

SARI HAAPIO

Synnytysvalmennus kätilötyön interventiona

Ensisynnyttäjien valmennuskokemukset
ja valmennuksen vaikuttavuus





SARI HAAPIO

Synnytysvalmennus
kätilötyön interventiona

Ensisynnyttäjien valmennuskokemukset
ja valmennuksen vaikuttavuus



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskuntatieteiden tiedekunnan tiedekuntaneuvoston suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
auditoriossa F115, Lääkärintäti 1, Tampere,
17. päivänä maaliskuuta 2017 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

SARI HAAPIO

Synnytysvalmennus
kätilötyön interventiona

Ensisynnyttäjien valmennuskokemukset
ja valmennuksen vaikuttavuus

Acta Universitatis Tamperensis 2262
Tampere University Press
Tampere 2017

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Helsingin - ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala, Naisten -ja lastentautien tulosyksikkö
Jorvin sairaala
Kätilöopiston sairaala

Ohjaajat

Professori Marja Kaunonen
Tampereen yliopisto
Professori Päivi Åstedt-Kurki
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Sari Räisänen
Itä-Suomen yliopisto
Professori Katri Vehviläinen-Julkunen
Itä-Suomen yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla
Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2017 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2262
ISBN 978-952-03-0377-8 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1763
ISBN 978-952-03-0378-5 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2017



KIITOKSET

En osannut aikoinaan kuvitella, mihin silloin kätilötyön arjessa tekemäni havainnot synnyttävien äitien peloista ja heidän tarpeestaan hallita omaa synnytystään johtaisivat. Välimatka arkihavainnoistani tähän väitöstutkimukseen on ajallisesti pitkä, mutta onnekseni mukana on ollut monia inspiroivia, taitavia ja viisaita ihmisiä, joiden apuun olen saanut turvata ja joille saan nyt esittää kiitokseni.

Ensimmäiset kiitokseni kuuluvat väitöstyöni ohjanneille professoreille Marja Kaunoselle ja Päivi Åstedt-Kurjelle. Synnyttäminen tutkimusprosessin metaforana voi olla kulunut, mutta kuvaa hyvin sitä uuden luomisen tuskaa, joka tämänkin tutkimustyön tekemiseen on liittynyt. Te olitte väitöstyöni syntymisen todelliset kätilöt ja ilman teidän rauhallista, vankkumatonta tukeanne ja uskoanne siihen, että kyllä se sieltä vielä tulee, ei näiden kiitosten kirjoittamiseen olisi nyt aihetta.

Suuret kiitokset kuuluvat myös työni esitarkastajille professori Katri Vehviläinen-Julkuselle ja erityisesti dosentti Sari Räisäselle, jonka tarkkanäköiset kommentit autoivat minua vielä kerran tarkastelemaan työtäni uusin silmin ja selkiyttämään ajatuksiani.

Kiitän Jorvin synnytyssairaalan osastonhoitajaa Tiina Pullia, joka antoi henkilökuntansa tutkimukseni käyttöön. Tutkimuksen valmistuminen ei olisi ollut mahdollista ilman tätä mukaan tullutta innostunutta kätilöjoukkoa, joka toteutti kaikki interventiovalmennukset: kiitos Riitta K, Arja, Airi, Helena, Outi L, Outi K, Emmi ja Sanna. Olette aivan ihania, enkä unohda antamaanne apua ikinä. Kiitos kuuluu myös Jorvin äitiyspoliklinikan ja lapsivuodeosastojen henkilökunnalle, joka kaikesta muusta kiireestään huolimatta jaksoi viedä tutkimukseni aineiston keruun kunnialla loppuun.

Tutkimustyön pitkittyminen toi epäuskon hetkiä ja erityiskiitokseni osoitan Laura Pitkärannalle, joka oli kuin pelastava enkeli hetkellä, jolloin periksi antamisen vaara oli suurin. Yhteinen työskentelymme artikkeleiden englanninkielen parissa merkitsevät minulle paljon enemmän kuin osaat kuvitella. Tilastotieteilijä Martti Arffmania kiitän tutkimukseni tilastoajojen tekemisestä. Sinun ansiostasi datassa olleet äitien kokemukset löysivät taas tiensä bittiavaruudesta itselleni järjelliseen muotoon. Hanna-Leena Melenderiä kiitän kehittämänsä mittarin käyttöluvasta ja toimimisesta seurantaryhmässäni. Kiitokset myös Nikke Niemikunnakselle, jonka apu yhteenvedon kuvioiden teknisessä toteuttamisessa oli kullannarvoista.

Tampereen yliopistoa ja Suomen Kättilöliittoa kiitän saamistani apurahoista.

Vuosien aikana olen saanut korvaamattoman arvokasta vertaistukea huippuosaavilta lehtorikollegoiltani Metropolia ammattikorkeakoulussa. Olette sielunsiskojani kaikki, mutta erityisesti kiitän Eija Raussi-Lehtoa monivuotisesta työhuonetoiveruudesta sekä inspiroivasta ystävydestä. Maarit Sinisaari-Eskelisellemä osoitan kiitokseni niistä monista terapeuttisista kotimatkakeskusteluista, joiden aikana olemme aina saaneet maailman paremmaksi. Maija-Riitta Jouhkiä kiitän saamastani myötätuntoisesta kannustuksesta tällä ohdakkeisella tutkijantaipaleella, jolla olemme osittain yhdessäkin edenneet. Elämä oli muutakin kuin tutkimustyön tekemistä ja suuri kiitos myös kaikille muille ystäväilleni, joiden ansiosta olen voinut aina välillä heittää huoleni nurkkaan.

Lämpimät kiitokseni osoitan vanhemmilleni Kirsti ja Allan Niemikunnakselle, jotka ovat kasvattajina rohkeasti aikoinaan antaneet tilaa ja vapautta kaikille neljälle tyttärelleen etsiä oma tiensä tässä elämässä. Oma reittini ei ole aina ollut selkeä itsellenikään, mutta luottamuksenne on antanut rohkeutta etsiä vaihtoehtoja. Nyt äitinä ymmärrän myös sen vahvuuden, joka tällaisen kasvamisvapauden antamiseen on liittynyt. Kaiken kestävästä ja hyväksyvästä sisaruudesta haluan kiittää Anne Pitkärantaa sekä Tiina ja Sanna Niemikunnasta. Olette olleet pikkusiskollenne uskomattoman hienoja ja tärkeitä esikuvia, joista olen voinut ylpeillä koko elämäni ajan.

Viimeinen, muttei vähäisin kiitokseni kuuluu perheelleni. Kiitos pojilleni Jerrylle ja Ukolle kärsivällisyydestänne erityisesti niinä hetkinä, kun äiti on ruoanlaittamisen sijaan ottanutkin esiin tutkimustyön. Tutkimusvuosien aikana tapahtunutta kasvuaanne pienistä pojista nuoriksi miehiksi on ollut ihana seurata. Kiitos että olette olemassa - olen ylpeä teistä! Kiitos myös miehelleni Petrille, joka on koko avioliittomme ajan joutunut kestäämään työn ohella opiskelevan vaimonsa monenlaiset deadlinet ja niistä johtuvat paineet. Lupaan, että seuraava kesä on omistettu vain perheellemme.

Helsingissä 4. helmikuuta 2017 tutkimusprosessin päättymisen hetkillä.

Sari Haapio

TIIVISTELMÄ

Tämän kaksivaiheisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia synnytysvalmennusta kätilötyön interventiona sekä testata sen vaikuttavuutta ensisynnyttäjien synnytykseen valmistautumisen tukemisessa. Synnytysvalmennus on perinteinen äitiyshuollon palvelu Suomessa, mutta samaan aikaan kun valmennuksen osana ollut tutustumiskäynti synnytysairaalaan on yhä useammassa sairaalassa muutettu virtuaaliseksi, ovat synnytyspelkodiagnoosin saaneiden äitien sekä raskaudenaikaisten poliklinikkakäyntien määrät nousseet. Lisäksi tutkimustieto synnytysvalmennuksen parhaista toteutustavoista on vähäistä, ja tieto synnytysvalmennuksen vaikuttavuudesta ensisynnyttäjien synnytyspelkoihin ja äitiyshuollon palvelujen käyttöön suomalaisen äitiyshuollon kontekstissa puuttuu.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tavoitteena on tuottaa tietoa ensisynnyttäjien ja heidän puolisoidensa (n=12) kokemuksista sairaalaympäristössä järjestetystä synnytysvalmennuksesta. Tietoa hyödynnettiin toisessa vaiheessa lopullisen synnytysvalmennus-intervention toteutuksessa sekä tutkimushypoteesien muodostamisessa. Kokonaisvaltainen tutustuminen tulevaan synnytysympäristöön muodostui tutkimuksessa yhdeksi tärkeimmäksi kokemukseksi.

Tutkimuksen toisen vaiheen tavoitteena on tuottaa tietoa synnytysvalmennuksen vaikuttavuudesta ensisynnyttäjien synnytyspelkoihin, arvioihin synnytyskokemuksesta ja synnytyskivusta selviytymisestä sekä synnytyskivunlievityksen käytöstä. Tutkimusasetelmana oli satunnaistettu kontrolloitu koe, jossa vertailtiin synnytysvalmennus-intervention ylimääräisenä palveluna saaneita ensisynnyttäjiä normaalisti valmentautuneisiin ensisynnyttäjiin. Synnytysvalmennus-interventio sisälsi kirjallisen ennakkotyöskentelymateriaalin sekä kahden tunnin synnytysvalmennuksen synnytysairaalassa. Normaaliksi valmentautumiseksi määriteltiin neuvolan synnytysvalmennukseen osallistuminen sekä synnytysairaalaan tutustuminen.

Osallistujat olivat 18–40-vuotiaita, normaalin ultraääniseulatutkimustuloksen saaneita suomenkielisiä ensisynnyttäjiä (n=715), jotka rekrytoitiin ensimmäisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä ennen raskausviikkoa 14. Synnytyspelkoja mitattiin raskauteen ja synnytykseen liittyvät pelot ja turvallisuus -mittarilla. Synnytyskivusta selviytymistä ja synnytyskokemuksen tyydyttävyyttä mitattiin yhdellä asenneväittämällä. Synnytysvalmennuksiin osallistumista kartoitettiin yhdellä kysymyksellä. Lisäksi äitien synnytysdokumenteista kerättiin tietoja

synnytyskivunlievityksen käytöstä, sairaalassa oloajan pituudesta ennen lapsen syntymää sekä äitiyspoliklinikkakäyntien määristä. Aineistot analysoitiin tilastollisesti perus- ja monimuuttujamenetelmillä.

Mittauksia tehtiin kolmena eri ajankohtana: Alkumittaus tehtiin kyselyillä sairaalan äitiyspoliklinikalla rekrytoinnin yhteydessä. Synnytysvalmennus-intervention jälkeiset seurantamittaukset tehtiin raskausviikkojen 34 jälkeen postikyselynä kotiin, kyselyllä synnytyksen jälkeen lapsivuodeosastolla sekä poimimalla tietoja äitien synnytysdokumenteista.

Tulosten mukaan interventio lievensi ja vähensi äitien raskaudenaikaisia synnyttämiseen liittyneitä pelkoja sekä pelon vaikutuksia jokapäiväiseen elämään. Äitiyshuollon palvelujen käytön vaikuttavuutena tuli esiin interventio-ryhmän äitien vähäisempi synnytysvalmennuksiin osallistuminen kontrolliryhmän äiteihin verrattuna.

Tutkimustulokset toivat varmuutta synnytysvalmennuksesta ensisynnyttäjiä hyödyttävänä raskaudenaikaisena palveluna. Tuotettua tietoa voidaan jatkossa hyödyntää äitiyshuollon palvelujen kehittämisessä synnytykseen valmentautumisen osalta. Jatkotutkimuksena synnytysvalmennusjärjestelmästä voisi kehittää yksittäistä valmennustapahtumaa laajemman mallin ja testata sen vaikuttavuutta.

Avainsanat: synnytysvalmennus, synnytyspelko, synnytyskipu, äitiyshuolto, interventiotutkimus, satunnaistettu kontrolloitu koe

ABSTRACT

The purpose of this two-phase study are to examine childbirth education as a midwifery intervention, and to test its effectiveness in supporting first-time mother as they prepare for childbirth. Childbirth education arranged by the maternity clinic, including a brief excursion to the maternity hospital, is a longstanding maternity healthcare service in Finland. However, as more and more hospitals have replaced the physical excursion with a virtual substitute, there have been increasing numbers both of antenatal visits and of mothers receiving official diagnose of tokophobia. Very little research has been conducted into the best ways in which to implement childbirth education. There is also inadequate knowledge of its effectiveness in allaying the childbirth fears of first-time mothers, and of its effectiveness to the use of maternity health-care services in Finland.

The first phase of the study aimed to gather knowledge of first-time mothers' and their spouses' (n= 12) experiences of childbirth education, as arranged by the maternity hospital. This knowledge was harnessed in the final version of the childbirth education intervention, and in defining the hypotheses of the study's second phase. The holistic way of getting to know the future place of birth was the most important experience for the parents.

The second phase of the study aimed to accumulate knowledge of the effectiveness of childbirth education on the use of maternity healthcare services, first-time mothers' fears of childbirth, their evaluation of the birthing experiences and the use of medical pain relief during parturition. Designed as a randomised controlled trial, the study compares an intervention group of first-time mothers receiving extended childbirth education with a control group of first-time mothers receiving normal childbirth education. The intervention comprised both pre-working material and two hours of childbirth education at the maternity hospital. Normal education was defined as participation in a childbirth education class arranges by the maternity clinic, and a brief excursion to the maternity hospital.

The participants were 18–40-year-old Finnish speaking first-time mothers whose ultrasound results were normal (n= 715) and who were willing to participate in the study. They were recruited at the first ultrasound screening, prior to 14 weeks' of gestation. Participants' fear of childbirth was measured using the instrument 'Feelings of Fear and Security Associated with Pregnancy and Childbirth'. Participants' ability to control the labour pain and their satisfaction with the birthing

experience were measured on a Likert-type scale, and the frequency with which they attended childbirth education sessions was measured with one question. The data on the amount of medicine used to alleviate pain during labour, the duration of stays at the hospital before the baby was born, and the number of visits to the hospital's maternity outpatient clinic were gathered from patient records after delivery. The data were analysed statistically using basic and multivariate methods.

Measurements were carried out at three different points: the baseline was established through questionnaires conducted during recruitment at the hospital's maternity outpatient clinic. The effectiveness of the intervention was measured by questionnaires sent out by regular mail after 34 weeks' gestation and after childbirth in the postnatal ward, as well as by the information contained in patient records after delivery.

The intervention mitigated and reduced childbirth-related fear and its impact on mothers' everyday lives. At the level of maternity services, the intervention had a positive influence, lessening the frequency of attendance of other childbirth educational sessions.

These results confirmed the understanding that childbirth education is a beneficial antenatal service for first-time mothers preparing for childbirth. The knowledge provided can be used to improve maternity healthcare services designed to help mothers prepare for childbirth. In future, the childbirth education system should be renewed and developed into an extended model, the effectiveness of which should then be tested further.

Keywords: Childbirth Education, Fear of Childbirth, Labor Pain, Maternal Services, Intervention Study, Randomized Controlled Trial

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| Kiitokset | 3 |
| Tiivistelmä..... | 5 |
| Abstract | 7 |
| 1 Johdanto..... | 17 |
| 2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat..... | 19 |
| 2.1 Kirjallisuushaut..... | 19 |
| 2.2 Äitiyshuollon palvelut raskaana olevan äidin tukena | 20 |
| 2.2.1 Palvelujärjestelmän rakenne | 20 |
| 2.2.2 Palvelujen käyttäjät ja käyttö | 22 |
| 2.3 Synnytysvalmennus | 23 |
| 2.3.1 Tavoitteet ja sisällöt | 24 |
| 2.3.2 Sovellettavat menetelmät | 24 |
| 2.3.3 Vaikuttavuus | 25 |
| 2.4 Synnytykseen valmentautuvan äidin synnytyspelko | 27 |
| 2.4.1 Synnytystä pelkäävän äidin hoito ja sen vaikuttavuus..... | 31 |
| 2.5 Synnytys äidin kokemuksena | 33 |
| 2.5.1 Synnytyskivusta selviytyminen | 35 |
| 2.6 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista | 36 |
| 3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset | 39 |
| 4 Empiirisen tutkimuksen toteutus | 40 |
| 4.1 Tutkimuksen vaiheet ja tutkimusasetelma | 40 |
| 4.2 Tutkimukseen osallistujat | 42 |
| 4.3 Tutkimusaineistojen kerääminen | 42 |
| 4.3.1 Mittarit ja aineistojen analysointi..... | 46 |
| 4.4 Synnytysvalmennus-interventio..... | 51 |
| 4.5 Tutkimuksen eettiset näkökohdat | 52 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5 | Tulokset | 56 |
| 5.1 | Osallistuneiden taustatiedot | 56 |
| 5.2 | Äitiyshuollon palvelujen käyttö | 60 |
| 5.3 | Vanhempien synnytysvalmennuskokemukset | 61 |
| 5.4 | Synnytyspelon kohteet, määrä ja voimakkuus | 63 |
| 5.5 | Synnytyspelon muodostuminen | 64 |
| 5.6 | Synnytyspelon ilmeneminen | 65 |
| 5.7 | Synnytyskokemus, synnytyskivusta selviytyminen ja synnytyskivunlievityksen käyttö | 67 |
| 6 | Pohdinta | 69 |
| 6.1 | Tulosten tarkastelu | 69 |
| 6.2 | Tutkimuksen luotettavuus | 73 |
| 6.2.1 | Laadullisen tutkimuksen luotettavuus | 73 |
| 6.2.2 | Interventiotutkimuksen luotettavuus | 74 |
| 6.3 | Johtopäätökset ja suositukset | 80 |
| 6.4 | Jatkotutkimusaiheet | 81 |
| | Lähteet | 82 |

Tekstissä olevat kuviot

- Kuvio 1. Äitiyshuollon palvelujärjestelmän rakenne
- Kuvio 2. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista
- Kuvio 3. Tiivistelmä tutkimusasetelmasta
- Kuvio 4. Interventiotutkimukseen osallistuneiden ja keskeyttäneiden määrät eri mittauspisteissä ryhmittäin

Tekstissä olevat taulukot

- Taulukko 1. Synnyttäjät ja synnyttäjien taustatiedot vuonna 2010 ja 2015
- Taulukko 2. Raskauden aikaiset tarkastuskäynnit vuosina 2010–2015
- Taulukko 3. Synnytyspelkodiagnoosin (ICD-10 dg O99,80) saaneiden lukumäärät vuosina 2010–2015
- Taulukko 4. Selkäydinpuudutusten käyttömäärät alateitse synnyttäneillä vuosina 2010–2015
- Taulukko 5. Tutkimuksessa käytettyjen taustamuuttujien luokittelu
- Taulukko 6. Tutkimuksessa käytettyjen lopputulosmuuttujien luokittelu
- Taulukko 7. Osallistuneiden sosiodemografiset taustatiedot alkumittauksessa
- Taulukko 8. Osallistujien raskauteen liittyvät taustatiedot
- Taulukko 9. Osallistujien synnytykseen liittyvät taustatiedot
- Taulukko 10. Ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (OR) 95 % luottamusväli (lv) äitiyshuollon palvelujen käytöstä
- Taulukko 11. Frekvenssitaulukko synnytyspelkojen kohteista, pelon määrästä ja voimakkuudesta alkuraskaudessa ryhmittäin (n= 659)
- Taulukko 12. Synnyttämiseen liittyvien pelkojen voimakkuus ja pelkotilanteen muutos intervention jälkeen mitattuna, ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (kumulatiivinen OR) 95 % luottamusväli (lv)
- Taulukko 13. Synnytyspelon muodostumiseen yhteydessä olevat tekijät (n= 659), ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (OR) 95 % luottamusväli (lv)
- Taulukko 14. Synnytyspelon ilmeneminen alkuraskaudessa ryhmittäin (n= 659)
- Taulukko 15. Synnytyspelon osa-alueiden ja pelon voimakkuuden yhteys pelkojen ilmenemiseen alkumittauksessa (n= 659), ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (OR) 95 % luottamusväli (lv)
- Taulukko 16. Ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (kumulatiivinen OR) 95 % luottamusväli (lv) synnytyspelon ilmenemisestä
- Taulukko 17. Frekvenssitaulukko äitien arvioista synnytyskivusta selviytymisestä eri mittauspisteissä
- Taulukko 18. Frekvenssitaulukko selkäydinpuudutusten käyttömääristä

Tekstissä olevat lyhenteet

| | |
|------|--|
| HUS | Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri |
| HYKS | Helsingin yliopistollinen keskussairaala |
| ITT | Intention-to-treat -analyysi |
| lv | Luottamusväli |
| N | Otoksen koko |
| n | Aliotoksen koko |
| NLA | Neuvola |
| OR | Ristitulosuhde |
| p | Todennäköisyys |
| RSPT | Raskauteen ja synnytykseen liittyvät pelot ja turvallisuus - mittari |
| THL | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos |

Lista liitteistä

- Liite 1. Suomalaisia synnytysvalmennustutkimuksia ja niiden keskeiset tulokset
- Liite 2. Tutkimuksen mittarit
- Liite 3. Synnytysvalmennus-intervention rakenne ja ydinsisällöt

Luettelo alkuperäisartikkeleista

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla mainittuihin osajulkaisuihin.

- I Haapio S, Tarkka MT, Mäenpää T. 2008. Synnytysvalmennus sairaalassa – vanhempien kokemuksia asiakaslähtöisestä ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 6(1), 19–24.
- II Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Åstedt-Kurki P. 2013. Ensisynnyttäjien synnytyspelot raskauden alkuvaiheessa. *Hoitotiede* 25(3), 160–170.
- III Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Åstedt-Kurki P. 2016. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi 10.1111/scs.12346.
- IV Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Åstedt-Kurki P. The use of maternity health care services and control of labor pain in first-time mothers – a randomized controlled trial on the effectiveness of childbirth education. Tarjottu julkaistavaksi.

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa. Yhteenveto-osa sisältää myös yhden artikkeleissa julkaisemattoman tuloksen.

1 JOHDANTO

Synnytysvalmennus on Suomessa perinteinen äitiyshuollon palvelu, jonka tuottamista ohjataan terveydenhuoltolailla (1326/2010) sekä siihen liittyvillä valtioneuvoston asetuksilla (338/2011). Äitiysneuvolaoppaassa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) annetaan konkreettisia suosituksia synnytysvalmennuksen tavoitteista, toteuttamistavoista sekä sisällöistä. Tullessaan raskaaksi jokainen suomalainen nainen saa oikeuden äitiyshuollon palveluihin.

Tutkimustietoa suomalaisen synnytysvalmennuksen vaikuttavuudesta ensisynnyttäjien synnytykseen valmistautumisen tukemisesta tai sille asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta on vähän: 2000-luvulla on tehty yksi satunnaistettu kontrolloitu kokeellinen tutkimus, jossa testattiin terveydenhoitajien lisäkoulutus-interventiota keisarileikkaussynnytysten vähentämiseksi (Hemminki ym. 2008). Tämän tutkimuksen lähtökohtana onkin ajatus siitä, mitä synnytysvalmennuksella yleisenä, kaikille raskaana oleville ensisynnyttäjille suunnattuna palveluna saadaan aikaan.

Syntyvyyden laskiessa raskaus ja synnytys ovat nykynaisen elämässä suhteellisen harvinaisia tapahtumia. Kokonaishedelmällisyysluvun ollessa nyt matalimmillaan 1,65 lasta/nainen (Suomen virallinen tilasto) yhä useammin raskaana oleva on ensisynnyttäjä, jonka lapsiluku usein myös jää yhteen. Kokemuksen puuttuessa toisten naisten kielteiset synnytystarinat ja itse synnytystapahtuma uutena ja tuntemattomana tilanteena voivat aiheuttaa ensisynnyttäjälle pelkoja (Fisher ym. 2006). Synnytyspelko on myös aikaisempaa paremmin tunnistettu ongelma, jonka yleisyys vaihtelee 3 %:sta yli 70 %:iin eri tutkimusten ja mittaustapojen mukaan (Melender 2002; Waldenström ym. 2006; Laursen ym. 2008; Fenwick ym. 2009; Nieminen ym. 2009; Adams ym. 2012; Nilsson ym. 2012; Lukasse ym. 2014; Räisänen ym. 2014; Toohill ym. 2014a; Rouhe 2015; Storksens ym. 2015). Virallisen synnytyspelkodiagnoosin (O99,80) saaneiden äitien määrät ovat nousseet, samalla kun synnytysvalmennuksen osana ollut tutustumiskäynti synnytyssairaalaan on yhä useammin muutettu virtuaaliseksi (THL/Syntymärekisteri 2016). Synnytyskipu on yksi keskeisin synnyttämiseen liittyvistä asioista ja raskaana olevan pelon kohteista (Geissbühler & Eberhard 2002; Melender 2002; Fisher ym. 2006).

Pelkäävien äitien hoitamiseksi on kehitetty interventioita, joilla on osoitettu myös olevan myönteisiä vaikutuksia pelkäävien äitien vointiin (Salmela-Aro ym. 2012; Fenwick ym. 2013; Rouhe ym. 2013; Byrne ym. 2014; Rouhe ym. 2014; Toohill ym. 2014b; Nieminen ym. 2016). Hoidoista huolimatta synnytystä pelätään edelleen paljon. Kyse voi olla synnytyspelkoa ennaltaehkäisevien palveluiden riittämättömyydestä tai Erikssonin ym. (2006b) mukaan äitiyshuollon toimintatavoissa voi olla jotain sellaista, joka edesauttaa synnytyspelon muodostumista.

Synnytys ei ole naiselle vain biologinen prosessi ja mekaaninen suoritus, vaan ennen kaikkea kokemuksellinen tapahtuma, jolla on laajempaa merkitystä äitiyteen kasvussa ja suhteen luomisessa vastasyntyneeseen (Ekström & Nissen 2006). Äidin synnytysluottamus (Karlström ym. 2015), myönteiset synnytysodotukset (Ayers & Pickering 2005; Salmela-Aro ym. 2012) sekä hallinnan tunne (Bryanton ym. 2008) on yhdistetty myönteiseen synnytyskokemukseen. Kätilön ja synnyttäjän välinen läheinen hoitosuhde jo raskausaikana on myös synnytyskokemuksen tyydyttävyyttä lisäävä tekijä (Hodnett ym. 2002; Waldenström ym. 2004; Dawson ym. 2012). Hoidon jatkuvuuden tärkeys potilaalle on tunnustettu terveydenhuollossa laajemminkin (Renholm 2015; Raivo 2016). Huono synnytyskokemus voi vaikuttaa seuraavaan raskauteen aiheuttamalla synnytyspelkoa (Fisher ym. 2006). Huono synnytyskokemus voi myös johtaa keisarileikkaustoiveeseen (Fenwick ym. 2010).

Tämän kaksivaiheisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia synnytysvalmennusta kätilötyön interventiona sekä testata sen vaikuttavuutta ensisynnyttäjien synnytykseen valmistautumisen tukemisessa. Tässä tutkimuksessa synnytysvalmennus-interventiolla tarkoitetaan kaikille ensisynnyttäjille suunnattua synnytykseen valmistavaa palvelua, jota järjestettiin synnytyssairaalassa kätilöiden ohjauksessa ja jossa sovellettiin konstruktivistisen oppimiskäsityksen keskeisiä tekijöitä. Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tavoitteena on tuottaa tietoa vanhempien kokemuksista sairaalassa järjestetystä synnytysvalmennuksesta. Saatua tietoa hyödynnettiin lopullisessa synnytysvalmennus-intervention toteutuksessa sekä hypoteesien määrittelyssä. Toisen vaiheen tavoitteena on tuottaa tietoa synnytysvalmennuksen vaikuttavuudesta äitiyshuollon palvelujen käyttöön, ensisynnyttäjien synnytyspelkoihin, synnytyskokemukseen sekä synnytyskivusta selviytymiseen.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kirjallisuushaut

Tutkimuksen teoreettisina lähtökohtina on 135 tieteellistä artikkelia vuosilta 1987–2017, neljä meta-analyysia, 15 yliopistojulkaisua (kahdeksan väitöskirjaa, yksi lisensoituttutkimus, kaksi pro gradu -opinnäytetyötä sekä viisi muuta julkaisua), seitsemän raporttia, seitsemän oppikirjaa sekä yksi suositus, työpaperi ja ammattilehti.

Tiedonhakuja tehtiin tutkimuksen edetessä useampia. Ensimmäinen oli vuonna 2007 tutkimussuunnitelmaa sekä tutkimuksen ensimmäisen vaiheen osajulkaisua kirjoitettaessa. Hakua täydennettiin tutkimuksen toisessa vaiheessa vuosien 2012–2017 aikana useampaan kertaan. Kirjallisuushakuja tehtiin seuraavista tietokannoista: ARTO, BMJ, CINAHL (Ebsco), Cochrane, Elsevier Science Direct, MEDIC, OVID (sisälsi seuraavat tietolähteet: Ovid MEDLINE(R), Ovid Nursing Database, JBI - The Joanna Briggs Institute EBP Database, Epub Ahead of Print, In-Press & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily ja Journals & Ovid Full Text) ja PubMed.

Hakutermeinä käytettiin childbirth-, birth-, parenting-, parenthood-, family-, prenatal- ja antenatal education ja/tai class sekä näiden erilaisia yhdistelmiä. Hakuja jatkettiin ottamalla mukaan termit effectiveness, intervention, controlled trial sekä randomized controlled trial. Synnytyspelko- ja synnytyskokemustutkimusten hauissa käytettiin termejä tokophobia, fear of childbirth, childbirth fear, labour, labor, pain, pain relief, birthing, experience, control ja termien erilaisia hakuyhdistelmiä. Haut rajattiin tiivistelmiin vuosilta 1996–2017. Kirjallisuutta haettiin myös käsihakuina tietokannoista löytyneiden julkaisujen lähdeluetteloiden perusteella. Suomalaisesta synnytysvalmennustutkimuksesta on hyväksytty mukaan myös vanhoja julkaisuja, sillä aiheesta on 2000-luvulla tehty vain vähän tutkimusta. Mukaan valitut vanhimmat lähteet haettiin kirjastosta.

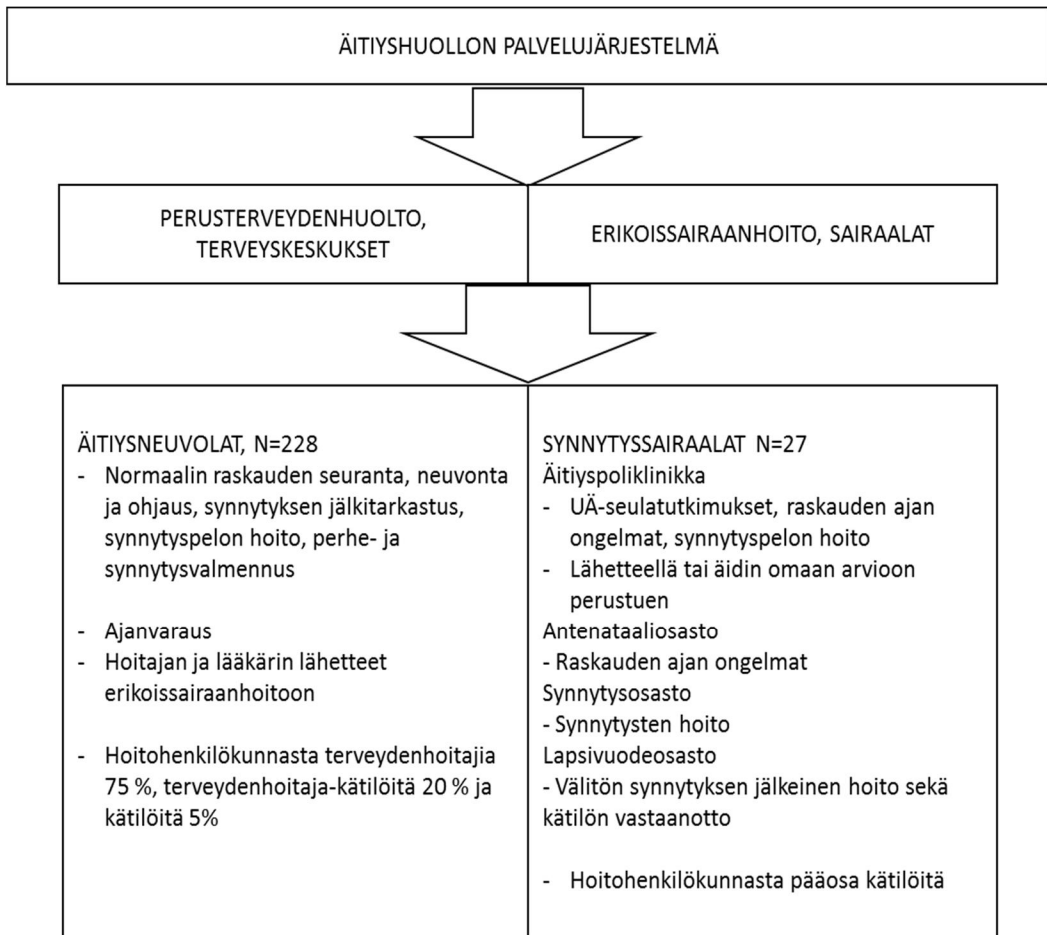
2.2 Äitiyshuollon palvelut raskaana olevan äidin tukena

Ensimmäistä lastaan odottavan naisen äitiyteen kasvamisen muutosvaihe alkaa jo alkuraskaudessa ja vaiheen onnistuneeseen läpikäymiseen tuleva äiti tarvitsee paljon tukea puolisolta, vertaisilta ja terveydenhuollon ammattilaisilta (Taubman-Ben-Ari ym. 2009; Darvill ym. 2010). Erityisesti ahdistuksesta kärsivät äidit tarvitsevat vahvaa ja monipuolista tukea (Staneva ym. 2015). Tullessaan raskaaksi suomalainen nainen saa oikeuden äitiyshuollon järjestämiin palveluihin, joiden sisältöjä ja tuottamista ohjataan terveydenhuoltolailla (1326/2010) sekä siihen liittyvällä valtioneuvoston asetuksella (338/2011): asetuksen mukaan palveluiden laajoina tavoitteina on raskaana olevan naisen ja sikiön terveyden ja hyvinvoinnin turvaaminen sekä tulevien vanhempien ja koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Ensisynnyttäjäperheille on myös järjestettävä moniammatillisesti toteutettavaa perhevalmennusta, jonka yhtenä osana on synnytysvalmennus. Valtionneuvoston asetukseen (338/2011) perustuvassa Äitiysneuvolaoppaassa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) annetaan lisäksi yksityiskohtaisia suosituksia synnytysvalmennuksen tavoitteista, menetelmistä ja keskeisistä aihealueista.

2.2.1 Palvelujärjestelmän rakenne

Raskaana olevan näkökulmasta äitiyshuollon palvelujärjestelmä eriytyy organisaatiolähtöisesti perusterveydenhuollon äitiysneuvoloihin sekä erikoissairaanhoidon synnytyssairaaloihin (kuviot 1). Äitiysneuvolalla on päävastuu äidin raskaudenajan hoidosta, ohjauksesta ja neuvonnasta sekä synnytyksen jälkitarkastuksesta. Äitiysneuvolassa työskentelevästä hoitohenkilökunnasta noin 75 % on koulutustaustaltaan terveydenhoitajia. Kaksoiskoulutettuja terveydenhoitaja/kättilöitä tai pelkästään kättilötutkinnon suorittaneita on huomattavasti vähemmän. (Raussi-Lehto ym. 2011.) Raskaudenajan ongelmien ilmaantuessa tai niitä epäiltäessä äidin hoito siirtyy osittain erikoissairaanhoidon, sairaalan äitiyspoliklinikalle, jonne myös sikiöseulontojen tekeminen on keskitetty. Pääsy erikoissairaanhoidon perustuu perusterveydenhuollon terveydenhoitajan, kättilön tai lääkärin läheteisiin tai äidin omaan arvioon. Antenataaliosastolla hoidetaan äitejä, joiden raskaus vaatii jatkuvaa seurantaa. Erikoissairaanhoidon vastuulla ovat lisäksi synnytykset sekä äidin välitön lapsivuodeajan hoito, jolla tarkoitetaan synnytyksen jälkeistä toipumisaikaa sairaalassa ennen äidin ja lapsen kotiutumista. Hoitohenkilökunnasta pääosa on kättilöitä.

Synnytyssairaaloita on viime vuosien aikana lakkautettu, ja suunta on yhä suurempien synnytysyksiköiden perustamiseen. Suomessa lakkautusuhan alla ovat erityisesti pienet, alle 1000 synnytystä vuodessa hoitavat, yksiköt. Vuonna 2015 Suomessa oli 27 synnytyssairaala, mutta tällä hetkellä toiminnassa on edelleen useampia yksiköitä, joissa 1000 synnyttäjän vuositavoite ei täyty. (Vuori & Gissler 2016.)



Kuvio 1. Äitiyshuollon palvelujärjestelmän rakenne

2.2.2 Palvelujen käyttäjät ja käyttö

Äitiyshuollon palveluja käyttävien synnyttäjien määrät vaihtelevat vuosittain, mutta määrä on laskenut vuodesta 2010 lähtien. Vuonna 2015 äitiyshuollon palveluja käytti 55007 synnyttäjää (taulukko 1). Vuoteen 2010 verrattuna synnyttäjien keski-ikä on hieman noussut, avoliitto on yleistynyt, keisarileikkausten määrä on hieman laskenut ja imukuppi-synnytysten määrä on hieman noussut. (Vuori & Gissler 2016.)

Taulukko 1. Synnyttäjät ja synnyttäjien taustatiedot vuonna 2010 ja 2015

| Synnyttäjät ja taustatiedot | 2010 | 2015 |
|------------------------------------|-------------|-------------|
| Synnyttäjiä (n) | | |
| Kaikki synnyttäjät | 60422 | 55007 |
| Ensisynnyttäjät | - | 22553 |
| Keski-ikä | | |
| Kaikki synnyttäjät | 30,1 | 30,6 |
| Ensisynnyttäjät | 28,2 | 28,8 |
| Siviilisäätö (%) | | |
| Naimisissa | 57,8 | 54,2 |
| Avoliitto | 32,5 | 35,9 |
| Muu/tuntematon | 9,7 | 9,5 |
| Koulutustausta (%) | | |
| Ei ammatillista koulutusta | 9,8 | 7,7 |
| Keskiaste | 36,7 | 37,9 |
| Korkea-aste | 30,7 | 33,6 |
| Aikaisemmat raskaudet (%) | 33,9 | 34,5 |
| Keskenmeno/-menoja | 21,2 | 21,9 |
| Keskeytys/keskeytyksiä | 12,7 | 12,6 |
| Keisarileikkaus (%) | 16,3 | 15,9 |
| Suunniteltu | 6,4 | 6,1 |
| Päivystys ¹ | 9,9 | 9,8 |
| Imukuppi (%) | 8,7 | 9,2 |

¹ Sisältää kiireelliset - ja hätäkeisarileikkaukset

Viimeisimmän Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan äidit käyvät raskauden aikana keskimäärin 14 kertaa tarkastuskäynnillä. Käynneistä keskimäärin 3,5 tehdään erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle. (Vuori & Gissler 2016.) Äitiyspoliklinikalle tehdyistä käynneistä noin 35 % on päivystyskäyntejä, ja yleisin diagnoosi on normaalin raskauden seuranta (Raussi-Lehto ym. 2015). Käyntien kokonaislukumäärä on viimeisen viiden vuoden aikana hieman laskenut ja erikoissairaanhoidon käyntien määrä hieman noussut (Taulukko 2).

Taulukko 2. Raskauden aikaiset tarkastuskäynnit vuosina 2010–2015

| Raskaudenaikaiset tarkastuskäynnit, keskiarvo | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Kaikki käynnit | 15,6 | 15,8 | 15,9 | 15,6 | 14,7 | 14,2 |
| Käynnit poliklinikalla | 3,1 | 3,2 | 3,3 | 3,5 | 3,5 | 3,5 |

Lähde: Vuori & Gissler 2016

2.3 Synnytysvalmennus

Synnytysvalmennukseen osallistuminen on raskaana olevalle yksi synnytykseen valmistautumisen keinoista ammattilaisilta ja vertaisilta saatavan tiedon sekä synnyttämistä koskevan kirjallisuuden lukemisen lisäksi (Regan ym. 2013). Lakiin perustuvan synnytysvalmennuspalvelun saatavuus on Suomessa hyvä ja ensisynnyttäjien osallistuminen valmennukseen on erittäin aktiivista (Hakulinen-Viitanen ym. 2005; Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Kansainvälisten tutkimusten mukaan synnytysvalmennukseen osallistumiseen vaikuttavat sosiodemografisista tekijöistä korkea ikä ja koulutustausta sekä hyvä toimeentulo (Sturroc & Johnson 1990; Stoll & Hall 2012). Matala koulutustaso, lapsen odottaminen yksin ja tupakointi ovat yhteydessä valmennukseen osallistumattomuuteen ja kokemukseen valmennuksen vähäisestä hyödystä (Fabian ym. 2004; Fabian ym. 2005).

Synnytysvalmennuskäytännöissä voi olla vaihtelua paikkakunnittain esimerkiksi valmennuksen määrän suhteen (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Yleisin tapa lienee yhden synnytysvalmennustapaamisen järjestäminen neuvolassa. Valmennuksesta voi vastata terveydenhoitaja tai kättilö. Äitiysneuvolaoppaassa synnytysvalmennukseen suositellaan liitettäväksi tutustumiskäynti synnytysairaalaan.

