



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

LATENSIVAIHEEN TUNNISTAMI- NEN JA HOITO NORMAALISYNNY- TYKSESSÄ

Pauliina Korpi

Henna Nieminen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2016
Hoitotyö
Kätilötyö



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyö
Kättilötyö

KORPI, PAULIINA & NIEMINEN, HENNA:

Latenssivaiheen tunnistaminen ja hoito normaalisynnytyksessä

Opinnäytetyö 62 sivua, joista liitteitä 9 sivua

Toukokuu 2016

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata normaalisynnytyksen latenssivaiheen hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää latenssivaiheen hoitoa ja helpottaa kyseisen synnytyksen vaiheen tunnistamista kättilötyössä. Opinnäytetyön tehtävinä oli kuvailla latenssivaiheen tunnistamista, hoitoympäristöä, hoitoa sekä synnyttäjän kokemuksia latenssivaiheesta. Työ tehtiin kirjallisuuskatsauksena osana Tampereella vuonna 2015 alkunutta ViVa-hanketta.

Latenssivaiheesta tehdyt tutkimukset osoittavat, että ympäristö vaikuttaa synnytykseen ja latenssivaiheen suotuisimman hoitopaikan uskotaan olevan kodinomainen ympäristö. Latenssivaiheessa sairaalaan saapuminen altistaa interventioille, joiden on havaittu olevan riski synnytyksen komplisoitumiselle. Latenssivaiheessa oleva synnyttäjä kaipaa sekä perheensä että ammattihenkilön tukea ja tietoa synnytyksen kulusta.

Latenssivaihetta ja sen hoitoa on muihin synnytyksen vaiheisiin nähden tutkittu vähän. Koska latenssivaiheella ja sen hoidolla on suuri vaikutus synnytykseen ja synnytyskokemuksen muodostumiseen, tulisi tutkimusta aiheesta tehdä lisää. Tutkimustiedon myötä voitaisiin latenssivaiheen hoitokäytäntöjä kehittää. Kehityshaasteita ovat sairaalaympäristön muokkaaminen latenssivaiheessa olevalle synnyttäjälle sopivaksi sekä synnyttäjän ja hänen perheensä tiedon lisääminen kyseisestä synnytyksen vaiheesta.

Asiasanat: synnytys, latenssivaihe

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Midwifery

KORPI, PAULIINA & NIEMINEN, HENNA:
Latent Phase in Normal Birth – Recognition and Care

Bachelor's thesis 62 pages, appendices 9 pages
May 2016

The purpose of this thesis was to collect information on the care in the latent phase in normal birth. This study was a part of the ViVa-project, which has started in Tampere in 2015. The objective of this study was to develop a midwifery care for the latent phase and to ease the recognition of the latent phase among midwives. The tasks of the thesis were to explore and gather information about how to recognize the latent phase of labour, what kind of environment is the best for women in the latent phase and what does the literature tell about care in the latent phase. One task of the thesis was also to describe women's experiences of the latent phase. The data were collected using parts of a systematic review method.

The findings of the study recommended that the environment in the latent phase of labour should be a place where women feel safe and comfortable. That kind of place is usually home. Hospital care in the latent phase increases the risk of interventions and complications during labour. Women in labour need support provided by their family and professionals. There are not so many studies about the latent phase which is a challenge for the midwifery care. There is room for improvement in prenatal counselling and hospital environment of the latent phase care in the future.

Key words: labour, latent phase

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	8
3	SYNNYTYKSEN LATENSSIVAIHE	9
	3.1 Normaalisyntyminen	9
	3.2 Latenssivaihe	9
	3.3 Synnytyksen käynnistyminen	10
	3.4 Latenssivaiheen hoidon kartoitus Suomessa.....	12
	3.5 Latenssivaiheen hoidon uusi näkökulma	14
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
	4.1 Aineiston haku ja valinta	17
	4.2 Aineiston järjestäminen	19
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	22
	5.1 Latenssivaiheen tunnistaminen	22
	5.2 Ympäristö.....	22
	5.3 Hoito	26
	5.3.1 Lepo ja ravitseminen	26
	5.3.2 Kivunhoito	27
	5.3.3 Ohjaus	29
	5.3.4 Tuki	31
	5.4 Pitkittänyt latenssivaihe	32
	5.4.1 Pitkittyneen latenssivaiheen hoito.....	33
	5.5 Synnyttäjän kokemukset	34
	5.5.1 Odotukset	34
	5.5.2 Hallinnan tunne	35
	5.5.3 Kipu.....	36
	5.5.4 Vuorovaikutus ja tiedonsaanti.....	36
	5.5.5 Hoitoon hakeutuminen	37
	5.6 Sairaalaan lähteminen	38
6	POHDINTA.....	40
	6.1 Opinnäytetyön eettinen tarkastelu	41
	6.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu	43
	6.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	45
	6.4 Johtopäätökset.....	49
	6.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet.....	49
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET	54

