustani lujitettiin.	.820	.673
Neuvolakäynnit vastasivat odotuksiani.	.768	.590
Oma ymmärrykseni tilastani otettiin huomioon.	.786	.618
Saamani ohjeet ja neuvot soveltuivat elämäntilanteeseeni.	.756	.572

**Liitetaulukko 10.** Hallinta synnytyslääkärin kanssa: faktorilataukset ja kommunalteetit

Hallinta synnytyslääkärin kanssa	Faktorilataukset	Kommunaliteetit
Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti.	.770	.593
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista.	.835	.697
Minulle kerrottiin synnytyksestäni ja sen etenemisestä.	.802	.643
Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin.	.805	.649
Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin.	.851	.725
Itseluottamustani naisena lujitettiin.	.781	.610
Saamani lääketieteellinen hoito vastasi odotuksiani.	.705	.497
Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	.750	.563
Toimenpiteiden tarpeellisuutta synnytyksessä perusteltiin.	.823	.678
Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta.	.830	.689

**Liitetaulukko 11.** Hallinta kätilön kanssa: faktorilataukset ja kommunalteetit

Hallinta kätilön kanssa	Faktorilataukset	Kommunaliteetit
Pystyin suunnittelemaan synnytystäni kätilön kanssa.	.820	.672
Minulla oli mahdollisuus toimia synnytyksessä oma-aloitteisesti.	.832	.693
Valintatilanteissa kanssani keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista.	.852	.727
Synnytyksessä käytettyjen teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä perusteltiin.	.781	.610
Sain toimia synnytyksessä omien tunteuksieni mukaan.	.842	.709
Minulle kerrottiin synnytyksestäni ja sen etenemisestä.	.763	.582
Koin voivani vaikuttaa synnytystäni koskeviin päätöksiin.	.872	.760
Itsehuottamustani naisena hujitettiin.	.798	.637
Minulle esitettiin vaihtoehtoja synnytysasennon suhteen.	.722	.521
Pystyin ilmaisemaan vapaasti omia tunteuksiani synnytyksestä.	.792	.627
Saamani hoito vastasi odotuksiani.	.820	.672
Kehoani kunnioitettiin tutkimus- ja hoitotilanteissa.	.747	.559
Minulle esitettiin vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä (mm. liikkuminen, ammeessa olo).	.723	.523
Pystyin keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteeni hoidosta.	.854	.730

**Liitetaulukko 12.** Hallinnan summamuuttujien keskinäiset korrelaatiot (r., p-arvo, n)

HALLINTA	Hallinta terveydenhoitajan kanssa	Hallinta synnytyslääkärin kanssa	Hallinta kättilön kanssa
<b>Hallinta terveyden- hoitajan kanssa</b>			
r.	1.000	0.390	0.371
p - arvo	-	< 0.0001	< 0.0001
n	1563	827	1386
<b>Hallinta synnytys- lääkärin kanssa</b>			
r.	0.390	1.000	0.848
p-arvo	< 0.0001	-	< 0.0001
n	827	841	786
<b>Hallinta kättilön kanssa</b>			
r.	0.371	0.848	1.000
p-arvo	< 0.0001	< 0.0001	-
n	1386	786	1407

1. | r. | < 0.1 heikko lineaarinen korrelaatio, 0.1 ≤ | r. | ≤ 0.3 kohtalainen lineaarinen korrelaatio,  
0.3 ≤ | r. | voimakas lineaarinen korrelaatio.

2. p = 0.01

**Liitetaulukko 13.** Täysiaikaisten ja ennen aikaisten synnytysten sekä raskaudenkeskeytysten ja keskenmenojen yhteys hallintaan (r., p-arvo, n)

MUUTTUA	Hallinta terveydenhoitajan kanssa	Hallinta synnytyslääkärin kanssa	Hallinta kättilön kanssa
<b>Ennen aikaisten synnytysten lkm</b>			
r.	0.039	0.036	0.046
p - arvo	0.122	0.286	0.071
n	1570	894	1516
<b>Raskauden- keskeytysten ja keskenmenojen lkm</b>			
r.	0.008	-0.005	0.004
p-arvo	0.746	0.872	0.884
n	1570	894	1516

1. r. < 0.1 heikko lineaarinen korrelaatio, 0.1 ≤ r. ≤ 0.3 kohtalainen lineaarinen korrelaatio ja 0.3 ≥ r. ≥ 0.5 voimakas lineaarinen korrelaatio.