Äitiysneuvolassa vanhemmille tulisi vähintään kertoa synnytyssairaalan tarjoamista mahdollisuuksista. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen ym. 2013.) Nykyisin monet synnytyssairaalat esittelevät synnytysyksikön toimintaa pelkästään virtuaalisesti tutustumiskäyntien sijaan. Myös valmennuksen tiedollinen sisältö ja käytetyt menetelmät voivat vaihdella eri toteuttajien mukaan. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005.) Valmennuksen vetäjällä on vapaus tehdä monenlaisia valintoja ja valmennusratkaisut voivat heijastella hänen omia arvojaan ja synnyttäjäperheiden odotuksia (Morton & Hsu 2007). Myös yksityisiä synnytysvalmennuspalveluita on saatavilla, mutta niiden käyttömääriä ei rekisteröidä.

2.3.1 Tavoitteet ja sisällöt

Synnytysvalmennus on ohjauksellinen interventio, jolloin tavoitteen asettaminen on keskeistä. Tavoitteellisuus on osa ohjauksen laatua (Kääriäinen 2007). Ilman selkeää tavoitteenasettamista valmennuksen lopputulos voi olla sattumanvarainen ja sovelletut menetelmät voivat olla epäsoivia. Tavoitteet määrittelevät, mitä vaikutuksia ja muutoksia ohjauksella halutaan ja saada aikaan ja kehen niitä halutaan kohdistaa. Tavoitteet määrittelevät lisäksi tarkemmin synnytysvalmennuksen sisältöä sekä siinä käytettäviä menetelmiä.

Äitiysneuvolaoppaan (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) mukaan synnytysvalmennuksen tavoitteina on auttaa äitiä saamaan kokonaisvaltainen ja myönteinen synnytyskokemus, vahvistaa synnyttäjän voimavaroja ja antaa vanhempien tarpeita vastaavaa, ajanmukaista ja näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksestä sekä sairaalaan hoitokäytänteistä. Äitiysneuvolaoppaan synnytysvalmennuksen sisältösuositukset (synnytyksen kulku ja vaiheet, kivunlievitys, synnytyksen käynnistyminen ja sairaalaan lähteminen, synnytyksen aikaiset interventiot) ovat yhteneväisiä kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa esitettyjen sisältöjen kanssa (Svensson ym. 2009; Maimburg ym. 2010).

2.3.2 Sovellettavat menetelmät

Valmennus on vanhempien oppimistilanne, johon voidaan vaikuttaa ohjausteoreettisin keinoin (Piensoho 2001). Valmennus nähdään Äitiysneuvolaoppaan (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) suosituksissa asiakaslähtöisenä ja osallistavana ohjaustilanteena, jossa keskeisenä ohjausmenetelmänä käytetään vertaistuen mahdollistavaa keskustelua.

Konstruktivistista oppimisteoriaa soveltava synnytysvalmennus toteuttaa oppaan mukaisia menetelmäsuosituksia.

Konstruktivismissa on keskeistä yksilön aktiivinen toiminta, jolloin oppija itse valikoi ja tulkitsee tietoa oman esiymmärryksensä (aikaisempien tietojensa ja taitojensa) perusteella. Yksilöllinen tiedon konstruointiprosessi ei tarkoita eristäytymistä muista, vaan se on ennen kaikkea sosiaalinen prosessi, jossa vuorovaikutuksella ja keskusteluilla on keskeinen rooli. (Rauste von Wright 1997; Puolimatka 2002; Mahoney & Granvold 2005.) Valmennuksen perustuminen todelliseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön kättilön ja vertaisten kanssa mahdollistaa synnyttämiseen liittyvien asioiden, ideoiden ja huolenaiheiden yhteisen pohtimisen ja normalisoinnin. Siten se voi vastata äitien valmentautumiseen ja synnyttämiseen liittyviä emotionaalisia tuen tarpeita. (Teate ym. 2011.) Oppiminen on lisäksi tilannesidonnaista. Tilannesidonnaisen oppimiskäsityksen mukaan tiedon ymmärtämistä ja omaksumista tapahtuu parhaiten juuri niissä ympäristöissä, joissa tietoja tullaan käyttämäänkin. (Tynjälä 1999.) Asioiden harjoittelu ryhmässä ja autenttisissa tiloissa mahdollistaa syvällisen tutustumisen synnytysympäristöön, vertaistuen saamisen ja läheisen yhteistyösuhteen kättilöön.

Tiedon saaminen on yksi synnytykseen valmentautumisen perusehdoista (Ryttyläinen 2005). Tiedollisen sisällön lisäksi mentaaliset elementit ovat tulleet tärkeäksi osaksi synnytykseen valmistautumista, esimerkiksi mindfulnessin avulla valmentautuminen voi vahvistaa äidin synnytyksen aikaista hallinnan tunnetta (Fisher ym. 2012; Byrne ym. 2014). Mindfulness-menetelmässä on keskeistä tämänhetkisestä todellisuudesta tietoiseksi tuleminen ja läsnäoleminen, sekä raskauden ja synnytyksen aikana käytettävien rentoutumis- ja rauhoittumiskeinojen harjoittelu. Myös hypnoosin harjoittelu raskauden aikana sekä sen käyttö synnytyksessä kivunlievityskkeinona on lisääntynyt (Werner ym. 2013; Finlayson ym. 2015). Menetelmien onnistunut harjoittaminen synnytyksen aikana vaatii kuitenkin paljon harjoittelua jo raskauden aikana.

2.3.3 Vaikuttavuus

Suomessa on 2000-luvulla tehty yksi synnytysvalmennuksen vaikuttavuustutkimus (Hemminki ym. 2008). Sen tulosten mukaan synnytysvalmennusta pitäneiden terveydenhoitajien lisäkoulutus-interventio keisarileikkausten määrän vähentämiseksi ei osoittautunut vaikuttavaksi (Hemminki ym. 2008). Kansainvälistä synnytysvalmennuksen vaikuttavuustutkimusta on tehty enemmän. Tutkimuksista on tehty myös meta-analyysi, jonka johtopäätösten mukaan näyttö raskaudenaikaisten

ohjausinterventioiden vaikutuksista lasta odottavien vanhempien synnytykseen tai vanhemmuuteen valmistautumiseen jäi epäselväksi (Gagnon & Sandall 2011). Epäselvä tulos johtui meta-analyysiin mukaan valikoituneiden tutkimusten huonosta tieteellisestä tasosta. Toisen kirjallisuuskatsauksen mukaan näyttö pienryhmäohjauksen vaikuttavuudesta synnytykseen ja äitien psykososiaaliseen tilanteeseen verrattuna isoon ryhmäluentomaiseen valmennukseen jäi myös tutkimusten huonon tieteellisen tason vuoksi epäselväksi (Sjöberg & Brixval ym. 2015). Interventiotutkimusten tuloksissa onkin usein kyse siitä, ettei synnytysvalmennuksen toivottua vaikuttavuutta pystytä osoittamaan. Kyse ei ole niinkään siitä, että synnytysvalmennuksella olisi ollut kielteistä vaikuttavuutta mitattuun asiaan, ellei Fabianin ym. (2005) tutkimuksessa esiin tullutta valmennettujen lisääntyntä epiduraalipuudutuksen käyttöä lasketa sellaiseksi. Valmentautumattomuus sitä vastoin voi heikentää äitien odotuksia selvitä synnytyskivusta ja voi luoda epärealistisia odotuksia synnytyksenaikaisen tuen saamisen suhteen (Ip ym. 2003).

Bergström ym. (2009) tutkimuksessa ei tullut esiin näyttöä synnytysvalmennuksen rentoutus- ja hengitysharjoitusten vaikuttavuudesta epiduraalipuudutuksen käytön vähenemiseen tai synnytyskokemuksen paranemiseen. Rentoutus- ja hengitysharjoituksia sisältävä valmennustapa kuitenkin vastasi perinteistä valmennustapaa paremmin osallistujien valmennusodotuksiin (Bergström ym. 2011). Wernerin ym. (2013) tutkimuksessa itsehypnoosin vaikuttavuutta synnytyskivun kokemiseen ja epiduraalipuudutuksen käyttöön ei pystytty osoittamaan. Artieta-Pinedon ym. (2010) mukaan synnytysvalmennus vähensi äitien synnytyksen aikana kokemaa ahdistusta, mutta muuten valmennuksella ei voitu vaikuttaa synnytyksen aikaisiin tapahtumiin. Pienryhmäohjaus ei osoittautunut isoa ryhmäluentoa vaikuttavammaksi tavaksi synnytyksen aikaisen epiduraalipuudutuksen ja muun kivunlievityksen käytön tai muiden synnytysinterventioiden vähentämiseksi (Sjöberg Brixval ym. 2016).

Synnytykseen valmistautuminen voi auttaa synnytyksen aikaisen hallinnan saavuttamisessa, sillä hyvin valmistautunut äiti luottaa omiin kykyihinsä ja tietoihinsa ja voi siten olla valmiimpi kestämaan synnyttämisen yllätyksellisyyttä ja siihen liittyvää epämukavuutta (Salmela-Aro ym. 2012). Ip ym. (2009) toteavat, että synnytysvalmennus vahvisti äitien kokemaa synnytyskyvykkyyttä, vähensi heidän synnytyksen aikana kokemaansa ahdistuneisuutta sekä lievensi kivun kokemusta. Maimburgin ym. (2010) tutkimuksessa valmentautuminen vähensi synnytyskivunlievityksen käyttöä. Synnytyssairaalaan tullessa valmennettujen äitien synnytys oli useammin aktiivisemmassa vaiheessa kuin valmentautumattomien (Maimburg ym. 2010). Valmentautuminen myös vähensi synnytyksen alkuvaiheessa tehtyjä käyntejä synnytyssairaalaan (Ferguson 2013).

Synnytysvalmennuksen kehittämishaasteet

Kansainvälisissä tutkimuksissa esiin tuodut synnytysvalmennuksen kehittämiskohteet ovat tiedon sisältöön liittyviä: Valmennuksessa ei käsitellä riittävästi epiduraalipuudutuksen, synnytyksen käynnistämisen tai keisarileikkauksen riskejä (Lothian 2007). Myös synnytyssairaalaan lähtemisen ohjaus on puutteellista, sillä vaikka äiti olisi valmennuksessa saanut vaihetta koskevia tietoja ja toimintaohjeita, on synnyttäjän ja hänen puolisonsa edelleen vaikea arvioida ja tunnistaa oikeaa sairaalaan lähtemishetkeä (Lauzon & Hodnett 2007; Nyman ym. 2011). Digitalisaatio on tuonut muutoksia synnyttämiseen liittyvän tiedon saamiseen. Perinteisenä synnytysvalmennuksen tavoitteena ollut synnyttämiseen liittyvän tiedon välittäminen on siten menettänyt merkitystään; erityisesti nuoret äidit hyödyntävät internetiä tiedon hakemiseen (Salonen ym. 2014), terveydenhuollon ammattilaisilta saadun tiedon täydentämiseen (Larsson 2009) tai vertaistuen saamiseen (Lagan ym. 2010).

Suomalaisissa, jo vuosia vanhoissa, tutkimuksissa esiin tulevat synnytysvalmennuksen kehittämishaasteet ovat edelleen ajankohtaisia: Osallistujat ovat toivoneet saavansa valmennuksessa enemmän tukea (Vehviläinen-Julkunen 1987), lisää keskustelumahdollisuuksia (Leinonen-Sjögren & Vehviläinen-Julkunen 1992, Vehviläinen-Julkunen 1995) ja vähemmän pelkkää tiedon antamista (Leinonen-Sjögren & Vehviläinen-Julkunen 1992). Tärkeänä on pidetty vaikuttamista valmennusohjelman sisältöön (Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993) ja osallistujien odotusten huomiointia (Vehviläinen-Julkunen 1995, 1996). Ohjausmenetelmän on toivottu paremmin vastaavan valmentautumisen tarpeita (Partanen-Björk 1992). Liitteessä 1 esitetään tarkemmin suomalaiset synnytysvalmennustutkimukset ja niiden keskeiset tulokset.

2.4 Synnytykseen valmentautuvan äidin synnytyspelko

Synnytyspelko on monimuotoinen ilmiö, jota voidaan määritellä eri tavoin. Pelkoa voidaan tarkastella sen kohteiden, voimakkuuden, seurausten ja pelon muodostumiseen vaikuttavien tekijöiden kautta (Melender 2002). Pelkoa voidaan myös mitata eri tavoin, ja vaihtelut pelon voimakkuudessa ja yleisyydessä voivat riippua mittaamisen tavasta: Tutkimuksellisista syistä tehtyjen kyselyiden tai muihin äidin kokemukseen perustuvien mittausten mukaan raskaana olevista noin 5 %–24 % kärsii vakavasta synnytyspelosta (Waldenström ym. 2006; Laursen ym. 2008; Nieminen ym. 2009; Adams ym. 2012; Nilsson ym. 2012; Lukasse ym. 2014; Toohill

ym. 2014a; Rouhe 2015; Storksens ym. 2015; Nieminen 2016). Lievemmistä peloista kärsii jopa yli 70 % (Melender 2002; Fenwick ym. 2009). Raskaana oleva voi saada myös virallisen synnytyspelkodiagnoosin (O99,80), jos äiti on vakavaksi kokemansa pelon vuoksi saanut lähetteen erikoissairaanhoidon ja käynyt siellä vähintään kerran synnytyspelkokeskustelussa tai pelkoa on merkittävästi käsitelty muulla äitiyspoliklinikan vastaanottokäynnillä (Saisto ym. 2013). Jos pelon esiintyvyyden määrittely perustuu virallisen synnytyspelkodiagnoosin saaneisiin, on pelkäävien määrä huomattavasti pienempi. Synnytyspelkodiagnoosin saavien äitien määrät ovat tilastojen mukaan kuitenkin lievässä nousussa (taulukko 3).

Taulukko 3. Synnytyspelkodiagnoosin (ICD-10 dg O99,80) saaneiden lukumäärät vuosina 2010–2015

| Diagnoosi (%) | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| O99,80 | 1,9 | 2,0 | 2,4 | 3,2 | 3,8 | 4,0 |

Lähde: THL/ Syntymärekisteri

Myös mittauksen ajankohdalla on merkitystä, koska pelon kokemisen kestossa ja voimakkuudessa on yksilöllistä vaihtelua. Synnytyspelon voimakkuus voi vaihdella normaalista raskautta ja synnytystä koskevasta huolentunteesta vaikeaan, jokapäiväistä elämää haittaavaan pelkoon. Synnytyspelko voi pahentua raskauden edetessä (Rouhe ym. 2009). Se voi olla voimakkaimmillaan muutamia viikkoja ennen synnytystä (Saisto 2000). Toisilla pelko on lyhytkestoista ja ohimenevää ja esimerkiksi alkuraskaudessa koettu pelko häviää raskauden aikana (Melender & Lauri 1999). Joillakin äideillä pelko säilyy yhtä vahvana läpi koko raskauden (Laursen ym. 2008). Synnytyspelkoa on mitattu olevan jo ennen raskautta ja nuorista naisista noin 24 %:lla esiintyy synnytyspelkoa (Stoll ym. 2015).

Synnytyspelon kohteet

Synnytysskipu on yksi keskeisin synnyttämiseen liittyvistä pelon kohteista (Geissbühler & Eberhard 2002; Melender 2002; Fisher ym. 2006). Yli 60 % naisista pelkää ponnistusvaiheen kipua etukäteen (Mietola-Koivisto 2016). Pelosta johtuva ahdistus voi pahentaa kivun kokemusta (Haines ym. 2012; Floris & Irion 2015). Synnytyksen käynnistymisen tunnistamisen vaikeus ja sairaalaan lähtemisen oikea-aikaisuus ovat synnytyksen avautumisvaiheeseen liitettyjä pelon kohteita (Melender 2002). Synnytyksen ponnistusvaiheeseen liittyvistä asioista erityisesti ensisynnyttäjät pelkäävät välilihan repeämistä sekä sen mahdollista leikkaamista (Fenwick ym. 2015). Epävarmuus oikein ponnistamisesta ja hengittämisestä ponnistusvaiheessa voivat myös aiheuttaa pelkoja. Äidit voivat pelätä synnytyksen pitkittymistä sekä siitä johtuvaa hallinnan tunteen menettämistä. (Melender 2002.) Synnytyksen kokonaiskesto voikin olla synnytystä pelkäävillä pidempi kuin pelkäämättömillä (Adams ym. 2012).

Äidin raskaudenaikaiset ajatukset lapsen vammaisuudesta, kuolemasta tai synnytyksenaikaisesta vaurioitumisesta ovat esimerkkejä syntyvän lapsen terveyteen kohdentuvista peloista tai huolista. Lisäksi äidit voivat olla huolissaan omasta raskaudenaikaisesta terveydestään ja pelätä jonkin ylimääräisten ongelman ilmaantumista synnytyksen aikana. (Melender 2002.)

Synnytyspelon muodostuminen

Synnyttäneisyyden yhteydestä synnytyspelkoon on ristiriitaista tietoa, sillä joidenkin tutkimusten mukaan pelkoa esiintyy eniten ensimmäistä lastaan odottavilla (Fenwick ym. 2009; Rouhe ym. 2009; Toohill ym. 2014a). Toisten tutkimusten mukaan pelkoa esiintyy eniten uudelleensynnyttäjillä (Nieminen ym. 2009; Räisänen ym. 2014). Toisaalta Rouheen (2015) mukaan vakavasti pelkääviä on sekä ensi- että uudelleensynnyttäjissä yhtä paljon, ja Niemisen ym. (2009) mukaan ensisynnyttäjien pelko on kovempaa. Pelon lähtökohta on kuitenkin erilainen synnyttäneisyydestä riippuen. Uudelleensynnyttäjällä kyse on yleensä käsittelemättä jääneen huonon synnytykokemuksen käynnistämästä pelosta (Melender 2002; Fisher ym. 2006; Nilsson ym. 2012; Storksen ym. 2013). Ensisynnyttäjät taas pelkäävät uutta ja tuntematonta (Fisher ym. 2006; Fenwick ym. 2015). Muista taustatekijöistä äidin iällä ja koulutustaustalla on merkitystä: korkean iän tai nuoruuden sekä matalan tai korkean koulutustason on tutkittu olevan yhteydessä äidin synnytyspelkoon (Laursen

ym. 2008). Samoilla taustatekijöillä on yhteys myös diagnosoituun pelkoon (Räisänen ym. 2014).

Raskaana olevan kielteinen mieliala (Melender 2002) tai mielenterveydelliset häiriöt, kuten ahdistuneisuus tai masentuneisuus, ovat vahvasti yhteydessä synnytyspelkoon: ne nostavat synnytyspelon riskiä huomattavasti (Söderqvist ym. 2004; Ryding ym. 2007; Rouhe ym. 2011; Storksen ym. 2012; Räisänen ym. 2014). Psykkisesti herkät äidit saattavat kärsiä erityisesti esimerkiksi vertaistuen puutteesta, mikä vaikuttaa kielteisesti heidän raskauden aikaiseen emotionaaliseen hyvinvointiinsa (Jones ym. 2014). Toisten naisten kertomat kielteiset synnytystarinat kuuluvat synnytyspelon sosiaaliseen ulottuvuuteen. Ne sekä lasta tai raskautta koskeva tieto jostakin poikkeavasta voivat aiheuttaa pelkoja. (Melender 2002; Fisher ym. 2006.) Myös median luoma kuva alatiesynnytyksen vaarallisuudesta (Morris & McInerney 2010) voi vaikuttaa kielteisesti naisten synnytysasenteisiin ja siten edesauttaa pelon syntymistä (Stoll & Janssen 2014). Erikssonin ym. (2006b) mukaan äitiyshuollon toimintatavoissa voi olla jotain sellaista, joka edesauttaa synnytyspelon muodostumista, ja äiti voi esimerkiksi pelätä tulevansa huonosti hoidetuksi tai kohdelluksi kättilön taholta.

Synnytyspelon ilmeneminen

Pelko aiheuttaa epävarmuutta ja voi johtaa äidin epäilemään omaa kyvykkyyttään synnyttäjänä (Nilsson & Lundgren 2009). Synnytyspelolla onkin todettu olevan merkitystä synnytystapaan ja pelko on yhdistetty keisarileikkauksiin, sekä suunniteltuihin (Waldenström ym. 2006; Karlström ym. 2010; Haines ym. 2012, Torloni ym. 2013; Stoll & Janssen 2014) että päivystyksellisiin (Fenwick ym. 2010). Uudelleensynnyttäjällä aikaisempi huono synnytyskokemus (Pang ym. 2008) ja ensisynnyttäjällä vahva pelko sekä epävarmuus synnytyksenaikaisesta hallinnasta voivat ilmetä keisarileikkaustoiveena (Fenwick ym. 2010). Toisaalta jotkut äidit pelkäävät joutuvansa synnyttämään keisarileikkauksella (Melender 2002). Myös muiden synnytysinterventioiden, kuten esimerkiksi lääkkeellisen kivunlievityksen käyttö, on synnytyspelkoisilla äideillä yleisempää (Salomonsson ym. 2010; Haines ym. 2012; Hall ym. 2012; Stoll & Janssen 2014). Pelkäävien äitien synnytyskokemus on usein kielteinen (Hildingsson ym. 2011; Haines ym. 2012). Pelko voi ilmentyä myös yleisenä sairaalakammona tai luottamuksen puutteena synnytystä hoitavia henkilöitä kohtaan (Melender & Lauri 1999; Melender & Lauri 2002).

Pelkäävät äidit voivat kärsiä erilaisista psyykkisistä stressioireista, esimerkiksi surullisuudesta, itkuisuudesta, unettomuudesta, epämääräisestä piinaavasta pelosta ja paniikin tunteista, huolestuneisuudesta ja kyvyttömyydestä nauttia raskaudesta (Melender & Lauri 1999). Pelosta johtuva oireilu voi vaikuttaa kielteisesti synnyttäjän raskaudenaikaiseen emotionaaliseen hyvinvointiin (Haines ym. 2012), vaikeuttaa synnytykseen valmistautumista ja häiritä äidin keskittymistä työ- ja perhe-elämään (Saisto & Halmesmäki 2003). Mielenterveysongelmista kärsivien raskaana olevien on todettu käyttävän enemmän terveydenhuollon palveluja (Rouhe ym. 2011). He myös käyvät useammin synnytyslääkärin vastaanotolla kuin psyykkisesti tasapainoiset raskaana olevat (Andersson ym. 2004).

2.4.1 Synnytystä pelkäävän äidin hoito ja sen vaikuttavuus

Synnytystä pelkäävän äidin hoitaminen on tärkeää, mutta koska monet pelkäävistä äideistä eivät leimautumisen pelossa tai jostain muusta syystä halua puhua synnyttämiseen liittyvistä peloistaan, eivät he välttämättä itse hakeudu hoitoon (Eriksson ym. 2006a). Pelkäävien äitien tunnistaminen voi siten olla haasteellista ja hoidon ajoittaminen ja kohdentaminen sitä tarvitseville voi olla vaikeaa.

Äitiysneuvolaoppaassa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) synnytystä pelkäävän äidin ensisijaiseksi hoitopaikaksi suositellaan äitiysneuvolaa. Keskeisinä synnytyspelon hoitokeinoina ovat tiedon ja tuen antaminen, neuvolan perhevalmennus sekä synnytyksen suunnittelu. Välttämätöntä olisi myös saumaton äitiyshuollon palveluketjun toimivuus eri organisaatioiden välillä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013.) Jos neuvolan tuki ei riitä, voi äiti saada lähetteen erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle synnytyspelkokeskusteluun kätilön ja lääkärin kanssa. Synnytyspelkokeskustelujen määrät vaihtelevat suomessa paljon: äiti voi käydä kätilön kanssa keskusteluissa 1–4 kertaa ja lääkärin kanssa 2–3 kertaa raskauden aikana. Keskustelujen tavoitteena on auttaa äitiä hahmottamaan paremmin synnytystapahtumaa ja synnytyksen aikaista tuen saantia ja siten suuntaamaan ajatukset alatiesynnytykseen (Saisto ym. 2013). Hoidossa keskitytään äidin synnyttämiseen liittyvän luottamuksen tunteen vahvistamiseen ja henkisen tuen antamiseen (Rouhe & Saisto 2013). Synnytystä pelkäävä äiti hyötyy pelon hoitamisesta eniten silloin, kun se aloitetaan riittävän varhain, eli ennen raskausviikkoa 30 (Saisto 2000). Mahdollisimman varhainen puuttuminen olisi tärkeää myös loppuraskauden psyykkisten ongelmien ennaltaehkäisyssä (Sieber ym. 2006).

Synnytystä pelkääville kohdennettuja ryhmämuotoisia ohjauksellisia interventioita on kehitetty erityisesti Suomessa: Saiston ym. (2006) pelkääville ensisynnyttäjille kehittämä, useampaan tapaamiseen perustuva psykoedukaatio sisältää tiedon antamista synnytysprosessista sekä äidin että lapsen näkökulmista. Lisäksi psykoedukaatioissa annetaan tietoa vanhemmuudesta ja äitiydestä sekä synnytyspelosta (Saisto ym. 2006). Ohjauksen terapeuttinen elementti muodostuu luottamuksellisesta ilmapiiristä, jossa ryhmän vetäjä kannustaa osallistujia jakamaan pelkoon liittyviä tunnekokemuksiaan. Psykoedukaatioissa pyritään lisäksi rentoutumisharjoitusten avulla vahvistamaan raskaana olevan naisen itseluottamusta synnyttämiseen liittyvän ahdistuneisuuden tunteiden vähentämiseksi. (Salmela-Aro ym. 2012.) Australialaiset tutkijat kehittivät kovasta synnytyspelosta kärsiville kohdennetun kättilöjohtoisen, puhelimitse toteutettavan psykoedukaatio-intervention (Turkstra ym. 2017).

Tutkimusten mukaan synnytystä pelkääville kohdennetut hoidot ovat vaikuttavia: Pelon takia tehtyjen keisarileikkausten määrä väheni ja äitien kokema synnytystyytyväisyys kasvoi (Rouhe ym. 2013). Äitiyteen sopeutuminen oli helpompaa (Salmela-Aro ym. 2012; Rouhe ym. 2014). Synnytyskokemus oli vähemmän pelottava ja äideillä oli vähemmän synnytyksen jälkeistä psyykkistä oireilua (Rouhe ym. 2014). Kohdennetun hoidon seurauksena äitien käsitykset synnytyskyvykkyydestään vahvistuivat (Fenwick ym. 2013; Byrne ym. 2014; Toohill ym. 2014b). Myös äitien synnytyspelko lieveni (Fenwick ym. 2013; Byrne ym. 2014; Toohill ym. 2014b; Nieminen ym. 2016). Toisaalta Larssonin ym. (2015) tutkimuksessa synnytyspelkoisille kohdennetulla ohjauksellisilla interventiolla ei pystytty vaikuttamaan myönteisesti äitien synnytyksen jälkeen kokemaan pelkoon, synnytyskokemukseen tai keisarileikkausten määrään.

Tehokas ja vaikuttava interventio ei aina lisää hoidon kustannuksia, vaikka olisikin lisäpalvelu äidille. Rouheen ym. (2015) tutkimuksessa synnytystä pelkääville kohdennettu ohjausinterventio sisälsi kuusi kahden tunnin mittaista pienryhmätapaamista, mutta tuloksena saavutetut vähentyneet keisarileikkausmäärät kompensoivat intervention toteutukseen käytetyt varat. Myöskään Turkstran ym. (2017) kehittämä interventio ei lisännyt synnyttäjän hoidon kokonaiskustannuksia, vaikka interventiolla ei ollut äidin elämänlaatua parantavaa vaikuttavuutta

2.5 Synnytys äidin kokemuksena

Synnytys on yksi naisen elämän suurimmista kokemuksista, jolla voi olla myös laajemmin merkitystä äitiyteen kasvamisessa: äidin tyytyväisyys synnytyskokemuksensa helpottaa ensisynnyttäjän äitiyteen sopeutumista ja suhteen luomista vastasyntyneeseen (Goodman ym. 2004; Ekström & Nissen 2006). Kielteinen tai traumaattinen synnytyskokemus voi heikentää henkistä hyvinvointia aiheuttamalla äidille esimerkiksi painajaisunia, vihautunteita tai jopa synnytyksen jälkeistä masennusta (Beck 2005). Kielteinen tai traumaattinen synnytyskokemus voi aiheuttaa synnytyspelkoa (Storksén ym. 2013). Lisäksi kielteinen tai traumaattinen synnytyskokemus voi johtaa esimerkiksi keisarileikkaukseen seuraavassa raskaudessa (Pang 2008). Myös synnytyspelko voi vaikuttaa kielteisesti synnytyskokemukseen (Hildingsson ym. 2011; Haines ym. 2012). On arvioitu, että ensisynnyttäjistä noin 7 %:lla synnytyskokemus on kielteinen (Waldenström ym. 2004). Noin joka kolmannella ensisynnyttäjistä synnytyskokemus on eriasteisesti traumaattinen (Soet, Brack & DiIorio 2003).

Äidin kokonaisvaltainen ja myönteinen synnytyskokemus on Äitiysneuvolaoppaassa asetettu synnytysvalmennuksen tavoitteeksi (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Sen saavuttamiseksi ei kuitenkaan ole olemassa yhtä ainoaa tapaa (Lundgren & Berg 2007). Tutkimusten mukaan synnyttäjän kokema hallinnan tunne on yksi tärkeimmistä synnytyskokemukseen myönteisesti vahvistavista tekijöistä (Bryanton ym. 2008). Goodman ym. (2004) mukaan juuri hallinnan tunteen kokemuksen kautta äiti tekee arviota synnytyskokemuksensa tyydyttävyydestä.

Hallinnan käsite lisääntymisterveyden kontekstissa ei tarkoita biologisen synnytysprosessin kontrollointia, vaan hallinta on enemmän yksilöllinen kokemus, jota voidaan kuvata monipuolisesti: Namey & Lysterly (2010) määrittelevät hallinnan äidin arvojen ja toiveiden mukaisena osallisuutena synnytyksenaikaisessa toiminnassa ja päätöksenteossa. Äidin synnytystoiveiden ja synnyttämiseen liittyvien tarpeiden huomiointi ja kunnioittaminen ovat tyydyttävän synnytyskokemuksen muodostumisessa tärkeitä (Dennis 2015, Lewis ym. 2016). Tiedon saaminen raskauden ja synnytyksen aikana on hallinnan perusedellytys (Ryttyläinen 2005). Hallinnan tunne voi muodostua äidin ymmärtäessä hoitohenkilökunnan toimintaa ja hallitessa omaa käyttäytymistään myös supistusten eli kivun aikana (Green & Baston 2003). Hallinta voi siis tarkoittaa esimerkiksi mahdollisuutta liikkumiseen synnytyksen aikana äidin niin halutessa (Hardin & Buckner 2004). Hallinta voi myös tarkoittaa mahdollisuutta tehdä synnytyksenaikaisia valintoja (Cook & Loomis 2012). Synnytystilanteen tuttuudella on merkitystä, sillä uudelleensynnyttäjien

hallinnan tunteen on kuvattu olevan ensisynnyttäjiä vahvempaa (Green & Baston 2003).

Äidin raskaudenaikaiset synnytysodotukset voivat vaikuttaa synnytyskokemuksen laatuun: Ayers & Pickeringin (2005) mukaan myönteiset synnytysodotukset ovat yhteydessä myönteiseen synnytyskokemukseen ja negatiiviset odotukset ovat päinvastoin yhteydessä vähäisempään hallinnan tunteeseen sekä synnytyspelkoon. Synnytysodotusten tulisi olla ennen kaikkea totuudenmukaisia sekä oikeaan tietoon perustuvia, sillä realistiset odotukset vaikuttavat myönteisesti hallinnan kokemukseen (McCrea ym. 2000). Synnytysodotusten toteutumatta jääminen vaikuttaa taas hallinnan kokemukseen heikentävästi (Hauck ym. 2007). Synnyttäjän olisi hyvä olla tietoinen siitä, mihin hänen synnytysodotuksensa perustuvat, sillä televisio-ohjelmien ja muun median on tutkittu muokkaavaan vahvasti äitien synnytysasenteita (Stoll & Hall 2013). Median luoma kuva voi usein olla epärealistinen: alatiesynnytys näyttäytyy vaarallisena ja kivuliaana, kun taas tekniikka ja lääketieteelliset interventiot näyttäytyvät turvallisuutta tuovina (Morris & McInerney 2010; Stoll & Janssen 2014; Luce ym. 2016).

Synnyttäjän ja kättilö hoitosuhteen jatkuvuus läpi raskauden ja synnytyksen on tärkeää (Davison ym. 2015). Hoitosuhteen jatkuvuus voi lisätä äidin tyytyväisyyttä hoitoonsa (Sandall ym. 2015). Kättilön ja synnyttäjän välisten keskustelumahdollisuuksien vähäisyys voi toisaalta vaikuttaa kielteisesti synnytyskokemukseen (Waldenström ym. 2004). Hoitosuhteen laatu voi olla tärkeämpi tekijä kuin synnytyskipu tai sen lievittäminen (Hodnett 2002). Äidit haluavat tulla kuulluiksi (Dennis 2015). Lisäksi äidit haluavat tulla syvällisesti kohdatuiksi ja ymmärretyiksi hoitavien henkilöiden taholta (Goberna-Tricas ym. 2011). Potilaan kuulluksi tuleminen kokemus hoitosuhteessa on yhteydessä kokemukseen hoidon jatkuvuudesta muissa terveydenhuollon konteksteissa (Renholm 2015; Raivio 2016). Molemminpuoliseen kunnioitukseen perustuvassa, luottamuksellisessa yhteistyössä kättilö tiedon antamisen, läsnäolon ja henkisen tuen välittämisen avulla vahvistaa äidin synnytyskipusta selviytymiseen ja synnyttämiseen liittyviä kykyuskomuksia sekä näin rohkaisee ja antaa tilaa synnyttäjälle tehdä esimerkiksi synnytyksenaikaisia päätöksiä (Hermansson & Mårtensson 2011; Nilsson ym. 2013; Karlström ym. 2015).

2.5.1 Synnytyskipusta selviytyminen

Synnytyskipu ja äidin käsitys siitä selviytymisestä ovat keskeisiä asioita, jotka voivat aiheuttaa huolta jo raskausaikana ja jotka voivat vaikuttaa myös synnytyskokemukseen (Geissbühler & Eberhard 2002; Melender 2002; Maier 2010). Synnyttäjän omalla asenteella ja suhtautumistavalla on suuri vaikutus siihen, minkälaisen merkityksen hän synnytyskipulle antaa. Ääripäinä ovat saavuttamisorientaatio, jonka mukaan äiti tulkitsee kivun normaaliin synnytykseen välttämättömästi kuuluvana ja synnytyksen edistymisestä kertovana asiana (Gucht Van der & Lewis 2015). Toisena ääripäänä on välttämisorientaatio, jossa synnytyskipu on vain sen lääkitsemistä varten (Whitburn ym. 2014). Pahimmillaan synnytyskipun välttäminen saattaa johtaa toiveeseen saada synnyttää keisarileikkauksella (Stoll & Janssen 2014). Toisaalta kova synnytyskipu voi heikentää äidin kokemaa hallintaa (Ryttyläinen 2005). Kova kipu voi myös huonontaa synnytyskokemuservioita (Goodman ym. 2004). Toisaalta synnytyskipun hyväksyminen saattaa vähentää lääkkeellisen synnytyskipunlievityksen käyttöä. Äidin oma myönteinen suhtautuminen ei silloin kuitenkaan pelkästään riitä, vaan myös äitiyshuollon eri organisaatioissa toimivien tulisi hyväksyä kipu osaksi synnytystä. (Christiaens ym. 2010.)

Synnytyskipunlievityksen käytön merkitys synnytyskokemuksen muodostumisessa on epäselvä (Bélanger-Lévesque ym. 2014). Kivunlievityksen käyttö voi lisätä synnyttäjän hallinnan tunnetta ja sitä kautta vaikuttaa myönteisesti synnytyskokemukseen (Nilsson ym. 2013). Toisaalta epiduraalipuudutuksen käyttö ei välttämättä takaa hyvää synnytyskokemusta (Kannan ym. 2001; Waldenström ym. 2004). Erityisesti synnytyskokemus heikkenee, jos synnyttäjä vastoin alkuperäistä suunnitelmaansa joutuu ottamaan puudutuksen (Nilsson ym. 2013). Äitien odotukset synnytyskipusta selviytymiseksi ilman lääkkeellistä kivunlievitystä voivat joskus olla epärealistisia (Lally ym. 2008). Joskus äiti voi tuntea ylpeyttä siitä, ettei käyttänyt epiduraalipuudutusta synnytyksessä (Larkin ym. 2017).

Selkäydinpuudutusten (spinaali- ja epiduraalipuudutus) käyttö synnytyskipunlievityksenä on Suomessa yleistä ja niiden käyttömäärät ovat viimeisten vuosien aikana olleet hieman nousussa (Vuori & Gissler 2016). Taulukossa 4. esitetään puudutteiden käyttömäärät vuosien 2010–2015 välillä. Puudutteiden rutiininomaista käyttöä olisi kuitenkin hyvä välttää, sillä kivunlievitysteknisiensa lisäksi niillä on myös haittoja: ne ovat yhteydessä imukuppsynnytykseen (Anim-Somuah ym. 2011; Jones ym. 2012), päivystyskeisarileikkauksiin (Eriksen ym. 2011) sekä haittaavat vastasyntyneen synnytyksen jälkeistä imemisvalmiutta (Brimdyr ym. 2014).

Taulukko 4. Selkäydinpuudutusten käyttömäärät alateitse synnyttäneillä vuosina 2010–2015

| Kivun- lieivitys (%) | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Epiduraali | | | | | | |
| Kaikki | 46,1 | 47,3 | 48,2 | 48,3 | 49,0 | 49,5 |
| Ensisynnyttäjät | 70,0 | 72,0 | 75,0 | 75,0 | 75,0 | 75,0 |
| Spinaali | | | | | | |
| Kaikki | 15,9 | 17,2 | 18,3 | 19,8 | 19,8 | 19,8 |
| Ensisynnyttäjät | 6,6 | 6,9 | 7,0 | 6,8 | 6,0 | 5,8 |
| Yhdistelmä (epid+spin) | | | | | | |
| Kaikki | 0,7 | 0,9 | 1,3 | 2,0 | 2,6 | 3,4 |

Lähde: Vuori & Gissler 2016

2.6 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Synnytykseen valmistautuminen on ensisynnyttäjän elämässä monimerkityksinen asia, jossa raskaudenaikaiset synnytysodotukset ja -luottamus, synnyttämiseen liittyvä pelko ja synnytyskipuun asennoituminen kietoutuvat toisiinsa tulkinnallisessa kehässä kielteisesti tai myönteisesti joko äidiltä voimaa vieden tai sitä antaen. Selvitäkseen raskausajasta ja synnytyksestä erityisesti ensisynnyttäjä tarvitsee paljon tukea ja tietoa.

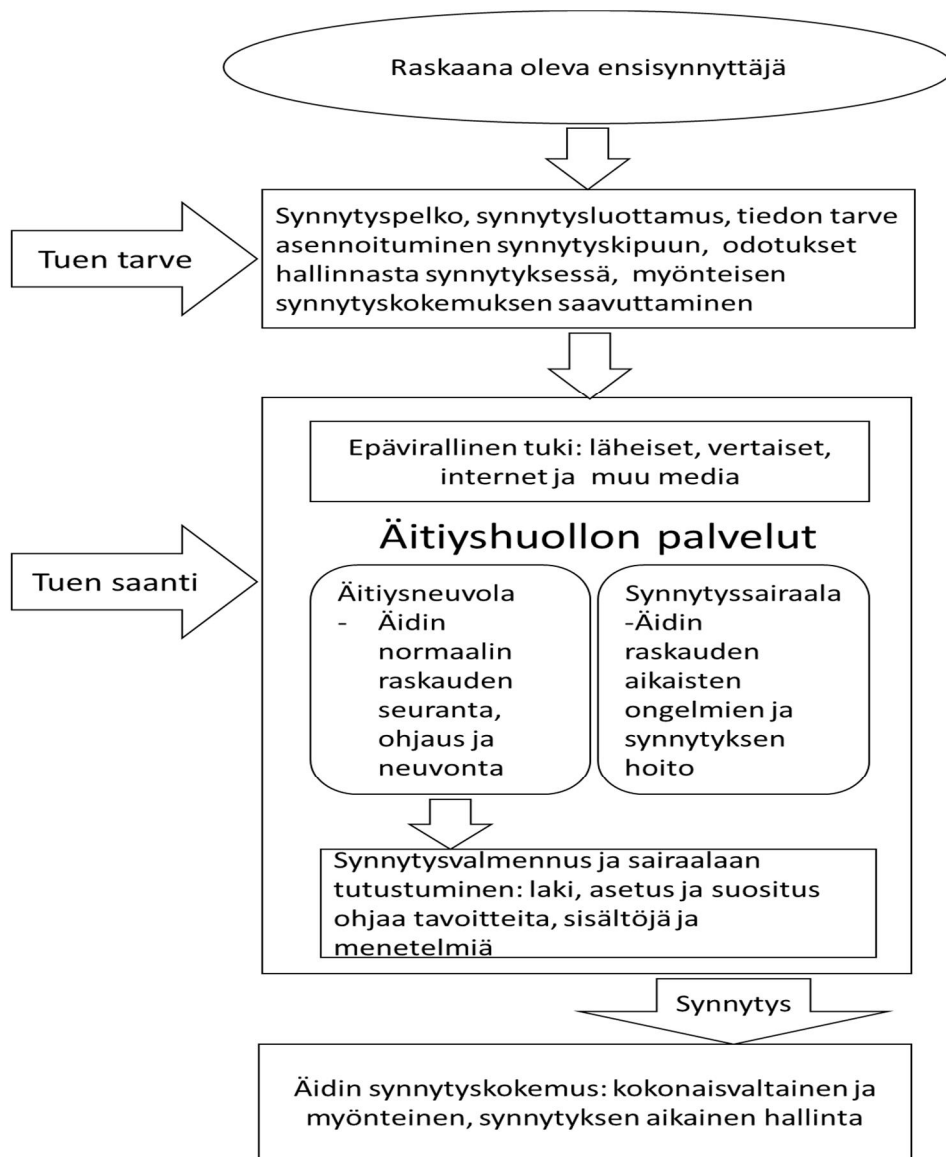
Äidin läheisten ja vertaisten antama tuki sekä internetistä ja muusta mediasta saatava tieto ovat synnytykseen valmistautumisessa tärkeitä, mutta eivät täysin ristiriidattomia; media voi luoda synnytyksestä vääriä mielikuvia ja lisätä epärealistisia odotuksia (Morris & McInerney 2010; Stoll & Hall 2013; Stoll & Janssen 2014; Luce ym. 2016). Joskus vertaisten kertomat kielteiset synnytystarinat voivat aiheuttaa äidissä synnytyspelkoa (Melender 2002; Fisher ym. 2006). Pelko voi hankaloittaa äidin raskausaikaa, aiheuttaa epävarmuutta ja johtaa äidin epäilemään omaa kyvykkyyttään synnyttäjänä (Nilsson & Lundgren 2009). Synnytyspelkodiagnoosin saaneiden äitien määrä on viimeisten vuosien aikana ollut lievässä nousussa (THL/ Syntymärekisteri 2016).