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen lähdeaineisto, tutkimukset	54
Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen lähdeaineisto, asiantuntija-artikkelit	61

1 JOHDANTO

Synnytyksen latenssivaihe on melko huonosti tunnettu ja kirjallisuudessa kyseenalaistettu synnytyksen vaihe. Sana latenssi tarkoittaa piilevää, mikä kuvaakin vaiheen luonnetta hyvin. Supistukset saattavat vaihdella suuresti laadultaan ja tiheydeltään, synnyttäjää saattaa kokea turhautumista voimistuvista ja taas heikentyvistä tuntemuksistaan ja ikään kuin huomaamatta, piilevästi, synnytys onkin käynnissä.

Tutkimusten mukaan latenssivaiheen paras hoitopaikka on koti. Kuitenkin latenssivaihetta hoidetaan paljon sairaalaympäristössä. Opinnäytetyön aiheeksi valittiin latenssivaiheen tunnistaminen ja hoito juuri sen vuoksi, että haluttiin tutkia, kuinka hoitoa ja ohjausta voisi kehittää siten, että yhä useampi synnyttäjää viettäisi latenssivaiheen kotonaan. Haastavaa on, kuinka saada synnyttäjää ja tukihenkilö kokemaan olonsa turvalliseksi kotona synnytyksen latenssivaiheessa. Ennen aiheeseen syventymistä haluttiin saada selvyyttä siitä, millaisia mahdollisuuksia latenssivaiheen hoidolle suomalaisissa synnytyssairaaloissa on tällä hetkellä. Opinnäytetyössä saatuja tutkimustuloksia on rakentavaa tarkastella, kun tiedossa on suomalaisten synnytyssairaaloiden mahdollisuudet latenssivaiheen hoitoon.

Latenssivaiheen tunnistaminen on ongelmallista sekä synnyttäjän että ammattihenkilön näkökulmasta, eikä kirjallisuudesta löydy yhtä selkeää määritelmää latenssivaiheelle. Synnytyksen vaiheiden tunnistaminen toimii lähtökohtana annettavalle hoidolle, ja siksi ammattihenkilön tulee tunnistaa myös latenssivaihe. Latenssivaiheessa olevaa synnyttäjää hoidettaessa synnytyksen muihin vaiheisiin tarkoitetuilla keinoin, saattaa synnytys komplisoitua ja synnytyksen lopputulos olla huonompi.

Saatujen tutkimustulosten valossa on huomattu, että latenssivaiheen hoito on monin osin puutteellista. Latenssivaiheen hoitokäytänteitä ollaan uudistamassa ja tarkoituksena on luoda uusia mahdollisuuksia latenssivaiheen hoitoon. Pyrkimyksenä on korostaa synnytyksen luonnollisuutta ja välttää medikalisoitumista. Muun muassa tätä ajatusta korostaa ViVa-hanke, jonka osana tämä opinnäytetyö tehtiin. Tähän työhön koottiin uusien tutkittu tieto latenssivaiheen hoidosta ja synnyttäjien kokemuksista, jotta tietoa voitaisiin hyödyntää synnytyksen hoidon kehittämisessä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää latenssivaiheen hoitoa ja helpottaa kyseisen synnytyksen vaiheen tunnistamista kättilötyössä.