2. p = 0.01

**Liitetaulukko 14.** Synnytystavan ja synnytystapatoiveen yhteys hallintaan (r., p-arvo, n)

MUUTTUA	Hallinta terveydenhoitajan kanssa	Hallinta synnytyslääkärin kanssa	Hallinta kättilön kanssa
<b>Synnytystapa</b>			
r.	-0.048	0.020	0.007
p - arvo	0.061	0.575	0.804
n	1530	823	1377
<b>Synnytystapatoive</b>			
r.	0.046	0.022	0.038
p-arvo	0.074	0.538	0.163
n	1515	815	1362

1. r. < 0.1 heikko lineaarinen korrelaatio,  $0.1 \leq r \leq 0.3$  kohtalainen lineaarinen korrelaatio ja  $0.3 \geq r \geq 0.5$  voimakas lineaarinen korrelaatio.

2. p = 0.01





## Kuopio University Publications E. Social Sciences

**E 113. Jauhiainen, Annikki.** Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä: asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. 2004. 184 s. Acad. Diss.

**E 114. Kattainen, Eija.** Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. 2004. 139 s. Acad. Diss.

**E 115. Kuivalainen, Leena.** Eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana. 2004. 179 s. Acad. Diss.

**E 116. Lammintakanen, Johanna.** Health care prioritisation: evolution of the concept, research and policy process. 2005. 141 s. Acad. Diss.

**E 117. Hintsala, Arjaterthu.** Autonomia ammatista poistumisen ennakoijana hoitotyössä: nais- ja mieshoitajien arviointia ja vertailua päätöksenteosta, pätevydestä, työn tärkeydestä ja johtamisesta hoitotyössä. 2005. 199 s. Acad. Diss.

**E 118. Virtanen, Ritva.** Sairaanhoidajat Suomen sota-ajan lääkintähuollon tehtävissä 1900-luvulla. 2005. 275 s. Acad. Diss.

**E 119. Ryynänen, Ulla.** Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. 2005. 224 s. Acad. Diss.

**E 120. Jyrkinen, Anna Riitta.** Mielisairaanhoito Kellokosken piirimielisairashoitolassa vuosina 1915-1918: hoitoalan ensimmäisten potilaiden dokumentteihin perustuva analyysi. 2005. 182 s. Acad. Diss.

**E 121. Jakonen, Sirkka.** Terveyttä joka päivä: itäsuomalaisen peruskoulun oppilaiden näkemyksiä ja kokemuksia terveyden oppimisesta. 2005. 209 s. Acad. Diss.

**E 122. Tirronen, Jarkko.** Modernin yliopistokoulutuksen lähtökohdat ja sivistyskäsitys. 2005. 148 s. Acad. Diss.

**E 123. Silén-Lipponen, Marja.** Teamwork in operating room nursing. 2005. 108 s. Acad. Diss.

**E 124. Itäpuisto, Maritta.** Kokemuksia alkoholiongelmiaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. 2005. 153 s. Acad. Diss.

**E 125. Sinkkonen-Tolppi, Merja.** Maa ilma kutsuu, katkeavatko juuret? Nuorten kotiseudulle kiinnittyminen ja sen yhteys nuorten sosiaaliseen pääomaan. 2005. 130 s. Acad. Diss.

**E 126. Taskinen, Helena.** Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. 2005. 228 s. Acad. Diss.

**E 127. Korhonen, Heikki.** Tietojärjestelmät suun terveydenhuollon ohjauksessa ja johtamisessa Suomessa 1972-2001. 2005. 219 s. Acad. Diss.