Terveydenhuoltolain (1326/2010), Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) ja äitiysneuvolatoimintaan liittyvien suositusten (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013) ohjaamat äitiyshuollon palvelut ovat yhteiskunnan antama virallinen tuki raskaana olevalle ja hänen perheelleen. Äitiyshuollon palveluita tuottava organisaatiomalli on kaksijakoinen siten, että äidin normaalisti etenevän raskauden ajan hoidon, ohjannan ja neuvonnan päävastuu on perusterveydenhuollon äitiysneuvolalla; mikäli ongelmia

ilmenee, äidin hoito täydentyy erikoissairaanhoidon synnytyssairaaloiden tuottamilla palveluilla. Hoidon järjestämistavasta johtuen synnyttäjän yhteys tulevaan synnytysympäristöönsä voi jäädä etäiseksi varsinkin, koska synnytysvalmennuksen osana oleva sairaalaan tutustuminen toteutuu nykyään yhä useammin virtuaalisesti.

Synnytysvalmennus on Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaista toimintaa. Valmennuksen tavoitteista, sisällöistä ja menetelmistä annetaan virallisia suosituksia Äitiysneuvolaoppaassa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Oppaassa synnytysvalmennuksen tavoitteeksi asetetaan äidin tukeminen kokonaisvaltaisen ja myönteisen synnytyskokemuksen saavuttamiseksi. Synnyttäjän kokemus hallinnan tunne on yksi tärkeimmistä synnytyskokemusta vahvistavista tekijöistä (Bryanton ym. 2008). Tiedon saaminen on hallinnan saavuttamisen perustekijä (Ryttyläinen 2005). Synnytyskokemuksella voi olla myönteisiä vaikutuksia äidin elämässä, jos kokemus on myönteinen ja kielteisiä, jos äiti kokee synnytyksensä liian vaativana tai traumaattisena. Synnytysvalmennukselle asetettujen tavoitteiden seuranta on vähäistä ja tutkimusnäyttö suomalaisen synnytysvalmennuksen vaikuttavuudesta on myös vähäistä.

Tässä tutkimuksessa synnytysvalmennuksella kätilötyön interventiona tarkoitetaan kaikille ensisynnyttäjille suunnattua synnytykseen valmentavaa palvelua, jota järjestettiin synnytyssairaalassa kätilöiden ohjauksessa. Kuviossa 2 esitetään yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.



Kuvio 2. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia synnytysvalmennusta kättilötyön interventiona sekä testata sen vaikuttavuutta ensisynnyttäjien synnytykseen valmistautumisen tukemisessa. Ensimmäisen vaiheen tavoitteena on tuottaa tietoa vanhempien kokemuksista sairaalaympäristössä toteutetusta synnytysvalmennuksesta. Saatua tietoa hyödynnettiin lopullisessa intervention toteutuksessa sekä hypoteesien määrittelyssä. Toisen vaiheen tavoitteena on tuottaa tietoa valmennuksen vaikuttavuudesta äitiyshuollon palvelujen käyttöön, äitien synnytyspelkoihin, synnytyskokemukseen sekä synnytyskivusta selviytymiseen. Tietoa voidaan hyödyntää valmennuspalveluiden kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

Vaihe 1, laadullinen tutkimus

1. Minkälaisena ensimmäistä lastaan odottavat vanhemmat kokivat sairaalaympäristössä toteutetun synnytysvalmennuksen? (artikkeli I)

Vaihe 2, interventiotutkimus

2. Miten interventio vaikutti äitiyshuollon palvelujen käyttöön? (artikkeli IV)
Hypoteesi 1: Interventioon osallistuminen vähentää käyntejä äitiyspoliklinikalla, muihin synnytysvalmennuksiin osallistumista sekä lyhentää sairaalassaoloajan pituutta ennen lapsen syntymää.
3. Kuinka paljon synnytyspelkoa esiintyi alkuraskaudessa? (artikkeli II)
4. Miten interventio vaikutti ensisynnyttäjien synnytyspelkoon? (artikkeli III)
Hypoteesi 2: Interventioon osallistuminen lieventää ja vähentää loppuraskaudessa koettuja synnytyspelkoja.
5. Mitkä tekijät olivat yhteydessä synnytyspelon muodostumiseen ja miten pelko ilmeni? (artikkeli II)
6. Miten interventio vaikutti synnytyspelon ilmenemiseen? (artikkeli III)
Hypoteesi 3: Interventioon osallistuminen vähentää synnytyspelosta johtuvaa oireilua loppuraskaudessa.
7. Miten interventio vaikutti ensisynnyttäjien synnytyskokemukseen, synnytyskivusta selviytymiseen ja kivunlievityksen käyttöön? (artikkeli IV)
Hypoteesi 4: Interventioon osallistuminen parantaa ensisynnyttäjien tyytyväisyyttä synnytyskokemukseensa, vahvistaa arvioita synnytyskivusta selviytymisestä sekä vähentää lääkkeellisen synnytyskivunlievityksen käyttöä.

4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen vaiheet ja tutkimusasetelma

Tutkimuksessa oli kaksi vaihetta ja tutkimusasetelma esitetään kuviossa 3.

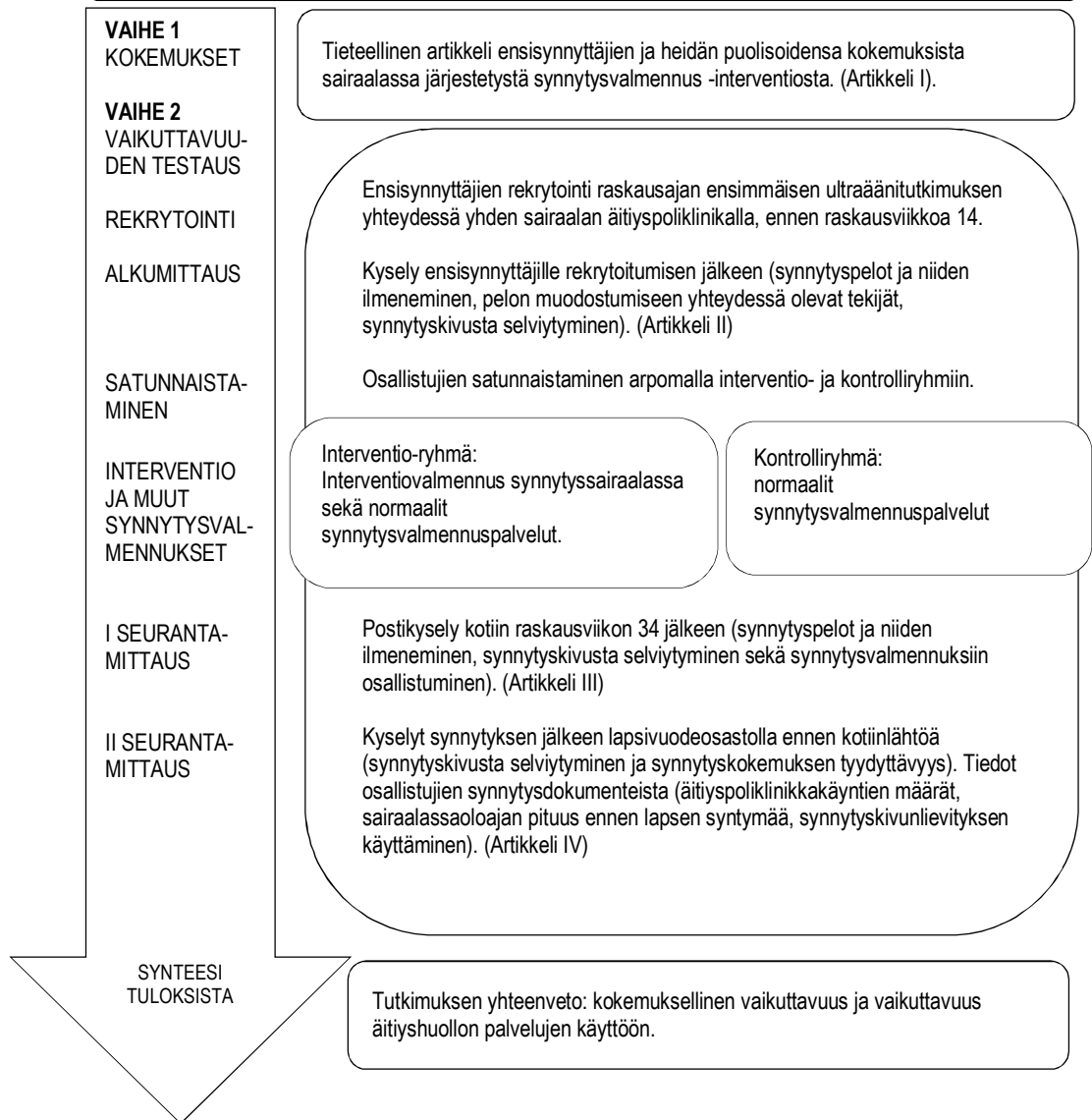
Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kuvattiin ensisynnyttäjien ja heidän puolisoitensa kokemuksia sairaalassa järjestetystä synnytysvalmennus-interventiosta (artikkeli I). Interventio kehitettiin ja sitä esitettiin aikaisemmassa tutkimuksessa (Haapio 2006). Esitestauksen avulla saadut käyttäjäkokemukset hyödynnettiin tutkimuksen toisessa vaiheessa lopullisen synnytysvalmennus-intervention toteutuksessa ja tutkimushypoteesien määrittelyssä.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa synnytysvalmennus-intervention vaikuttavuutta testattiin kontrolloidun satunnaistetun koeasetelman avulla vertailemalla laajennetusti valmentautuneita ensisynnyttäjiä normaalilla tavalla valmentautuneisiin ensisynnyttäjiin. (Artikkelit II, III ja IV). Molempien ryhmien äidit saivat normaalit synnytysvalmennuspalvelut, jotka määriteltiin yhdeksi synnytysvalmennuskerraksi neuvolassa sekä tutustumiseksi synnytyssairaalaan. Interventio-ryhmän äidit saivat lisäksi tutkimukseen kuuluneen synnytysvalmennuksen sairaalassa ylimääräisenä palveluna.

Kohdeorganisaationa toimi yksi Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) kolmesta synnytyssairaalaista. Vuonna 2015 kohdesairaalassa hoidettiin 3902 synnyttäjää ja heidän synnytystään. Synnyttäjistä noin 41 prosenttia (1599) oli ensisynnyttäjiä. (Vuori & Gissler 2016.) Tutkimus toteutettiin kohdesairaalan äitiyspoliklinikalla, synnytysosastolla sekä kahdella lapsivuodeosastolla.

Osallistujat rekrytoitiin raskausajan ensimmäisen ultraääniseulatutkimuksen yhteydessä synnytyssairaalan äitiyspoliklinikalla, jolloin myös tutkimuksen alkumittauskysely tehtiin. Vastaamisen jälkeen osallistujat satunnaistettiin arpomalla interventio-ryhmään sekä normaalisti valmentautuneiden kontrolliryhmään.

Synnytysvalmennus -intervention kehittäminen sairaalaympäristöön sekä intervention esitetaus. Teemahaastattelut ensisynnyttäjien ja heidän puolisoidensa (n=12) synnytysvalmennuskokemuksista sekä sisällön analyysi. (Haapio 2006)



Kuvio 3. Tiivistelmä tutkimusasetelmasta

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen valmennuskokemukset kerättiin yhteensä kahdeltatoista sairaalassa järjestettyyn synnytysvalmennukseen osallistuneelta ensisynnyttäjältä ja heidän puolisoiltaan. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja sisäänottokriteereinä olivat äidin ensisynnyttäjäisyys sekä raskauden kesto (yli 32 raskausviikkoa).

Tutkimuksen toisen vaiheen perusjoukoksi määriteltiin kaikki yhden yliopistosairaalan äitiyspoliklinikalle ensimmäiseen raskaudenaikaiseen ultraääniseulatus tutkimukseen rekrytointiajankohtana (8/2009–12/2010) tulleet ensisynnyttäjät (N=1850). Tämä on Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoihin perustuva kokonaismääräarvio (Vuori & Gissler 2012). Tavoitteena oli rekrytoida 800 äitiä, mutta aineiston hitaan kertymisen vuoksi tavoitteesta tingittiin hieman. Otokoko haluttiin saada kohtalaisen suureksi, jotta kahden eri ryhmän tilastollinen vertailtavuus olisi mahdollista ja jotta tulosten tulkinnassa 95 %:n luotettavuustaso olisi mahdollinen. Otokoon määrittely oli karkea arvio, eikä tarkkaa voimalaskelmaa tehty. Interventiotutkimukseen osallistui kaikkiaan 715 ensisynnyttäjää, jotka täyttivät sisäänottokriteerit: normaali löydös raskauden ensimmäisessä ultraääniseulatus tutkimuksessa (yksisikiöinen, raskausviikkoja vastaava kohdunsisäinen raskaus), 18 – 40 -vuoden ikä, suomenkielisyys sekä halukkuus osallistua tutkimukseen. Poissulkukriteereinä olivat sellaiset raskauteen tai äidin taustoihin liittyvät tekijät, joiden arvioitiin lähtökohtaisesti vaikuttavan raskauden normaaliin etenemiseen ja vaativan tarkempaan raskaudenajan seurantaan (monisikiöisyys, epänormaali löydös ultraäänitutkimuksessa, ensisynnyttäjän korkea ikä sekä alaikäisyys). Koska synnytysvalmennukset järjestettiin suomen kielellä, rajattiin suomen kieltä taitamattomat tutkimuksen ulkopuolelle.

4.3 Tutkimusaineistojen kerääminen

Vaihe 1

Ensisynnyttäjien ja heidän puolisoitensa synnytysvalmennuskokemuksia kuvannut laadullinen aineisto kerättiin teemahaastatteluin yhteensä kahdeltatoista sairaalassa järjestettyyn synnytysvalmennukseen osallistuneelta ensisynnyttäjältä ja heidän puolisoiltaan (artikkeli I). Parihaastatteluinä (äiti ja isä) toteutetut nauhoitetut strukturoidut teemahaastattelut tehtiin ensimmäisenä tai toisena synnytyksen jälkeisenä päivänä synnytys sairaalan lapsivuodeosastolla (kesällä 2006). Vanhemmat valikoituivat haastatteluun synnyttämääntulojärjestyksen mukaan. Tutkija soitti

synnytyksen jälkeen lapsivuodeosastolle siirtyneelle perheelle ja sopi haastatteluajan. Uusia haastatteluja tehtiin niin kauan, kunnes asiat alkoivat toistua, eikä uusia asioita enää tullut esille. Kaikilta haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus. Haastatteluteemat sisälsivät kysymyksiä vanhempien synnytysvalmennusodotuksista ja valmennuksen järjestelyistä, valmennuksen tiedollisesta sisällöstä ja siinä sovelletusta opetusmenetelmästä sekä valmennuksen hyödyttävyydestä. Haastatteluiden kesto vaihteli 32 minuutista 54 minuuttiin. Litteroitu aineisto sisälsi 59 sivua tekstiä fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1.

Vaihe 2

Intervention vaikuttavuuden esille saamiseksi aineistot kerättiin pitkittäistutkimuksena (Polit & Beck 2012). Mittauspisteitä oli kolme: alkumittaus ja kaksi intervention jälkeistä seurantamittaus. Kuviossa 4 esitetään interventiotutkimukseen osallistuneiden ja keskeyttäneiden lukumäärät eri mittauspisteissä. Kaikki aineistojen keräämiseen osallistuneet henkilöt saivat perehdytyksen tehtävänsä.

Alkumittausaineisto (artikkeli II) kerättiin kyselyillä synnytysairaalan äitiyspoliklinikalla raskaudenajan ensimmäiseen seulaultraäänitutkimukseen tulleilta ensisynnyttäjiltä (8/2009–12/2010). Ennen aineiston keräämisen aloitusta äitiyspoliklinikan henkilökunnalle pidettiin osastotunti tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja kulusta. Henkilökunta perehdytettiin myös rekrytoinnin toteuttamiseen (tutkimustiedotteen sisältö ja jakaminen sekä suostumuslomakkeen täyttäminen), kyselyiden jakamiseen, osallistujien satunnaistamiseen interventio- ja kontrolliryhmiin sekä jatko-ohjeiden antamiseen interventio-ryhmäläisille (kirjallinen ennakkomateriaali sekä ajanvaraaminen synnytysvalmennukseen).

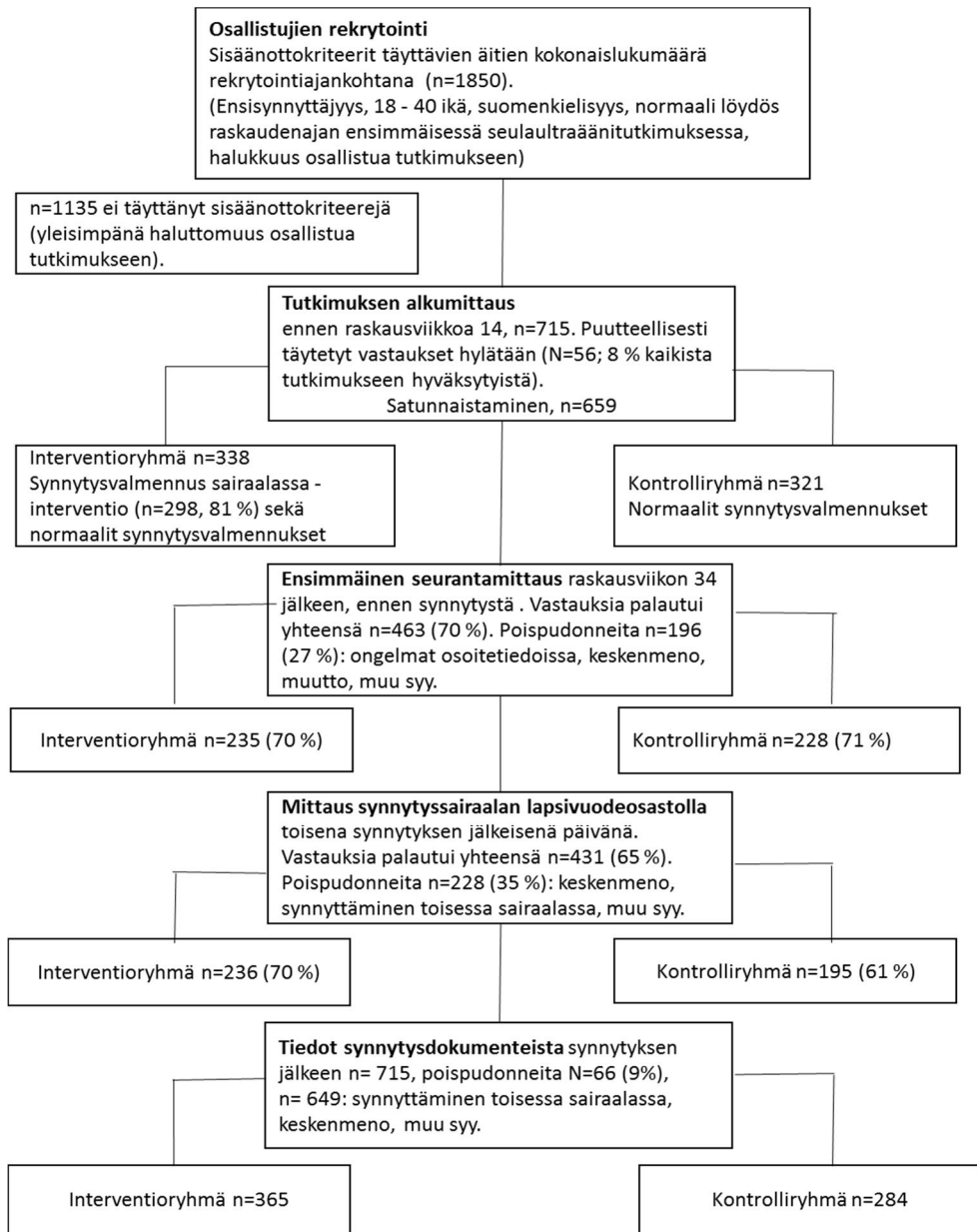
Äitiyspoliklinikalle tullessa kaikille tutkimuskriteerit täyttäneille ensisynnyttäjille jaettiin tutkimustiedote, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta, kulusta, satunnaistamisesta sekä tutkimuseettisistä asioista. Äidit ohjattiin lukemaan tiedote heidän odottaessaan pääsyä ultraäänitutkimukseen. Ultraäänitutkimuksen jälkeen seulonnan tehnyt kättilö kysyi äidin halukkuutta osallistua tutkimukseen, mikäli löydös oli normaali. Tässä yhteydessä äidillä oli vielä mahdollisuus tarkentaa osallistumiseen liittyneitä asioita. Tämän jälkeen tutkimukseen osallistuneille jaettiin kirjjekuoressa oleva kyselylomake, sattumanvaraisesti määräytynyt erillinen kooditieto sekä suostumuslomake allekirjoitettavaksi. Kyselyn äiti täytti ultraäänitutkimuksen jälkeen äitiyspoliklinikan odotustilassa, ja kyselylomake palautettiin suljetussa kirjjekuoressa äitiyspoliklinikan henkilökunnalle. Samalla äiti palautti suostumuslomakkeen, johon

tuli myös suostumuksen vastaanottaneen henkilön allekirjoitus päivämäärineen. Satunnaistaminen interventio- ja kontrolliryhmiin tapahtui palautuneen kooditiedon perusteella äitiyspoliklinikan vastaanoton henkilökunnan toimesta. Interventio-ryhmän äidit saivat lisäksi valmennuksen ennakkotyöskentelymateriaalin ja jatko-ohjeet sairaalassa järjestettävään synnytysvalmennukseen osallistumiseksi sekä suullisesti että kirjallisesti. Tutkija lähetti interventio-ryhmän äideille yhden tekstiviestimuistutuksen noin kuukautta ennen suunniteltua osallistumisaikaa, jotta äidit muistivat varata omaan paikkansa valmennukseen.

Vastauskirjekuoret sekä henkilötietoja sisältäneet paperit säilytettiin äitiyspoliklinikalla lukitussa tilassa, josta tutkija kävi ne keskimäärin kerran kuukaudessa noutamassa. Vastauslomakkeen mukana ollut tunnistekoodi merkittiin osallistujien sähköiseen synnytyskertomusjärjestelmään, jotta myöhempien vaiheiden mittaukset oli mahdollista toteuttaa. Rekrytoinnin suorittaneet henkilöt eivät osallistuneet intervention toteuttamiseen tai hoitaneet osallistujien synnytystä.

Ensimmäinen intervention jälkeinen seurantamittausaineisto (artikkeli III, yhteenveto) kerättiin lähettämällä osallistujille postikysely kotiin keskimäärin raskausviikon 34 jälkeen (2/2010–6/2011), kun äidit olivat käyneet interventiovalmennuksen sekä haluamansa muut synnytysvalmennukset. Kotiin lähetetyssä kirjeessä oli mukana saate ja kyselylomake sekä valmiiksi maksettu palautuskuori osoitetietoineen. Äidit lähettivät kyselylomakkeet takaisin synnytyssairaalaan, josta tutkija kävi ne noutamassa keskimäärin kerran kuussa. Muistutuskirjeitä ei lähetetty.

Toinen intervention jälkeinen seurantamittausaineisto (artikkeli IV, yhteenveto) muodostui 1- 3 päivää synnytyksen jälkeen synnytyssairaalan lapsivuodeosastolla ennen äidin kotiutumista tehdyistä kyselyistä sekä synnytyskertomustiedostosta poimituista tiedoista (3/2010–8/2011 välisenä aikana). Lapsivuodeosaston kättilö jakoi kyselylomakkeet äideille kotiinlähtöpäivänä. Äidit palauttivat täyttämänsä lomakkeet suljetussa kirjekuoressa lapsivuodeosaston kansliassa olevaan laatikkoon, josta tutkija nouti ne noin kerran kuukaudessa. Tutkija poimi tiedot äitien synnytysdokumenteista käsin ja kirjoitti ne muistiin tarkoitusta varten tehtyyn lomakepohjaan (liite 2).



Kuvio 4. Interventiotutkimukseen osallistuneiden ja keskeyttäneiden määrät eri mittauspisteissä ryhmittäin

4.3.1 Mittarit ja aineistojen analysointi

Vaihe 1

Taustatietoina kysyttiin ikä, synnyttäneisyys (isältä kysyttiin aikaisempien lasten lukumäärä), siviilisääty, synnytystapa, vastasyntyneen paino, raskausviikot synnytyshetkellä ja valmennukseen osallistuessa sekä synnytyksessä käytetty kivunlievitys.

Tutkimuksen laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin sanatarkasti muistiin ja ne koodattiin sukupuolen (äiti=Ä ja isä=I) sekä haastattelujärjestyksen (Ä1-6 sekä I1-6) mukaan. Analyysiyksiköksi määriteltiin kaikki aineiston sisältämät ja tutkimustehtävän kannalta olennaiset ilmaisut yksittäisistä sanayhdistelmistä muutaman lauseen ajatuskokonaisuuksiin. Laadullisen analyysiprosessin mukaisesti aineistoa pelkistettiin tutkimustehtävien mukaisesti ja pelkistettyjä ilmaisuja muodostui yhteensä 526. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin niiden merkityssisällön mukaisesti saman sisältöisiin luokkiin, joille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Tämän jälkeen ryhmitellyt ilmaisut abstrahoitettiin edelleen alakategorioiksi. Saman sisältöisistä alakategorioista muodostettiin yhdistelemällä yläkategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Kylmä ym. 2003, Hsieh & Shannon 2005).

Vaihe 2

Sosiodemografisina taustatietoina kerättiin äidin ikä, siviilisääty ja koulutustausta. Raskauteen liittyvinä taustatietoina kerättiin tieto äidin aiemmista raskauksista, tämän raskauden alkamisen tapa ja kulku, äidin raskaudenaikainen terveydentila, raskauden kesto vastaushetkellä täysien raskausviikkojen mukaan, tieto suunnitellusta keisarileikkauksesta ja neuvola, jossa äiti käy raskaudenajan seurannassa sekä puolison synnytysvalmennukseen osallistuminen. Synnytykseen liittyvinä taustatietoina kerättiin tieto synnytyksen käynnistymisestä, avautumisvaiheen ja ponnistusvaiheen kesto sekä synnytystapa. Taustamuuttujat esitetään liitteessä 2 ja niiden luokittelut esitetään taulukossa 5.

Taulukko 5. Tutkimuksessa käytettyjen taustamuuttujien luokittelu

| Taustamuuttuja | Asteikko | Luokittelu |
|--|-----------------|---|
| Ikä | jatkuva | 1= 18–22; 2= 23–29; 3= 30–35; 4= 36–40 |
| Siviilisääty | luokiteltu | 1= naimisissa; 2= avoliitossa; 3= elää yksin |
| Koulutustausta | luokiteltu | 1= ei ammatillista koulutusta; 2= toisen asteen koulutus; 3= opisto- tai ammattikorkeakoulutasoinen; 4= yliopisto/akateeminen tutkinto |
| Aikaisemmat raskaudet | luokiteltu | 1= ei; 2= kyllä |
| Tämän raskauden alku | luokiteltu | 1= suunniteltu, spontaani; 2= suunniteltu, lääketieteellisesti avustettu; 3= suunnittelematon |
| Tämän raskauden kulku | luokiteltu | 1= normaali; 2= poikkeava |
| Raskaudenaikainen terveydentila | luokiteltu | 1= terve; 2= krooninen sairaus; 3= akuutti sairaus |
| Raskauden kesto vastaushetkellä | jatkuva | alkumittaus: kymmeneen luokkaa täysien raskausviikkojen mukaan (raskausviikot 8 - 17) I seurantamittaus: 1= 34- 35; 2= 36 - 37; 3= 38 – 40 |
| Suunniteltu keisarileikkaus | luokiteltu | 1= ei; 2= kyllä |
| Neuvolatieto | luokiteltu | Espoo, Vantaa, Helsinki, Kauniainen, Kirkkonummi, Nummela/Nummi-Pusula, Vihti, Klaukkala, Inkoo |
| Puolison osallistuminen synnytysvalmennukseen | luokiteltu | 1= ei; 2= kyllä |
| Synnytyksen käynnistyminen | luokiteltu | 1= spontaani; 2= käynnistetty |
| Avautumisvaiheen kesto (tunneissa) | jatkuva | 1= <5; 2= ≥ 5 ≤ 10; 3= > 10 |
| Ponnistusvaiheen kesto (minuuteissa) | jatkuva | 1= < 30; 2= ≥ 30 ≤ 60; 3= > 60 |
| Synnytystapa | luokiteltu | 1= alatie; 2= alatie/perätilan ulosautto; 3= päivystyssektio; 4= suunniteltu sektio |

Lopputulosten mittaamisessa käytettiin Melenderin (2002) Raskauteen ja synnytykseen liittyvät pelot ja turvallisuus -mittaria (RSPT-mittari), tätä tutkimusta varten kehitettyjä yksittäisiä väittämiä sekä tietoja äitien synnytysdokumenteista (liite 2).

Tutkimuksen tilastolliset analyysit aloitettiin tarkastelemalla alkuperäisten muuttujien frekvenssejä, prosenttilukuja ja jakaumia. Puutteellisesti täytetyt lomakkeet (N=56) jätettiin analyyseista pois. Sen jälkeen jakaumatarkasteluja jatkettiin ryhmittäin ja ryhmien välisesti, ja ryhmien välistä eroa katsottiin T-testillä (parametrinen) sekä Wilcoxonin testillä (epäparametrinen). Jatkuvat muuttujat luokiteltiin ilmiön kliinisen merkityksen sekä tilastollisten analyyysien toimivuuden näkökulmista. Luokitelluille muuttujille tehtiin myös frekvenssianalyysit. Taulukossa 6 esitetään tutkimuksessa käytetyt lopputulosmuuttujien luokittelut.

Synnytyspelkojen mittaamiseen kehitetystä RSPT-mittarista käytettiin kolmea osaa: 1. Pelkojen kohteet -osan (kolme summamuuttujaa) viisiportaiset Likert-asteikolliset vastaukset luokiteltiin kolmeen luokkaan kuvaamaan pelon voimakkuuden tasoa suhteessa pelon aiheisiin. Lievästi pelkäävien luokka sisälsi myös ne, joilla pelkoa ei ollut. 2. Pelkojen syntyminen -osan (kolme summamuuttujaa) vastaukset luokiteltiin kahteen luokkaan kuvaamaan pelkojen syntymiseen liittyvien tekijöiden merkityksellisyyttä. Neutraali-luokka kuvasi tekijöiden vähäistä merkitystä vastaajan mielestä ja kielteinen-luokka tekijöiden suurta merkitystä. Kyseiseen luokitteluun päädyttiin skaalan alaosaan painottuneen vastausten vähäisen hajonnan vuoksi. 3. Pelkojen ilmeneminen -osassa (kolme summamuuttujaa) käytettiin dikotomista asteikkoa (1=ei, 2=kyllä), joka kuvasi pelosta johtuvien oireiden ilmenemistä tai poissaoloa.

Muihin synnytysvalmennuksiin osallistumisesta oli yksi monivalintakysymys. Synnytysvalmennustietoja käytettiin kahdella tapaa: synnytyspelkoanalyysien vakioinneissa sekä äitiyshuollon palvelujen käyttöä kuvanneina lopputulosmuuttujina.

Synnytyskivusta selviytymisen varmuutta ensisynnyttäjät arvioivat yhdellä viisiportaisella Likert-asteikollisella väittämällä (1= täysin epävarma, 2=epävarma, 3=ei varma, eikä epävarma, 4=varma, 5=täysin varma). Luokat täysin epävarma ja epävarma tulkittiin huonoksi selviytymiseksi ja luokat varma ja täysin varma hyväksi selviytymiseksi. Luokan ei varma, eikä epävarma tulkittiin kuvaavan neutraalia käsitystä synnytyskivusta selviytymisestä. Synnytyskokemuksensa tyydyttävyyttä äidit arvioivat yhdellä väittämällä kouluarvosana-asteikolla 4-10.

Syntytdokumenteista poimittiin tiedot selkädinpuudutusten käyttömääristä sekä äitiyspoliklinikalle tehtyjen käyntien määrät. Lisäksi synnytdokumenttitietojen avulla laskettiin äitien sairaalassaoloajan pituus ennen lapsen syntymää (aika synnytysosastolle kirjautumisesta lapsen syntymään).

Taulukko 6. Tutkimuksessa käytettyjen lopputulosmuuttujien luokittelu

| Mittari /muuttujat | Väittämien lkm | Asteikko | Luokittelut |
|--|----------------|------------|--|
| Pelkojen kohteet | | | 1=lievä; 2=kohtalainen; 3=kova pelko |
| Synnyttämiseen liittyvät Lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyvät | 8 | 1-5 | 1-3 |
| Keisarileikkaukseen liittyvät | 5 | 1-5 | 1-3 |
| Pelkojen syntyminen | 1 | 1-5 | 1=neutraali; 2=kielteinen |
| Kielteinen mieliala | 5 | 1-5 | 1-2 |
| Kielteiset kertomukset | 4 | 1-5 | 1-2 |
| Pelottava tieto | 2 | 1-5 | 1-2 |
| Pelkojen ilmeneminen | | | 1=ei; 2=kyllä |
| Stressioireet | 6 | 1-2 | |
| Vaikutus jokapäiväiseen elämään | 5 | 1-2 | |
| Keisarileikkaustoive | 2 | 1-2 | |
| Raskauden aikaiset käynnit | | | |
| Päivystys lkm | 1 | luokiteltu | 1=ei yhtään; 2=1-2 käyntiä; 3= ≥ 3 |
| Ajanvaraus lkm | 1 | luokiteltu | 1= 1-2 käyntiä; 2= ≥ 3 käyntiä |
| Synnytyspelko lkm | 1 | luokiteltu | 1= ei yhtään; 1= ≥ 1 käyntiä |
| Synnytyvalmennukseen osallistuminen | 1 | luokiteltu | 1=nla; 2=tutustumiskäynti sairaalaan; 3= yksityinen valmennus; 4= internet; 5= ei osallistunut |
| Synnytyksivusta selviytyminen | 1 | 1-5 | 1= täysin epävarma; 2= epävarma; 3= ei varma, eikä epävarma; 4=varma; 5= täysin varma |
| Synnytyksivunlievitys | | | |
| Spinaalipuudutus (lkm) | 1 | luokiteltu | 1= ei yhtään; 2= ≥ 1 annos |
| Epiduraalipuudutus (lkm) | 1 | luokiteltu | 1= ei yhtään; 2= 1 annos; 3= 2 annosta; 4= ≥ 3 annosta |
| Sairaalassaoloajan pituus ennen lapsen syntymää (tunneissa) | 1 | jatkuva | 1= < 1; 2= ≥ 1 < 5; 3= > 5 < 10; 4= ≥ 10 < 24; 5= ≥ 24 |
| Synnytystytyväisyys | 1 | luokiteltu | 1= tyytymätön (arvot 4, 5, 6) 2= kohtalaisen tyytyväinen (arvot 7,8) 3= erittäin tyytyväinen (arvot 9, 10) |

Muuttujien välisten yhteyksien tarkastelussa käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö -testejä: Mantel-Haenszel (ordinaali-muuttuja) tai Pearson (binaari-muuttuja). Tilastollisen merkitsevyyden rajana kaikissa testeissä pidettiin $p < 0,05$ (Polit & Beck 2012). Ristiintaulukointeja tehtiin myös intervention vaikuttavuuden selvittämiseksi tutkimalla selitettävän muuttujan ennen ja jälkeen interventiota saatuja arvoja ryhmittäin sekä tutkimalla vastemuuttujien pysyvyyttä sekä siirtymiä ennen ja jälkeen intervention. (Artikkelit III ja IV.)

Aineistoja mallinnettiin lisäksi logististen regressioanalyysien avulla (Schneider ym. 2010). Kaksiluokkaisen vasteen kohdalla käytettiin logistista regressioanalyysiä ja kolmiluokkaisen vasteen kohdalla ordinaalista logistista regressioanalyysiä (artikkelit II - IV). Analyyseissä käytettiin yhtä dummy-muuttujaa, kun selitettävä muuttuja oli kaksiluokkainen ja kahta dummy-muuttujaa, kun selitettävä muuttuja oli kolmiluokkainen (artikkeli III). Kaikissa tuloksissa esitetään logististen regressioanalyysien ristitulossuhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusvälit (lv).

Alkumittauksen regressioanalyyseissa selvitettiin 1) pelkojen syntymistä selittävien riskitekijöiden yhteyttä synnyttämiseen liittyvien pelkojen kohteisiin sekä 2) synnyttämiseen liittyvien pelkojen yhteyttä pelkojen ilmenemiseen (Artikkeli II).

Intervention vaikuttavuutta tarkasteltaessa ensimmäisen seurantamittauksen regressioanalyyseissa selvitettiin, miten laajennetusti tai normaalisti synnytykseen valmentautuneet ensisynnyttäjät erosivat toisistaan 1) synnytyspelon määrän ja voimakkuuden sekä 2) synnytyspelon ilmenemisen suhteen. Analyysit tehtiin ensin vakioimattomina malleina, jossa interventio oli ainut selittävä tekijä. Toisessa analyysissä mallit vakioitiin selitettävän muuttujan alkumittauksen arvolla. Kolmannessa analyysissä mallit vakioitiin selitettävän muuttujan alkumittausarvon lisäksi taustamuuttujilla. (Artikkeli III.)

Intervention vaikuttavuutta tarkasteltaessa toisen seurantamittauksen regressioanalyyseissa selvitettiin, kuinka laajennetusti tai normaalisti synnytykseen valmentautuneet ensisynnyttäjät erosivat toisistaan 1) äitiyshuollon palvelujen käyttömäärien sekä 2) synnytyskivusta selviytymisen ja kivunlievityksen käytön suhteen. Mallien analyyseissa vakiointeja tehtiin kahdessa tai kolmessa vaiheessa muuttujan mittaustavasta riippuen: Ensin analysoitiin vakioimattomat mallit. Toiseksi analysoitiin selitettävän muuttujan alkumittausarvolla vakioitu tai pelkästään taustamuuttujilla vakioitu malli. Kolmanneksi tehtiin mallit, joissa analyysit vakioitiin selitettävän muuttujan alkumittausarvon lisäksi taustamuuttujilla. (Artikkeli IV.)

Synnytyspelkoa koskeneet analyysit tehtiin pääosin protokollan mukaisesti (artikkeli III), eli interventio-ryhmää koskevissa analyyseissa olivat mukana vain niiden vastaukset, jotka olivat osallistuneet interventio-valmennukseen. Muista syistä johtuvia puuttuvia vastauksia ei otettu analyysiin mukaan kummankaan ryhmän

osalta. Muuttujan synnytyskivusta selviytyminen (artikkeli IV) kohdalla analyysiä kuitenkin jatkettiin tekemällä hoitoaieanalyysi eli Intention-to-treat -analyysi (ITT-analyysi), jossa puuttuvat havainnot korvattiin vastaajan edellisen mittauksen arvoilla (Nüesch ym. 2009). Analyysitavasta huolimatta tulokset olivat samanlaisia, joten niistä on raportoitu vain protokollan mukaiset tulokset. Äitiyshuollon palveluiden käyttöä koskeva aineisto sisältää kaikki tutkimukseen osallistuneet, joiden synnytyskertomustiedot olivat saatavilla.