Selvitämme työssämme keskeiset käsitteet sekä synnytyksen fysiologisen käynnistymisen. Kerromme latenssivaiheen hoidosta Suomessa sekä uusista näkökulmista, joita on latenssivaiheen hoidon suhteen esitetty. Opinnäytetyö on tehty kirjallisuuskatsauksena soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia, ja aineisto on järjestetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia apuna käyttäen. Tutkimusaineisto muodostuu viimeisimmistä latenssivaiheen hoitoa käsittelevistä tutkimuksista ja asiantuntijoiden kirjoittamista artikkeleista.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää latenssivaiheen hoitoa ja helpottaa kyseisen synnytyksen vaiheen tunnistamista kätilötyössä. Tarkoituksena on kuvata latenssivaiheen hoitoa.

Työn tehtävinä ovat:

- Mistä latenssivaiheen tunnistaa?
- Miten latenssivaiheen hoitoympäristöä on kuvattu?
- Miten latenssivaiheen hoitoa on kuvattu?
- Miten synnyttäjät kokevat latenssivaiheen?

3 SYNNYTYKSEN LATENSIVAIHE

3.1 Normaalisyntyys

Kyseessä on synnytys, kun raskauden kesto on vähintään 22 viikkoa, tai kun sikiö painaa vähintään viisisataa grammaa. Raskaus on täysiaikainen raskausviikkojen ollessa vähintään 37. Kun raskausviikkoja on yli 42, on kyseessä yliaikainen raskaus. (Sariola & Tikkanen 2011, 315.) Kyseessä on normaalisyntyys, kun riskit synnytyksessä ovat matalat avautumisvaiheen alusta ponnistusvaiheen loppuun saakka, ja synnytys tapahtuu raskausviikolla 37-42. Normaalisyntyys alkaa spontaanisti joko supistuksilla tai lapsivedenmenolla ja etenee itsestään, eikä sen kulkuun tarvitse puuttua. Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin (Raussi-Lehto 2015, 216.) Sariolan ja Tikkanen (2011, 315) normaalisynnytyksen määritelmä poikkeaa edellä olevasta määritelmästä siten, että synnytys tapahtuu raskausviikoilla 38-42 eikä 37-42.

3.2 Latenssivaihe

Kirjallisuudessa esitetään useampia eri tapoja jakaa synnytys vaiheisiin. Raussi-Lehto (2015, 221) jakaa synnytyksen neljään vaiheeseen, joita ovat avautumis-, ponnistus-, jälkeis- ja tarkkailuvaihe. Erilliseksi vaiheeksi voidaan nimetä myös avautumisvaiheen lopussa oleva siirtymävaihe, jossa kohdunsuu on täysin auki, mutta sikiön tarjoutuva osa ei ole vielä riittävän matalalla aktiivisen ponnistamisen aloittamiseksi (Raussi-Lehto 2015, 265).

Avautumisvaihe alkaa latenssivaiheella, jota seuraa aktiivinen avautumisvaihe (Sariola & Tikkanen 2011, 317). Latenssivaiheen määritelmä ei ole yksiselitteinen. Äitiysneuvolaoppaan (2013, 243) mukaan latenssivaihe on synnytyksen käynnistymistä edeltävä vaihe, ja siihen kuuluu säännöllisiä supistuksia, joiden tuloksena kohdunsuu alkaa avautua. Äimälä (2015, 539) sekä Sariola ja Tikkanen (2011, 317) taas kuvaavat latenssivaiheen olevan osa synnytystä, ja supistusten voivan olla myös epäsäännöllisiä. Supistukset ovat yleensä kestoaltaan 20-60 sekuntia ja tulevat synnytyksen edetessä yhä tiheimmin ja voimakkaampina (Deans 2010, 215). Latenssivaiheessa kohdunkaula pehmenee ja lopulta

häviää. Kohdunkaula kääntyy johtoviivaan ja alkaa avautua. Useimmat lähteet määrittelevät latenssivaiheen päättyvän, kun kohdunsuu on auki 3-4 senttimetriä. (Deans 2010, 215; Sariola & Tikkanen 2011, 317). Ensisynnyttäjän latenssivaihe voi kestää jopa kaksi vuorokautta, kun taas uudelleensynnyttäjällä se on yleensä lyhytkestoisempi. Latenssivaiheen supistukset ovat aktiivisen avautumisvaiheen supistuksiin nähden heikompia ja kivuttomampia. (Raussi-Lehto 2015, 222-223; Sariola & Tikkanen 2011, 317.)