4.4 Synnytysvalmennus-interventio

Synnytysvalmennus sairaalassa oli kaikille ensisynnyttäjille kohdennettu raskausajan ohjauksellinen interventio, jossa sovellettiin konstruktivistista oppimisteoreettista lähestymistapaa (Rauste von Wright 1997; Puolimatka 2002; Mahoney & Granvold 2005). Lopulliseen interventio-versioon tehtiin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa raportoitujen käyttäjäkokemusten mukaisesti pieniä muutoksia: interventioon lisättiin ennakkotyöskentelymateriaali sekä lyhyt mielikuvaharjoitus. Myös valitun ohjausmenetelmän käyttöä tehostettiin siten, että osallistujien ei tarvinnut keksiä kaikkia kysyttäviä asioita itse, vaan he saivat halutessaan valita valmiiksi annetuista aihepiireistä itseään eniten kiinnostavimmat. Muutokset eivät olleet suuria, mutta lisäykset paransivat intervention toteutettavuutta. Synnytysvalmennuksen keskeisimmät elementit, sairaalan synnytyssali valmennusympäristönä, keskusteluun perustuva ohjausmenetelmä, kokonaisvaltainen tutustuminen synnytyssaliympäristöön, valmennuksen tiedollinen sisältö sekä tavoitteet pysyivät interventiovalmennuksessa ennallaan.

Interventio sisälsi kaksi osaa:

1. Valmennuksen ennakkotyöskentelymateriaalina oli kirjallinen opaslehtinen, joka jaettiin äideille äitiyspoliklinikalla raskauden ensimmäisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä (raskausviikoilla 9 - 14). Opas oli tuotettu tätä tutkimusta varten ja se sisälsi tiivistetysti raskauteen ja synnytykseen liittyvää perustietoa. Oppaan tarkoituksena oli ohjata perheitä jo etukäteen miettimään tiedollisia ja emotionaalisia tarpeitaan, joihin he valmennuksessa halusivat saada tukea (osallistujien esiyymmärrys).

2. Kahden tunnin mittainen, osallistava ja osallistujien toiminnallisuuteen perustuva synnytysvalmennus järjestettiin sairaalan synnytyssalissa raskausviikolla 27–28 (myöhäisimmillään raskausviikolla 32) kättilön ohjauksessa. Valmennuksessa perheet pääsivät tutustumaan kokonaisvaltaisesti tulevaan synnytyssaliympäristöönsä:

fyysiseen (synnytyssairaalan tilat sekä synnytyssalin laitteet ja synnytyksessä käytettävät välineet), toiminnalliseen (oman synnytyspaikan synnytysten hoitotavat sekä osallistujien oma, aktiivinen toiminta) sekä sosiaaliseen (mahdollisuus keskustella kättilön sekä vertaisten kanssa) ympäristöön. Mielikuvaharjoittelun avulla osallistajat saivat tietoisesti miettiä asioita tai tekijöitä, joiden he uskoisivat auttavan synnytyksestä selviytymisessä. Harjoitteen aikana kukin sai esimerkiksi keksiä itselleen voimasanan, jonka miettiminen synnytyksen aikana voisi helpottaa heitä rauhoittumisessa tai rentoutumisessa. Intervention toteutussuunnitelma ja ydinsisällöt on kuvattu tarkemmin liitteessä 3.

Näiden synnytysvalmennus-intervention ohjauksellisten tavoitteiden välittömiksi vaikutuksiksi oletettiin ensisynnyttäjien synnyttämiseen liittyvä myönteinen asenne (Ayers & Pickering 2005; Salmela-Aro ym. 2012; Gucht & van Der Lewis 2015), hallinnan tunne (Green & Baston 2003) ja synnytysluottamuksen vahvistuminen (Karlström ym. 2015) sekä mahdollisimman totuudenmukaisen kuvan muodostuminen synnytyksestä, tulevasta synnytysympäristöstä ja toiminnasta siellä.

Valmennuksen tiedollinen sisältö vaihteli osittain eri valmennuskertojen välillä, sillä asiakaslähtöisyysperiaatteen sekä konstruktivismin mukaisesti vanhemmat saivat osallistua tiedollisen sisällön rakentumiseen oman mielenkiintonsa mukaisesti. Valmennuksen ohjausprosessi vakioitiin toistumaan samanlaisena riippumatta toteuttajasta tai osallistujista.

4.5 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksen eettisten näkökohtien pohdinta perustuu Helsingin julistuksen mukaisiin yleisesti hyväksytyihin tutkimuksen tekemistä koskeviin eettisiin periaatteisiin (World Health Organisation 2001) sekä lakiin lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999 Finlex). Pohdinnassa esitetään julistuksen periaatteiden sekä lain pykälien sisältöjen soveltamista tässä tutkimuksessa. Kappaleiden lopussa suluissa esitetty pykälä ja sen nimi viittaavat kaikki yllä mainittuun lakiin lääketieteellisestä tutkimuksesta. Eettisiä näkökulmia tarkastellaan ensin tutkimuksen kokonaisuuden kannalta. Sen jälkeen tarkastelu eriytyy laadullisen tutkimuksen ja interventio-tutkimuksen keskeisiin eettisiin seikkoihin.

Yleiset tutkimukseen liittyvät eettiset periaatteet

Tutkimusaiheen valinnan voidaan ajatella olleen eettisesti perusteltua, sillä vaikka äitien ja perheiden synnytykseen valmentaminen on lain ja asetuksen mukaista terveydenhuollon toimintaa, on tutkimustietoa synnytysvalmennuksen vaikuttavuudesta ja parhaista toteutustavoista suomalaisen äitiyshuollon kontekstissa vain vähän. Eettisten ohjeiden mukaan terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuutta, tehokkuutta ja laatua on kuitenkin jatkuvasti tutkimuksellisesti arvioitava (World Health Organisation 2001).

Osallistujien oikeudet ja etu olivat tutkimuksen kaikissa vaiheissa etusijalla (4 § Hyötyjen ja haittojen vertailu): synnytysvalmennuspalvelun kehittämisellä sekä synnytysvalmennuksesta tuotetulla vaikuttavuustiedolla tavoiteltiin ensisijaisesti äitien ja laajemminkin lasta odottavien perheiden etua ja toissijaisesti yhteiskunnallista hyötyä. Tutkimuksen täysi-ikäiset ensisynnyttäjät olivat mukana vapaaehtoisesti ja heidän osallistumisensa perustui tietoiseen päätökseen (6 § Tutkittavan suostumus): ennen osallistumispäätöksen tekemistä jokainen rekrytoitava sai tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja kuluista, aineiston keräämisestä ja analysoinneista sekä suullisesti että kirjallisesti. Lisätietoa tarvitessaan osallistujat olisivat voineet olla yhteydessä myös tutkijaan, sillä heillä oli tiedossa tutkijan yhteystiedot. Rekrytoitaville jaetussa tutkimustiedotteessa kerrottiin myös muista tutkimuseettisesti tärkeistä asioista, kuten esimerkiksi aineistojen luottamuksellisesta käsittelystä ja oikeudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa ja ilman, että se olisi vaikuttanut hoitoon jatkossa. Tutkimuksessa järjestetyt synnytysvalmennukset olivat äideille ja perheille ylimääräinen palvelu, eikä tutkimukseen osallistuminen rajannut muihin äitiyshuollon palveluihin osallistumista. Tutkijan oma terveydenhuollon peruskoulutus vastasi hyvin tutkimuksen aihetta ja antoi valmiuksia arvioida tutkimuksessa järjestettyjen synnytysvalmennusten mahdollisia riskejä osallistujille (5 § Tutkimuksesta vastaava henkilö).

Tutkimussuunnitelmat, joissa oli kuvattuna tutkimusasetelmat, hyväksyttiin yliopistossa ja ne kävivät läpi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tutkimuslupaprotokollat: Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen artikkeli perustui aikaisemmin tehtyyn laadulliseen tutkimukseen, jolle oli saatu lupa HUS:in toimialajohtajalta. Interventiotutkimuksen tutkimuslupa saatiin HUS:in naisten- ja lastentautien tulosityksiköstä sekä sen tutkimuseettinen toimikunta antoi myönteisen lausunnon tutkimussuunnitelmasta (Dnro 97/13/03/04/09). (3 § Lääketieteellisen tutkimuksen yleiset edellytykset.) Tämän tutkimuksen puutteena on, ettei sitä ole rekisteröity kansainväliseen ja julkiseen tutkimusrekisteriin.

Laadullisen tutkimuksen eettisyys

Laadulliseen tutkimukseen osallistuneiden vanhempien oikeus halutessaan keskeyttää tutkimukseen osallistuminen varmistettiin siten, ettei tutkimuksessa järjestettyyn synnytysvalmennukseen osallistuminen edellyttänyt heiltä haastatteluun suostumista. Osallistumisen vapaaehtoisuus varmistettiin suullisesti myös jokaisen synnytysvalmennustilaisuuden alussa ja vielä kerran suullisesti jokaisen haastattelun alussa. Osallistujien tietosuojan toteutuminen varmistettiin sitten, ettei haastattelujen tekemiseen tai purkamiseen tekstiksi käytetty ulkopuolisia henkilöitä. Tulokset myös raportoitiin sitten, ettei yksittäistä vastaajaa ollut mahdollista tunnistaa. Tutkija oli perehtynyt käyttämäänsä tiedonkeruu- ja analyysimenetelmään, ja pyrki vanhempien kokemusten kuvaamisessa aineistolähtöisyyteen (Tuomi & Sarajärvi 2009). Tutkija oli itse työsuhteessa kyseisessä synnytys sairaalassa ja toimi samalla myös valmennusten ohjaajana.

Interventiotutkimuksen keskeiset eettiset periaatteet

Interventiotutkimuksen vaiheessa kaikkea kerääntynyttä henkilötietoja sisältänyttä materiaalia käsiteltiin henkilötietolain (523/1999, 14 §) mukaisesti: Henkilötietojen käyttö perustui hyväksytyyn tutkimussuunnitelmaan, ja tutkimuksella oli sairaalassa vastuullinen henkilö. Materiaalia säilytettiin sairaalassa lukitussa tilassa ja sitä käsitelti vain tutkija tai äidin hoitoon muutenkin osallistunut hoitohenkilökunta. Kenelläkään ulkopuolisella ei ollut pääsyä osallistujan henkilötietoihin. Kyselylomakkeiden koodaamisen avulla myös suorat tunnistetiedot pystyttiin poistamaan analyysivaiheessa. Henkilötietoja sisältänyt materiaali hävitettiin tutkimusaineiston keräämisen ja aineiston tallennuksen loputtua.

Synnytysvalmennus-interventiosta ei arvioitu olevan haittoja äideille, mutta synnytyspelkojen tutkimiseen liittyi pieni äiteihin kohdistuva haittariski (3 § Hyötyjen ja haittojen vertailu, 9 § Raskaana oleva tai imettävä nainen tutkittavana): peloista kysyminen ja niiden miettiminen on saattanut joillakin lisätä pelkoja tai aktivoida niistä tietoiseksi tulemista. Haitan ei kuitenkaan arvioitu olevan interventio-ryhmän äitien kohdalla synnytysvalmennus-intervention tuottamaa hyötyä suurempi. Synnytyspelkohoitoa saadakseen äidin tulee itse sitä pyytää, joten tutkimuksen takia mahdollisista synnytyspeleistään tietoiseksi tuleminen on toisaalta voinut olla kontrolliryhmän äidille myös hyödyllistä. Molempien ryhmien äidit olivatkin oikeutettuja halutessaan saamaan pelkoonsa kaikki normaalit tarjolla olevat hoidot.

Tutkimusasetelmaan liittyen osallistujien satunnaistaminen kahteen ryhmään, joista vain toiselle tarjottiin sairaalassa järjestetty synnytysvalmennus, on voinut olla valmennuksen ulkopuolelle jääneille pettymys. Tutkimukseen osallistuminen

perustui kuitenkin tietoiseen päätökseen, ja ennen päätöksen tekemistä äideille jaetussa tutkimustiedotteessa kerrottiin ryhmiin satunnaistamisesta ja sen sattumanvaraisuudesta. Tutkimuksessa järjestetty valmennus oli interventio-ryhmän äideille ylimääräinen valmennus, eikä kummaltakaan ryhmältä vähennetty mitään heille normaalisti kuuluvaa synnytykseen valmentavaa palvelua. Ultraääniseulatutkimuksen jälkeen äideillä oli vielä mahdollisuus keskustella tutkimuksesta ja mahdollisesti epäselväksi jääneistä asioista kättilön kanssa. Lisäksi osallistujille jaettiin allekirjoitettavaksi suostumuslomake, jossa he vahvistivat ymmärtäneensä heille sekä suullisesti että kirjallisesti annetut tiedot. (6 § Tutkittavan suostumus.)

Tutkittavien vastauksiin liittyvä yksityisyys säilyi eri mittauspisteissä (World Health Organisation 2001), sillä kaikki tutkimuskyselyt palautettiin suljetuissa kirjekuorissa erilliseen laatikkoon, joka oli varattu vain tätä tutkimusta varten. Tutkija oli ainoa, joka käsitteli kyselyvastauksia niin kauan kuin vastaus ja osallistujan henkilötiedot olivat yhdistettävissä. Vastaajan ja vastauksen yhdistänyt kooditieto hävitettiin vastausten tallennusten jälkeen. Äidit olivat tietoisia oikeudestaan keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Keskeyttäminen oli myös mahdollista siten, ettei tieto siitä siirtynyt äitiä hoitaneelle henkilökunnalle: keskeyttämistä ei tarvinnut mitenkään perustella, ja vastauskuoren saattoi palauttaa, vaikka ei olisi kyselyä täyttänytäkään. Myös ajanvarauksen synnytysvalmennukseen saattoi jättää tekemättä. Intervention toteuttaneet kättilöt olivat mukana vapaaehtoisesti ja he saivat lisäkoulutuksen tehtävänsä.

5 TULOKSET

5.1 Osallistuneiden taustatiedot

Vaihe 1

Ensimmäisen vaiheen tiedonantajina (artikkeli I) toimineiden vanhempien iät vaihtelivat ikävuosien 24–31 välillä naisten keski-ikä ollessa 28 vuotta ja miesten 29 vuotta. Kaikille vastaajille syntynyt lapsi oli ensimmäinen. Haastatelluista pariskunnista neljä oli avioliitossa ja kahdeksan oli avoliitossa. Lapset syntyivät täysiaikaisina, raskausviikkojen 39+6–41+6 välillä. Kaikki synnytykset (N=6) olivat säännöllisiä alatiesynnytyksiä ja lasten keskimääräinen syntymäpaino oli 3695g. Kaikki äidit saivat epiduraalipuudutuksen lääkkeellisenä synnytyskivunlievityksenä. Pilottitutkimuksessa järjestettyyn synnytysvalmennukseen pariskunnat osallistuivat keskimäärin raskausviikolla 35.

Vaihe 2

Tutkimuksen toisessa vaiheessa osallistujilta kerättiin sosiodemografisten taustatietojen lisäksi raskauteen ja synnytykseen liittyneitä taustatietoja. Alkumittauksessa kerätyissä taustatiedoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä ryhmäeroja minkään muuttujan kohdalla (taulukko 7 ja osa taulukon 8 muuttujista). Synnyttämiseen liittyvissä taustatiedoissa interventio-ryhmän äitien synnytyksen avautumis- ja ponnistusvaiheet olivat tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmän äitejä pidemmät (taulukko 9).

Osallistuneiden äitien keski-ikä oli 29 vuotta (vaihteluväli 18–40 vuotta), ja yli 35-vuotiaita oli hieman alle 5 %. Hieman yli puolet äideistä oli naimisissa, ja yli 80 %:lla oli korkeakoulu- tai yliopistotutkinto. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Osallistuneiden sosiodemografiset taustatiedot alkumittauksessa

| Taustamuuttuja | Interventio n (%) | Kontrolli n (%) | Yhteensä n (%) | p-arvo |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|--------|
| Ikä (v) | (n= 365) | (n= 282) | (n= 647) | 0,970 |
| 18–22 | 25 (6,9) | 17 (6,0) | 42 (6,5) | |
| 23–29 | 164 (44,9) | 129 (45,8) | 293 (45,3) | |
| 30–35 | 158 (43,3) | 125 (44,3) | 283 (43,7) | |
| 36–40 | 18 (4,9) | 11 (3,9) | 29 (4,5) | |
| Siviilisäätö | (n= 363) | (n= 280) | (n= 643) | 0,486 |
| Naimisissa | 199 (54,8) | 163 (58,2) | 362 (56,3) | |
| Avoliitto | 152 (41,9) | 107 (38,2) | 259 (40,3) | |
| Naimaton, asuu yksin | 12 (3,3) | 10 (3,6) | 22 (3,4) | |
| Koulutus | (n= 361) | (n= 278) | (n= 639) | 0,836 |
| Ei ammatillista koulutusta | 19 (5,3) | 17 (6,1) | 36 (5,6) | |
| Kouluasteinen ammattitutkinto | 46 (12,7) | 32 (11,5) | 78 (12,2) | |
| Opistoasteinen – tai AMK-tutkinto | 147 (40,7) | 109 (39,2) | 256 (40,1) | |
| Akateeminen tutkinto | 149 (41,3) | 120 (43,2) | 269 (42,1) | |

p= 0,05 Mantel-Haenszel khiin neliö -testi

Aikaisempia raskauksia oli noin 15 %:lla äideistä. Yli 90 %:n raskaus oli suunniteltu, ja näistä noin 9 %:n raskaus oli lääketieteellisesti avustettu. Äideistä 75 % oli perusterveitä, 15 %:lla oli jokin krooninen sairaus (esimerkiksi masennus tai korkea verenpaine) ja noin 10 %:lla oli jokin raskauteen liittyvä akuutti sairaus (esimerkiksi raskauden aikainen sokeritasapainon häiriö, hepatogestoosi tai toksemia). Suurin osa (85 %) äideistä tuli Espoon eri neuvoloista. Muualta tulleiden määrä oli niin pieni, että vastaajien anonymiteetin säilymistä varmistamiseksi tarkkoja frekvenssejä ei raportoida. Keisarileikkaus tulevana synnytystapana oli tiedossa I seurantamittaukseen mennessä vain noin 3 %:lla. Äitien puolisoista/kumppaneista 95 % oli osallistunut synnytysvalmennukseen. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Osallistujien raskauteen liittyvät taustatiedot

| Raskauteen liittyvät taustamuuttujat | Interventio n (%) | Kontrolli n (%) | Yhteensä n (%) | p-arvo |
|--|----------------------|--------------------|-------------------|--------|
| Aikaisemmat raskaudet | (n= 363) | (n= 280) | (n= 643) | 0,138 |
| Ei keskenmenoja/ keskeytyksiä | 316 (87,1) | 232 (82,9) | 548 (85,3) | |
| Keskenmenoja/ keskeytyksiä | 47 (12,9) | 48 (17,1) | 95 (14,7) | |
| Raskauden alku | (n=363) | (n= 280) | (n= 643) | 0,347 |
| Suunniteltu | 302 (83,2) | 237 (84,7) | 539 (83,8) | |
| Lääketieteellisesti avustettu | 30 (8,3) | 27 (9,6) | 57 (8,9) | |
| Suunnittelematon | 31 (8,5) | 16 (5,7) | 47 (7,3) | |
| Äidin terveydentila¹ | (n= 357) | (n=287) | (n= 644) | 0,158 |
| Terve | 274 (76,8) | 211 (73,5) | 485 (75,3) | |
| Krooninen sairaus | 55 (15,3) | 42 (14,6) | 97 (15,1) | |
| Akuutti sairaus | 28 (7,8) | 34 (11,9) | 62 (9,6) | |
| Keisarileikkaussuunnitelma² | (n= 236) | (n=228) | (n= 464) | 0,179 |
| Ei | 227 (96,2) | 224 (98,2) | 450 (97,2) | |
| Kyllä | 9 (3,8) | 4 (1,8) | 13 (2,8) | |
| Neuvola | (n= 359) | (n= 279) | (n= 638) | 0,830 |
| Espoo | 301 (83,9) | 242 (86,7) | 543 (85,1) | |
| Muut kaupungit (8 kpl) | 58 (16,1) | 37 (13,3) | 95 (14,9) | |
| Puolison osallistuminen synnytysvalmennukseen² | (n= 235) | (n= 228) | (n= 463) | 0,183 |
| Ei | 9 (3,8) | 15 (6,6) | 24 (5,2) | |
| Kyllä | 226 (96,2) | 213 (93,4) | 439 (94,8) | |
| Raskausviikot alkumittaus | (n= 365) | (n= 292) | (n= 657) | 0,946 |
| 8–12 rv | 351 (96,2) | 283 (96,9) | 634 (96,5) | |
| 13–17 rv | 14 (3,8) | 9 (3,1) | 23 (3,5) | |
| Raskausviikot | (n= 235) | (n= 228) | (n= 463) | 0,916 |
| 34–35 | 37 (15,7) | 35 (15,3) | 72 (15,6) | |
| 36–37 | 175 (74,5) | 168 (73,7) | 343 (74,1) | |
| 38–40 | 23 (9,8) | 25 (11,0) | 48 (10,4) | |

¹Tieto on kerätty äitien synnytysdokumenteista synnytyksen jälkeen, joten se kuvaa koko raskauden aikaa

²Tieto on kerätty I seurantamittauksessa loppuraskaudessa

p= 0,05 Mantel-Haenszel khiin neliö testi

Synnytys alkoi yleisimmin spontaanisti ja hieman alle 20 %:lla synnytys käynnistettiin. Avautumis- ja ponnistusvaiheiden kestoissa oli ryhmäkohtaisia eroja siten, että interventio-ryhmässä oli kontrolliryhmään verrattuna enemmän äitejä, joiden avautumisvaihe kesti yli 10 tuntia ja ponnistusvaihe 30–60 minuuttia. Kontrolliryhmässä äitien avautumisvaihe kesti yleisimmin 5–10 tuntia ja ponnistusvaihe alle 30 minuuttia. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Osallistujien synnytykseen liittyvät taustatiedot

| Synnytykseen liittyvät taustamuuttujat | Interventio n (%) | Kontrolli n (%) | Yhteensä n (%) | p-arvo |
|--|----------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| Synnytyksen käynnistyminen | (n= 332) | (n= 264) | (n= 596) | |
| Spontaani | 267 (80,4) | 218 (82,6) | 458 (78,7) | 0,606 |
| Käynnistys | 65 (19,6) | 46 (17,4) | 111 (18,6) | 0,484 |
| Avautumisvaiheen kesto | (n= 277) | (n= 223) | (n= 500) | 0,021 |
| < 5 tuntia | 37 (13,4) | 38 (17,1) | 75 (15,0) | |
| 5 – 10 tuntia | 109 (39,3) | 104 (46,6) | 213 (42,6) | |
| > 10 tuntia | 131 (47,3) | 81 (36,3) | 212 (42,4) | |
| Ponnistusvaiheen kesto | (n= 280) | (n= 230) | (n= 510) | 0,022 |
| < 30 min | 138 (49,3) | 139 (60,4) | 277 (54,3) | |
| 30 – 60 min | 129 (46,1) | 82 (35,7) | 211 (41,4) | |
| > 60 min | 13 (4,6) | 9 (3,9) | 22 (4,3) | |
| Synnytystapa | (n= 358) | (n= 286) | (n= 644) | 0,537 |
| Alatie ¹ | 283 (79,1) | 233 (81,5) | 516 (80,1) | |
| Päivystyskeisarileikkaus | 48 (13,4) | 33 (11,5) | 81 (12,6) | |
| Suunniteltu keisarileikkaus | 27 (7,5) | 20 (7,0) | 47 (7,3) | |

¹ Mukana imukuppi - sekä perätilan ulosautot
p= 0,05 Mantel-Haenszel khiin neliö -testi

5.2 Äitiyshuollon palvelujen käyttö

Äitiyshuollon palvelujen käyttöä kuvanneina lopputulosmuuttujina mitattiin raskaudenaikaisia äitiyspoliklinikkakäyntejä, muihin synnytysvalmennuksiin osallistumista sekä sairaalassaoloajan pituutta ennen lapsen syntymää.

Kaiken kaikkiaan interventio-ryhmän äidit käyttivät kontrolliryhmän äitejä vähemmän erilaisia synnytysvalmennuspalveluja, mutta ero oli tilastollisesti merkitsevä ainoastaan synnytyssairaalaan tutustumisen osalta. Tutkimukseen kuuluneen valmennuksen lisäksi 39 % interventio-ryhmän äideistä kävi sairaalan tutustumiskäynnillä, kun kontrolliryhmäläisistä tutustumassa kävi 78 %. Raskaudenaikaisissa äitiyspoliklinikkakäyntien määrissä ja sairaalassa oloajan pituudessa ennen lapsen syntymää ei ollut ryhmien välisiä, tilastollisesti merkitseviä ryhmäeroja. (Taulukko 10.) Tutkimuskysymyksissä esitetty hypoteesi 1, intervention vaikuttavuudesta äitiyshuollon palvelujen käyttöön, sai siten osittaista tukea.

Taulukko 10. Ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (OR) 95 % luottamusväli (lv) äitiyshuollon palvelujen käytöstä

| Äitiyshuollon palvelu ja sen käyttö | Interventio % (n) | Kontrolli % (n) | OR (95 % lv) |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------|----------------------------|
| Päivystyskäynnit | (n=358) | (n=287) | 0,934 (0,692–1,262) |
| Ei yhtään | 43,6 (156) | 46,0 (132) | |
| 1–2 | 49,2 (176) | 46,0 (132) | |
| Yli 3 | 7,2 (26) | 8,0 (23) | |
| Lähetekäynnit | (n=359) | (n= 287) | 1,056 (0,774–1,441) |
| 1–2 | 52,9 (190) | 51,6 (148) | |
| Yli 3 | 47,1 (169) | 48,4 (139) | |
| Synnytyspelkokäynnit | (n= 358) | (n= 286) | 1,746 (0,789–3,863) |
| Ei yhtään | 96,9 (347) | 94,8 (271) | |
| Yksi tai enemmän | 3,1 (11) | 5,2 (15) | |
| Synnytysvalmennus | (n= 235) | (n= 228) | |
| Neuvolassa | 81,0 (191) | 86,0 (196) | 1,433 (0,844–2,430) |
| Tutustuminen sairaalaan | 39,0 (92) | 78,0 (179) | 5,189 (3,374–7,983) |
| Yksityisen tarjoama | 4,7 (11) | 6,0 (14) | 1,026 (0,416–2,531) |
| Internetissä | 2,5 (6) | 5,3 (12) | 2,150 (0,767–6,028) |
| Ei valmentautunut | 6,8 (16) | 3,1 (7) | 1,115 (0,541–2,296) |
| Aika sairaalassa | (n=328) | (n= 261) | 0,847 (0,629–1,141) |
| Alle tunti | 1,8 (6) | 1,2 (3) | |
| 1 – 5 tuntia | 22,6 (74) | 27,2 (71) | |
| 6 – 10 tuntia | 39,3 (129) | 39,1 (102) | |
| 11 – 24 tuntia | 32,0 (105) | 28,4 (74) | |
| Yli 24 tuntia | 4,3 (14) | 4,2 (11) | |

OR= ryhmien välinen

5.3 Vanhempien synnytysovalmennuskokemukset

Synnytysovalmennuskokemusten kuvaamisessa käytetyt autenttiset lainaukset vanhempien kokemuksista ovat suoria lainauksia ensimmäisen artikkelin tekstistä.

Vanhempien synnytykseen valmistautumisen tarve oli suuri. Erityisesti henkisen valmistautumisen toivottiin vahvistavan itseluottamusta ja uskoa synnytysovalmennuksesta selviytymiseen ” – *et luotas niiku sellanen henkinen valmistautuminen, miten sä voit henkisesti valmistautua tähän asiaan.*” Ensisynnyttäjien kokemusten mukaan synnytysovalmennus aiheutti huolta ja epävarmuutta, eikä valmistautumisen koettu tukeneen riittävästi siitä selviytymistä. Vaikka valmistautuminen ei täysin vastannut vanhempien henkisen valmistautumisen tarpeisiin, pidettiin synnytysovalmennusta hyvänä valmistautumisen paikkana: valmistautumisen päällekkäisyys väheni, kun samalla kertaa sai hoidettua sairaalaan tutustumisen sekä synnytysovalmennuksen ” – *kun tulee paikanpäälle kattomaan, niin samalla sen hoitaa sen valmistautumisen.*” Saman sisältöisiin valmistautumisiin osallistuminen olisi koettu turhauttavaksi.

Synnytysovalmennus järjestetty valmistautuminen mahdollisti vanhemmille myös kokonaisvaltaisen tutustumisen tulevaan synnytysovalmennukseen, millä kuvattiin olleen valmistautumisen kannalta myönteisiä merkityksiä: Fyysiseen synnytysovalmennukseen tutustuminen lisäsi turvallisuuden tunnetta ja se vähensi uuteen paikkaan tuleminen jännitystä synnytyksen koittaessa. Autenttisten tilojen näkemisen koettiin ehkäisevän synnyttämiseen liittyvien väärin mielikuvien muodostumista ja antavan synnytysovalmennukselle luotettavan perustan: ” – *kaikki noi konkreettiset paikat ja asiat on hyvä tietää ja nähdä etukäteen, kun muuten sitä ois tullut ja ihmetelty ja pyörittänyt päätään.*” Toiminnalliseen synnytysovalmennukseen tutustumisessa oman sairaalan synnytyksen hoitotapojen ymmärtäminen vahvisti osallistujien hallinnan tunnetta. Synnytysovalmennusta hoitavan kättilön tapaaminen ja hänen kanssaan keskustelu koettiin tärkeäksi ja sen koettiin kasvattavan luottamusta koko kättilökuntaa kohtaan ” – *yleensäkin se luottamus, kun tapas sen kättilön, se oli tärkein mitä siitä sai ja sen sit tavallaan toi mukanaan siihen synnytykseen.*”

Synnytysovalmennuksen tiedollinen osuus vahvisti äitien kokemusten mukaan itseluottamusta, sillä tieto oli riittävän konkreettista ja juuri heille suunnattua: ”*tuli varmempi ja tarkempi olo, kun tietää vähän, mitä on edessä.*” Annettu tieto koettiin erityisesti luotettavaksi ja ajantasaiseksi, koska tietoa sai kättilöltä, joka hoitoa toteuttaa. Valmistautumisessa saatu tieto myös täydensi äitiysneuvolassa saatuja tietoja ja mahdollisti aikaisempien, ymmärtämättä jääneiden asioiden kertaamisen. Oppimisympäristönä synnytysovalmennus edisti synnyttämiseen liittyvien asioiden oppimista ja muistamista: ” – *kun voi oikeesti kokeilla, niin silloin ne tulee paremmin mieleen*

synnytyksessä.” Tiedon määrän riittävyys sai aikaan pohdintaa ja tiedon saamisen kokemuksiin liittyi hienovaraisia merkityseroja: tietoa haluttiin saada paljon, mutta liian suurta määrää ei pystytty omaksumaan ja liian pikkutarkka tieto saattoi aiheuttaa pelkoja. Tietoja piti myös kerrata, mutta ei toistaa.

Keskustelu valmennuksen ohjausmenetelmänä mahdollisti osallistujien valmennuksen tiedolliseen sisältöön vaikuttamisen ja mahdollisti myös vertaistuen saamisen. Se, ettei asioita tarvinnut selvittää pelkästään kirjoista lukien ja yksin miettien, koettiin hyväksi: ”– *tulee vähän sellasta yhteenkuuluvuuden tunnetta, kun huomaa, et toikin miettii tollasta.*” Vaikka keskustelu vapautti tunnelmaa ja se koettiin luentomaista ohjausmenetelmää paremmaksi, vaati kysymysten esittäminen valmennuksen aikana rohkeutta ”– *jos on ujompi tyyppi, se voi olla et sitä joku asia kaivertaa, mut se ei uskalla kysyä.*”

5.4 Synnytyspelon kohteet, määrä ja voimakkuus

Synnytyspelon mittaamisessa lopputulosmuuttujina käytettiin kolmea synnytyspelon eri osa-aluetta, pelon määrää ja voimakkuutta.

Synnytyspelkoa kokeneiden äitien määrä oli suuri alkuraskaudessa, ja kaikista kolmesta mitatusta synnytyspelon osa-alueesta synnyttämiseen liittyvät pelot olivat yleisimpiä. Äideistä yhteensä noin 87 %:lla synnyttämiseen liittyvät pelot olivat joko kohtalaisia tai kovia. Lapsen tai äidin hyvinvointiin liittyvää pelkoa esiintyi yhteensä 75 %:lla, ja keisarileikkaukseen joutumista pelkäsi kovasti tai kohtalaisesti 36 % äideistä. Tilastollisesti merkitseviä ryhmäeroja synnytyspelon kokemisessa ei alkumittauksessa ollut. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Frekvenssitaulukko synnytyspelkojen kohteista, pelon määrästä ja voimakkuudesta alkuraskaudessa ryhmittäin (n= 659)

| Synnytyspelon kohteet | Interventio (n = 338) n (%) | Kontrolli (n = 321) n (%) | p-arvo |
|--|--------------------------------|------------------------------|--------|
| Synnyttämiseen liittyvät | | | 1,00 |
| Lievä | 48 (14,2) | 37 (11,5) | |
| Kohtalainen | 242 (71,6) | 247 (77,0) | |
| Kova | 48 (14,2) | 37 (11,5) | |
| Lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyvät | | | 0,177 |
| Lievä | 90 (26,6) | 77 (24,0) | |
| Kohtalainen | 212 (62,7) | 198 (61,7) | |
| Kova | 36 (10,7) | 46(14,3) | |
| Keisarileikkaus | | | 0,823 |
| Lievä | 213 (63,0) | 213 (66,4) | |
| Kohtalainen | 102 (30,2) | 79 (24,6) | |
| Kova | 23 (6,8) | 29 (9,0) | |

p= 0,05, Hantel-Haenszel khiin -neliötesti

Interventioon osallistuminen vähensi ja lievensi synnyttämiseen liittyneitä pelkoja. Lievästi pelkäävien äitien määrä nousi ja kovia synnyttämiseen liittyneitä pelkoja kokeneiden äitien määrä laski tilastollisesti merkitsevästi enemmän interventio-ryhmässä kontrolliryhmään verrattuna. Tilanne pelon suhteen myös parani interventio-ryhmän äideillä useammin (22,6 % vrt. 11,4 %) sekä huononi harvemmin (3,4 % vrt. 7,9 %) kuin kontrolliryhmän äideillä. Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä (OR 0,58, 95 % luottamusväli (lv) 0,38–0,88), myös

kontrolloituna alkumittauksen tuloksilla (OR 0,42, 95 % luottamusväli (lv) 0,26–0,68). Lapsen ja äidin hyvinvointiin sekä keisarileikkaukseen liittyvissä peloissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä ryhmäeroja. (Taulukko 12.) Tutkimushypoteesi 2 sai osittaista tukea, sillä interventiolla oli vaikuttavuutta yhteen kolmesta synnytyspelon osa-alueesta.

Taulukko 12. Synnyttämiseen liittyvien pelkojen voimakkuus ja pelkotilanteen muutos intervention jälkeen mitattuna, ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (kumulatiivinen OR) 95 % luottamusväli (lv)

| Synnytyspelko | Interventio (n= 235) n (%) | Kontrolli (n= 228) n (%) | OR ¹ (95 % lv) | OR ² (95 % lv) |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | | 0,58 (0,38–0,88) | 0,42 (0,26–0,68) |
| Synnyttämiseen liittyvät pelot | | | | |
| Lievä | 48 (20,4) | 35 (15,4) | | |
| Kohtalainen | 179 (76,2) | 170 (74,6) | | |
| Kova | 8 (3,4) | 23 (10,1) | | |
| Synnytyspelkotilanne | | | | |
| Muuttumaton | 174 (74,0) | 184 (80,7) | | |
| Parantunut | 53 (22,6) | 26 (11,4) | | |
| Huonontunut | 8 (3,4) | 18 (7,9) | | |

OR¹= Ryhmien välinen

OR²= Vakioitu alkumittaustuloksilla

5.5 Synnytyspelon muodostuminen

Äidin kielteinen mieliala oli vahvin synnytyspelkojen muodostumista selittävä tekijä: se oli yhteydessä kaikkiin kolmeen synnytyspelon osa-alueeseen ja nosti esimerkiksi synnyttämiseen liittyneiden pelkojen muodostumisen riskin yli kolminkertaiseksi ja hyvinvointiin liittyneiden pelkojen muodostumisen riskin lähes nelinkertaiseksi. Kielteiset vertaiskertomukset olivat myös yhteydessä kaikkiin synnytyspelon osa-alueisiin, mutta niiden merkitys oli kielteisistä mielialaa pienempi. Pelottava tieto oli yhteydessä ainoastaan lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyneisiin pelkoihin. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Synnytyspelon muodostumiseen yhteydessä olevat tekijät (n= 659), ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (OR) 95 % luottamusväli (lv)

| Pelon muodostumisen tekijä | Synnyttämiseen liittyvät pelot OR (95 % lv) | Hyvinvointiin liittyvät pelot OR (95 % lv) | Keisarileikkaukseen liittyvät pelot OR (95 % lv) |
|-------------------------------|--|---|---|
| Pelottava tieto | | | |
| Neutraali | 1 | 1 | 1 |
| Kielteinen | 1,03 (0,70–1,51) | 1,92 (1,35–2,72) | 1,25 (0,89–1,77) |
| Kielteiset kertomukset | | | |
| Neutraali | 1 | 1 | 1 |
| Kielteinen | 2,13 (1,46–3,11) | 2,66 (1,90–3,73) | 1,51 (1,07–2,14) |
| Kielteinen mieliala | | | |
| Neutraali | 1 | 1 | 1 |
| Kielteinen | 3,34 (2,26–4,92) | 3,98 (2,82–5,63) | 1,63 (1,18–2,26) |

Taustamuuttujilla vakioitu (ikä, siviilisääty, koulutustausta)

5.6 Synnytyspelon ilmeneminen

Alkuraskauden synnytyspelko ilmeni yleisimmin äidin erilaisina stressioireina. Pelkojen vaikutukset jokapäiväiseen elämään sekä keisarileikkaustoive pelon vuoksi ilmenivät stressioireilua vähäisempinä. Äideistä alle neljä prosenttia toivoi synnytystavakseen keisarileikkausta pelon vuoksi. Synnytyspelon ilmenemisessä ei ollut ryhmäeroja alkumittauksessa. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Synnytyspelon ilmeneminen alkuraskaudessa ryhmittäin (n= 659)

| Synnytyspelon ilmeneminen | Interventio (n= 338) n (%) | Kontrolli (n= 321) n (%) | p- arvo |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---------|
| Stressioireet | | | 0,751 |
| Ei | 115 (34,0) | 113 (35,2) | |
| Kyllä | 223 (66,0) | 208 (64,8) | |
| Vaikutukset jokapäiväiseen elämään | | | 0,773 |
| Ei | 231 (68,3) | 216 (67,3) | |
| Kyllä | 107 (31,7) | 105 (32,7) | |
| Keisarileikkaustoive | | | 0,849 |
| Ei | 313 (92,6) | 296 (92,2) | |
| Kyllä | 25 (7,4) | 25 (7,8) | |

p= 0,05 Mantel-Haenszel khiin neliö testi

Synnytyospelkojen voimakkuudella oli looginen yhteys pelkojen ilmenemiseen, sillä kovat pelot nostivat pelon ilmenemisen riskiä kohtalaisiksi koettuja pelkoja enemmän. Synnytyospelon eri osa-alueista erityisen vahvasti vaikutti lapsen ja äidin hyvinvointiin liittynyt pelko, joka sekä kohtalaisena että kovana nosti kaikkia synnytyospelon ilmenemismuotojen riskiä huomattavasti. Synnyttämiseen liittyneet kovat pelot nostivat erityisesti stressioireilua. Lieviä synnytykseen liittyneitä pelkoja kokeneilla ei ollut keisarileikkaustoivetta alkuraskaudessa. Kova keisarileikkauspelko oli yhteydessä ainoastaan stressioireiden kokemiseen. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Synnytyospelon osa-alueiden ja pelon voimakkuuden yhteys pelkojen ilmenemiseen alkumittauksessa (n= 659), ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (OR) 95 % luottamusväli (lv)

| Synnytysspelko | Vaikutukset jokapäiväiseen elämään OR (lv) | Stressioireet OR (lv) | Keisarileikkaustoive OR (lv) |
|--|---|--------------------------|---------------------------------|
| Synnyttämiseen liittyvät | | | |
| Lievä | 1 | 1 | 1 ¹ |
| Kohtalainen | 1,25 (0,72–2,16) | 1,92 (1,19–3,08) | - |
| Kova | 2,66 (1,35–5,21) | 5,62 (2,72–11,60) | - |
| Lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyvät | | | |
| Lievä | 1 | 1 | 1 |
| Kohtalainen | 3,79 (2,21–6,41) | 3,85 (2,61–5,68) | 1,57 (0,69–3,57) |
| Kova | 10,00 (5,69–26,84) | 12,36 (5,14–19,43) | 3,35 (1,26–8,89) |
| Keisari-leikkaukseen liittyvät | | | |
| Lievä | 1 | 1 | 1 |
| Kohtalainen | 1,09 (0,73–1,61) | 1,31 (0,89–1,92) | 0,78 (0,38–1,57) |
| Kova | 1,84 (0,99–3,43) | 2,40 (1,15–4,97) | 1,01 (0,33–3,09) |

¹ Mallin estimointi ei onnistunut, koska lievästi pelkäävien ryhmässä ei ollut yhtään vastaajaa, jolla olisi ollut keisarileikkaustoive

Vakioitu taustamuuttujilla (ikä, siviilisääty, koulutustausta)

Interventioon osallistuminen vähensi synnytyspelon vaikutuksia jokapäiväiseen elämään. Interventio-ryhmän äitien tilanne pelon jokapäiväiseen elämään vaikutusten suhteen myös parani useammin ja huononi harvemmin kuin kontrolliryhmän äideillä. Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä (OR 0,64, 95 % luottamusväli (lv) 0,44–0,94) ja säilyi myös, kun analyysi kontrolloitiin alkumittauksen tuloksilla (OR 0,57, 95 % luottamusväli (lv)). (Taulukko 16.) Tutkimushypoteesi 3 sai osittaista tukea, koska interventio vaikutti yhteen kolmesta synnytyspelosta johtuvaan pelon ilmenemisen muotoon.