3.3 Synnytyksen käynnistyminen

Muutama viikko ennen synnytystä raskaana olevan keho alkaa valmistautua tulevaan fyysiseen ja psyykkiseen tapahtumaan. Mielialamuutokset ovat tavallisia ja monet kokevat itsensä ajoittain hyvinkin energisiksi. Kohdun alasegmentti laajenee mahdollistaen sikiön tarjoutuvan osan laskeutumisen lantioon. Etenkin ensisynnyttäjillä tarjoutuva osa laskeutuu jo muutamia viikkoja ennen synnytystä. Sikiön laskeutuessa myös kohdunpohja asetuu alemmas antaen tilaa raskaana olevan keuhkoille, jolloin hengittäminen helpottuu. Myös sydämen ja mahalaukun toiminta helpottuvat lisääntyneen tilan ansiosta. (McCormick 2003, 435; Deans 2010, 210.) Kohdunpohjan ja tarjoutuvan osan laskeutuminen lisäävät painetta lantiossa aiheuttaen laskimoverenkierron heikkenemistä, minkä vuoksi jaloissa voi esiintyä turvotusta. (Deans 2010, 211.) Hormonaalisista muutoksista johtuen häpyliitos laajenee, ja lantionpohja relaxoituu ja pehmenee, mahdollistaen myös kohdun painumisen alemmas lantioon. Tämän seurauksena sikiön tarjoutuva osa kiinnittyy. (McCormick 2003, 436.) Kiinnittyminen tapahtuu ensisynnyttäjällä yleensä noin 2-4 viikkoa ennen synnytystä, kun taas uudelleensynnyttäjällä tarjoutuva osa voi kiinnittyä vasta synnytyksen alkaessa (Deans 2010, 210). Raskaana oleva saattaa tässä vaiheessa kokea ajoittaista virtsankarkailua. Usein kävely vaikeutuu häpyliitoksen lisääntyneen liikkuvuuden vuoksi, ja sacroiliaca-nivelen löystyminen voi aiheuttaa selkäkipuja. (McCormick 2003, 435-436.)

Kohdunkaulan kypsyessä sen rauhasista erittyy limaa (Sariola & Tikkanen 2011, 316), joka jää kohdunkaulakanavaan muodostaen limatulpan. Limatulppa ehkäisee mikrobien pääsyä kohtuonteloon, ja yleensä se irtoaa viimeisten kymmenen raskauspäivän aikana. Erite on tavallisesti kirkasta, mutta se voi olla myös vaaleanpunertavaa vereslimaista vuotoa. Limatulpan irrottua infektioilta suojaavaa limaa erittyy kohdunkaulan rauhasista koko ajan lisää. Jatkuvan limanerityksen vuoksi synnytyksen käynnistymisellä ei ole

kiire, vaikka limatulppa olisikin irronnut tavallista aikaisemmin. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 204; Janouch 2010, 40.)

Synnytyksen käynnistymisen tarkkaa mekanismia ei tunneta. Tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että yleensä noin kuukausi ennen synnytyksen käynnistymistä sikiö alkaa viestittää olevansa valmis syntymään. Sikiön ruumiinrakenteen ollessa riittävän kehittynyt alkaa sikiön aivot stimuloimaan aivolisäkettä, minkä seurauksena erittyy kortikotropiinia. Kortikotropiini puolestaan stimuloi kortisolin erittymistä. Kortikotropiini ja kortisoli kulkeutuvat sikiön kehosta istukkaan, minkä seurauksena kohtulihaksen estrogeenipitoisuus lisääntyy suhteessa progesteronipitoisuuteen. (Deans 2010, 148; Sariola & Tikkanen 2011, 315.) Tämä on välttämätöntä synnytyksen käynnistymiselle, sillä estrogeeni laukaisee synnytyssupistukset, joita suurempi progesteronin määrä on tähän mennessä ehkäissyt. Suurentuneen estrogeenipitoisuuden ansiosta myös kohdunkaula pehmenee. Raskaana oleva saattaa huomata hormonitason muutokset kohdun kiristelynä. (Deans 2010, 148.) Hormonaalisten tekijöiden seurauksena kohtulihaksen oksitosiinireseptoreiden määrä lisääntyy. Myös kohdun kasvu ja venytys toimivat ilmeisesti mekaanisena supistuksille herkistävänä tekijänä lisäten prostaglandiinisynteesiä kohdunkaulassa, katokalvossa ja sikiökalvossa. (Sariola & Tikkanen 2011, 315-316.) Näiden tapahtumien seurauksena, ja tarjoutuvan osan painaessa kohdunkaulaa, oksitosiinia alkaa erittyä raskaana olevan aivolisäkkeestä, ja kohtulihas alkaa supistella (Deans 2010, 148).