Taulukko 16. Ordinaalinen logistinen regressioanalyysi (kumulatiivinen OR) 95 % luottamusväli (lv) synnytyspelon ilmenemisestä

| Synnytyspelon ilmeneminen ja sen muutos | Interventio (n= 235) n (%) | Kontrolli (n= 228) n (%) | OR ¹ (95 % lv) | OR ² (95 % lv) |
|---|----------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | | 0,64 (0,44–0,94) | 0,57 (0,37–0,87) |
| Vaikutus jokapäiväiseen elämään | | | | |
| Ei | 162 (68,9) | 134 (58,8) | | |
| Kyllä | 73 (31,1) | 94 (41,2) | | |
| Tilanne | | | | |
| Muuttumaton | 174 (74,1) | 170 (74,6) | | |
| Parantunut | 32 (13,6) | 18 (7,9) | | |
| Huonontunut | 29 (12,3) | 40 (17,5) | | |

OR¹= Ryhmien välinen

OR²= Vakioitu alkumittaustuloksilla

5.7 Synnytyskokemus, synnytyskivusta selviytyminen ja synnytyskivunlievityksen käyttö

Intervention vaikuttavuutta kuvanneina lopputulosmuuttujina mitattiin äitien arvioita synnytyskokemuksensa tyydyttävyydestä sekä synnytyskivusta selviytymisestä. Lisäksi mitattiin selkäydinpuudutusten käyttömääriä synnytyksen aikaisena kivunlievityksenä. Interventio- ja kontrolliryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja mitatuissa lopputulosmuuttujissa, joten hypoteesi 4 kumoutui.

Kokonaisuutena tarkastellessa äitien synnytyskivusta selviytymisen arvioinneissa tapahtui selkeää vahvistumista raskauden edetessä. Suurin muutos tapahtui arvioissa synnytyksen jälkeen, jolloin synnytyskivusta selviytymisestään täysin varmojen

osuus nousi noin 25 %. Vaihtelu täysin epävarmojen äitien määrissä oli pienintä eri mittauspisteiden välillä. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Frekvenssitaulukko äitien arvioista synnytyskivusta selviytymisestä eri mittauspisteissä

| Mittauksen ajankohta | Täysin epävarma n (%) | Epävarma n (%) | Kohtalaisen varma n (%) | Varma n (%) | Täysin varma n(%) | n |
|----------------------------|--------------------------|-------------------|----------------------------|----------------|----------------------|-----|
| Alkumittaus | 36 (5,1) | 129 (18,3) | 275 (39,0) | 210 (29,8) | 55(7,8) | 705 |
| Ennen synnytystä | 11(2,1) | 62 (12,0) | 218 (42,2) | 177 (34,2) | 49 (9,5) | 517 |
| Synnytyksen jälkeen | 15 (3,5) | 30(7,0) | 68 (15,8) | 167 (38,7) | 151(35,0) | 431 |

Synnytyskivunlievityksenä käytettiin yleisimmin epiduraalipuudutusta. Yli 60 % äideistä sai yhden tai kaksi puuduteannosta ja noin 12 % sai puuduteannoksia kolme tai enemmän. Synnytysspinaalipuudutusta käytettiin kaiken kaikkiaan huomattavasti epiduraalia vähemmän: vain noin 5 % sai spinaalipuudutuksen. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Frekvenssitaulukko selkäydinpuudutusten käyttömääristä

| Kivunlievitys | Ei yhtään n (%) | Yksi annos n (%) | Kaksi annosta n (%) | Kolme tai yli n (%) | n |
|-------------------|--------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-----|
| Epiduraali | 151 (25,3) | 247 (41,3) | 127 (21,2) | 73 (12,2) | 598 |
| Spinaali | 567 (94,8) | 31 (5,2) | - | - | 598 |

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Synnytykseen valmentautuminen

Kokonaisuudessaan tarkasteltuna tutkimuksen äidit osallistuivat aktiivisesti synnytysvalmennukseen. Tulos vahvistaa käsitystä synnytysvalmennuksesta äideille tarpeellisena raskaudenajan palveluna. Synnytysvalmennus on myös Reganin ym. (2013) mukaan edelleen tärkeä synnytykseen valmistautumisen tuen muoto. Suomessa pienryhmäohjauksena toteutettava synnytysvalmennus neuvolassa on jo vuosikymmenien ajan kuulunut äitiyshuollon palvelutarjontaan (Hakulinen-Viitanen ym. 2005).

Internetin käyttö valmennustarkoituksessa oli tutkimukseen osallistuneiden äitien keskuudessa sen sijaan vähäistä. Käytön vähäisyys tämän tutkimuksen tuloksena on vastakkainen nykysuuntaukselle, jossa monet ohjaukselliset palvelut toteutetaan pelkästään virtuaalisesti. Ehkä tiedon antaminen virtuaalisesti ei korvaa vanhemmille todelliseen vuorovaikutukseen ja läsnäoloon perustuvaa valmennusta, joka mahdollistaa vertaisten ja luottamuksellisen ohjaussuhteen kätilöön ja siten synnyttämiseen liittyvien asioiden, ideoiden ja huolenaiheiden yhteisen pohtimisen ja normalisoinnin (Teate et al. 2011). Vertaistuen saaminen on tärkeää erityisesti herkille tai ahdistuksesta kärsiville äideille (Staneva ym. 2015). Vertaistuen puute voi vaikuttaa kielteisesti äidin raskaudenaikaiseen henkiseen hyvinvointiin (Jones ym. 2014) ja äidin kielteinen mieliala oli myös tässä aineistossa vahvin synnytyspelon muodostumista selittävä taustatekijä alkuraskaudessa.

Pääsy sairaalaan valmennukseen oli äideille ja heidän puolisoilleen tärkeä ja odotettu tapahtuma, mutta samaan aikaan kun yleisiä synnytykseen valmentavia palveluita on vähennetty, esimerkiksi synnytysairaalaan tutustumisen osalta, on synnytyspelkohoitoihin hakeutuvia äitejä yhä enemmän. Havainto tulee esiin virallisen synnytyspelkodiagnoosin saavien äitien määrän nousuna (THL/Syntymärekisteri 2016). Nousu voi johtua todellisesta synnytyksestä pelkäävien ensisynnyttäjien määrän kasvusta yleensä tai Erikssonin ym. (2006b) mukaan äitiyshuollon toimintatavoissa voi olla jotain sellaista, joka edesauttaa synnytyspelon muodostumista. Koska synnytyksestä jo pelkääville äideille on kehitetty laadukkaita

hoidollisia interventioita, joiden saatavuus on myös hyvä, voi kyse olla synnytyspelkoa ennaltaehkäisevien palveluiden puutteesta. Nykyisin ero äitiyshuollon tarjoamissa palveluissa on suuri vertailtaessa synnytyspelkoa kokevien äitien valmentautumista niihin äiteihin, joilla pelkoa ei ole tai se on lievää: Synnytystä pelkäävä äiti pääsee paikan päälle tutustumaan tulevaan synnytysympäristöönsä ja halutessaan useampaan kertaan keskustelemaan kättilön ja synnytyslääkärin kanssa synnyttämiseen liittyvistä mieltään painavista asioista (Saisto ym. 2013). Virtuaalisesti järjestettyjen palveluiden lisäksi normaalisti valmentautuva ensisynnyttäjä saa osallistua kerran avoterveydenhuollon neuvolan tarjoamaan ryhmämuotoiseen synnytysvalmennukseen (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013).

Sairaalassa järjestettynä synnytysvalmennus mahdollisti konkreettisen ja kokonaisvaltaisen tutustumisen tulevaan synnytysympäristöön, mikä tämän tutkimuksen äitien ja heidän puolisoidensa kokemusten mukaan antoi synnytysmielikuville totuudenmukaisuutta. Autenttisiin tiloihin ja toimintaan tutustumisella on merkitystä erityisesti ensisynnyttäjien synnytysodotusten muodostumisessa; televisio-ohjelmien ja muun median on tutkittu muokkaavaan vahvasti äitien synnytysasenteita (Stoll & Hall 2013) ja synnyttämiseen liittyviä mielikuvia (Morris & McInerney 2010, Stoll & Janssen 2014, Luce ym. 2016).

Äitiyshuollon palvelujärjestelmän kaksijakoisuuden vuoksi synnytykseen valmentautumisessa on vanhempia turhauttavaa päällekkäisyyttä, jota tämän tutkimuksen tulosten mukaan pystyttiin vähentämään. Interventio toteutti yhdellä palvelulla synnytysvalmennuksen sekä synnytyssairaalaan tutustumisen, eikä toista käyntiä enää tarvittu. Valmentautumisen tai tutustumisen avulla yhteyden saaminen tulevaan synnytysympäristöön on kuitenkin tärkeää ja sillä on todettu olevan merkitystä synnytyksen aikaisen hallinnantunteen saavuttamisessa (Green & Baston 2003). Interventiovalmennuksessa saavutettu luottamuksen tunne säilyi vanhemmilla synnytykseen asti. Kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta hoitosuhteessa on tärkeää lasta odottaville (Goberna-Tricas ym. 2011; Davison ym. 2015; Dennis 2015). Kyseisten tekijöiden on tutkittu olevan yhteydessä myös potilaan kokemuksesta hoidon jatkuvuudesta muissa terveydenhuollon konteksteissa (Renholm 2015; Raivio 2016). Vuorovaikutus hoitavan yksikön ja potilaan välillä on jatkuvuuden tärkeä osatekijä erityisesti potilaan näkökulmasta (Raivio 2016).

Synnytysvalmennus-intervention suosituksen mukaisina tavoitteina oli antaa äideille ohjeita ja tukea supistusten kanssa kotona selviämiseen sekä vahvistaa heidän luottamustaan kotona olemiseen synnytyksen alkuvaiheessa ennen sairaalaan lähtemistä (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Tätä intervention vaikuttavuutta kuvanneessa lopputulosmuuttujassa ei ollut tilastollisesti merkitsevää ryhmäeroa, mutta interventio-ryhmän äitien pidempien synnytyksen avautumis- ja ponnistusvaiheiden keston vuoksi interventio-ryhmän äidit tosiasiaassa tulivat

sairaalaan myöhemmässä synnytyksen vaiheessa kuin kontrolliryhmän äidit. Myös Maimburg ym. (2010) tutkimuksen mukaan valmennettujen äitien synnytys on sairaalaan tullessa useammin aktiivisessa vaiheessa kuin valmentautumattomien äitien. Interventiolla ei oletettu olevan vaikutusta synnytyksen biologiseen perustaan, joten avautumis- ja ponnistusvaiheen pituuksia ei käytetty lopputulosmuuttujina vaan taustatietoina.

Vanhempien mukaan tulevassa synnytysympäristössä järjestetty valmennus vähensi uuteen paikkaan tulemisen jännitystä synnytyksen koittaessa. Näin äideillä jäi ehkä enemmän voimia keskittyä omaan vointiin ja synnytyksen alkuvaiheesta selviytymiseen sairaalaympäristön miettimisen ja jännittämisen sijaan. Koti on paras paikka käydä läpi synnytyksen alkuvaihe sekä äidin, synnytysprosessin että synnytyksiä hoitavien organisaatioiden kannalta. Synnytyssairaalaan lähtemisen hetki on kuitenkin ensisynnyttäjille vaikeasti arvioitavissa ja tunnistettavissa, vaikka valmennuksessa olisi saanut vaihetta koskevia tietoja ja toimintaohjeita (Lauzon & Hodnett 2007; Nyman ym. 2011). Synnytysten keskittämisen ja pienten synnytyssairaaloiden sulkemisen vuoksi äitien synnytysmatkat tulevat kestoaltaan kuitenkin pitenemään, ja tämänkin tutkimuksen aineistossa vähintään 13 äitiä ei olisi ehtinyt sairaalaan, mikäli matka olisi ollut kestoaltaan yli tunnin.

Intervention vaikuttavuus synnytyspelkoon, sen ilmenemiseen ja äitien synnytyskivusta selviytymiseen

Tässä tutkimuksessa alkuraskauden synnytyspelkoja kokeneiden äitien määrä oli kokonaisuudessaan suuri. Pelkästään koviakin pelkoja kokeneita äitejä oli tässä tutkimuksessa lähes 5 % enemmän verrattuna viimeisimpään suomalaisten synnytyspelosta tehtyyn tutkimukseen (Rouhe 2015). Tulos oli kuitenkin samansuuntainen aiemmin Melenderin (2002) RSPT-mittarilla tehdyn mittauksen kanssa. Pelkäävien äitien määrä tässä tutkimuksessa oli linjassa myös Wijma Delivery Expectancy Questionnaire -mittarilla (Wijma ym. 1998) aiemmin tehtyjen mittausten kanssa (Lukasse ym. 2014, Nieminen 2016) ja se vastasi Fenwickin ym. (2009) tutkimuksessa raskauden myöhemmässä vaiheessa mitattuja korkeimpia arvioita. Kaikki edellä mainitut tulokset perustuvat synnytyspelon kokemukselliseen määrittelyyn.

Kokemuksellisuuteen perustuvat synnytyspelon mittaukset antavat huomattavasti korkeampia arvioita synnytyspelon määrästä verrattuna virallisen synnytyspelkodiagnoosin, eli pelon vuoksi erikoissairaanhoidon hakeutuneiden, äitien määrään. Pelon korkeampaa tasoa voi kenties selittää se, että pelosta kysyttäessä pelkokokemus myös tuodaan helpommin julki. Tässäkin tutkimuksessa

kovaa pelkoa kokeneiden äitien määrä oli alkuraskaudessa sekä kontrolliryhmässä myös loppuraskaudessa, huomattavasti korkeampi kuin virallisen synnytyspelkodiagnoosin saaneiden äitien määrä. Ero määrissä vahvistaa aikaisempaa tutkimustulosta siitä, että osa kovista synnytyspeloloista kärsivistä äideistä ei jostain syystä hakeudu synnytyspelkohoitoon (Eriksson ym. 2006a).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan synnytysvalmennus sairaalaympäristössä toteutettuna osoittautui vaikuttavaksi keinoksi erityisesti niiden synnytyspelkoisten äitien auttamisessa, jotka vakavasta pelostakaan huolimatta eivät hakeudu hoitoon. Arviota tuloksissa tukee se, että kovia synnytyspelkoja kokeneiden äitien määrä laski interventio-ryhmässä tutkimusajankohtana 14 % noin 3 %:iin. Määrä vastaa Räisäsen ym. (2014) tutkimustuloksia, sekä on lähellä THL/Syntymärekisterissä (2016), ilmoitettuja virallisen synnytyspelkodiagnoosin saaneiden äitien määriä. Myös raskaudenaikaisten synnytyspelkokäyntien määrä oli interventio-ryhmässä noin 3 %, ollen siten linjassa synnytyspelkohoitoihin hakeutuvien lukumäärän kanssa.

Tässä aineistossa yhdelläkään synnyttämistä lievästi pelänneellä äidillä ei ollut pelosta johtunutta keisarileikkaustoivetta alkuraskaudessa. Leikkaustoive yhdistyi ainoastaan koviin lapsen ja äidin hyvinvointiin liittyviin pelkoihin. Synnytysvalmennus-interventioon osallistuminen vaikutti sekä pelkojen lievänä pysymiseen että kovempien pelkojen lieventymiseen. Pelkojen pysyminen lievänä myös raskauden edetessä on tärkeää, sillä keisarileikkaustoive on yksi yleisimmistä syistä, jonka vuoksi pelkäävä äiti hakeutuu erikoissairaanhoidon pelkovastaanotoille ja keisarileikkausten määrän vähentäminen on pelkohoidon tärkein tavoite. (Rouhe 2015.) Keisarileikkaus synnytystapana on vahvasti yhdistetty synnytyspelkoon myös muiden tutkimusten mukaan (Waldenström ym. 2006; Karlström ym. 2010; Haines ym. 2012; Torloni ym. 2013; Stoll & Janssen 2014).

Äitien synnytyspelon helpottamisen lisäksi interventiolla voidaan ajatella olleen ennaltaehkäisevää vaikutusta, jota kuvaa interventio-ryhmän ensisynnyttäjien pelkotilanteen harvinaisempi huononeminen kontrolliryhmän äiteihin verrattuna. Tilastollisen merkitsevyyden lisäksi tuloksen arvokkuutta lisää se, ettei raskaudenaikaisilla ohjaus-interventioilla ole yleensä osoitettu olevan ennaltaehkäisevää vaikutusta (Fontein-Kuipers ym. 2014). Tutkimuksen interventio oli suunnattu kaikille ensisynnyttäjille ja se toteutettiin normaalia synnytysvalmennusta varhaisemmilla raskausviikoilla, joten pelkoa ennaltaehkäisevän vaikuttavuuden esiin tuleminen oli mahdollista. Tästä syystä synnytysvalmennusta ei kannata jatkossakaan kohdentaa vain pelkääville, vaan tarjota sitä kaikille ensisynnyttäjille. Synnytystä pelkäävien äitien seulominen tai diagnosointi synnytysvalmennuspalvelun saamiseksi ei silloin myöskään ole tarpeen.

Vertaisten kertomat kielteiset synnytystarinat olivat tämän tutkimuksen tulosten mukaan merkittävä synnytyspelon muodostumisen taustatekijä. Erityisesti

ensisynnyttäjät ovat herkkiä toisten äitien kielteisille synnytystarinoille (Melender 2002; Fisher ym. 2006). Lisäksi ensisynnyttäjät olivat herkkiä median synnytyksestä luomille kielteisille mielikuville (Morris & McInerney 2010; Stoll & Hall 2013; Stoll & Janssen 2014; Luce ym. 2016). Kielteisille vertaiskertomuksille voi altistua jo varhaisessa vaiheessa elämää, ja Stoll ym. (2015) mukaan osalla nuorista naisista onkin synnytyspelkoa jo ennen raskautta. Stoll ym. (2015) tutkimushavainto voi myös selittää tämän tutkimuksen pelkäävien äitien suuren määrän raskauden alkuvaiheessa.

Synnytysskipu oli keskeisin ensisynnyttäjiä mietityttänyt asia mittausajankohtina ja synnytysskipun pelko tuli esiin tämän tutkimuksen sekä laadullisessa että määrällisessä aineistossa. Synnytysskipu on yksi keskeisimmistä huolta aiheuttavista asioista raskauden aikana myös muiden tutkimusten mukaan (Geissbühler & Eberhard 2002; Maier 2010). Mietola-Koiviston (2016) tutkimuksen äideistä yli 60 % oli pelännyt ponnistusvaiheen kipua etukäteen.

Tämän tutkimuksen äideillä synnytysskipun miettimiseen yhdistyi epävarmuus synnytysskipusta selviytymisestä, varsinkin alkuraskaudessa. Äidit olivat raskauden aikana hyvin epävarmoja selviytymisestään, sillä synnytyksen jälkeisissä synnytysskipusta selviytymisen arvioinneissa tapahtui huomattava myönteinen muutos raskaudenaikaisiin arvioihin verrattuna. Tapahtunut myönteinen muutos oli samansuuntainen molemmissa ryhmissä, joten sen ei voida osoittaa olleen pelkästään interventio-valmennuksesta johtuvaa. Laadullisesta tutkimuksesta esiin tulleet vanhempien kokemukset vahvistavat tilastollisen tuloksen: tutkimuksen ensisynnyttäjien kokemusten mukaan synnytysskipu aiheutti huolta ja epävarmuutta, eikä valmennuksen koettu tukeneen riittävästi siitä selviytymistä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

6.2.1 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä tekijöitä tarkastellaan tulosten uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereiden avulla (Kylmä & Juvakka 2012).

Refleksiivisyys, eli tutkijan omista lähtökohdistaan tietoiseksi tuleminen, on osa tulosten uskottavuuden arviointia ja siten tulosten luotettavuutta lisäävä tekijä (Kylmä ym. 2003; Kylmä & Juvakka 2012). Tässä tutkimuksessa tutkijan eri roolien valmennuksen kehittäjänä, ohjaajana, haastattelujen ja analyysien tekijänä arvioitiin

olevan sekä tutkimuksen luotettavuutta lisäävä että heikentävä tekijä: syvälinen perehtyminen synnytysvalmennuksen teoreettiseen perustaan mahdollisti haastattelujen teemojen osuvan määrittämisen. Lisäksi tutkijan kokemustieto valmennustilanteiden käytännön toteutuksesta syvensi ymmärrystä haastatteluvaiheessa: haastattelujen kuluessa tutkija koki helpoksi tehdä tarvittaessa lisäkysymyksiä, jos tuntui, että jostakin valmennuksessa tapahtuneesta oli tarpeen saada lisää tietoa. Toisaalta tutkijalla aiheesta ollut tarkka teoreettinen rakenne on saattanut myös rajata tutkijan avoimuutta teorian ulkopuolisille sanomatta jääneille kokemuksille. Kokemattomana haastattelujen tekijänä tutkija ei myöskään ehkä aina osannut antaa vanhemmille riittävästi tilaa tuoda kokemuksiaan esiin. Tutkijan kaksoisrooli valmennuksen ohjaajana sekä vanhempien kokemusten kerääjänä on voinut myös estää vanhempia avoimesti kertomasta esimerkiksi kriittiseksi kokemiaan ajatuksia. Tulosten siirrettävyyttä heikentää se, että tutkimus toteutettiin yhdessä sairaalassa.

Yhteenveto-osassa sekä ensimmäisessä artikkelissa kuvataan laadullinen tutkimusprosessi eri vaiheineen. Tulosten vahvistettavuuden arviointia parantaa laadullisen tutkimusprosessin tarkka kuvaus, jonka perusteella on mahdollista arvioida, miten tuloksiin on päädytty (Kylmä ym. 2003; Kylmä & Juvakka 2012). Tuloksia ei vahvistettu osallistujilla, mutta tutkijan läsnäolo sekä valmennuksessa että haastatteluissa auttoi aineiston syvälinisessä ymmärtämisessä analyysivaiheessa. Tutkija pyrki kokemusten kuvaamisessa hyvään aineistolähtöisyyteen ja tulosten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia aineistolähtöisyyden osoittamiseksi. Haastattelutilanteet järjestettiin sairaalassa vanhempien luvalla ja vanhemmille tutussa paikassa. Ympäristö oli rauhallinen, eikä mukana ollut muita ihmisiä. Parihaastattelut sujuivat pääosin hyvin, sillä aihe ei ollut liian intiimi kokemusten jakamiseen. Molempien vanhempien mukanaolo haastatteluissa toi tilanteeseen rentoutta ja auttoi keskustelua polveilemaan erilaisten kokemusten välillä. Toisinaan isä saattoi jäädä keskustelussa hieman taka-alalle, jolloin tutkija lisäkysymysten kohdentamisella tai sanattomalla viestinnällä osoitti kiinnostuksensa myös isän kokemuksiin ja näin kutsui hänet keskusteluun mukaan.

6.2.2 Interventiotutkimuksen luotettavuus

Tutkimusasetelman validius

Tutkimusasetelmana oli tässä tutkimuksessa satunnaistettu kontrolloitu koe, jossa vertailtiin eri tavoin synnytykseen valmentuneita ensisynnyttäjiä toisiinsa. Tutkimusasetelma on yksi tärkeimmistä tulosten luotettavuuteen vaikuttavista

tekijöistä, ja satunnaistettua kontrolloitua koeasetelmaa pidetään näytön asteeltaan luotettavimpana: satunnaistamisen avulla voi parhaiten hallita valikoitumisharhaa, sekä tunnettuja ja tuntemattomia väliin tulevia satunnaisvirheitä aiheuttavia sekoittavia tekijöitä (Rychetnik ym. 2002; Hemminki ym. 2014). Osallistujien satunnaistaminen interventio- ja kontrolliryhmiin tehtiin arpomalla ennen ensimmäistä mittausta tutkimukseen rekrytoitumisen yhteydessä. Tutkija ei osallistunut satunnaistamiseen, eikä satunnaistamisen tehnyt henkilökunta osallistunut äitien synnytysten hoitoon tai intervention toteuttamiseen (Komulainen ym. 2014).

Satunnaistamisella voidaan varmistaa eri tutkimusryhmien välinen vertailtavuus (Rychetnik ym. 2002; Hemminki ym. 2014). Satunnaistamista voidaan pitää tässä tutkimuksessa onnistuneena, sillä ryhmät eivät eronneet toisistaan sosiodemografisten ja raskausaikaan liittyneiden taustamuuttujien suhteen alkumittauksessa (yhteenvedon taulukot 7 ja 8). Ryhmien välinen vertailtavuus taustamuuttujien osalta säilyi myös tutkimuksen edetessä eri mittauspisteiden välillä tulleesta kadosta huolimatta (artikkelit III ja IV, taulukot numero 1). Ryhmienvälisen vertailukelpoisuuden ansiosta intervention jälkeisillä mittauksilla saadut tilastollisesti merkitsevät erot voitiin tulkita synnytysvalmennus-interventiosta johtuviksi (Malmivaara 2008). Tulososassa raportoidaan monia alkumittauksen tuloksia, jotta satunnaistamisen onnistuneisuuden arviointi olisi mahdollista.

Koska puhdasta vertailevaa tutkimusasetelmaa, jossa interventio-valmennuksen käyneitä olisi verrattu valmentautumattomiin, ei ollut mahdollista muodostaa, toimivat interventioon osallistuneiden vertailuryhmänä eri tavoin synnytykseen valmentautuneet ensisynnyttäjät. Kyseisellä seikalla on merkitystä tulosten tulkintaan: tilastollisesti merkityksettömät tulokset eivät kerro siitä, ettei synnytysvalmennus ole vaikuttavaa, vaan siitä, ettei interventio-valmennus kaikilta osin osoittautunut muita synnytysvalmennuksia vaikuttavammaksi tavaksi.

Sokkouttaminen on yksi lisäkeino tuloksiin sisäisesti tai ulkoisesti aiheuttavien tekijöiden kontrolloimiseksi (Borglin & Richards 2010; Karanicolas ym. 2010; Hemminki ym. 2014). Tässä tutkimuksessa alkumittaus tehtiin ennen ryhmiin satunnaistamista, mutta muihin intervention jälkeisiin mittauksiin vastatessaan äidit tiesivät, kumpaan tutkimusryhmään he kuuluivat. Sokkouttamisen puute on voinut vaikuttaa intervention jälkeisiin tuloksiin erityisesti äitien kokemuksellisten arviointien osalta. Arpoutuminen ryhmään, joka ei saanutkaan interventio-valmennusta, on voinut olla äidille pettymys. Mahdollisesti koetun pettymyksen merkitys myöhempiin vastauksiin on kuitenkin epäselvä: se on voinut toimia arvioita vahvistavana tai heikentävänä tekijänä. Tämän puutteen kompensoimiseksi lopputulosmuuttujiksi valittiin lisäksi kokemusarvioita objektiivisemmin

mitattavissa olevia muuttujia (Komulainen ym. 2014), joita tässä tutkimuksessa olivat synnytyskivunlievityksen käyttömäärät, sairaalassaoloaika ennen lapsen syntymää, poliklinikkakäyntien määrät sekä synnytysvalmennuksiin osallistuminen.

Tietoa synnyttäjien kuulumisesta tutkimukseen ei pystytty peittämään hoitohenkilökunnalta, mutta tieto eri tutkimusryhmiin kuulumisesta sokkoutettiin osallistujatiedon koodaamisen avulla. Ryhmätiedon peittämisen tavoitteena oli, ettei kätilö tai muu henkilökunta olisi omalla toiminnallaan vaikuttanut äitien vastauksiin tai muuttanut tapaansa hoitaa äitiä. Tieto oli kuitenkin helposti murrettavissa ja se on voinut myös tahattomasti paljastua kätilön ja synnyttäjän välisissä keskusteluissa. Tutkimukseen osallistuneiden kätilöiden määrä koko osaston kätilöiden määrästä oli pieni. Tästä syystä ei ollut todennäköistä, että valmennuksen vetänyt kätilö olisi hoitanut tutkimukseen osallistuneen äidin synnytyksen.

Otos ja kato

Tutkimuksen osallistajat olivat vain yhden sairaalan asiakkaita, eivätkä sisäänottokriteerit olleet tässä tutkimuksessa tarkoituksellisesti kovin rajaavat: osallistujiksi haluttiin saada synnytysvalmennuksen kohdejoukkoa tulevaisuudessakin mahdollisimman hyvin edustava otos (Hemminki ym. 2014). Rekrytoituneiden äitien määrä oli noin 40 % kaikista tutkimusajankohtana sairaalassa käyneistä ensisynnyttäjistä. Tämä on saattanut aiheuttaa otokseen valikoitumista ja siten voi vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Rekrytoinnin sijoittuminen ensimmäisen ultraäänitutkimuskäynnin yhteyteen (ennen raskausviikkoa 14) on saattanut vaikuttaa äitien halukkuuteen perehtyä tutkimustiedotteeseen, sillä käynnin aikana heille annettiin paljon myös muuta informaatiota. Toisaalta onnistuneen satunnaistamisen vuoksi valikoituminen on ollut samansuuntaista molemmissa ryhmissä, eikä se siten vaikuta tulosten arviointiin.

Pitkittäistutkimukseen liittyvää katoa tuli eri mittausvaiheissa. Kyselyihin vastanneiden määrän vaihteluväli oli 60 %–70 %, ja vastausprosentti laski tutkimuksen edetessä. Matalimmillaankin vastausprosenttia voidaan pitää kohtuullisena (Nulty 2008). Kadon yleisiä syitä molemmissa ryhmissä olivat perheen muutto ja virheelliset osoitetiedot, alkumittauksen jälkeen tapahtunut raskauden keskeytyminen, ennenaikainen synnytys, muutos suunnitellussa synnytyspaikassa tai jokin muu syy, esimerkiksi vastausväsyminen. Kontrolliryhmän osalta keskeyttämistä on voinut lisäksi aiheuttaa pettymys siitä, ettei päässyt interventiovalmennuksen ryhmään. Kadon määrä oli samansuuntaista interventio- ja kontrolliryhmien välillä, eivätkä poispuodonneet eronneet toisistaan katoanalyysin mukaan synnytyspelon suhteen. Suuri vertailuryhmien välinen ero kadon määrässä voisi vähentää luottamusta tulosten oikeellisuuteen (Komulainen ym. 2014).

Mittausten ja mittarin validiteetti

Tutkimuksessa synnytyspelon, sen muodostumisen sekä ilmenemisen mittaamiseen käytettiin valmista mittaria. Valittua Melenderin RSPT-mittaria on käytetty aikaisemmin ja reliabiliteetin mittauksissa se on osoittanut hyvää luotettavuutta. Mittari on kehitetty kirjallisuuskatsauksen ja kahden laadullisen pilotin pohjalta. Kehittämisvaiheessa asiantuntijat ovat arvioineet mittarin sisältöä ja se on esitettävä kahdessa vaiheessa. (Melender 2002; Melender & Lauri 2002.) Vaikka mitta-asteikkoa muutettiin tähän tutkimukseen, säilyi mittari konsistenttina, mistä osoituksena olivat hyvät Cronbachin alfa -arvot. Taulukossa numero 1 (artikkeli II) esitetään synnytyspelon summamuuttujien Cronbachin alfa -arvot. Korkea alfan arvo (mitä lähempänä 1) kuvaa mittarin hyvää yhtenäisyyttä (Polit & Beck 2012).

Synnytyspelkoa on tutkittu paljon, ja pelon mittaamisessa käytetään usein niin sanottuja seulontamittareita, joiden tarkoituksena on löytää kovasta synnytyspelosta kärsivät äidit. Seulontamittareita laajempi, yleisesti käytetty synnytyspelkomittari on Wijma Delivery Expectancy Questionnaire version A -mittaus ennen synnytystä, sekä Wijma Delivery Experience Questionnaire version B -mittaus synnytyksen jälkeen (Wijma ym. 1998). Koska tutkimuskohteena oli kaikille ensisynnyttäjille (ei pelkästään pelkääville) suunnatun synnytysvalmennuksen vaikuttavuuden tutkiminen, haluttiin pelon mittaamisessa käyttää enemmän intervention sisältöä kuvaavaa mittaria. Hyvä yhteys intervention sisällön ja mitattujen lopputulosmuuttujien välillä myös lisäsi luotettavuutta: mitatut asiat ovat intervention tuottamia, eivätkä jonkin ulkopuolisen, tuntemattoman tekijän.

Muut mittauksissa käytetyt yksittäiset väittämät sekä synnytysdokumenteista kerätyt tiedot perustuivat tutkimuskirjallisuuteen ja ne valittiin mahdollisimman hyvin kuvaamaan valittua näkökulmaa synnytysvalmennuksen vaikuttavuudesta. Myös taustamuuttujat valittiin tutkimuskirjallisuuteen perustuvasti, tutkimuksen kohteena olevan ilmiön mukaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti.

Mittausten ajankohdalla ajateltiin olevan vaikutusta tulosten luotettavuuteen erityisesti synnytyspelkomittausten kohdalla, koska tutkimuskirjallisuuden perusteella esimerkiksi raskauden vaiheen tiedetään vaikuttavan synnytyspelon kokemiseen (Melender & Lauri 1999; Laursen ym. 2008; Rouhe ym. 2009). Tutkimuksen alkumittaus tehtiin mahdollisimman neutraalissa vaiheessa alkuraskautta, mutta kuitenkin niin, että äiti olisi jo ehtinyt sopeutua ajatukseen raskaudesta. Mittausajankohtana myös suurin keskenmenoriski oli ohitettu. Toisaalta ensimmäistä ultraäänitutkimusta on voitu jännittää ja jännitys on voinut vaikuttaa esimerkiksi synnytyspelkoarvioihin kielteisesti. Loppuraskaudessa toteutuneen ensimmäisen seurantamittauksen ajankohdan valinnassa pyrittiin siihen, että

osallistujat olisivat käyneet interventio-valmennuksen lisäksi myös kaikki muut haluamansa valmennukset ja että kysely ehti toteutua ennen synnytystä. Toinen seurantamittaus oli pian synnytyksen jälkeen, jolloin synnytyskivusta selviytymiseen ja synnytyskokemukseen liittyvät ajatukset olivat vielä tuoreena mielessä.

Tulosten yleistettävyys

Tilastollisesti luotettavan tuloksen merkitsevyyden rajana kaikissa testeissä pidettiin $p < 0,05$ (Polit & Beck 2012). Lisäksi logististen regressioanalyysien tuloksissa esitetään analyysien ristitulossuhteet (OR) ja niiden 95 % luottamusvälit (lv). Tilastollisen merkitsevyyden lisäksi myös tulosten kliinistä merkittävyyttä arvioitiin (Uhari 1992). Kliinisen merkittävyyden arvioinneissa auttoi tulosten vertailu aikaisempiin tutkimustuloksiin tai maan keskiarvoihin. Luotettavan intervention tehon arvioinnin vuoksi tutkimuksessa raportoidaan tilastollisesti merkitsevien tulosten lisäksi myös osa tilastollisesti merkityksettömistä tuloksista. Komulaisen ym. (2014) mukaan tulosten raportoinnin valikoiminen vain tilastollisesti merkitseviin muuttujiin voisi pahimmillaan aiheuttaa intervention tehon yliarvioimisen. Luotettavuutta lisäsi se, että analyysien suunnittelussa, toteutuksessa ja tulkinnassa käytettiin tilastotieteilijän apua.

Tulosten yleistettävyttä ja intervention sovellettavuusarvoa lisää se, että toteutuksessa käytettiin konkreettisesti jo olemassa olevia äitiyshuollon rakenteita ja toimijoita. Interventio olisi sellaisenaan siirrettävissä myös muualle. Molempien ryhmien osallistujat olivat saman sairaalan synnyttäjiä, jolloin heidän muu hoitonsa toteutui sairaalan yleisiä periaatteita noudattaen. Lisäksi 90 % osallistujista oli pääkaupunkiseudulta ja he olivat pääosin samojen neuvoloiden asiakkaita. Tämä takasi myös raskauden ajan seurannan yhdenmukaisuuden ryhmien välillä ja siten vahvasti tulosten yleistettävyttä. Tutkimuksen otos, eli tutkimusryhmän äidit, edusti synnytysvalmennukseen osallistujia tulevaisuudessakin. Iän ja siviilisäädyn osalta he vastasivat ensisynnyttäjiä koko maassa. Aikaisempia raskauksia osallistujilla oli vähemmän kuin koko maan ensisynnyttäjäillä. Koulutustaustaltaan tutkimusryhmän äidit olivat korkeammin koulutettuja koko maan naisiin verrattuna.

Intervention reliabiliteetti

Pysyvyyden parantamiseksi synnytysvalmennus-interventio vakioitiin rakenteen ja ohjausmenetelmän osalta toistumaan samanlaisena ohjaajasta riippumatta. Vakioinnin tarkoituksena oli estää intervention ajallista muuttumista sekä tahrautumista, eli valumista synnytyssairaalalan normaaliin toimintaan (Hemminki ym. 2014). Vakioitun ohjausmenetelmän avulla kontrolloitiin myös intervention sisällön

vaihtelua, vaikka sisältö saikin rakentua osittain erilaiseksi osallistujien erilaisten tiedon tarpeiden ja kiinnostuksen mukaan. Vakioinnista huolimatta käytännön toteutuksissa oli pientä ohjaajalähtöistä vaihtelua intervention suunnitellun keston ylityksinä.

Intervention toteuttaneet kätilöt työskentelivät kaikki synnytysosastolla, mutta heidän työssäolovuotensa vaihtelivat 4–22 vuoden välillä. Kätilöiden työkokemukseen liittyvään osaamisen vaihteluun liittyviä tekijöitä pyrittiin kontrolloimaan lisäkouluttamalla kätilöt valmennustehtävää varten sekä antamalla heille tarvittaessa lisätukea tutkimuksen edetessä. Valmennukset toteuttaneiden kätilöiden osaaminen vastasi hyvin intervention tavoitteita, eikä heidän lisäkoulutustarpeensa ollut suuri.

Kätilöitä oli mukana pieni määrä (N=7), eikä valmennusten pitäminen ryvästynyt yksinomaan joillekin henkilöille joukosta. Tämä turvasi jokaisen osaamisen kehittymisen valmennuksen ohjaajana. Interventiolla ei arvioitu olleen haittavaikutuksia äideille, valmennuksen ohjaajille eikä toteuttaneelle organisaatiolle.

6.3 Johtopäätökset ja suositukset

1. Synnytysvalmennus-intervention teho voidaan arvioida kohtalaiseksi, sillä neljästä tutkimuksessa asetetusta hypoteesista kolme sai osittaista tukea ja yksi hypoteesi hylättiin.
Suositus: Synnytysvalmennusta kannattaa järjestää, sillä se on vaikuttava tuen muoto synnytykseen valmistautuville ensisynnyttäjille.
2. Interventio tehosti äitiyshuollon toimintaa, sillä sairaalassa toteutettuna synnytysvalmennus vähensi valmentautumisen päällekkäisyyttä. Synnytyssali on myös toimiva valmennusympäristö, ja kättilöiden ammattitaidon riittävyys synnytysvalmennuksen vetäjänä on hyvä.
Suositus: Synnytysvalmennusta kannattaa järjestää sairaalassa ja kättilöiden ammattitaitoa kannattaa hyödyntää vanhempien synnytykseen valmistautumisessa raskauden aikana.
3. Internetistä saatava synnyttämiseen liittyvä tiedon saaminen ei korvannut todelliseen vuorovaikutukseen ja läsnäoloon perustuvaa kättilöiden toteuttamaa synnytysvalmennusta.
Suositus: Internetistä saatava tieto on hyvä synnytykseen valmistautumisen lisä, mutta sen ei tulisi korvata kokonaan vuorovaikutukseen perustuvaa valmennusta tai sairaalaan tutustumista.
4. Synnytysvalmennus-interventio ei täysin täyttänyt vanhempien synnytysskipuun valmistautumisen tarpeita.
Suositus: Synnytysvalmennukseen tulee lisätä synnytysskipusta selviytymistä tukevia elementtejä, esimerkiksi synnytyssuottamusta vahvistavia mielikuvaharjoitteita sekä luonnollisten kivunlievityskeinojen harjoittelua.
5. Synnytys jännittää ja pelottaa ensisynnyttäjiä jo raskauden alkuvaiheessa, ja toisten naisten kielteiset synnytystarinat ovat ensisynnyttäjien synnytysspelon muodostumisessa yksi tärkeä taustatekijä.
Suositus: Synnytysvalmennus kannattaa ajoittaa varhaiseen raskauden vaiheeseen, ainakin ennen raskausviikkoa 30, jotta vanhemmat saavat apua ajoissa.
6. Synnytysvalmennuksella oli sekä hoidollista että ennaltaehkäisevää vaikuttavuutta synnytysspelkoihin ja sillä pystyttiin vaikuttamaan erityisesti synnytysspelkohoitoon hakeutumattomien äitien tilanteeseen.
Suositus: Synnytysvalmennusta ei kannata kohdentaa vain erityisryhmille, vaan tarjota kaikille ensisynnyttäjille ennaltaehkäisevän vaikuttavuutensa vuoksi. Synnytysspelon muodostumista ehkäiseviä interventioita kannattaa kehittää ja niiden toteuttamiseen suunnata voimavaroja.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

1. Äitien synnytykseen valmistavien palveluiden järjestämisen tapoja tulisi rohkeasti uudistaa ja toimintaa tehostaa. Synnytykseen valmentautumisesta voisi kehittää laajemman mallin, jossa toimintaa tarkasteltaisiin yksittäistä synnytysvalmennustapahtumaa kokonaisvaltaisemmin ja monialaisemmin koko maan tasolla palvelua tuottavien organisaatioiden, siellä toimivien ammattilaisten ja käyttäjien sekä koulutuksen näkökulmista. Näin mahdolliset palvelujen päällekkäisyydet voitaisiin havaita paremmin, ja käytettävissä olevien resurssien uudelleen järjestämisellä voitaisiin tehostaa valmentautumista. Äitilähtöisen valmennusmallin kehittämisessä synnytykseen valmistavia palveluita käyttävien nykyiset ja tulevat tarpeet tulisi kartoittaa, sekä terveydenhuollon uudistamisen (esimerkiksi pienten synnytyssairaaloiden lakkauttaminen) tuomat toiminnan muutokset ottaa hallitummin huomioon. Synnytysmatkojen pidentyessä äitien luottamus omaan synnyttämiseen liittyvään osaamiseensa tulee korostumaan: mitä kauempana synnytysapu äidistä on sitä enemmän hänen täytyy uskaltaa ja osata ottaa vastuuta omasta synnytyksestään. Kyetäkseen tähän äiti tarvitsee aiempaa syvällisempää synnytysprosessin ymmärtämistä sekä sen parempaa tunnistamista omassa tilanteessaan. Myös puolisoiden rooli synnyttävän äidin tukijana ja avun antajana tulee korostumaan. Muutokset tuovat paineita synnytysvalmennuksen sisällölliseen kehittämiseen monella tavalla jo sekin vuoksi, että esimerkiksi ohjeet sairaalaan lähtemisestä tulee synnytysmatkojen pidentyessä muuttaa.
2. Tutkimuksen tulosten mukaan synnytystä pelkäävien äitien määrä oli suuri jo hyvin varhaisessa raskauden vaiheessa, joten synnytyspelkoa ennaltaehkäisevien elementtien kehittäminen jo raskauden ensimmäiselle neuvolakäynnille olisi tarpeen. Ensimmäistä neuvolakäyntiä varten voisi kehittää synnytyspelkoa ennalta ehkäisevän mini-intervention ja tutkia sen vaikuttavuutta.
3. Nuoret naiset altistuvat todennäköisesti toisten naisten kielteisille synnytystarinoille sekä median luomille synnytysmielikuville jo ennen ensimmäistä raskauttaan. Tämä vaatisi kasvatuksellisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien interventioiden kehittämistä ja niiden vaikuttavuuden tutkimista.
4. Synnytysvalmennuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi ja mittaamiseksi tulisi määritellä selkeät kriteerit ja tutkimuksellisin keinoin säännöllisesti seurata niiden saavuttamista.