Kohdun supistukset ovat tahdosta riippumatonta lihastyötä. Supistuksen aikana lihassäikeet supistuvat aiheuttaen kohtulihaksen kovettumisen, minkä jälkeen lihassäikeet palaavat lepotilaan. Lihassäie ei kuitenkaan palaudu entiseen mittaansa supistuksen loputtua vaan jää kerta toisensa jälkeen lyhemmäksi ja paksummaksi. Erityisesti funduksen lihassäikeiden lyheneminen pienentää kohtuontelon tilavuutta työntäen sikiötä kohti kohdunsuuta. Kohdun kaulaosan supistukset ovat puolestaan heikkoja, jotta sikiön tarjoutuva osa pääsee laskeutumaan synnytyskanavaa kohti. Supistukset saavat aikaan kohdunkaulan lyhenemisen ja kohdun sisäsuun vetäytymisen ylöspäin, jolloin kohdunkaula häviää lopulta kokonaan. Sikiökalvot alkavat irrota seinämistä kohdun alaosan laajetessa. Tällöin supistuksen aikainen paine työntää lapsivettä kohti kohdunsuuta tarjoutuvan osan ohi, ja kalvot voivat puhjeta. (Eskola & Hytönen 2008, 212.)

Säännölliset supistukset ovat kestoltaan vähintään 35–45 sekuntia, ja supistusten väli on korkeintaan 10 minuuttia. Synnytyksen edetessä supistukset tihenevät. Kohdun jaksottainen supistelu turvaa verenkierron riittävyyden kohtulihaksessa ja istukassa. (Eskola & Hytönen 2008, 213.) Säännöllisten supistusten alkaessa kohdunsuu saattaa olla jo yhdestä kolmeen senttimetriä auki. Naisen synnyttäneisyys vaikuttaa siihen, kuinka kypsä kohdunsuun tilanne on säännöllisten supistusten alkaessa. (Sariola & Tikkanen 2011, 316.) Ensisynnyttäjän kohdunkaula ensin lyhenee, minkä jälkeen kohdunsuu alkaa avautua. Uudelleensynnyttäjällä nämä tapahtuvat usein samanaikaisesti. (Raussi-Lehto 2015, 242.)

3.4 Latenssivaiheen hoidon kartoitus Suomessa

Otimme syksyllä 2015 yhteyttä jokaiseen kahteenkymmeneenseitsemään sillä hetkellä Suomessa toiminnassa olevaan synnytyssairaalan synnytysosastoon. Tiedustelimme asioita liittyen synnyttäjän alkumetreihin hänen tullessaan sairaalaan. Meitä kiinnosti, millaiset tilat latenssivaiheessa olevalle synnyttäjälle on tarjota, ja millaista hoitoa he saavat. Olimme myös kiinnostuneita siitä, onko latenssivaihetta hoitava kättilö sama kuin synnytyksen aktiivista vaihetta hoitava kättilö. Lisäksi otimme selvää, kuinka synnyttäjän puoliso tai tukihenkilö huomioidaan synnytyksen alkuvaiheessa.

Saimme haluamamme tiedot selville kahdestakymmenestä kahdesta suomalaisesta synnytyssairaalaista. Jäsentelimme tiedot taulukoksi ja vertailimme erilaisia hoitokäytänteitä ja sairaaloiden latenssivaiheen hoidon tiloja. Tämän ansiosta hahmotimme Suomen latenssivaiheen hoitoa paremmin ja se helpotti opinnäytetyömme tutkimusosion tekoa. Kykenemme tämän kartoituksen pohjalta paremmin vertailemaan maailmalla saatuja tutkimustuloksia suomalaisiin käytäntöihin. Kerromme ainoastaan niiden kahdenkymmenen kahden synnytyssairaalan tiloista ja käytännöistä, joista tiedot saimme selville.