LÄHTEET

- Adams SS, Eberhardt-Gran M, Eskild A. 2012. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119, 1238–1246.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. 2004. Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 104(3), 467–476.
- Anim-Somuah M., Smyth R., Howell C. 2011. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Systematic Review* 7(12). CD000331.
- Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. 2010. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research* 59(3), 194–202.
- Ayers S, Pickering AD. 2005. Women's expectations and experience of birth. *Birth* 20(1), 79–92. doi: 10.1080/0887044042000272912.
- Bélanger-Lévesque MN, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquiere JC. 2014. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open* 4:e004013. doi:10.1136/bmjopen-2013-004013.
- Beck CT. 2005. Mothers with post-traumatic stress disorder after traumatic childbirth struggled to survive and experienced nightmares, flashbacks, anger, anxiety, depression, and isolation. *Evidence Based Nursing* 8, 59. doi:10.1136/ebn.8.2.59.
- Bergström M, Kieler H, Waldenström U. 2009. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicenter trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116, 1167–1176. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x.
- Bergström M, Kieler H, Waldenström U. 2011. A randomised controlled multicenter trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery* 27(6), e195-e200.
- Bondas T. 2002. Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery* 18, 61–71.
- Borglin G, Richards D. 2010. Bias in experimental nursing research: strategies to improve the quality and explanatory power of nursing science. *International journal of nursing studies* 47(1), 123–128. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.06.016.
- Brimdyr K, Cadwell K, Widström AM, Svensson K, Neumann M, Hart EA, Harrington S, Phillips R. 2015. The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. *Birth* 42(4), 319–328. doi: 10.1111/birt.12186.
- Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. 2008. Predictors of Women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing* 37(1), 24–34. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x.
- Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. 2014. Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery Womens Health* 59(2), 192–197. doi: 10.1111/jmwh.12075.

- Christiaens W, Verhaeque M, Bracke P. 2010. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research* 10(10), 260. doi: 10.1186/1472-6963-10-268.
- Cook K, Loomis C. 2012. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *Journal of Perinatal Education* 21(3), 158–168. doi: 10.1891/1058-1243.21.3.158.
- Darvill R., Skirton H., Farrand P. 2010. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery* 26(3), 357–366. doi:10.1016/j.midw.2008.07.006.
- Davison C, Hauck YL, Bayes SJ, Kuliukas LJ, Wood J. 2015. The relationship is everything: Women's reasons for choosing privately practising midwife in Western Australia. *Midwifery* 31(8), 772–778. doi:10.1016/j.midw.2015.04.012.
- Dennis T. 2015. Women's Experiences With Traumatic Childbirth. Dissertation, Georgia State University, 2015. http://scholarworks.gsu.edu/nursing_diss/42.
- Eriksen LM, Nohr EA, Kjaergaard RM. 2011. Mode of delivery after Epidural Analgesia in a Cohort of Low-Risk Nulliparas. *Birth* 38(4), 317–326. doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00486.x.
- Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. 2006a. Women's experience of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery* 22(3), 240–248. doi:10.1016/j.midw.2005.10.002.
- Eriksson C, Westman G, Hamberg K. 2006b. Content of Childbirth-Related Fear in Swedish Women and Men - Analysis of an Open-Ended Question. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51(2), 112–118. doi:10.1016/j.jmwh.2005.08.010.
- Ekström E, Nissen E. 2006. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care," *Pediatrics* 118(2), e309–e314.
- Fabian HM, Råestad IJ, Waldenström U. 2004. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery* 20(3), 226–235.
- Fabian HM, Råestad IJ, Waldenström U. 2005. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 84(5), 436–443. doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x.
- Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL, Jarrett V, Toohill J. 2013. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy & Childbirth* 13, 190. doi: 10.1186/1471-2393-13-190.
- Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. 2009. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing* 18(5), 667–677. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x.
- Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. 2010. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 26(4), 394–400. doi: 10.1016/j.midw.2008.10.011.
- Fenwick J, Toohill J, Smith J, Gamble J. 2015. Sources, responses and moderators of childbirth fears in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery* 31, 239–246. doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003.

- Ferguson S, Davis D, Browne J. 2013. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women Birth* 26(1), e5–8.
doi: 10.1016/j.wombi.2012.09.003.
- Finlayson K, Downes S, Hinder S, Carr H, Spiby H, Whorwell P. 2015. Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy & Childbirth* 15, 229.
doi:10.1186/s12884-015-0659-0.
- Finlex. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. www.finlex.fi.
- Fisher C, Hauck Y, Bayes S, Byrne J. 2012. Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth* 12, 126.
doi: 10.1186/1471-2393-12-126.
- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. 2006. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Social Science & Medicine* 63(1), 64–75.
doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.065.
- Floris L, Irion O. 2015. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study. *Journal of Health Psychology* 20(4), 446–455. doi:10.1177/1359105313502695.
- Fontein-Kuipers YJ, Nieuwenhuijze MJ, Ausems M, Budé L, de Vries R. 2014. Antenatal interventions to reduce maternal distress: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
doi: 10.1111/1471-0528.12500.
- Gagnon AJ, Sandall J. 2011. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3*. Art. No.: CD002869
- Geissbühler V, Eberhard J. 2002. Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 23(4), 229–235. doi: 10.3109/01674820209074677.
- Goberna-Tricas J, Banús-Gimenez R, Palacio-Tauste A. 2011. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery* 27(6), e231–e237. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.004.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS 2004. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46(2), 212–219.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x.
- Gucht Van der N, Lewis K. 2015. Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery* 31(3), 349–58.
doi: 10.1016/j.midw.2014.12.005.
- Haapio S. 2006. Synnytysvalmennus sairaalassa. Tampereen yliopisto.
- Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. 2012. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy & Childbirth* 12(55), 2–14.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005: 22. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A, Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakesin raportteja 21/2008, Stakes. Valopaino Oy, Helsinki 2008.

- Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. 2012. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy & Childbirth* 12, 78. doi: 10.1186/1471-2393-12-78.
- Hardin AM, Buckner EB. 2004. Characteristics of a Positive Experience for Women Who Have Unmedicated Childbirth. *Journal of Perinatal Education* 13(4), 10–16. doi: 10.1624/105812404X6180.
- Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. 2007. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery* 23(3), 235–247. doi: 10.1016/j.midw.2006.02.002.
- Heickell K. 1998. Ensisynnyttäjien kokemukset synnytyksestä ja synnytysvalmennuksesta. Pro gradu-tutkielmat 33. Helsingin yliopisto.
- Hemminki E, Heikkilä K, Sevón T, Koponen P. 2008. Special features of health services and register based trials - experiences from a randomized trial of childbirth classes. *BMC Health Services Research* 8, 126. doi: 10.1186/1472-6963-8-126.
- Hemminki E, Malila N, Hakama M. 2014. Kokeelliset tutkimukset sosiaalilääketieteessä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 330–337.
- Heino A & Gissler M. 2016. Pohjoismaiset perinataalitulostat 2014. Tilastoraportti 4/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hermansson E, Mårtensson L. 2011. Empowerment in the midwifery context - a concept analysis. *Midwifery* 27(6), 811–816. doi: 10.1016/j.midw.2010.08.005.
- Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, Lundgren I. 2011. A longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 40(5), 532–543. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x.
- Hodnett ED. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, 160–172.
- Hovi AM. 1998. Perhevalmennuksen laadunvarmistus. Hyvä perhevalmennus -laatumittarin kehittäelyprosessi ja kuvaus. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 153*, Helsingin yliopisto.
- Hsieh HF, Shannon SE. 2005. Three approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research* 15(9), 1277–1288. doi: 10.1177/1049732305276687.
- Ip WY, Chien WT, Chan CL. 2003. Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *Journal of Advanced Nursing* 42(2), 151-158.
- Ip WY, Tang CS, Goggins WB. 2009. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing* 18(15), 2125–2135. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x.
- Jones CC, Jomeen J, Hayter M. 2014. The impact of peer support in the context of perinatal mental illness: a meta-ethnography. *Midwifery* 30(5), 491–498. doi: 10.1016/j.midw.2013.08.003.
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. 2012. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Systematic Review* 3, CD009234. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>.
- Kannan S, Jamison RN, Datta S. 2001. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 26(5), 468–472.
- Karanicolas PJ, Farrokhyar F, Bhandari M. 2010. Blinding: Who, what, when, why, how? *Canadian Journal of Surgery* 53(5), 345–348.

- Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. 2015. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy & Childbirth* 15, 25. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0.
- Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. 2010. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth* 37(1), 11–20. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00373.x.
- Klemetti R, Hakulinen-Viitanen T (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print - Suomen yliopistopaino Oy, Tampere 2013.
- Komulainen J, Vuorela P, Malmivaara A. 2014. Tutkimuksen kriittinen arviointi. Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja sudenkuoppia. *Duodecim* 130, 1439–1444.
- Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto, Oulu university press.
- Kylmä J, Juvakka K. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K, Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119, 609–615.
- Kyngäs H, Vanhanen I. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–12.
- Lagan BM, Sinclair M, Kernohan W. 2010. Internet Use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based survey. *Birth* 37(2), 106–115. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00390.x.
- Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. 2008. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine* 6 (7). doi: 10.1186/1741-7015-6-7.
- Larkin P, Begley CM, Devane D. 2017. Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. BMC series–open, inclusive and trusted 2017, 17:19. doi: 10.1186/s12884-016-1196-1.
- Larsson M. 2009. A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy related-information. *Midwifery* 25(1), 14–20.
- Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. 2015. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 94(6), 629–636.
- Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. 2008. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 115(3), 354–360. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x.
- Lauzon L, Hodnet E. 2007. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term (Review). *The Cochrane Collaboration*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD000935.
- Leinonen E, Sjögren A, Vehviläinen-Julkunen K. 1992. Perhevalmennuksen opetuskäytäntö. *Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskus, raportteja 62*. VAPK-kustannus.
- Lewis L, Hauck YL, Ronchi F, Crichton C, Waller L. 2016. Gaining insight into how women conceptualize satisfaction: Western Australian women's perception of their maternity care experiences. *BMC Pregnancy & Childbirth* 16, 29. doi: 10.1186/s12884-015-0759-x.
- Lothian AJ. 2007. Listening to Mothers II: Knowledge, Decision-Making and Attendance at Childbirth Education Classes. *Journal of Perinatal Education* 16(4), 62–67. doi: 10.1624/105812407X244723.

- Luce A, Cash M, Hundley V, Cheyne H, van Teijlingen E, Angell C. 2016. "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy & Childbirth* 16, 40. doi: 10.1186/s12884-016-0827-x.
- Lukasse M, Schei B, Ryding EL. 2014. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare* 5(3), 99–106.
- Lundgren I, Berg M. 2007. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21(2), 220–228.
- Mahoney MJ, Granvold DK. 2005. Constructivism and psychotherapy. *World Psychiatry* 4(2), 74–77.
- Maier B. 2010. Women's worries about childbirth: making safe choices. *British Journal of Midwifery* 18(5), 293–299. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2010.18.5.47859>.
- Malmivaara A. 2008. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus vaikuttavuudesta – Apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 273–278.
- Maimburg RD, Vaeth M, Dürr J, Hvidman L, Olsen J. 2010. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 117(8), 921–928. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02584.x.
- McCrea H, Wright M, Stringer M. 2000. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *International Journal of Nursing Studies* 37, 493–503.
- Melender, H-L. 2002. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth: Issues in Perinatal Care* 29(2), 101–111.
- Melender H-L, Lauri S. 1999. Fears associated with pregnancy and childbirth - experiences of women who have recently given birth. *Midwifery* 15(3), 177–182.
- Melender H-L, Lauri S. 2002. Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice* 8(6), 289–296.
- Mietola-Koivisto T. 2016. Synnytyksen ponnistusvaiheen hoidon käytännöt. Yhteys ensisynnyttäjän välilihan kuntoon synnytyksen jälkeen, synnytyskokemukseen, kipuun ja seksuaaliterveyteen. Turun yliopiston julkaisuja – Annales universitatis Turkuensis. Sarja - C osa – tom. 422. Scripta Lingua Fennica Edita. Painosalama Oy – Turku, 2016.
- Mikkanen P. 2000. Perhevalmennuksen nykytila ja kehittämistarpeet – kyselytutkimus terveydenhoitajille. Lisensisaattitutkimus, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Morris T, McInerney K. 2010. Media representations of pregnancy and childbirth: an analysis of reality television programs in the United States. *Birth* 37(2), 134 – 140. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00393.x.
- Morton CH, Hsu C. 2007. Contemporary Dilemmas in American Childbirth Education: Findings from a Comparative Ethnographic Study. *Journal of Perinatal Education* 16(4), 25–37. doi: 10.1624/105812407X245614.
- Namey EE, Kyerly Ad. 2010. The meaning of "control" for childbearing women in the US. *Social Science & Medicine* 71(4), 769–776. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.024.
- Nieminen K. 2016. Clinical aspects of childbirth-related anxiety. Linköping University Medical Dissertation No. 1513.
- Nieminen K, Andersson G; Wijma B, Wijma K. 2016. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 37(2), 37–43. doi: 10.3109/0167482X.2016.1140143.

- Nieminen K, Stephansson O. 2009. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 88(7), 807–813. doi: 10.1080/00016340902998436.
- Nilsson C, Lundgren I. 2009. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25, e1–e9. doi: 10.1016/j.midw.2007.01.017.
- Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. 2012. Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth* 25(3), 114–121. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001>.
- Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt-Wahn E, Ekström A. 2013. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*. doi.org/10.1155/2013/349124.
- Nulty DD. 2008. The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? *Assessment & Evaluation in Higher Education* 33(3), 301–314.
- Nummenmaa L. 2006. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Nüesch E, Trelle S, Reichenbach S, Rutjes A, Bürgen E, Scherer M, Altman D, Jüni P. 2009. The effects of excluding patients from the analysis in randomized controlled trials: meta-epidemiology study. *BMJ*, 339. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b3244>
- Nyman V, Downe S, Berg M. 2011. Waiting for permission to enter the labour ward world: First time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2(3), 129–134.
- Pang MN, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. 2008. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, 35(2), 121–128. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x.
- Partanen-Björk M. Äitiysneuvolan perhevalmennuskurseille osallistuneiden äitien käsitys valmennuksen tarpeesta ja saamastaan valmennuksesta. Pro gradu-tutkielmat 3. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Piensoho T. 2001. Äitiyden alkumetreit. Isien raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 176. Yliopistopaino, Helsinki. ISBN 952 - 10 - 0079 - 1 (PDF).
- Polit DF, Beck CT. 2012. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice.9. painos. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Puolimatka T. 2002. Opetuksen teoria. Konstruktivismista realismiin. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Raivio R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveystieteiden laitoksen Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 2189. Tampere University Press, Tampere 2016.
- Raussi-Lehto E, Hemminki E, Gissler M, Heinonen S, Honkanen V, Hämäläinen T, Klemetti R, Kukko S-K, Tapper A-M, Virtanen T. 2015. Äitiysneuvolat muuttuvassa terveydenhuollossa. Ehdotuksia rakenteiden uudistamiseksi 2015. Työpaperi 17/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/urn:ISBN:978-952-302-532-5>.
- Raussi-Lehto E, Regushevskaya E, Gissler M, Klemetti R, Hemminki E. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000 -luvulla. Kyselytutkimuksen perusraportti 52/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Rauste von Wright M. 1997. Opettaja tienhaarassa. Konstruktivismia käytännössä. WSOY, Juva.
- Regan M, McElroy K, Moore K. 2013. Choice? Factors That Influence Women's Decision Making for Childbirth. *The Journal of Perinatal Education* 22(3), 171–180.
- Renholm M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku, Finland *Annales Universitatis Turkuensis, Painosalama Oy, Turku* 2015.
- Rouhe H. 2015. Fear of childbirth. Academic Dissertation. Department of Obstetrics and Gynaecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Finland. Helsinki Unigrafia, ISBN 978-951-51-1242-2.
- Rouhe H, Saisto T. 2013. Synnytyspelko. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129(5), 521–527.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E, Saisto T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116, 67–73.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding EL, Saisto T. 2014. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 36(1), 1-9. doi: 10.3109/0167482X.2014.980722.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. 2013. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomized trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 120, 75–84.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. 2015. Life satisfaction, general well-being and costs of treatment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psychoeducative group or conventional care attendance. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 94, 527–533.
- Ruusuvuori J. 1992. Synnyttämisen suuntia. Synnyttävän naisen muuttuva asema diskurssikamppailussa. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Julkaisuja 6. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. 2014. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 121(8), 965–970. doi: 10.1111/1471-0528.12599.
- Ryding EL, Wirfelt E, Wängborg IB, Sjögren B, Edman G. 2007. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86(7), 814–820.
- Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. 2002. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiol Community Health* 56, 119 – 127. doi:10.1136/jech.56.2.119.
- Ryttyläinen K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128. Kopijyvä, Kuopio 2005.
- Saisto T. 2000. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. *Duodecim* 116, 1483–1488.

- Saisto T, Halmesmäki E. 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82(3), 201–208.
- Saisto T, Rouhe H, Gissler M. 2013. Synnytyspelon hoitokäytännöissä on vielä eroja. *Lääkärilehti* 36/2013 (68), 2190–2191.
- Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen R, Tokola MI, Saisto T. 2012. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology* 17(4), 520–534.
- Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. 2010. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery* 26(3), 327–337. doi:10.1016/j.midw.2008.07.003.
- Salonen A, Pridham K, Brown R, Kaunonen M. 2014. Impact of an internet-based intervention on Finnish mothers' perceptions of parenting satisfaction, infant centrality and depressive symptoms during the postpartum year. *Midwifery* 30(1), 112–122.
- Sandall S, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. 2015. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. doi: 10.1002/14651858. CD004667.pub4.
- Schneider A, Hommel G, Blettner M. 2010. *Linear Regression Analysis*. Deutsches Ärzteblatt, 44.
- Sieber S, Germann N, Barbir A, Ehlert U. 2006. Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 85(10), 1200–1207.
- Sjöberg Brixval C, Caspar Thygesen L, Forberg Axelsen S, Gluud C, Winkel P, Lindschou J, Weber T, Due P, Koushede V. 2016. Effect of antenatal education in small classes versus standard auditorium based lectures on use of pain relief during labour and of obstetric interventions: results from the randomised NEWBORN trial. *BMJ Open* 6(6):e010761. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010761.
- Sjöberg Brixval C, Glenstrup Lauermoller S, Kroger Andersen S, Due P, Koushede V. 2015. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes – a systematic review 4:20.
- Soet JE, Brack GA, Dilario C. 2003. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth* 30(1), 36–46.
- Staneva AA, Bogosian F, Wittkowski A. 2015. The experience of psychological distress, depression and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery* 31(6), 563–573. doi:10.1016/j.midw.2015.03.015.
- Streubert Speziale HJ, Rinaldi Carpenter D. 2007. *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. 4. painos. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stoll K, Edmunds JK, Hall WA. 2015. Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *Birth* 42(3), 270–276. doi: 10.1111/birt.12178.
- Stoll K, Hall W. 2012. Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *The Journal of Perinatal Education* 21(4), 229–237. doi:10.1891/1058-1243.21.4.229.
- Stoll K, Hall W. 2013. Vicarious Birth Experiences and Childbirth Fear: Does It Matter How Young Canadian Women Learn about Birth? *Journal of Perinatal. Educ.* 22(4), 226–233. doi: 10.1891/1058-1243.22.4.226.
- Stoll K, Janssen P. 2014. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery* 30(2), 220–226.

- Storksens HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. 2012. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 91, 237–242. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x
- Storksens HT, Garthus- Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. 2015. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy & Childbirth* 15, 221. doi: 10.1186/s12884-015-0655-4.
- Storksens HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. 2013. The impact of previous birth experiences of maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 92(3), 318–24. doi: 10.1111/aogs.12072.
- Sturroc WA, Johnson JA. 1990. The relationship between childbirth education classes and obstetric outcome. *Birth* 17(2), 82–85.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-2391.2015. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 16.11.2016].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/synt/2015/synt_2015_2016_04_14_tie_001_fi.html.
- Svensson J, Barclay L, Cooke M. 2009. Randomized-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery* 25(2), 114–125.
- Söderqvist J, Wijma K, Wijma B. 2004. Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorder* 18(2), 127–42.
- Taubman-Ben-Ari O, Ben-Shlomo S, Sivan E, Dolizki M. 2009. The transition to motherhood: A time for growth. *Journal of Social and Clinical Psychology* 28(8), 943–970.
- Teate A, Leap N, Schindler Rising S, Homer C. 2011. Women’s experiences of group antenatal care in Australia –the Centering Pregnancy Pilot Study. *Midwifery* 27(2), 138–145. doi:10.1016/j.midw.2009.03.001.
- THL/Syntymärekisteri. Tiedonanto sähköpostilla 14.12.2016.
- Toivanen R, Saisto T, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. 2002. Synnytyspelon hoito terapeuttisen ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla. *Suomen lääkärilehti* 42, 4567–4572.
- Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. 2014a. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy & Childbirth* 14, 275. doi: 10.1186/1471-2393-14-275.
- Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL. 2014b. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* 41(4), 384–94. doi: 10.1111/birt.12136.
- Torloni MR, Betrasi AP, Montilla P, Sclaro E, Seuc A, Mazzoni A, Althabe F, Merzagora F, Donzelli GP, Merialdi M. 2013. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy & Childbirth* 13, 78. doi: 10.1186/1471-2393-13-78.
- Tuomi J, Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Viides painos. Tammi, Helsinki.
- Turkstra E, Mihala G, Scuffham PA, Creedy PK, Gamble J, Toohill J, Fenwick J. 2017. An economic evaluation alongside a randomised controlled trial on psycho-education counselling intervention offered by midwives to address women’s fear of childbirth in Australia. *Sexual & Reproductive Healthcare* 11, 1-6. doi:/10.1016/j.srhc.2016.08.003.

- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/201.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
- Tynjälä P. 1999. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. 1.–2. painos. Tammer-Paino Oy, Tampere 2000.
- Uhari M. 1992. Tutkimustulosten tulkinta luottamusvälien avulla. *Duodecim* 108(13), 1163.
- Vehviläinen–Julkunen K. 1995. Family training: supporting mothers and fathers in the transition to parenthood. *Journal of Advanced Nursing* 22, 731–737.
- Vehviläinen-Julkunen K. 1996. Perhevalmennus perheiden tukena–neuvolan asiakkaiden arviointia sisällöstä ja käytetyistä menetelmistä. *Hoitotiede* 8, 3–10.
- Vehviläinen–Julkunen K, Naumanen–Tuomela P. 1998. Terveystieteiden näkemyksiä perhevalmennuksen kehittämisestä. *Terveystieteiden aikakauslehti* 6, 6–7.
- Vehviläinen–Julkunen K, Saarikoski S, Marttinen P. 1995. Perhevalmennus perheiden tukena. Tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatiosta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 3. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Vehviläinen–Julkunen K, Teittinen M. 1993. Tietoa, tukea ja varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen. Raportti työnohjauksesta Lapinlahden äitiysneuvolassa. *Stakes, Raportteja* 81, Jyväskylä.
- Vuori E, Gissler M. 2012. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2010–2011. Tilastoraportti 27. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen virallinen tilasto, *Terveys* 2012.
- Vuori E, Gissler M. 2016. Perinataalitulasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Tilastoraportti 16/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen virallinen tilasto, *Terveys* 2016.
- World Health Organisation. 2001. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Bulletin of the World Health Organization* 79(4), 373–374.
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. 2004. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31(1), 17–27.
- Waldeström U, Hildingsson I, Ryding EL. 2006. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113(6), 638–646.
- Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Rosen G, Nohr EA. 2013. Self-hypnosis for coping labour pain: a randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 120(3), 346–353. doi:10.1111/1471-0528.12087.
- Whitburn L, Jones LE, Davey MA, Small R. 2014. Women’s experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study. *Midwifery* 30(9), 1029 – 1035. doi:10.1016/j.midw.2014.04.005.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. 1998. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 19, 84–97.

Liite 1. Suomalaisia synnytysvalmennustutkimuksia ja niiden keskeiset tulokset

| TEKIJÄT/ VUOSI | TEEMA | TUTKIMUS- JOUKKO | TUTKIMUSMETODI | KESKEISET TULOKSET |
|---|--|--|---|---|
| Vehviläinen- Julkunen, 1987. | Äitiysneuvolassa toteutettavan perhevalmennuksen kehittäminen: pienryhmävalmennuskokeilu. | n=48 ensimmäistä lastaan odottavaa perhettä n=5 terveydenhoitajaa ja n=50 kättilöä | Vanhempien haastattelut synnytyksen jälkeen. Terveydenhoitajille valmennusohjelman loputtua. Kyselyt vanhemmille I neuvolakäynnillä ja kolme kuukautta synnytyksen jälkeen. Kättilöille synnytyksen jälkeen. | Valmennusta tulisi antaa pienissä (alle 10 osallistujaa) ryhmissä, jolloin olisi paremmat mahdollisuudet keskusteluun ja kokemusten vaihtoon vertaisten kanssa. Isän huomioonottamista tulisi korostaa. Pariskunnat kaipasivat enemmänkin tukea kuin suoraa tietojen jakamista. |
| Leinonen, Sjögren ja Vehviläinen- Julkunen, 1992. | Perhevalmennuksen toteuttamistavat. | n=35 vanhempaa n=16 terveydenhoitajaa | Havainnointi strukturoidulla havainnointilomakkeella, muistiinpanot ja teemahaastattelut. | Terveydenhoitajat kokivat perhevalmennuksen tärkeänä ja hyödyllisenä. Opettajakeskeistä tiedonjakamista, vanhempien tukeminen jäi vähäiseksi. |
| Ruusuvuori, 1992. | Synnyttävän naisen asema ja valta omaan ruumiiseensa raskausaikana ja synnytyksessä. Valmennuksen osuus naisten toiminnan ohjaajana. | n=10 ensisynnyttäjää | Teemahaastattelut ennen ja jälkeen synnytyksen. | Äidit olivat tyytyväisiä neuvolatoimintaan ja rutiinitarkastuksiin, mutta eivät neuvolan tarjoamaan valmennukseen. |

| TEKIJÄT/ VUOSI | TEEMA | TUTKIMUS- JOUKKO | TUTKIMUSME- TODI | KESKEISET TULOKSET |
|--|---|---|---|---|
| Vehviläinen- Julkunen ja Teittinen. 1993. | Perusterveydenhuollon ideointi-, tutkimus- ja uudistamisprojektiin liittyvän äitiysneuvolatyön kehittäminen ja arvioinnista saadut tulokset. | n=40 äitiä n= 40 isää n=40 kättilää | Kolmivaiheinen, odotukset ja kokemukset esseemuodossa, loppuarviointi postikyselynä sekä päiväkirjatyyppinen kysely. | Toiveet valmennuksen sisällöksi keskittyivät synnytykseen ja siihen valmistautumiseen, isän rooliin synnytyksessä ja lapsen hoitoon. Myönteistä oli ohjelman suunnitteluun osallistuminen sekä asiallisen tiedon saaminen synnytyksestä, raskaudesta ja parisuhteesta. |
| Vehviläinen- Julkunen, 1995. | Äitien ja isien näkömynkset perhevalmennuksesta ja sen antamasta tuesta vanhemmuuteen siirtymisessä. | n=189 äitiä n=127 isää | Strukturoitu kysely ja avoimet kysymykset. | Vanhemmat pitivät tärkeänä, että heidän odotuksensa otetaan huomioon valmennusta suunniteltaessa. Aiheista keskeisinä pidettiin synnytysprosessia, kivunlievitystä, poikkeavaa synnytystä ja vanhemmuutta. Keskustelua toisten vanhempien kanssa pidettiin riittämättömänä. |
| Vehviläinen- Julkunen, 1996. | Perhevalmennuksen sisällön ja siinä käytettyjen menetelmien arviointi. | n=198 äitiä n=134 isää | Kysely yhdeksän viikkoa synnytyksen jälkeen. | Valmennus koettiin merkittäväksi uudessa elämäntilanteessa. Vanhempien toiveiden huomiointi valmennusta suunniteltaessa oli tärkeää.. Tärkeimmät sisällöt olivat synnytys ja sen kulku, vanhemmuusteemat, kivunlievitys ja poikkeavat synnytykset. Lisää keskustelua synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. |

| TEKIJÄT/ VUOSI | TEEMA | TUTKIMUS- JOUKKO | TUTKIMUS- METODI | KESKEISET TULOKSET |
|---|--|---|--|---|
| Hovi, 1998. | Perhevalmennuksen laatumittarin kehittäminen. | n=6 äitiyshuollon asiantuntijaa. | Teemahaastattelut ja puolistrukturoidut kyselyt. | Kriteerit hyvälle perhevalmennukselle olivat: valmennuksen sisältö, valmentajan ohjausominaisuudet sekä valmennuksen ohjausmenetelmät. |
| Vehviläinen-Julkunen ja Naumanen-Tuomela, 1998. | Terveydenhoitajien näkemykset perhevalmennuksen kehittämisestä. | n=539 perhevalmennusta antavaa terveydenhoitajaa. | Postikysely. | Perhevalmennusta tulisi kehittää asiakaslähtöisemmäksi ja lisätä eri tahojen (synnytyssairaalat ja neuvolat) välistä yhteistyötä. Perhevalmennuksen tulisi mahdollistaa toisiin vanhempiin tutustumista ja valmennusta voitaisiin järjestää vielä synnytyksen jälkeenkin. |
| Mikkanen, 2000. | Perhevalmennuksen nykytila ja kehittämistarpeet. | n=539 terveydenhoitajaa | Kysely. | Perhevalmennuksessa käsiteltiin eniten synnytystä sekä äidin ja sikiön hyvinvointia. Pelkoja, synnytykseen liittyvää masennusta ja isän hyvinvointia huomioitiin niukasti. Eniten tukea terveydenhoitajat saivat toisilta terveydenhoitajilta ja perheiltä, ja vain niukasti neuvolalääkäriltä ja johdolta. |
| Piensoho, 2001. | Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset 1930–90. | n=167 lapsen saanutta naista | Kirjalliset kertomukset. | Raskauden ja synnytyksen oppimiskokemukset olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. Valmennus oli pintapuolista, eikä vastannut todellisuutta. |

| TEKIJÄT/ VUOSI | TEEMA | TUTKIMUSJOUKKO | TUTKIMUS- METODI | KESKEISET TULOKSET |
|---|--|--|---|--|
| Bondas, 2002. | Suomalaisten naisten kokemukset äitiyshuollosta. | n= 40 naista, joista puolet olivat ensisynnyttäjiä ja puolet uudelleensynnyttäjiä | Kaksivaiheinen, haastattelut ja havainnointi. | Naiset halusivat inhimillistä, rauhallista ja luottamuksellista hoitosuhdetta raskauden ja synnytyksen aikana. Synnytysvalmennus- ryhmillä oli moniulotteinen merkitys. |
| Hemminki, Heikkilä, Sevón ja Koponen, 2008. | Koulutuksellinen interventio synnytysvalmennusta vetäville terveydenhoitajille, jotta he osaisivat valmennuksessa ohjata vanhempia tehokkaammin alatiesynnytyksen eduista. | 20 neuvolaa käsittäen 1601 raskaana olevaa synnytysvalmennukseen osallistujaa. | Satunnaistettu ja kontrolloitu, tapaus-verrokki koeasetelma. | Noin 60 % terveydenhoitajista osallistui koulutukseen. Terveys­hoitajat pitivät synnytysvalmennusta periaatteessa tärkeänä, mutta muu työ vei voimavaroja valmennuksen vetämiseltä. Terveys­hoitajien lisäkoulutuksella ei pystytty vähentämään keisarileikkausten määrää. |

Liite 2. Tutkimuksen mittarit

Taustatiedot

Taustatiedot raskausviikolla 13

KOODI _____

Ole hyvä ja ympyröi oikea vaihtoehto tai kirjoita vastaus viivalle.

1. Ikä _____ v

2. Siviilisäätty

1 naimisissa

2 naimaton, asun avoliitossa

3 naimaton, asun yksin

3. Ammatillinen koulutus

1 ei ammatillista koulutusta

2 kouluasteinen ammatillinen tutkinto

3 opistoasteinen- tai ammattikorkeakoulututkinto

4 akateeminen tutkinto

4. Aiemmat raskaudet

1 keskenmeno/keskenmenoja

2 keskeytys

5. Tämän raskauden alku

1 suunniteltu

2 suunnittelematon

3 lääketieteellisesti avustettu

6. Raskauden kulku tähän mennessä

1 normaali

2 poikkeava

7. Raskauden kesto vastaushetkellä _____ raskausviikkoa

8. Neuvolan nimi, jossa käyt raskausajan tarkastuksissa?

9. Onko tällä hetkellä tiedossasi, että sinulle tullaan tekemään keisarileikkaus?

1 ei

2 kyllä

10. Tulevaan synnytykseesi osallistuu

1 puoliso/kumppani

2 tukihenkilö, kuka _____

3 synnytän ilman puolisoa/kumppania/tukihenkilöä

Tiedot synnytysdokumenteista

1. Synnyttäjän terveydentila
 - 1 terve
 - 2 krooninen sairaus
 - 3 akuutti sairaus

2. Poliklinikkakäyntien määrä
 - 1 päivystyskäyntien määrä
 - 2 ajanvarauskäyntien määrä
 - 3 synnytyspelkopoliklinikkakäyntien määrä

3. Synnytys käynnistyi
 - 1 spontaanisti
 - 2 käynnistettiin

4. Sairaalassaoloajan pituus ennen lapsen syntymää _____

5. Raskausviikot synnytysshetkellä _____

6. Synnytyksessä käytetyt selkäydinpuudutukset
 - 1 epiduraali
annosten lkm _____
 - 2 spinaali
annosten lkm _____

10. Synnytystapa
 - 1 alatie
 - 2 imukuppi
 - 3 perätilan ulosautto
 - 4 päivystyssektio
 - 5 suunniteltu sektio

11. Synnytyksen kesto
 - 1 avautumisvaihe
 - 2 ponnistusvaihe
 - 3 jälkeisvaihe

RASKAUTEEN JA SYNNYTYKSEEN LIITTYVÄT PELOT JA TURVALLISUUS (RSPT-mittari), Melender 2002

Raskauteen ja synnytykseen liittyvien pelkojen kohteet

Ole hyvä ja ympyröi kunkin väittämän kohdalla se vaihtoehto (vain yksi), joka parhaiten kuvaa kokemiasi raskauteen ja synnytykseen liittyviä pelkoja:

- 1 = eri mieltä
- 2 = jokseenkin eri mieltä
- 3 = ei samaa eikä eri mieltä
- 4 = jokseenkin samaa mieltä
- 5 = samaa mieltä

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. Pelkään synnytyskipua. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Pelkään, että synnytykseni tulee olemaan pitkä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Pelkään joutuvani paniikkiin synnytyksessä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Pelkään olevani ”huono” synnyttäjä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Pelkään saavani repeytyviä synnytyksessä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Pelkään välilihan leikkausta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Pelkään, etten osaa hengittää ja ponnistaa oikein synnytyksessä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Pelkään, etten osaa lähteä oikeaan aikaan synnyttämään. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Pelkään, että lapseni syntyy kuolleena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Pelkään, että lapseni vaurioituu synnytyksessä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Pelkään, että odottamani lapsi on sairas tai vammainen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Pelkään, että tämän raskauden aikana tulee ilmenemään ongelmia ennen synnytysajankohtaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Pelkään, että synnytyksen aikana tai sen jälkeen tulee ilmenemään jotain ylimääräistä ongelmaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Pelkään joutuvani keisarileikkaukseen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Raskauteen ja synnytykseen liittyvien pelkojen syntyminen

Ole hyvä ja ympyröi kunkin väittämän kohdalla se vaihtoehto (vain yksi), joka parhaiten kuvaa kokemiasi raskauteen ja synnytykseen liittyviä pelkoja:

- 1 = eri mieltä
- 2 = jokseenkin eri mieltä
- 3 = ei samaa eikä eri mieltä
- 4 = jokseenkin samaa mieltä
- 5 = samaa mieltä

Jos ette koe raskauteen ja synnytykseen liittyviä pelkoja (vastasitte ”eri mieltä” väittämiin 11-24, laittakaa rasti tähän ____ ja jättäkää täyttämättä kohdat 25-50).

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 25. Olen luonteeltani pessimistinen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Mielestäni minulla on niin huono onni kaikessa, että tässäkin jokin asia varmasti epäonnistuu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Olen luonteeltani sellainen, että pelkään helposti erilaisia asioita, vaikka ei olisi syytäkään. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Minulla on huono omatunto jostain, mitä olen tehnyt tai jättänyt tekemättä ja pelkään sen vaikuttavan tähän raskauteen, synnytykseen ja/tai lapsen hoitoon. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Koen olevani yksin tämän raskauden kanssa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Toiset ovat kertoneet kielteisiä asioita synnytyksestä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Toiset ovat kertoneet kielteisiä asioita raskaudesta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Toiset ovat kertoneet kielteisiä asioita lapsen hoidosta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Olen lukenut kirjoista tai lehdistä negatiivisia asioita raskaudesta, synnytyksestä ja/tai vauvan hoidosta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Minulla on koulutukseni/ammattini perusteella tietoa, joka aiheuttaa minulle pelkoja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Olen saanut terveydenhuollon asiakkaana sellaista raskauteen, synnytykseen ja/tai lapsen hoitoon ja kasvatukseen liittyvää tietoa, joka on herättänyt minussa levottomuutta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Minulla on sairaus, joka voi aiheuttaa ongelmia raskaudessa, synnytyksessä tai vauvanhoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Suvussani/lapsen isän suvussa on sairautta, joka voi vaikuttaa kielteisesti lapsen terveyteen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Raskauteen ja synnytykseen liittyvien pelkojen ilmeneminen

Ole hyvä ja ympyröi kunkin väittämän kohdalla se vaihtoehto (vain yksi), joka parhaiten kuvaa kokemiasi raskauteen ja synnytykseen liittyviä pelkoja:

1 = ei

2 = kyllä

- | | | |
|--|---|---|
| 38. Olen itkeskellyt pelkojeni vuoksi. | 1 | 2 |
| 39. Puhun usein peloistani. | 1 | 2 |
| 40. Olen kokenut unettomuutta raskauteen ja/tai synnytykseen liittyvien pelkojen vuoksi. | 1 | 2 |
| 41. Mietiskelen usein mielessäni kokemiani pelkoja. | 1 | 2 |
| 42. Olen kokenut sydämentykytystä raskauteen ja/tai synnytykseen liittyvien pelkojen vuoksi. | 1 | 2 |
| 43. Olen kokenut levottomuutta tai hermostuneisuutta raskauteen ja/tai synnytykseen liittyvien pelkojen vuoksi. | | |
| 44. Koen oloni jännittyneeksi pelkojeni vuoksi. | 1 | 2 |
| 45. Lasken sikiön liikkeitä useammin kuin oikeastaan tarvitsisi, koska pelkään, että lapsi lakkaa liikkumasta. | 1 | 2 |
| 46. Pelkojen vuoksi olen muuttanut jokapäiväiseen arkielämään liittyviä toimintoja, esimerkiksi syömisen, liikkumisen tms. suhteen enemmän kuin raskauden johdosta tarvitsisi. | 1 | 2 |
| 47. Tunnen joskus itseni vainoharhaiseksi pelkojeni vuoksi. | 1 | 2 |
| 48. Pelkojen vuoksi en pysty nauttimaan raskaudesta sillä tavoin kuin haluaisin. | 1 | 2 |
| 49. Olen pyytänyt keisarileikkausta synnytyspelon vuoksi. | 1 | 2 |
| 50. Olen harkinnut keisarileikkauksen pyytämistä synnytyspelon vuoksi. | 1 | 2 |

SYNNYTYSVALMENNUKSEN RAKENNE (ohje vetäjälle)

Valmennuksen ennakkotyöskentely:

Vanhemmille on jaettu valmennuksen kirjallinen ennakkomateriaali: ”*Synnytykseen valmistautuminen - opas vanhemmille*” (ensimmäisen ultraääniseulatus tutkimuksen yhteydessä, ennen rv 14), jossa on lyhyesti selitetty synnyttämiseen liittyviä asioita. Tällä on pyritty varmistamaan se, että kaikilla valmennukseen osallistuvilla on synnyttämiseen liittyvät perusasiat tiedossa. Oppaassa vanhemmat on ohjattu miettimään jo etukäteen synnyttämiseen liittyviä asioita, joita he haluaisivat selventää tai joista he haluaisivat saada valmennuksessa lisää tietoa.