Puhelinneuvontaa synnyttäjälle tarjoavat kaikki synnytyssairaalat. Synnyttäjät soittavat usein tiedustellakseen, milloin on sopiva aika saapua sairaalaan, ja moni synnyttämään tuleva haluaa ennalta ilmoittaa tulostaan puhelimitse. Kolmessakymmenessä viidessä prosentissa synnytyssairaaloista toivotaan soittoa ennen sairaalaan saapumista, ja kuudessakymmenessä viidessä prosentissa synnytyssairaaloista käytäntönä on, että sairaalaan voi saapua synnytysvastaanotolle ilmoittamatta.

Suurimmassa osassa sairaaloista synnyttäjät tulevat synnytysvastaanoton tiloihin, jotka sijaitsevat synnytyssalien yhteydessä. Kahdessa sairaalassa synnytysvastaanotto ja synnytyssalit sijaitsevat eri kerroksissa. Jos synnytys ei vielä ole aktiivisesti käynnissä, lähes kaikissa sairaaloissa synnyttäjän on mahdollista jäädä tarkkailuhuoneeseen seurantaan. Muutamilla sairaalalla on tarkempia siinä, voiko latenssivaiheen synnyttäjät jäädä sairaalaan. Synnyttäjän tilanteesta huomioidaan erityisesti pitkä ajomatka. Mikäli kodin ja sairaalan välimatka on pitkä, voi synnyttäjät jäädä sairaalaan odottamaan synnytyksen etene- mistä, mutta myös näissä muutamissa sairaalassa pääsääntönä on, että synnyttäjät menee latenssivaiheeseen vielä kotiin. Esimerkiksi erään synnytyssairaalan käytäntö on, että synnyttäjää ei lähetetä latenssivaiheeseen kotiin, mikäli kodin ja sairaalan välimatka on yli kahdeksankymmentä kilometriä. Huomioon otetaan myös synnyttäjän aiemmat nopeat synnytykset. Aiemmin nopeasti synnyttänyt saa herkemmin jäädä latenssivaiheeseen sairaalaan.

Eri sairaaloiden välillä isoimmat eroavaisuudet latenssivaiheen hoitoon liittyen koskivat tarjolla olevia tiloja. Suurimmassa osassa sairaaloista on mahdollista tarjota paikkaa tarkkailuhuoneesta. Huoneet ovat yleensä useamman hengen huoneita, joissa on wc, suihku ja sängyt synnyttäjille. Joissakin sairaaloissa latenssivaiheen synnyttäjät voi hyödyntää esimerkiksi puolapuita tai säkkituolia. Yksittäisissä sairaaloissa tarkkailuhuone muutetaan mahdollisuuksien mukaan perhehuoneeksi, jolloin puoliso tai tukihenkilö voi yöpyä synnyttäjän kanssa sairaalassa. Lähes kaikki sairaalat voivat tarjota latenssivaiheen synnyttäjälle paikkaa vuodeosastolta ja jotkut tilan salliessa myös synnytyssalista. Kahden synnytyssairaalan läheisyydessä on potilashotelli ja erääseen kaupunkiin sellainen on suunnitteilla. Synnyttäjän on mahdollista yöpyä potilashotellissa synnytyksen alkuvaiheessa.

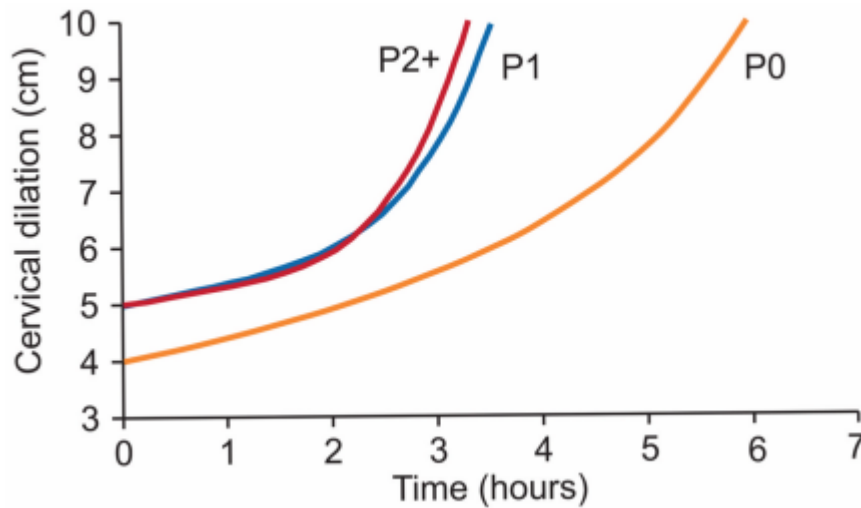
Lähes kaikissa synnytyssairaaloissa synnyttäjän vastaanottava kätilö hoitaa myös lopulta synnytyksen, mikäli työvuoro ei pääty tätä ennen. Kolmessa sairaalassa synnyttäjän vastaanottava henkilö on aina eri kuin synnytyksen hoitava henkilö. Kahdessa sairaalassa vastaanottava kätilö määräytyy virka- ja päivystysajan mukaan. Esimerkiksi äitiyspoli- klinikan kätilö voi virka-aikaan ottaa synnyttäjän vastaan, kun taas päivystysaikaan synnyttäjän vastaanottaa synnytyksen hoitava kätilö.

Kättilön keinot latenssivaiheen kivunlievityksessä ovat kaikissa sairaaloissa hyvin samantlaisia. Useiden sairaaloiden käytäntönä on kannustaa synnyttäjää liikkumaan latenssivaiheessa, ja ensisijaisena kivunlievityksenä suositellaan lääkkeettömiä keinoja kuten TENS-laitetta, lämpöpussia ja suihkua. Joissain sairaaloissa on mahdollista hyödyntää ammetta ja yhdessä sairaalassa on mahdollista käyttää ilokaasua latenssivaiheen aikana. Latenssivaiheessa synnyttäjän on mahdollista saada kipulääkettä lihakseen pistettynä.

Lähes kaikki sairaalat tarjoavat jonkinlaiset puitteet puolisolle tai tukihenkilölle ruokailua ja kahvinkeittoa varten. Osassa sairaaloista puolisolle tai tukihenkilölle on tarjottu erillinen huone, jossa voi levätä. Usein huoneessa on ruokailumahdollisuuden lisäksi wc ja istumatilaa, joskus myös televisio ja suihku. Kahden sairaalan kohdalla käy ilmi, että käytössä on niin kutsuttu tunnelmavihko, johon puoliso tai tukihenkilö saa kirjoittaa tunteuksiaan. Neljässä sairaalassa voidaan järjestää puolisolle tai tukihenkilölle yöpymispaikka esimerkiksi tarkkailuhuoneeseen, synnytys saliin tai erilliseen ”isienhuoneeseen”. Yhdessä sairaalassa tukihenkilön tilat ovat tarkoitettu ainoastaan syntyvän lapsen isän käyttöön.

3.5 Latenssivaiheen hoidon uusi näkökulma

Yhdysvalloissa on tehty retrospektiivinen tutkimus, joka selvitti synnytyksen kulkua laajassa populaatiossa. Tutkimustuloksista muodostettiin pariteetin mukaiset kuvaajat, jotka kuvaavat kohdunsuun keskivertaista avautumisnopeutta (Kuvio 1). P0-ryhmään kuuluivat ensisynnyttäjät, P1-ryhmään uudelleensynnyttäjät, joilla oli taustalla yksi synnytys ja P2+-ryhmään uudelleensynnyttäjät, joilla oli taustalla kaksi tai useampi synnytys. Otos koostui 62 415 ensi- ja uudelleensynnyttäjistä, joiden raskaus oli sujunut säännöllisesti ja synnytys käynnistynyt spontaanisti. (Zhang ym. 2010, 1281-1282.) Synnyttäjistä noin 80 prosentilla oli epiduraalipuudutus ja oksitosiinia käytettiin ensisynnyttäjistä 47 prosentilla ja uudelleensynnyttäjistä 45 prosentilla. (Zhang ym. 2010, 1284; 1288).



KUVIO 1. Kohdunsuun keskimääräinen avautuminen synnyttäneisyyden perusteella (Zhang ym. 2010, 1288).