Valmennuksen valmistelu:

Valmistele synnytyssali valmennusta varten. Asettele patjat puoliympyrään, ota valmennuksessa käytettävät välineet esille (ilokaasu, synnytysjakkara, epiduraalisetti, imukuppi, scalp), ja valmistele harjoituspisteet kuntoon. Kiinnitä pienet ”informaatiotaulut” seinään eri harjoittelupisteiden lähelle. Näistä osallistujat saavat tietoa myös kirjallisesti. Avaa ikkuna vähän raolleen, jotta tilassa pysyisi ilma hyvänä. Muista ottaa osallistujia varten myös juotavaa.

1. Valmennuksen tulotilanne, vanhempien orientointi aiheeseen ja työskentelytapaan (kesto noin 5 min):

- Hae valmennukseen tulijat synnytyssalin odotustilasta. Ota mukaan valmennuksen varausvihko, jotta voit varmistaa, että oikeat henkilöt ovat paikalla.
- Asettele ryhmäläiset patjoille ja asetu itse osaksi ryhmää. Toivota osallistujat tervetulleeksi ja esittele itsesi valmennuksen ohjaajana. Kerro jonkin pieni ja kiinnostava yksityiskohta itsestäsi tai kättilönurastasi. Tällainen yleensä kiinnostaa osallistujia ja vähentää heidän tilanteessa tuntemaansa jännitystä.
- Käy läpi valmennuksen ”pelisäännöt”: valmennuksen kesto, ohjeista osallistujat pääpiirteissään valmennusmenetelmään, ja käy läpi lyhyesti, mitä tulette valmennuksessa tekemään. Tee osallistujien kanssa sopimus luottamuksellisuudesta.
- Normalisoi tilanne antamalla osallistujille ”lupa” olla valmennuksessa sellaisena kuin on, lupa kysyä ja selvittää asioita. *Pyri oman persoonasi mukaisesti luomaan salliva, luottamuksellinen, turvallinen ja tasa-arvoinen valmennusilmapiiri, jotta osallistuminen ei olisi kenellekään kiusallista!*

2. Valmennuksen aloittaminen ja lämmittelyharjoitus, kiinnostuksen suuntaaminen, omien tiedontarpeista tietoiseksi tuleminen (kesto noin 10 min)

-Jaa jokaiselle osallistujalle yksi Post-it lappu (ja kynä), ja ohjeista heidät miettimään muutaman minuutin ajan itsekseen, mitä he valmennukselta odottavat/toivovat. Sen jälkeen jokainen kertoo oman nimensä, lukee kirjoittamansa ajatuksen, ja vie lapun seinälle, jossa se on nähtävissä koko valmennuksen ajan. Näin saat valmennuksen ohjaajana tärkeää tietoa ryhmän odotuksista ja siitä, miten osallistujien odotukset ovat linjassa suunnitellun ohjelman kanssa.

- Keskustele odotuksista lyhyesti vielä osallistujien kanssa ja yhdistä ne valmennuksen ohjelmaan.
- Ohjeista osallistujat seuraavaan työskentelyvaiheeseen.

3. Valmennuksen sisällön määrittelyvaihe (kesto noin 15 min)

- Jaa osallistujat neljän hengen ryhmiin (kaksi paria, eli ryhmiä tulee kolme). Jaa jokaiselle ryhmälle yhdeksän valmiista ”pelikorttia” ja tyhjiä kortteja, ja ohjeista ryhmä työskentelyyn. Pienryhmissä osallistujat saavat valita keskenään keskustellen joko valmiista pakasta neljä korttia, joiden aiheita he pitävät tärkeimpinä, ja joista he haluavat saada lisää tietoa tai osallistujat voivat tehdä kaikki neljä kysymyskorttia omista aiheistaan. Jokainen osallistuja voi valita joko valmiista pakasta tai tehdä oman kortin. Valitut kortit voivat olla myös kaikki ryhmän yhteisesti valitsemia tai tekemiä.

4. Uuden tiedon käsittelyvaihe (kesto noin 35 min)

- Vaiheessa käydään keskustellen läpi osallistujien esiintuomia asioita. Tarkoituksena on, että jokainen ryhmä esittää vuorotellen yhden kysymyksen valitsemastaan tai tekemästään kortista (kuka tahansa ryhmän jäsenistä voi esittää kysymyksen, näin kysymykset eivät henkilöidy kehenkään). Ohjaajalla on vastuu tilanteen etenemisestä ja kaikkien, kysymykseen liittyvien tarpeellisten asioiden käsittelystä. Kysymyskierrroksia jatketaan suunniteltuun aikaan asti (eli 35 min). Ohjaajana olet tiedonlähde ja sisällön asiantuntija, joten osaat asiiasi! Lopuksi vielä kertaa varmistamalla osallistujilta, ovatko he saaneet vastauksia miettimiinsä asioihin!

- Kun suunniteltu aika on kulunut, ohjeista osallistujat seuraavaan eli harjoitteluvaiheeseen.

5. Valmennuksen harjoitteluvaihe (kesto 45 min)

- Osallistujat kulkevat kiertoarjoitteluna läpi erilaiset pisteet kahden parin ryhminä, eli yhdessä ryhmässä on neljä henkilöä:

- synnytyssänky ja erilaiset ponnistusasennot siinä
- kahden erilaisen kipua lievittävän hieronnan harjoittelu ja erilaisten supistuskipua lievittävien asentojen harjoittelu
- synnytysjakkaran kokeilu ja ilokaasu
- KTG-koneeseen tutustuminen
- epiduraalivälineet ja imukuppi

- Työskentelyn aluksi esittelen ja demonstroin osallistujille jokaisen pisteen sisällöt ja toimintatavat niissä (kesto noin 15 min). Jää itse ohjaajaksi synnytyssänky -pisteeseen. Joissakin harjoittelupisteissä on myös kirjalliset ohjeet, jonka mukaan vanhemmat toimivat itseohjautuvasti. Madalla osallistumiskynnystä näyttämällä itse esimerkkejä. Osallistujille on hyvä korostaa, että harjoittelun aikana saa vapaasti esittää kysymyksiä. Ohjaajana toimit aktiivisesti ja kannustavasti.

6. Valmennuksen päättäminen ja ”uskon luominen” (kesto noin 10 min):

- Valmennuksen lopuksi, kaikki harjoittelupisteet läpikäytynä, kertaa vielä keskeiset asiat ja tee yhteenveto valmennuksen keskeisistä asioista (5 min).

- Viimeisenä harjoituksena on synnyttämiseen ja synnytyskivusta selviytymiseen liittyvä mielikuvaharjoitus. Sammuta valot ja ohjeista jokaista osallistujaa ottamaan mukava istuma-asento ja laittamaan silmät kiinni. Lue rauhallisella äänellä ”mielikuvaharjoitus”. Kesto noin 5 min. Mielikuvaharjoituksen tarkoituksena on synnyttäjän itseluottamuksen tunteen vahvistaminen. Harjoitteessa jokainen osallistuja myös miettii yhden voimia antavan tai itseluottamusta vahvistavan asian/ajatuksen tai sanan (voimasana), joka voisi auttaa heitä vaikeana hetkenä synnytyksessä. Lopuksi osallistujat saavat halutessaan kertoa oman sanansa myös kaikille muille. Tarkoituksena on, että tämä ajatus tulisi mieleen synnytyksessä, kun vaikea hetki koittaa. Ajatusta tai sanaa voi myös mietiskellä aktiivisesti raskausaikana.

-Päätä valmennus, kiitä kaikkia osallistujia ja toivota heille hyvää synnytystä. Koska palautteen saaminen on kehittymisen perusta, pyydä lopuksi osallistujia arvioimaan valmennuksen hyödyllisyyttä asteikolla 4 - 10 (4= ei mitään hyötyä, 10= erittäin hyödyllinen). Arviionsa he voivat laittaa post-it lapulle. Lapulle voi myös kirjoittaa jonkin kommentin, jos osallistuja niin haluaa. Arviointi tulee vain sinulle, valmennuksen vetäjälle.

SYNNYTYSVALMENNUS - OHJAUSINTERVENTION YDINSISÄLLÖT

Ohjausintervention tiedollinen sisältö vakioidaan valmennuksen ydinsisältöjen osalta. Ydinsisällöt tarkoittavat ohjausintervention päätavoitteiden: synnytyspelkojen ennaltaehkäisemisen ja lieventymisen sekä synnyttämiseen liittyvän hallinnantunteen vahvistumisen, saavuttamista tukevaa tiedollista sisältöä sekä valmennuksen muita elementtejä. Ydinsisältöjen vakioimisella varmistetaan näihin tavoitteisiin liittyvien asioiden käsittely ja selvittäminen, kun muuten asiakaslähtöisyyden periaatteiden mukaisesti synnytysvalmennuksessa käsitellään ennen kaikkea vanhempien omakohtaisia tiedon tarpeita. Valmennuksen tiedollinen sisältö osittain vaihtelee eri ryhmien tiedontarpeiden ja kiinnostuksen mukaan.

Ydinsisällöt, joiden läpikäyminen tulee varmistaa jokaisessa valmennuksessa

Synnytyspelkojen ennaltaehkäisyyn ja lievittämiseen liittyvät aihekokonaisuudet:

1. Synnytyskipu ja siihen liittyvät asiat: synnytyskivun merkitys ja luonne, vaihtoehtoiset ja lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät
2. Tietoa synnytyksen alkuvaiheesta: miten pärjätä supistusten kanssa kotona, koska lähteä sairaalaan ja sairaalaan ilmoittaminen ennen lähtöpäätöstä
3. Synnytyksen kestosta (mitä tarkoittaa pitkittynyt synnytys?)
4. Repeämistä, episiotomian leikkaamisesta ja haavojen paranemisesta
5. Ponnistamisesta
6. Epäsäännöllisestä synnytyksestä (milloin synnytys on epäsäännöllinen ja miksi)

Synnyttämiseen liittyvän hallinnan tunteen vahvistamiseen liittyvät asiat ja elementit valmennuksessa:

1. Kätilön rooli synnytyksessä ja yhteistyö synnyttävän perheen kanssa
2. Synnyttäjän aktiivinen toiminta synnytyksen aikana: liikkumisen ja erilaisten asentojen merkitys synnytyksessä
3. Rohkaiseminen kysymään kätilöltä valmennuksessa, mutta myös synnytyksen aikana
4. Normalisointi asioita puheeksi ottamalla: synnyttäjän omat tunteet ja ajatukset synnytyksen liittyen sekä synnytyksen aikana, rohkaiseminen mielipiteiden esittämiseen.
5. Normalisointi antamalla lupa olla ”oma itsensä” synnytyksessä
6. Mielikuvaharjoitus: selviytymistä vahvistava mielikuva itsestä ja perheestä synnyttämässä tulevassa synnytysympäristössä.

Synnytysvalmennus sairaalassa

– vanhempien kokemuksia asiakaslähtöisestä ohjauksesta

Sari Haapio

TtM, tuntiopettaja
Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia
sari.haapio@stadia.fi

Marja-Terttu Tarkka

THT, dosentti, yliassistentti
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
marja-terttu.tarkka@uta.fi

Tiina Mäenpää

TtM, tutkija
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
tiina.maenpaa@uta.fi

Perhevalmennus on äitiyshuollon palvelu, johon sisältyy vanhemmuuteen kasvun tukemisen lisäksi synnytysvalmennus sekä tutustumisen synnytyssairaalaan (Viisainen 1999). Perhevalmennustilaisuuksien järjestäminen on mittava osa äitiyshuollon toimintaa ja resurssien käyttöä, ja sosiaali- ja terveysministeriö ohjeistaa niiden suunnittelua ja toteutusta (esim. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintasuunnitelma 2007–2011). Synnytys- ja perhevalmennusta koskevista tutkimuksista tulee esiin vuodesta toiseen samoja valmennuksen kehittämistarpeita. Tietoa siitä, kuinka tarpeelliset muutokset voitaisiin toteuttaa, ei juuri löydy. Tässä artikkelissa kuvataan vanhempien kokemuksia sairaalassa järjestetystä synnytysvalmennuksesta, jonka kehittämisen lähtökohtana käytettiin aikaisemmista valmennusta koskevista tutkimuksista esiin tulleita kehittämishaasteita.

■ Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää sairaalassa tapahtuvaa synnytysvalmennusta. Valmennuksen kehittämisen lähtökohtana hyödynnettiin aikaisemmista tutkimuksista esiin tulleita kehittämishaasteita. Synnytysvalmennusta tarkasteltiin opetus-oppimistapahtumana, jonka teoreettisena pohjana toimi konstruktivistinen lähestymistapa. Tutkimusaineisto kerättiin kuudelta tutkimukseen järjestettyyn synnytysvalmennukseen osallistuneelta pariskunnalta teemahaastatteluin (N = 12). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan sairaalan synnytysvalmennus merkitsi vanhemmille kokonaisvaltaista synnytyssympäristöön tutustumista ja synnytykseen valmentautumista niin tiedollisesti kuin henkisesti. Sairaala ja synnytys-salia pidettiin erittäin hyvänä valmennus- ja oppimisympäristönä. Synnytysvalmennukseen osallistumista tukevat asiakaslähtöiset järjestelyt. Osallistavan opetusmenetelmän käyttöön valmennuksessa liittyi sekä myönteisiä että kielteisiä piirteitä. Sairaala ja synnytys-salia pidettiin erittäin hyvänä valmennus- ja oppimisympäristönä.

Asiasanat: synnytysvalmennus, asiakaslähtöisyys, konstruktivismi, osallistava opetusmenetelmä

TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Synnytysvalmennuksen kehittämisen haasteet

Synnytysvalmennusta tulee tarkastella opetus-oppimistapahtumana, johon pitää aikaisempaa järjestelmällisemmin vaikuttaa opetusmenetelmällisin keinoin. Valmennuksessa on tärkeää käyttää sellaisia keinoja, joilla voidaan auttaa vanhempia muodostamaan mahdollisimman totuudenmukaisia ja monipuolisia näkemyksiä lisääntymiseen liittyvistä asioista (Piensoho 2001). On tärkeää selvittää, mikä on kenellekin paras tapa omaksua asioita (Kääriäinen ym. 2005), ja valmennuksen sisällön suunnittelussa tulee huomioida paremmin osallistujien yksilölliset tiedon ja tuen tarpeet (Leinonen ym. 1992, Vallimies-Patomäki 1998):

on kartoitettava, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen tulisi tietää ja mitä hän haluaisi tietää (Kääriäinen ym. 2005). Tiedon saamisen on osoitettu olevan merkittävä tekijä turvallisuuden tunteen saavuttamisessa raskausaikana (Drummond ja Rickwood 1997). Kuitenkin valmennustiedon liiallinen yleisluontoisuus tai tuttuus turhauttaa vanhempia (Paavilainen 2003), ja sekavasti annettu ja epämääräinen tieto heikentää hallinnan tunnetta (Ryttyläinen 2005).

Valmennusten järjestelyiden tulee perustua asiakaslähtöisyydelle. Valmennuksia toteutetaan liikaa luen-toina, ryhmäkoot ovat liian suuria (Leinonen ym. 1992, Mikkanen 2000) eikä pintapuolisen sairaalaan tutustumiskäynnin (Saarikoski ja Marttinen 1995) aikana ehditä antaa

perheiden kaipaamaa psyykkistä tukea (Bondas 2002). Valmennus on ohjaajakaskeista ja osallistujien välinen keskustelu on vähäistä (Vehviläinen-Julkunen 1987, Leinonen ym. 1992, Vehviläinen-Julkunen ym. 1995). Syntyysvalmennuksen ohjaajan tulee kehittyä mekaanisesta valmiin tiedon jakajasta vanhempien kanssa yhteistyötä tekemäksi ohjaajaksi ja tiedon lähteeksi (Leinonen ym. 1992). Valmennus on äitikeskeistä ja huomioi isät epätasa-arvoisesti (Finnbogadottir ym. 2003, Mesiäislehto-Soukka 2005). Valmennuksesta saatua tietoa pitää myös pystyä hyödyntämään paremmin synnytyksessä (Ahonen 2001).

Konstruktivistinen lähestymistapa valmennuksen lähtökohtana

Konstruktivistinen oppimisenäkemyks antaa teoreettisen pohjan synnytyssvalmennuksen kehittämiseen. Keskeisellä sijalla siinä ovat osallistavan opetusmenetelmän käyttö, asiakaslähtöisyys, oppijakeskeisyys, vertaistuki ja oppimisympäristö. Riittävän turvallisessa ja avoimessa ilmapiirissä oppijan on mahdollista ottaa riskejä ja kyseenalaistaa omaa ja toisten ajattelua, jolloin oppijan omiksi kokemiensa kysymysten herääminen on mahdollista (Rauste-von Wright ym. 2003). Hyvä ilmapiiri ja luottamus ovat edellytys rakentavan vuorovaikutuksen syntymiselle ja ryhmäytymiselle (Sahlberg ja Leppilampi 1994).

Konstruktivistisen lähestymistavan mukaisesti rakentuva valmennus on asiakaslähtöinen ohjaustilanne, jonka tavoitteena on yksilöllisesti tärkeäksi koetun tiedon ymmärtäminen eikä ulkoapäin asetetun suuren tietomäärän muistaminen ulkoa. Konstruktivismissa on keskeistä yksilön aikaisemat tiedot aiheesta, oma kiinnostus ja oma tapa omaksua asioita. Silloin aktiivisuuden painopiste siirtyy valmennuksen ohjaajasta osallistujaan, joka konstruktivistisen lähestymistavan mukaan itse valikoi, muokkaa ja rakentaa omaa oppimistaan (Tynjälä 2002, Puolimatka 2002). Asiakaslähtöisyyden perusta on kokonaisvaltaisessa ihmiskäsityksessä, jonka mukaan ihmisestä tulee hoitotyössä ymmärtää hänen

omista lähtökohdistaan, tarpeistaan ja kokemuksistaan käsin (Vehviläinen-Julkunen 1999).

Tässä tutkimuksessa kokeiltu synnytyssairaalalan valmennustilaisuus aloitettiin osallistujien esiympäryksen aktivoimisella: osallistujat miettivät keskenään kolmen hengen ryhmissä (naiset ja miehet erikseen) sellaisia tärkeimpiä synnytykseen liittyviä asioita, joista juuri he halusivat saada lisää tietoa. Kukin ryhmä toi vuorotellen yhteiseen käsittelyyn yhden ongelman (esim. miten epiduraalipuudutusta voi käyttää, onko synnytyksessä jotain rutiineja jne.), kunnes kaikki kysymykset olivat tulleet kattavasti käsitellyiksi. Käsitelyvaiheessa tapahtui vertailua osallistujien omien käsitysten ja ohjaajan antaman tiedon välillä (uuden tiedon ja esiympäryksen muodostuminen). Valmennuksen ohjaaja toimi tuutorina, keskustelun ohjaajana ja asiantuntijana. Valmennustilaisuudet kestivät 75–90 minuuttia osallistujien tiedontarpeiden mukaan.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vanhempien kokemuksia sairaalassa järjestetystä synnytyssvalmennuksesta. Tarkoituksena oli myös kuvata valmennuksessa käytetyn opetusmenetelmän käytännön toteutusta ja toimivuutta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla synnytyssvalmennusta voidaan kehittää entistä paremmin vastaamaan vanhempien tarpeita ja jonka avulla voidaan kehittää äitiyshuoltoa.

Tutkimustehtävät olivat:

- Kuvata vanhempien kokemuksia sairaalassa järjestetystä synnytyssvalmennuksesta.
- Kuvata sairaalan synnytyssvalmennusta vanhempien oppimiskokemuksena.

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Aineiston keruu

Tutkimuksessa järjestettiin uudenlainen, konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen perustuva synnytyssvalmennus sairaalassa. Valmennukseen

vapaaehtoisesti osallistuneet vanhemmat (N = 30) rekrytoitiin Kätilöopiston sairaalan äitiyspoliklinikalle tutustumiskäynnille puhelimitse ilmoittautuneista vanhemmista. Valmennukseen sai osallistua kerran, ja tutkimukseen osallistumisen kriteereitä olivat ensimmäinen raskaus ja raskauden kesto (yli 32 viikkoa). Tutkimusaineistoksi muodostui kuuden valmennukseen osallistuneen pariskunnan (N = 12) kokemukset. Haastatteluun vanhemmat valikoituivat synnyttämääntulojärjestyksessä. Haastatellut olivat 24–31-vuotiaita (naisten ikä keskimäärin 28 ja miesten 29 v), ja synnytyssvalmennukseen pariskunnat osallistuivat keskimäärin raskausviikolla 35. Kaikkien haastateltujen äitien (N = 6) synnytykset olivat säännöllisiä alatiesynnytyksiä ja kaikissa oli käytetty lääkkeellistä kivunlievitystä (epiduraalipuudutus). Aineisto kerättiin nauhoitettuna teemahaastatteluna ja toteutettiin parihaastatteluna (äiti ja isä) synnytyssairaalalan lapsivuodeosastoilla ensimmäisenä tai toisena synnytyksen jälkeisenä päivänä. Haastattelut kestivät 32–54 minuuttia.

Haastatteluteemat liittyivät vanhempien valmennusodotuksiin, valmennustilaisuuden järjestelyihin, valmennuksen tiedolliseen sisältöön ja käytettyyn opetusmenetelmään sekä valmennuksesta koettuun hyötyyn. Lisäksi vanhemmat saivat kuvailla ”ihannevalmennustaan”. Haastattelut olivat hyvin luonteisia ja vapautuneita. Äidit olivat kuitenkin haastattelutilanteissa usein isä aktiivisempia. He kuvailivat heti omia kokemuksiaan laajasti ja monipuolisesti useimpien isien jättäytyessä taka-alalle. Isien osallistumisen aktivoimiseksi haastattelija kohdensi tarvittaessa kysymyksen suoraan isälle (esim. ”Mitä isä ajattelee tästä?”), jonka jälkeen myös isät kuvailivat monipuolisesti kokemuksiaan.

Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (Kyngäs ja Vanhanen 1999). Haastatteluaineisto oli 59 sivun laajuinen (riviväli 1). Litterointivaiheessa haastattelut koodattiin sukupuolen (äiti = Ä, isä =

I) ja haastattelujärjestyksen mukaan (Ä1–6 ja II–6), jotta palaaminen alkuperäisaineistoon ja mahdollisten erojen havaitseminen sukupuolten kokemusten välillä oli helppoa.

Hyvän kokonaiskuvan saamiseksi aineistoa luettiin useita kertoja. Lukemisen yhteydessä aineistolle esitettiin tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä kuten, mitä valmennus vastaajille merkitsee, minkälaisia merkityksiä annetaan, mistä merkitykset johtuvat ja mitä vastaajat kertovat käytettyä opetusmenetelmästä. Kysymyksiin liittyvät aihealueet alleviivattiin ja ryhmiteltiin niissä esiintyvien yhtäläisyyksien ja erojen mukaan: aihealueet, joilla oli sama merkityssisältö koottiin ryhmiksi, ja ryhmät nimettiin. Ryhmitellyt ilmaisut abstrahoitettiin edelleen alakategorioiksi. Samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi (Kyngäs ja Vanhanen 1999). Luokittelua ja kategorioiden muodostamista ohjasi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä. Pääosin tutkimustulokset esitetään kaikkia vastaajia koskevas-

sa muodossa. Toisinaan kokemusten kuvaamisessa tuodaan esille mies- tai naisnäkemys, jos niiden välillä esiintyi oleellista eroa.

TULOKSET

Kokemukset synnytysvalmennuksesta sairaalassa

Vanhempien kokemuksia sairaalan synnytysvalmennuksesta kuvaa kolme yläkategoriaa, jotka ovat kokonaisvaltainen synnytysympäristöön tutustuminen, synnytykseen valmentautumisen elementit ja valmennukseen osallistumista tukevat järjestelyt (taulukko 1).

Kokonaisvaltainen synnytysympäristöön tutustuminen

Fyysiseen synnytysympäristöön tutustuminen toimi vanhemmilla synnytykseen liittyvien mielikuvien kiinnekohtana ja ehkäisi väriin mielikuvien muodostumista. Synnytysairaalaan tutustuminen oli odotettu tapahtuma, johon liittyi myönteisiä tunteita.

Tutustuminen vahvisti turvallisuuden tunnetta, koska synnytyksen koittaessa tuttuun paikkaan tuleminen ei enää jännittänyt eikä voimavaroja tarvinnut käyttää ympäristöön tutustumiseen. Isille oli tärkeää tietää, mihin tulla ja tuoda synnyttävä puolisonsa. He halusivat myös tutustua synnytyksen hoidon teknisiin apuvälineisiin: ” – – kaikki noi konkreettiset paikat ja asiat on hyvä tietää ja nähdä etukäteen, kun muuten sitä ois tullut ja ihmetelty ja pyörittänyt päätään.”

Synnytysvalmennuksessa vanhemmat saivat tutustua myös toiminnalliseen synnytysympäristöön. Vanhempien synnytyksen aikaista hallinnan tunnetta vahvisti tutustuminen oman sairaalan synnytyksen hoitotapoihin (mm. kivunhoito ja toimenpiteet synnytyksessä). Valmennuksesta saatu hoitotapa koskeva tieto koettiin luotettavaksi ja ajantasaiseksi, koska ”ne ainakin tietää, koska ne tekee sitä päivittäin”. Sosiaaliseen synnytysympäristöön tutustumisessa tärkeintä oli kättilön tapaaminen. Tapaamisen

Taulukko 1. Kokemuksia sairaalan synnytysvalmennuksesta.

| Ilmaisu | Alakategoria | Yläkategoria |
|---|---|--|
| Konkreettiset tilat mielikuvien kiinnekohtana Myönteisiä tunteita Vahvistaa turvallisuuden tunnetta Tekniset laitteet | Fyysiseen synnytysympäristöön tutustuminen | Kokonaisvaltainen synnytysympäristöön tutustuminen |
| Synnytyksen hoitotavat Ajantasainen, luotettava tieto | Toiminnalliseen synnytysympäristöön tutustuminen | |
| Kättilön kohtaaminen Kohtaamisen henkinen merkitys | Sosiaaliseen synnytysympäristöön tutustuminen | |
| Henkisen valmentautumisen tarve Synnytyskipuun varautuminen | Henkinen valmentautuminen | Synnytykseen valmentautumisen elementit |
| Tietoa konkreettisista asioista Tiedonsaamisen ristiriitainen merkitys | Tiedollinen valmentautuminen | |
| Neuvolan valmennuksen täydentäjä Tiedon ja tuen saaminen Johdonmukainen yhteistyö äitiyshuollossa Valmennuksen järjestelyt | Valmennukseen osallistumisen motivaatio Asiakaslähtöisyys valmennuksen järjestämisessä | Valmennukseen osallistumista tukevat järjestelyt |
| Toiminnallisuus ja yhteistoiminnallisuus Asioiden käsitteleminen laajasti Osallistumista vaikeuttavat seikat Sukupuolen vaikutus osallistumiseen | Osallistavan menetelmän edut ja haitat Valmennuksen oppija ja oppimisympäristö | Synnytysvalmennus käytännön oppimistilanteena |
| Yksilölliset oppimistavat Synnytysalli oppimisympäristönä | | |

ansioista vahvistui vanhempien luottamus kätilökunnan ammattitaitoon, ja kätilön ammattitaitoon luottaminen vähensi vanhempien huolta synnytyksestä. Saavutettu luottamuksen tunne kesti usein synnytykseen asti: ” – – yleensäkin se luottamus, kun tapas sen kätilön, se oli tärkein mitä siitä sai ja sen sit tavallaan toi mukanaan siihen synnytykseen.”

Synnytykseen valmentautumisen elementit

Vanhemmilla oli voimakas tarve valmentautua synnytykseen henkisesti, ja valmennukselta toivottiinkin siihen enemmän ohjausta. Henkisen valmentautumisen haluttiin vahvistavan itseluottamusta ja luottamusta synnytyksestä selviytymiseen. Miehet halusivat henkisen valmentautumisen avulla tulla paremmiksi synnyttävän puolisonsa tukijoiksi. Synnytyskipuun varautuminen oli osa henkistä valmentautumista, vaikka valmentautumista pidettiin ongelmallisena: ” – – et luotas niiku sellanen henkinen valmennus, miten sä voit henkisesti valmistautua tähän asiaan.” Synnytyskipu miellettiin muusta elämästä niin erilliseksi kokemukseksi, että siihen koettiin olevan vaikea varautua.

Vanhemmat janosivat kaikkea synnytykseen liittyvää konkreettista tietoa. Pelkkä asioista mainitseminen ei riittänyt, vaan vanhemmat halusivat ymmärtää, mitä asiat tarkoittavat juuri heidän kannaltaan. Tiedolliseen valmentautumiseen liittyi myös ristiriitotia. Toisaalta tietoa odotettiin saatavan paljon, toisaalta suuren tietomäärän omaksuminen koettiin vaikeaksi, ja liian yksityiskohtaisen tiedon ajateltiin aiheuttavan pelkoja. Tiedolliseen valmentautumiseen liittyi myönteisiä ja voimavaroja lisääviä merkityksiä. Tieto auttoi vanhempia valmistautumaan synnytykseen rauhallisemmin, ja se kasvatti vanhempien itseluottamusta: ” – – tuli varmempi ja tarkempi olo, kun tietää vähän, mitä on edessä.”

Valmennukseen osallistumista tukevat järjestelyt

Sairaalan valmennus täydensi hyvin neuvolan valmennusta. Siinä saatiin

riittävästi vastauksia mielessä oleviin kysymyksiin, ja sairaalavalmennuksessa oli mahdollisuus kerrata jo aikaisemmin hankittuja tietoja. Kertaaminen koettiin tärkeäksi, koska neuvolan valmennuksessa oli saattanut käydä niin, että kaikkia läpikäytyjä asioita ei ollut ymmärretty jonkin vaikean termin tai käsitteen takia. Vaikeaksi termiksi saatettiin kokea tavalliseen puhekieleen vakiintunut synnytykseen liittyvä termi (esim. epiduraali), jonka todellinen sisältö tai merkitys oli vanhemmille pohjimmiltaan vieras: ” – – mä sain siihen vastauksii, kun neuvolasta ei tuntunut saavan.”

Vanhempien mielestä valmennustilanteessa pystyi paremmin keskittymään ja miettimään synnytykseen liittyviä asioita kuin yksin kirjoista lukemalla. Valmennus mahdollisti asioiden läpikäymisen myös toisten vanhempien kanssa. Sairaala pidettiin hyvänä synnytysvalmennuspaikkana, ja asiakaslähtöisyyttä valmennusten järjestämisessä tuki se, että samalle käynnille oli yhdistetty sekä sairaalaan tutustuminen että valmennus: ” – – kun tulee paikanpäälle kattomaan, niin samalla sen hoitaa sen valmennuksen.”

Vanhemmat eivät myöskään halunneet osallistua useampaan kertaan samansisältöisiin valmennuksiin. He pitivät hyvänä sitä, että sairaalan valmennus poikkesi neuvolan valmennuksesta: ” – – et jos se on samanlainen kun neuvolassa, niin sit se on tosi tappoa.” Vanhemmat kokivat sairaalan ja neuvolan valmennuksissa annetun tiedon olevan ristiriidassa keskenään; asioista saatettiin puhua eri tavalla eri paikoissa. Toisaalta molemmissa paikoissa saatettiin käsitellä liikaa samoja asioita, koska toisessa paikassa ei tiedetty, mitä toisaalla oli jo käyty läpi.

Synnytysvalmennus vanhempien oppimiskokemuksena

Yläkategoria ”synnytysvalmennus käytännön oppimistilanteena” kuvaa sairaalan valmennusta vanhempien oppimiskokemuksena (taulukko I).

Synnytysvalmennus käytännön oppimistilanteena

Osallistavan opetusmenetelmän käyt-

töön liittyi sekä etuja että haittoja. Vanhemmat olivat kyllästyneitä luentomaisiin valmennustilaisuuksiin ja olivat tyytyväisiä siihen, että heillä oli mahdollisuus aktiivisesti osallistua valmennuksen sisältöön esittämällä kysymyksiä itseään kiinnostavista asioista. Tärkeää oli, että kaikki heidän mieltänsä asiat käytiin läpi ja niistä kerrottiin perusteellisesti. Keskustelulle perustuvan opetusmenetelmän käytöllä kerrottiin olevan myönteinen ja vapauttava vaikutus tunnelmaan, ja se toi ryhmään yhteenkuuluvuuden tunnetta: ” – – tulee vähän sellasta yhteenkuuluvuuden tunnetta, kun huomaa, et toikin mieltii tollasta.” Aktiiviseen osallistumiseen perustuva valmennus tuli vanhemmille kuitenkin yllätyksenä, ja itseään kiinnostavien asioiden keksiminen siinä tilanteessa tuntui heistä vaikealta, vaikka tiedontarve olisikin ollut suuri. Vanhemmat olisivat halunneet varautua kysymysten esittämiseen etukäteen miettimällä niitä jo kotona.

Toisten osallistujien läsnäolon kuvattiin nostavan kysymysten keksimis- ja esittämiskynnystä, ja sen takia kysymykset olisi haluttu esittää anonyymisti. Ulospäin suuntautuneilla vanhemmilla ei ollut vaikeuksia osallistua, kun taas ujouden arveltiin monen kohdalla heikentävän keskusteluun osallistumista: ” – – jos on ujompi tyyppi, se voi olla et sitä joku asia kaivertaa, mut se ei uskalla kysyä.” Sukupuolella oli merkitystä pienryhmäkeskustelun onnistumisessa. Jakaantuminen nais- ja miesryhmiin toimi naisten mielestä hyvin; naiset kertoivat pystyneensä keskustelemaan vapautuneesti toisten naisten kanssa. Vain osa miehistä koki olensa avoimempia omalle puolisolleen kuin muille miehille, ja sen takia miehet olisivat halunneet pysytellä yhdessä oman puolisonsa kanssa.

Oppimiskokemuksena valmennuksessa korostui oppija ja oppimisympäristö. Yksilöllisillä oppimistavoilla oli merkitystä valmennustiedon omaksumisessa. Koska osallistavassa keskusteluun perustuvassa opetusmenetelmässä, tiedon välittäminen tapahtui puhumalla, kaipasivat lukemalla oppivat vanhemmat jotakin kirjallisen

ta materiaalia valmennuksen tueksi. Oppimisympäristönä synnytyssalilla kuvattiin olevan oppimista edistäviä ja tiedon parempaan hyväksikäyttöön liittyviä ominaisuuksia: ” – – on hyvä, kun voi oikeesti kokeilla, niin silloin ne tulee paremmin mieleen synnytyksessä.”

POHDINTA

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseen ja siihen kuuluneeseen valmennukseen osallistuminen oli vanhemmille täysin vapaaehtoista eikä edellyttänyt suostumusta haastatteluuksiin. Vanhemmat olivat tietoisia valmennuksen tutkimuksellisesta luonteesta, ja he saivat tietoa tutkimuksesta valmennuksen alussa sekä suullisesti että kirjallisesti. Valmennukseen osallistuminen oli vanhemmille ylimääräinen äitiyshuollon palvelu. Tutkimukselle saatiin asianmukainen lupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) toimialajohtajalta. Vastaajien anonymiteetin säilyminen varmistamiseksi tutkija keräsi ja analysoi tutkimusaineiston itse (Hirsjärvi ym. 1997).

Laadullisen tutkimuksen yksi tärkeimmistä eettisistä kysymyksistä on tutkijan ja tutkittavan välinen suhde. Se, että tutkija oli kaksoisroolissa valmennuksen ohjaajana ja vanhempien haastattelijana, saattoi olla sekä tutkimuksen luotettavuutta lisäävä että heikentävä tekijä (Hirsjärvi ym. 1997). Haastattelutilanteessa vastaajia kehoitettiin kertomaan asioista avoimesti ja kriittisesti, jotta he olisivat uskaltaneet kertoa asioista totuudenmukaisesti (Nieminen 1998). Toisaalta se, että tutkija tiesi tarkalleen, mitä valmennuksessa oli tapahtunut, lisäsi ymmärrystä haastateltavien kertomuksiin. Ymmärrystä syvensi myös tutkijan monen vuoden kliininen kokemus aiheesta. Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset nousivat kuitenkin induktiivisesti aineistosta eivätkä tutkijan oletuksista (Tuomi ja Sarajärvi 2002). Analyysin aineistolähtöisyyden arvioimiseksi tuloksissa esitetään suoria lainauksia haastateltavien aineistosta (Kygäs ja Vanhanen 1999). Haastateltavien tuottivat hyvin tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Tulosten tarkastelua

Saarikosken ja Marttisen (1995) mukaan lyhyt tutustumiskäynti synnytyssairaalaa jää usein pintapuoliseksi. Tässä tutkimuksessa tutustumiskäyntiä pidempi sairaalavalmennus mahdollisti kokonaisvaltaisen synnytysympäristöön tutustumisen ja antoi vanhempien synnytystä koskeville mielikuville totuudenmukaisen muodon. Se auttoi myös vanhempien ja kättilöiden välisen luottamuksellisen suhteen muodostumisessa. Vanhemmat pitivät kättilön huolenpitoon luottamista hyvänä asiana. Heidän mielestään helpottavaa oli, että kättilö ottaa vastuun eikä vanhempien tarvitse itse tietää kaikesta kaikkea. Tulos on ristiriitainen Paavilaisen (2003) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan äidit uskoivat jäävänsä paitsi luonnon mutta myös ammattilaisen armoille.

Synnytykseen henkisesti valmistautumisen tärkeys oli tässä tutkimuksessa samansuuntainen aikaisempien tulosten kanssa. Vanhemmat toivat esille tarpeen valmentautua synnytykseen henkisesti mutta kokivat, että synnytyksvalmennus onnistui tässä vain osittain. Yksi valmennuskerta on varmasti tämän tavoitteen saavuttamiseksi liian vähän. Tutkimusten mukaan pelkkään fyysiseen hyvinvointiin keskittyvä valmennus ei riitä, vaan valmennuksessa pitäisi keskittyä entistä enemmän henkiseen hyvinvointiin (Piensoho 2001, Bondas 2002).

Synnytyskipuun varautuminen muodostui osaksi henkistä valmistautumista. Naiset mielsivät synnytyskipuun jonkinlaiseksi ihmisen ulkopuoliseksi voimaksi, joka vie jopa uskalluksen ja rohkeuden toimia. Valimies-Patomäen (1998) mukaan synnytyskipu vaikuttaa naisen haluun ja kykyyn tehdä päätöksiä. Tämän tutkimuksen aineiston naisten mielestä oli tärkeää selvittää synnytykseen liittyviä asioita jo etukäteen valmennuksessa. Etukäteen synnytyksestä saatavan tiedon avulla vanhemmat saattoivat paremmin kuvitella edessä olevia tapahtumia, ja näin myös lopuraskausaika sujui rauhallisemmin. Tulos on yhteneväinen Drummondin ja Rickwoodin (1997) tutkimuksen

kanssa, jonka mukaan tiedon saaminen raskausaikana auttaa turvallisuuden tunteen saavuttamisessa.

Synnytykseen liittyvän tiedon tarve oli suuri niin tässä kuin muissakin tutkimuksissa (Vehviläinen-Julkunen ym. 1995, Paavilainen 2003). Tässä tutkimuksessa ajantasaisen ja totuudenmukaisen tiedon saamisella oli erityisesti naisten kohdalla aktivoiva vaikutus raskaudessa ja synnytyksessä. Hallinnan tunteen toteutumisen edellytyksenä on riittävän ja asiallisen tiedon saaminen (Ryttyläinen 2005). Tässä tutkimuksessa tiedon antamiseen liittyy vaatimuksia: annetut tiedot eivät saa olla liian yleisluonteisia, yksityiskohtaisia tai monelta osin ennestään tuttuja. Sekä Paavilaisen (2003) että Ryttyläisen (2005) tutkimukset vahvistavat tämän. Vanhempien mielestä oli tärkeää ymmärtää, mitä puhutut asiat tarkoittavat heidän kannaltaan. Rauste-von Wrightin ym. (2003) mukaan asioiden kytkeytyminen itseän ja niiden merkityksen ymmärtäminen yksilöllisellä tasolla voi vähentää tiedon pinnallisuutta ja edistää oppimista.

Asiakaslähtöisyyden tarve tuli tässä tutkimuksessa esiin myös johdonmukaisena äitiyshuollon yhteistyön vaatimuksena. Äitiyshuollon kahtiajakoisuus, joka ilmeni muun muassa valmennusten sisältöjen ristiriitaisuutena tai toistona, aiheutti hämmennystä. Samansuuntaisesti on koettu Paavilaisen (2003) sekä Ryttyläisen (2005) tutkimuksissa. Vanhemmat pitivät sairaalaa kuitenkin erinomaisena paikkana synnytyksvalmennukselle.

Vanhempien kokemukset sairaalassa käytetystä opetusmenetelmästä olivat hyvin samansuuntaisia aikaisemman tutkimustiedon kanssa (Leinonen ym. 1992). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan osallistavan opetusmenetelmän käyttö koettiin pääosin hyväksi, ja se mahdollisti vanhempien itseään kiinnostavien asioiden käsittelyn. Keskusteluun perustuvan opetusmenetelmän toimivuutta olisi parantanut se, jos valmennusryhmän jäsenet olisivat olleet edes jonkin verran tuttuja keskenään ja kysymysten esittämiseen olisi voinut varautua etukäteen. Vanhemmat ehdottivat, että jo

neuvolassa olisi hyvä kerätä omia ryhmiä, jotka kulkisivat perhevalmennukseen liittyvät tilaisuudet yhdessä läpi. Yhdessä oppiminen tarvitsee ryhmäytymistä (Sahlberg ja Leppilampi 1994). Vaikka äitiyshuollon palveluja kritisoidaan isät ohittaviksi (Finnbogadottir 2003, Mesiäislehto-Soukka 2005), halusivat tämän tutkimuksen isät käsitellä synnytykseen liittyviä asioita oman puolisonsa tukemana. Keskustelu miesryhmissä ei miesten mielestä täysin onnistunut.

Johtopäätelmät ja haasteet hoitotyölle

Synnytysvalmennus sopii sairaalassa järjestettäväksi. Yhteistyötä neuvoloiden ja sairaaloiden välillä valmennuksen järjestämisessä organisaatiotasolla sekä valmennuksen sisällön suhteen tulisi tehdä nykyistä enemmän.

Erilaisten opetusmenetelmien käyttö valmennuksessa on haastavaa. Osallistavien menetelmien käyttö olisi helpompaa sairaalan valmennuksessa, jos vanhemmat olisivat tutustuneet

toisiinsa jonkin verran jo neuvolassa. Valmennusta olisi tarkasteltava ennen kaikkea vanhempien oppimistapahtumana, ja osallistavan opetusmenetelmän käytännön sovellusta tulisi vielä kehittää, jotta se palvelisi paremmin kaikkia valmennukseen osallistujia.

Tutkimuksen perusteella vanhempien ymmärryksen synnytyksestä tulisi lisääntyä ja valmennuksessa keskittyä entistä aktiivisemmin henkisen tuen välittämiseen, jotta vanhempien henkiset voimavarat suurenisivat. ■

LÄHTEET

- Ahonen P. 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 167, Turku.
- Bondas T. 2002. Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery* 18(1), 61-71.
- Drummond J, Rickwood D. 1997. Childbirth confidence: validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing* 26, 613-622.
- Finnbogadottir H, Crang Svalenius E, Persson EK. 2003. Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery* 19(2), 96-105.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Kyngäs H, Vanhanen I. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.
- Kääriäinen M, Lahdenperä T, Kyngäs H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asia-käslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö* 3(3), 27-31.
- Leinonen E, Sjögren A, Vehviläinen-Julkunen K. 1992. Perhevalmennuksen opetuskäytäntö. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 62. VAPK-kustannus.
- Mesiäislehto-Soukka H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana. Fenomenologinen tutkimus. Oulun yliopisto, Oulu.
- Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki, 215-222.
- Paavilainen R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. *Acta Universitatis Tampereensis*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Piensoho T. 2001. Äitiyden alkumetreit. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 176, Helsinki.
- Puolimatka T. 2002. Opetuksen teoria. Konstruktivismista realismiin. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Rauste-von Wright M, von Wright J, Soini T. 2003. Oppiminen ja koulu-tus. WSOY, Helsinki.
- Ryttyläinen K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Saarikoski S, Marttinen P. 1995. Perhevalmennus perheiden tukena. Tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatiosta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 3. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Sahlberg P, Leppilampi A. 1994. Yksinään vai yhteisvoimin? Yhdessä oppimisen mahdollisuuksia etsimässä. Yliopistopaino, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Julkaisuja 2007:17.
- Tuomi J, Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Jyväskylä.
- Tynjälä P. 2002. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. 1. -2. painos. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Vallimies-Patomäki M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Vehviläinen-Julkunen K. 1987. Perhevalmennuksen kehittäminen. Ensisynnyttäjien pienryhmävalmennuskokeilu neljässä äitiysneuvolassa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tutkimukset 2/1987. Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perheen tukeminen raskauden aikana. Teoksessa: Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Perhe hoitotyössä*. Teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY, Porvoo, 157-175.
- Vehviläinen-Julkunen K, Saarikoski S, Marttinen P. 1995. Perhevalmennus perheiden tukena. Tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatiosta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 3. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Viisainen K. 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Stakes, oppaita 34. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Childbirth education in hospital – parents' experiences of client-oriented counselling

Sari Haapio MAsci., Marja-Terttu Tarkka PhD, Tiina Mäenpää MAsci.

■ The purpose of this study was to develop childbirth education in hospital environment. The development challenges indicated in earlier studies on childbirth education served as a starting point for the development process. Childbirth education was examined as a teaching-learning process and its theoretical framework was provided by constructivism. The data were collected from six couples, who participated in the implementation of childbirth education by theme interviews (n=12). The data were analysed by inductive content analysis. According to the results, the education provided a broad perspective on childbirth

environment to the couples. Moreover, it offered a possibility for preparing for the birth mentally and by gaining knowledge. In the couples' view, the client-oriented approach supported participation in the education. The use of participant-based learning conveyed both positive and negative views. In sum, the hospital and delivery room setting was regarded as an excellent education and learning environment.

Keywords: childbirth education, client-orientedness, constructivism, participant-based learning

Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT

Sari Haapio MHS, Midwife (Doctoral Student, Senior Lecturer in Midwifery)^{1,2}, **Marja Kaunonen** PhD, RN (Vice Dean and Professor)³, **Martti Arffman** MSocSc (Statistician)⁴ and **Päivi Åstedt-Kurki** PhD, RN (Professor and Chair in Nursing Science)³

¹University of Tampere, School of Health Sciences, Tampere, Finland, ²Metropolia University of Applied Sciences, Helsinki, Finland, ³Social and Health Systems Research unit, School of Health Sciences, Pirkanmaa Hospital District, General Administration, University of Tampere, Tampere, Finland and ⁴National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

Scand J Caring Sci; 2016

Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT

Objective: This study evaluates how extended childbirth education intervention affects first-time mothers' fear of childbirth and its manifestation during pregnancy.

Method: A randomised controlled trial was conducted. A total of 659 first-time mothers were recruited before week 14 of gestation during the first ultrasound screening at the hospital's maternity outpatient clinic. The mothers were randomly assigned into an intervention group (n = 338) or a control group (n = 321). The control group received all available regular childbirth education. In addition, the intervention group received an enhanced 2-hour childbirth education at the maternity hospital.

Outcome measurements and statistical analysis: The objects of childbirth fears (childbirth-related fear, fear for the mother's and the child's well-being, fear related to Caesarean section) were the primary outcomes. The manifestations of childbirth fears (everyday life, stress symptoms

and the wish to have a Caesarean section) were the secondary outcomes. These outcomes were measured over 34 weeks of gestation using two parts of the instrument 'Feelings of Fear and Security Associated with Pregnancy and Childbirth'. Logistic and ordinal linear regression models were used to model the effect of the intervention on the outcomes.

Findings: The mothers in the intervention group had less childbirth-related fear than those in the control group [odds ratio (OR) 0.58, 95% confidence level (CL) 0.38–0.88]. Also, fear influenced the mothers in the intervention group less in everyday life than it did the mothers in the control group [OR 0.64, 95% CL 0.44–0.94].

Conclusion: The effectiveness of the intervention can be considered moderate: one of three objects and one of three manifestations of fears were reduced. The intervention proved most efficient in alleviating relatively limited objects of fears.

Keywords: childbirth education, fear of childbirth, randomised controlled trial, midwives, pregnancy.

Submitted 4 October 2015, Accepted 17 February 2016

Introduction

Education is considered to be the best way to prepare for childbirth (1–4), although evidence of the effects, benefits and the best practices of antenatal education is unclear (5). Childbirth education has lost its significance as the primary source of pregnancy-related information, with young mothers especially now finding the Internet beneficial (6). That there are few opportunities to ask questions of maternity healthcare professionals leads expectant mothers to seek information from other

sources as well (7, 8). In addition to seeking information, women wish to be heard and understood on an emotional level by their maternity care professionals (9).

Continual midwife care throughout pregnancy and delivery is important because it provides an opportunity for mothers and midwives to establish trust and rapport (10). In Finland, the professionals who care for the mother during pregnancy are different from those who care for her during the delivery. This dual nature of the maternity healthcare system might complicate parents' preparation for childbirth and result in an inconsistency between actual practices and guidance offered. Furthermore, the expecting parents cannot discuss childbirth-related issues with the midwife during pregnancy.

Fear of childbirth (FOC) is a broad concept that can be defined in various ways. In this article, the definition is

Correspondence to:

Sari Haapio, University of Tampere, School of Health Sciences, Kuusmatie 8 D, 00720 Helsinki, Tampere, Finland.
E-mail: sari.haapio@metropolia.fi

based on Melender's (11) research. FOC can be defined according to its objects, manifestations and causes. The most common objects of the fears mothers face relate to childbirth (12, 13). Examples of these fears are panicking during childbirth, not leaving for the maternity hospital in time, being unable to breathe and push correctly (11), labour pain, cutting of the episiotomy and tearing (11, 14). Objects of the fears related to the child's and the mother's well-being include discovering alarming information during pregnancy (10), delivering a dead child and the possibility of a child being injured during childbirth (11, 12). In addition, fears related to Caesarean section (CS) are possible (11).

FOC can manifest in many ways. Women may think and talk about fears and may experience stress symptoms such as tearfulness, restlessness and nervousness. Fear can influence women's everyday lives in other ways as well (11). They might feel paranoid, counting foetal movements more often than necessary (11), or they might be unable to enjoy the pregnancy (15). They might even wish to have CS because of fear (14, 16–20).

Fearful mothers have more mental health problems than unfearful mothers. For example, depression is one of the strongest risk factors for FOC (20, 21). Young or advanced maternal ages, as well as low or high socio-economic status, have also been associated with FOC (22, 23). Peer support is important for pregnant women who are mentally vulnerable (24), but negative stories about childbirth can become a factor related to the development of FOC (11). On average, nulliparous women experience more fear than parous women (20).

The prevalence of FOC varies depending on specifications. The prevalence is about 3% if the specification is based on the official diagnosis (International Classification of Diseases code O99.80; 23), meaning that the mother has been treated for FOC. The prevalence can rise as high as 70–87% if the specification is based on different kinds of questionnaire and screening (11, 13, 20). Fear has the tendency to intensify as gestation progresses, thus timing of screening can affect the prevalence of FOC (20).

The difference between the numbers diagnosed and the prevalence through questionnaire screening is vast. Comparing these figures, it would seem that over 60% of women suffering from FOC are left untreated. Even women suffering from severe fear of childbirth might be left untreated. Reasons for this might be lack of appropriate support, or the difficulty of identifying FOC (20, 21). Mentally vulnerable mothers might find it difficult to admit fear, and this is why help is not sought (24).

Objective

The purpose of this study is to describe the effectiveness of extended childbirth education on the FOC of first-time mothers. The hypotheses of this study are as follows:

- 1 Participating in the extended childbirth education will reduce the fear of childbirth later in the pregnancy.
- 2 Participating in the extended childbirth education will reduce the manifestation of childbirth-related fears.

Method

Setting and participants

The study was conducted by comparing a control group and an intervention group through a randomised controlled trial (RCT). In addition to the traditional childbirth education available to both groups, the intervention group took part in extended childbirth education. The traditional, publicly funded antenatal education offered to all expectant first-time mothers consists of a voluntary childbirth education class arranged by the maternity clinic in primary health care and a brief excursion to the maternity hospital. The intervention group received extended education at the maternity hospital.

The study included 659 nulliparous participants who were recruited before week 14 of gestation during the first ultrasound screening at the hospital's maternity outpatient clinic. The inclusion criteria that had to be met were as follows: aged between 18 and 40, nulliparous, Finnish speaking, with normal ultrasound findings and willing to participate. Oral and written information was provided, and mothers had the option to agree or decline to take part in the study after the ultrasound. After consenting, participants answered a baseline questionnaire. When returning the questionnaire, participants were randomly assigned by the hospital staff into either the control group or the intervention group. The participants assigned to the intervention group received instructions on how to participate in the childbirth education intervention. In addition, they received a written childbirth education guide.

Intervention

In this study, childbirth education is defined as a midwife-led intervention with low medicalisation. The intervention was developed by enhancing and updating the existing childbirth education services and structures within the maternity healthcare system. The intervention was based on the pilot study (26) and the few method improvements that were made accordingly.

The theoretical foundation of the intervention is constructivism. The key elements of constructivism are social and cognitive (25), thus the counselling method was created keeping this in mind. Active interaction was the basis of the method, which enabled the content to be constructed by the specific needs and previous knowledge of the participants. Although the contents varied, the method was standardised to be repeated regardless of

the participant or the instructor. The method enabled access to peer support in a more controlled way. The delivery room served as an authentic learning environment and allowed parents to become familiar with the future place of birth in a holistic way. It helped participants understand information rather than memorise it. The above-mentioned elements are thought to be key factors in preventing and alleviating FOC.

In addition to the traditional childbirth services offered to all, the intervention group received extended childbirth education designed for this study (26). The intervention consisted of:

- 1 a leaflet including basic information on pregnancy and delivery, which was given to the participants at the first ultrasound screening at the hospital's maternity outpatient clinic; and
- 2 a 2-hour childbirth education class arranged in groups at the maternity hospital before 34 weeks of gestation. The delivery room was set-up with points of exercise, where families familiarised themselves with the different types of labour pain alleviation, push position and delivery instrument. The midwife coached the class and answered questions throughout.

The midwives (n = 7) implementing the intervention at the maternity hospital took part voluntarily. They received 1 day of training and additional support from the researcher if needed. All midwives were experienced, with work experience ranging from 4 to 22 years.

Outcome measures and data collection

The primary outcome measures were the intensity and extensity of FOC and their variations during pregnancy. The secondary outcome measures were the manifestations of FOC and their variations during pregnancy. Data were collected using two subscales (objects of fears and manifestations of fears) from the questionnaire 'Feelings of Fear and Security Associated with Pregnancy and Childbirth' (11). There were three sum variables in the subscale of objects of fears: childbirth-related fears (8 items), fears relating to the child's and the mother's well-being (5 items), and Caesarean section-related fear (1 item). The subscale manifestation of fears had three sum variables as well: stress symptoms (6 items), influence of fears on everyday life (5 items) and wish to have a Caesarean section (2 items). The original objects of fears 4-point subscale were modified to the 5-point Likert scale (1 = disagree totally, 5 = agree totally) by permission of the developer in order to assess the intensity of the FOC more accurately. The subscale for manifestations of fears was dichotomous (1 = no, 2 = yes). The 'no' category indicated that mothers had no manifestations of fear, while the 'yes' category indicated that fears manifested with different symptoms.

The postintervention questionnaires were sent out after 34 weeks of gestation by regular mail. Altogether, 463 questionnaires were returned (intervention group n = 235, control group n = 228), which amounts to a response rate of 70%, as 196 mothers failed to follow-up (Table 1).

Statistical analysis

The objects of fears 5-point Likert scale's sum variables were categorised into three ordinal-scale score variables: 'slight fear' (sum variable mean ≤ 2), 'moderate fear' ($2 < \text{sum variable mean} < 4$) and 'severe fear' (sum variable mean ≥ 4). The categories describe the fear's intensity in relation to its objects. The 'slight fear' category is considered to include normal concerns along with mothers without fear. The manifestations of fears dichotomy scale were classified into a 'no' category (sum variable mean = 1) and a 'yes' category (sum variable mean > 1). In the 'yes' category, respondents had symptoms due to fear. In the 'no' category, the respondents were asymptomatic. Differences in background variables between the intervention group and the control group were examined using Pearson (binary variables) and Mantel-Haenszel (ordinal variables) chi-square statistics (Table 2).

The effectiveness of the intervention was examined by cross-tabulating the sum variables at baseline and postintervention by groups. We also examined improvement, constancy and worsening after the intervention on dependent variables in both the intervention and control groups. Logistic regression analysis was used to examine how the respondents in the intervention and control groups differed with respect to (i) the extent and

Table 1 Participant flow at different stages

| | |
|---|--|
| Enrollment | |
| Estimate of all primiparous women at the time of enrollment (n = 1850). | |
| Participated n = 715 (excluded n = 1135, did not meet the inclusion criteria: 18 - 40 years, Finnish speaking, normal ultrasound finding and willingness to participate). | |
| ▼ | |
| Randomisation | |
| Allocated to intervention group (n = 367) and control group (n = 348). | |
| Inadequately completed questionnaires were rejected (N = 56; 7.9% of enrolled). | |
| In total n = 659; intervention group (n = 338) and control group (n = 321). | |
| ▼ | |
| Follow-up and analyses | |
| Post intervention follow-up returned (n = 463, response rate 70 %). | |
| Intervention group (n = 235, response rate 69 %) and control group (n = 228, response rate 71 %). | |
| Lost to follow up, n = 196 (29.7 %) | |

Table 2 Maternal background information allocated by group

| Background variable | Intervention % (n = 235) | Control % (n = 228) | p |
|--|--------------------------|---------------------|---------------|
| Age | | | |
| 18–22 | 3.0 (7) | 4.0 (9) | 0.928 |
| 23–29 | 48.0 (112) | 47.0 (107) | |
| 30–35 | 44.0 (104) | 45.0 (102) | |
| 36–40 | 5.0 (12) | 4.0 (10) | |
| Marital status | | | |
| Married | 57.0 (135) | 58.0 (133) | 0.837 |
| Cohabiting | 40.0 (94) | 40.0 (91) | |
| Single | 3.0 (6) | 2.0 (4) | |
| Level of vocational education | | | |
| No vocational education | 3.0 (8) | 7.0 (15) | 0.398 |
| Vocational school | 10.0 (23) | 11.0 (25) | |
| College or polytechnic | 40.0 (93) | 39.0 (90) | |
| University education | 47.0 (111) | 43.0 (98) | |
| Previous pregnancies | | | |
| No | 86.0 (202) | 82.0 (186) | 0.202 |
| Yes | 14.0 (33) | 18.0 (42) | |
| Beginning of this pregnancy | | | |
| Planned, spontaneous | 83.0 (195) | 85.0 (194) | 0.536 |
| Medically assisted | 9.0 (22) | 7.0 (15) | |
| Unplanned | 8.0 (18) | 8.0 (19) | |
| Gestation week at time of inquiry | | | |
| 34–35 | 15.7 (37) | 15.3 (35) | 0.916 |
| 36–37 | 74.6 (175) | 73.7 (168) | |
| 38–40 | 9.7 (23) | 11.0 (25) | |
| Plan for caesarean section | | | |
| No | 96.2 (226) | 98.2 (224) | 0.177 |
| Yes | 3.8 (9) | 1.8 (4) | |
| Childbirth education received before time of inquiry | | | |
| At maternity clinic | | | |
| No | 19.0 (44) | 14.0 (32) | 0.174 |
| Yes | 81.0 (191) | 86.0 (196) | |
| Acquainted visit to maternity hospital | | | |
| No | 61.0 (143) | 21.5 (32) | 0.0001 |
| Yes | 39.0 (92) | 78.5 (179) | |
| Private sector | | | |
| No | 95.3 (224) | 94.0 (214) | 0.488 |
| Yes | 4.7 (11) | 6.0 (14) | |
| Internet based | | | |
| No | 97.5 (229) | 94.7 (216) | 0.132 |
| Yes | 2.5 (6) | 5.3 (12) | |
| None | 6.8 (16) | 3.1 (7) | 0.065 |
| Partner's participation in antenatal training | | | |
| No | 3.8 (9) | 6.6 (15) | 0.183 |
| Yes | 96.2 (226) | 93.4 (213) | |

p = 0.05, Pearson (binary variables) and Mantel–Haenszel (ordinal variables) chi-square statistics. Bold value = Statistically highly significant.

intensity of their FOC as well as (ii) the manifestations of their FOC. Logistic regression analysis was used when the dependent variable had two categories, and ordinal logistic regression was used in cases of dependent variables with three categories. The analyses were made in

three stages. First, the nonadjusted model was defined with the intervention group as the only independent variable. Second, the baseline value of each dependent variable was adjusted in the model to improve the precision of the intervention effect. Third, the model was adjusted with the background variables: gestation weeks, attended childbirth education, age, family situation level of vocational education, previous pregnancies and the beginning of this pregnancy (Table 2). For baseline adjustment, one dummy variable was used when the dependent variable had two categories and two dummy variables were used when the dependent variable had three categories. The results of the logistic regression analysis are presented as odds ratios (OR) with a 95% confidence interval (95% CL). Statistical significance was set at a p-value of <0.05 (28).

Findings

Respondents and background variables

Most of the respondents were 35 years or under, and over 90% were in a relationship. The respondents were highly educated in both groups. Fewer than 20% had been pregnant before, and these pregnancies ended in either miscarriage or abortion. Most of the current pregnancies were planned. Over 80% of the respondents' pregnancies had lasted at least 36 weeks at the time of responding to the postintervention questionnaire. Only a few had plans to give birth by CS. Over 80% of the mothers in both the intervention group and the control group took part in childbirth education at the maternity clinic. Participation in childbirth education in the private sector was low in both groups, and neither the contents nor methods were specified in the questionnaire. Use of the Internet as a tool for preparing for childbirth was low as well. In addition, the mothers in the intervention group visited the maternity hospital less frequently than did the mothers in the control group (p = 0.0001). Nearly, all spouses participated in the antenatal training (Table 2).

Fear of childbirth as a primary outcome

As a whole, the most common fear related to childbirth. The second most common fear related to the child's and the mother's well-being. The least common fears related to Caesarean sections. However, the proportion of severe fear was highest in this category in comparison with the two others. The situation remained mostly unchanged from the baseline to the first intervention questionnaire in relation to all three categories of FOC. The situation improved most in fears relating to the child's and the mother's well-being, and fears worsened most in relation to CS (Table 3).

Table 3 The strength of the childbirth fear and its alteration during pregnancy (OR, cumulative odds ratio), 95% confidence level (CL)

| Object of fear | Intervention (n = 235) n (%) | Control (n = 228) n (%) | OR ^a (95% CI) | OR ^b (95% CI) | OR ^c (95% CI) |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Childbirth related fear | | | 0.58 (0.38–0.88) | 0.42 (0.26–0.68) | 0.37 (0.21–0.64) |
| Slight | 48 (20.4) | 35 (15.4) | | | |
| Moderate | 179 (76.2) | 170 (74.6) | | | |
| Severe | 8 (3.4) | 23 (10.1) | | | |
| Situation unchanged | 174 (74) | 184 (80.7) | | | |
| Situation improved | 53 (22.6) | 26 (11.4) | | | |
| Situation worsened | 8 (3.4) | 18 (7.9) | | | |
| Child's and mother's well-being | | | 0.98 (0.68–1.40) | 1.07 (0.73–1.57) | 1.22 (0.79–1.88) |
| Slight | 83 (35.3) | 80 (35.1) | | | |
| Moderate | 135 (57.5) | 130 (57.0) | | | |
| Severe | 17 (7.2) | 18 (7.9) | | | |
| Situation unchanged | 153 (65.1) | 142 (63) | | | |
| Situation improved | 55 (23.4) | 60 (26.3) | | | |
| Situation worsened | 27 (11.5) | 26 (11.4) | | | |
| Caesarean Section | | | 0.81 (0.56–1.18) | 0.81 (0.55–1.19) | 0.88 (0.57–1.35) |
| Slight | 154 (65.5) | 138 (60.5) | | | |
| Moderate | 48 (20.4) | 53 (23.3) | | | |
| Severe | 33 (14.1) | 37 (16.2) | | | |
| Situation unchanged | 148 (63) | 140 (61.4) | | | |
| Situation improved | 39 (16.6) | 34 (14.9) | | | |
| Situation worsened | 48 (20.4) | 54 (23.7) | | | |

^aOR = Between groups.

^bCumulative OR = Baseline adjusted (childbirth-related fear, child's and mother's well-being-related fear, Caesarean section fear).

^cCumulative OR = Background characteristics adjusted (age, marital status, level of vocational education, previous pregnancies, beginning of this pregnancy, gestation week at the time of inquiry, childbirth education received before the time of inquiry).

Table 4 The manifestations of the childbirth fear and its alteration during pregnancy (OR, cumulative odds ratio), 95% confidence level (CL)

| Manifestation of fear | Intervention (n = 235) n (%) | Control (n = 228) n (%) | OR ^a (95% CI) | OR ^b (95% CI) | OR ^c (95% CI) |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Stress symptoms | | | 1.07 (0.74–1.56) | 0.99 (0.64–1.54) | 1.10 (0.67–1.81) |
| No | 87 (37.0) | 88 (38.6) | | | |
| Yes | 148 (63.0) | 140 (61.4) | | | |
| Situation unchanged | 182 (77.5) | 177 (77.6) | | | |
| Situation improved | 32 (13.6) | 29 (12.7) | | | |
| Situation worsened | 21 (8.9) | 22 (9.7) | | | |
| Influence on Everyday Life | | | 0.64 (0.44–0.94) | 0.57 (0.37–0.87) | 0.64 (0.39–1.03) |
| No | 162 (68.9) | 134 (58.8) | | | |
| Yes | 73 (31.1) | 94 (41.2) | | | |
| Situation unchanged | 174 (74.1) | 170 (74.6) | | | |
| Situation improved | 32 (13.6) | 18 (7.9) | | | |
| Situation worsened | 29 (12.3) | 40 (17.5) | | | |
| Wish to Have Caesarean Section | | | 0.75 (0.27–2.04) | 0.71 (0.25–2.00) | 0.64 (0.17–2.32) |
| No | 228 (97.0) | 219 (96.1) | | | |
| Yes | 7 (3.0) | 9 (3.9) | | | |
| Situation unchanged | 217 (92.3) | 208 (91.3) | | | |
| Situation improved | 15 (6.4) | 14 (6.1) | | | |
| Situation worsened | 3 (1.3) | 6 (2.6) | | | |

^aOR = Between groups.

^bCumulative OR = Baseline adjusted (childbirth-related fear, child's and mother's well-being-related fear, Caesarean section fear).

^cCumulative OR = Background characteristics adjusted (age, marital status, level of vocational education, previous pregnancies, beginning of this pregnancy, gestation week at the time of inquiry, childbirth education received before the time of inquiry).

When comparing the differences between groups, the intervention group had fewer moderate and severe childbirth-related fears than the control group (80% vs. 85%). Especially, severe childbirth-related fears were fewer in the intervention group compared to the control group (3% vs. 10%). The situation in the intervention group also improved more (23% vs. 11%) and worsened less (3% vs. 8%) than in the control group. According to the ordinal logistic regression model, the differences were statistically significant [OR 0.58, 95% CL 0.38–0.88]. The differences remained statistically significant when adjusting the analysis with the baseline [OR 0.42, 95% CL 0.26–0.68], and with the adjusted background characteristics as well [OR 0.37, 95% CL 0.21–0.64] (Table 3).

The effects of the intervention on fears related to the child's and the mother's well-being, and fears related to CS could not be shown (Table 3).

Manifestations of childbirth fears as a secondary outcome

In both groups, stress symptoms were the most common manifestation of FOC. The fear influencing everyday life and the wish to have a CS were substantially lower. The manifestations of fears remained mostly unchanged from the baseline to the first intervention questionnaire. In particular, constant was the wish to have a CS: over 90% of the respondents' situations remained unchanged. The situation improved most in relation to stress symptoms and worsened most in relation to the fear influencing everyday life (Table 4).

The women's everyday lives were less affected by fear in the intervention group in comparison with the control group (31% vs. 41%). The situation in the intervention group also improved more often (14% vs. 8%) and worsened less often (12% vs. 18%) than in the control group. According to the logistic regression model, the difference between the groups was

significant [OR 0.64, 95% CL 0.44–0.94]. It remained statistically significant when adjusting the analysis with the baseline [OR 0.57, 95% CL 0.37–0.87], but it disappeared when the analysis was adjusted with the background variables [OR 0.64, 95% CL 0.39–1.03] (Table 4).

The effects of the intervention on stress symptoms caused by fear of childbirth and the wish to have a CS could not be shown (Table 4).

Discussion

The effectiveness of childbirth education is difficult to prove, and the benefits and best practices are unclear, as has been noted in previous studies (5). Simultaneously, an ever-increasing amount of mothers fearing childbirth will continue to challenge the maternity healthcare services (18, 21). This relation formed the basis of this study, which has striven to answer the question of how enhanced/extended childbirth education offered at the maternity hospital affects FOC and its manifestations. The intervention's transferability directly into practice was considered important, which is why implementing the intervention was based on utilising the existing, well-known maternity healthcare service structures and professionals.

Intervention research is a way to examine efficiency. Knowing and controlling the confounding factors are key elements in ensuring the reliability of an intervention research. Randomisation is the best way to control confounding factors (28). In this study, the randomisation was successful because the intervention and control groups were comparable in all variables at baseline (Table 5). In addition, the statistical analyses were adjusted with the background variables (Table 2).

In longitudinal studies, it is possible for confounding factors to arise after the baseline. This study attempted to monitor and control their significance, in that participants had the right to seek additional support for FOC

Table 5 Fear of childbirth and its manifestations at baseline allocated by groups

| Sum variable | Intervention (n = 338) n (%) | | | Control (n = 321) n (%) | | | p-value |
|---|------------------------------|------------|-----------|-------------------------|------------|-----------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | |
| <i>Objects of fear^a</i> | | | | | | | |
| Childbirth-related fear | 48 (14.2) | 242 (71.6) | 48 (14.2) | 37 (11.5) | 247 (77.0) | 37 (11.5) | 1.000 |
| Child's and mother's well-being | 90 (26.6) | 212 (62.7) | 36 (10.7) | 77 (24.0) | 198 (61.7) | 46 (14.3) | 0.177 |
| Caesarean section | 213 (63.0) | 102 (30.2) | 23 (6.8) | 213 (66.4) | 79 (24.6) | 29 (9.0) | 0.823 |
| <i>Manifestations of fear^b</i> | | | | | | | |
| Stress symptoms | 115 (34.0) | 223 (66.0) | | 113 (35.2) | 208 (64.8) | | 0.751 |
| Influence on everyday life | 231 (68.3) | 107 (31.7) | | 216 (67.3) | 105 (32.7) | | 0.773 |
| Wish to have Caesarean section | 313 (92.6) | 25 (7.4) | | 296 (92.2) | 25 (7.8) | | 0.849 |

^aObjects of fear (1 = slight fear, 2 = moderate fear, 3 = severe fear).

^bManifestations of fear (1 = no, 2 = yes).

p = 0.05.

after baseline measurement. According to the large register-based researches, only about 3% of expecting mothers get help for FOC (23). Because this percentage is small, the systematic error was evaluated to be minor. Participants did have the right to prepare themselves for childbirth in any other way, and the analyses were adjusted by taking into account the number of additional childbirth classes attended. However, it is not possible statistically to compile all support such as peer support that mothers receive during pregnancy. As an advantage, though, 86% of the participants lived in the same city, which meant that they largely all received the same treatments. Thus, the treatment between the groups was estimated to be analogical.

The participants represented an average of 40% of the estimated total number of nulliparous mothers at the time of enrolment (Table 1). The most common reason for participants to be excluded was unwillingness to partake in the study. There is a possibility that the timing of recruitment, at first ultrasound screening, might have affected the participation rate. The first ultrasound screening might have been an exciting moment, and, in addition to research information, mothers were given a lot of other instructions simultaneously. Moreover, the staff might have been tired of recruiting, because of other ongoing studies at the target hospital.

The postintervention response rate was 70%, which can be considered acceptable (30). The data might have some selection bias due to the participation loss. Spontaneous abortions, premature deliveries, changes of address and planned place of birth, and being tired of responding were primary causes of the participation loss. Another possible cause of dropouts might have been disappointment when respondents were not allocated into the intervention group and did not receive extended childbirth education. Still, in relation to FOC, the dropouts were similar in both groups.

The questionnaires for measuring FOC were explored. For example, the well-functioning and validated Wijma (Delivery Expectancy Questionnaire, W-DEQ; 31) was discarded, because it is most functional in screening for fear of childbirth. In this study, the Melender's (11) questionnaire portrayed the content of the intervention more accurately. The questionnaire had been validated previously and shown good internal consistency reliability (11, 32), and, according to the alpha values (0.66–0.88), did so in this study as well.

The number of fearful mothers in this study was found to be much higher than in previous register-based studies. Only about 3% of pregnant women in Finland are diagnosed with FOC (23). The women who get treated for FOC are the ones who actively seek support, whereas the rest are most likely left untreated (20). It is also known that some mentally vulnerable women find involvement with support difficult (24).

Participants in this study had a higher educational background than average nulliparous mothers in Finland (29). This may partially explain the high number of fearful mothers in this study, since high socio-economic status is a predisposing factor for FOC (22, 23).

The intervention was most effective in targeting limited and concrete childbirth-related issues, such as how to push, and cutting of the episiotomy. These types of fear can be alleviated through normalisation and discussion. Fears such as those related to the child's and the mother's well-being, as well as other manifestations of fear, were more difficult to influence. This seems plausible, because, as objects of fear, these might contain deeper emotional meanings. This study was designed to be an educational rather than a psychological intervention. However, evidence has been reported on the effectiveness of antenatal treatments on maternal distress (34). According to Salmela-Aro et al. (4) and Rouhe (20), a psycho-education intervention increased fearful mothers' preparedness for childbirth and alleviated their fear of childbirth.

It is known that FOC has a tendency to grow more severe as the pregnancy progresses (20). In this study, fears related to childbirth in the intervention group were affected in two ways: the situation improved more often, but the situation also worsened less compared to the control group. The situation in which fears influenced everyday life improved more often in the intervention group and worsened less in comparison with the control group. Thus, it could be perceived that this intervention served as both a treatment and a preventative measure. This is why the results support the idea that education should be targeted towards all mothers, not just those diagnosed with FOC. These results differ from previous studies (33) where preventative antenatal intervention was not found to be effective.

There is evidence that FOC and the wish to have a CS without medical indication have a connection (14, 16, 19). Caesarean sections are performed on about 7% (18) to over 12% (17) of fearful mothers without other medical diagnosis. In this study, the number of mothers requesting a CS was considerably lower (3%). The intervention, however, does not explain the above-mentioned percentage difference, because the amount was low in both the intervention group and the control group. One possible explanation might be found in educational backgrounds: low socio-economic status has been seen as a factor in requesting a CS in Finland (23). In this study, the mothers' educational backgrounds were high.

Implication for further research

More research is needed to study the effects of childbirth education in hospitals at the organisational level. It would be interesting to study whether extended childbirth education could influence the number of controls administered

at the maternity outpatient clinic, the time of registration at the hospital at the beginning of delivery, the amounts of pain relief dispensed during the delivery and how satisfied mothers are with their birthing experience.

Conclusion

The effectiveness of the intervention can be considered moderate. Hypotheses 1 and 2 were both partly supported: one of three objects and one of three manifestations of fears were reduced. The intervention proved most effective in targeting the fairly limited and concrete objects and manifestations of fear. The wish to have a CS because of fear, however, was especially permanent, and the intervention had no effect on that. It is inevitable that intervention targeted towards all expecting mothers weakens its effectiveness. The advantage, however, is accessibility. Women who would go unnoticed receive at least the opportunity for support.

Overall, the prevalence of FOC is much higher than the number diagnosed. This indicates that many fearful women remain without help. Because the hypotheses were supported, it can be concluded that childbirth education should be recommended to all first-time mothers, not only those who have been diagnosed with FOC. The holistic way of getting to know the future place of birth allowed mothers to imagine the actual birthing situation and had a positive influence on the mothers' situations.

References

- Ip WY, Chien WT, Chan CL. Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *J Adv Nurs* 2003; 42: 151–8.
- Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1315–9.
- Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37: 24–34.
- Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen R, Tokola MI, Saisto T. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *J Health Psychol* 2011; 17: 520–34.
- Gagnon AJ. Individual or group education for childbirth/parenthood (Review). *Cochrane Collaboration* 2007; 2: 1–24.
- Salonen A, Pridham K, Brown R, Kaunonen M. Impact of an internet-based intervention on Finnish mothers' perceptions of parenting satisfaction, infant centrality and depressive symptoms during the postpartum year. *Midwifery* 2014; 30: 112–22.
- Larsson M. A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy related-information. *Midwifery* 2009; 25: 14–20.
- Lagan BM, Sinclair M, Kernohan W. Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. *Birth* 2010; 37: 106–15.
- Goberna-Tricas J, Banus-Gimenez R, Palacio-Tauste A. Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery* 2011; 27: e231–7.
- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med* 2006; 63: 64–75.
- Melender H-L. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002; 29: 101–11. Issues in Perinatal Care.
- Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of childbirth-related fear in Swedish women and men – analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51: 112–8.
- Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Åstedt-Kurki P. Ensisynnyttäjien synnytyspelot raskauden alkuvaiheessa (Fears of Childbirth of first-time mothers in the early stage of pregnancy). *Hoitotiede* 2013; 25: 160–70 (Abstract in English).
- Faisal I, Matinnia N, Hejar AR, Khodakarami Z. Why do primigravidae

Childbirth education at hospitals breaks down the barriers created by the dual nature of the Finnish maternity healthcare system, in which the relationship between the expecting mother and the midwife currently remains distant during pregnancy. Thus, extended childbirth education serves as an important communication tool. The results confirm that the Internet was not used as an essential tool to prepare for childbirth. In conclusion, childbirth education, based on real interaction, should be the primary way to help prepare mothers for childbirth in the future.

Author Contributions

Study design: SH, MK, PÅK. Acquisition of data: SH. Analysis and interpretation of data: SH, MA. Drafting of manuscript: SH, MK, MA, PÅK. Critical revision: SH, MK, MA, PÅK.

Ethical approval

The Ethics Committee of Helsinki and Uusimaa Hospital District (Dnro 97/13/03/04/09) gave an ethical approval for this study.

Funding

Tampere University granted this study with a scholarship. The authors declare no conflict of interest.

- request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran *Midwifery* 2014; 30: 227–33.
- 15 Lyberg A, Severinsson E. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study. *J Nurs Manag* 2010; 18: 383–90.
 - 16 Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010; 26: 394–400.
 - 17 Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean Section without Medical Reason 1997 to 2006: A Swedish register study. *Birth* 2010; 37: 11–22.
 - 18 Weaver J, Brown J, Aras-Payne A, Magill-Cuerden J. A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth). *JBI Library System Rev Implementation Rep* 2013; 11: 70–122.
 - 19 Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery* 2014; 30: 220–6.
 - 20 Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 2011; 118: 1104–11.
 - 21 Rouhe H. Fear of Childbirth. Academic Dissertation, Department of Obstetrics and Gynaecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Finland. Helsinki Unigrafia. 2015; ISBN 978-951-51-1242-2.
 - 22 Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 2008; 115: 354–60.
 - 23 Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *BJOG* 2014; 121: 965–70.
 - 24 Jones C, Jomeen J, Hayter M. The impact of peer support in the context of perinatal mental illness: A meta-ethnography. *Midwifery* 2014; 30: 491–8.
 - 25 Whitman N. A review of constructivism: understanding and using a relatively new theory. *Fam Med* 1993; 25: 517–21.
 - 26 Haapio S, Tarkka MT, Mäenpää T. Synnytysvalmennus sairaalassa - vanhempien kokemuksia asiakaslähtöisestä ohjauksesta (Childbirth education in hospital – parents' experiences of client-oriented counselling). *Tutkiva Hoitotyö* 2008; 6: 19–24 (Abstract in English).
 - 27 Burns N, Grove SK. *Understanding Nursing Research. Building an Evidence-Based Practice*. 4th edn. 2007, Elsevier Saunders, St. Louis.
 - 28 Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, Altman D, Tunis S, Haynes B, Oxman DA, Moher D. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ* 2008; 337: 1–8.
 - 29 Vuori E, Gissler M. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2010–2011 (Parturients and delivery interventions by hospital). National Institute for Health and Welfare, Official Statistics of Finland, Statistical report No. 27. 2012.
 - 30 Borglin G, Richards D. Bias in experimental nursing research: strategies to improve the quality and explanatory power of nursing science. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 123–8.
 - 31 Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 84–97.
 - 32 Melender H-L, Lauri S. Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. *Int J Nurs Pract* 2002; 8: 289–96.
 - 33 Fontein- KY, Nieuwenhuijze MJ, Ausems M, Budé L, de Vries R. Antenatal interventions to reduce maternal distress: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG* 2014; 121: 389–97.