Normaalin ja pitkittyneen synnytyksen määrittäminen on ollut haasteena pitkään. Synnytys diagnosoidaan usein pysähtyneeksi, jos kohdunsuun tilanne ei ole edennyt kahdessa tunnissa. Synnytys on tänä päivänä entistä haasteellisempi prosessi, sillä synnyttäjien keski-ikä on noussut sekä synnyttäjät ja sikiöt ovat kookkaampia. Synnytykseen puututaan myös herkemmin, mikä häiritsee synnytyksen luonnollista kulkua. (Zhang ym. 2010, 1282.)

Ensisynnyttäjän (P0-ryhmä) saapuessa sairaalaan kohdunsuun tilanne oli tutkimuksessa keskimäärin neljä senttimetriä, P1-ryhmässä 4,5 senttimetriä ja P2+-ryhmässä viisi senttimetriä. Kohdunkaulan häviäminen oli sairaalaan saapuessa tapahtunut vastaavissa ryhmissä 90-, 90- ja 80-prosenttisesti. Tarjoutuvan osan korkeus oli -1, -1 ja -2. Sairaalaan saapumisesta tilanteeseen, jossa kohdunsuu oli täysin auki, sisätutkimusten määrä oli keskimäärin ensisynnyttäjillä viisi ja uudelleensynnyttäjillä neljä. (Zhang ym. 2010, 1283.)

Kohdunsuun avautuminen neljästä senttimetrinä viiteen senttimetriin saattaa vaatia yli kuusi tuntia, kun taas kohdunsuun avautuminen viidestä senttimetrinä kuuteen senttimetriin saattaa vaatia yli kolme tuntia. Ensisynnyttäjien ja uudelleensynnyttäjien synnytykset vaikuttaisivat etenevän samantapaisesti ennen kohdunsuun avautumista kuuteen senttimetriin. Tutkimuksessa havaittiin, että aktiivinen avautumisvaihe saavutettiin P2+-ryhmässä aiemmin kuin P1-ryhmässä. Uudelleensynnyttäjillä synnytyksen eteneminen vaikutti kiihtyvän kohdunsuun auetta kuuteen senttimetriin. Ensisynnyttäjillä ei havaittu

tarkkaa pistettä, jonka jälkeen synnytyksen eteneminen olisi kiihtynyt. Ennen kuin kohdunsuu on avautunut kuuteen senttimetriin, synnytyksen kulku saattaa siis olla normaali, vaikka kohdunsuulla ei tapahtuisi huomattavaa edistystä neljän tunnin aikana. (Zhang ym. 2010, 1283-1284.) Zhangin, Troendlen ja Yanceyn (2002, 824-828) aiemmin tekemässä tutkimuksessa havaittiin olevan normaalia, että merkittävää edistystä ensisynnyttäjien kohdunsuulla ei tapahtunut kahden tunnin aikana, jos kohdunsuu ei ollut vielä avautunut seitsemään senttimetriin.

Synnytyksen aktiivinen avautumisvaihe alkaa usein vasta, kun kohdunsuu on kuusi senttimetriä auki. Tämä eroaa valloillaan olevasta ajatuksesta, jonka mukaan synnytys on aktiivisessa vaiheessa kohdunsuun ollessa neljä senttimetriä auki. Niin kauan, kun synnytyksen kesto on normaalin vaihtelun rajoissa ja sikiön sekä synnyttäjän vointi on hyvä, tulisi synnyttäjän saada jatkaa synnytysprosessia. (Zhang ym. 2010, 1284.) Zhangin ym. (2010, 1284) tutkimustulosten perusteella suositellaan, että synnytyksen aktiivisen avautumisvaiheen saavuttamisen rajana toimisi kohdunsuun avautuminen kuuteen senttimetriin sen sijaan, että aktiivisen avautumisvaiheen ajateltaisiin alkavan jo kohdunsuun ollessa neljä senttimetriä auki. (Zhang ym. 2010, 1284.) Käynnistetyissä synnytyksissä latenssivaiheen kesto on yleensä pidempi ja aktiivinen avautumisvaihe alkaa kohdunsuun ollessa kuusi senttimetriä (Leminen, Rahkonen & Hurskainen 2016, 586).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

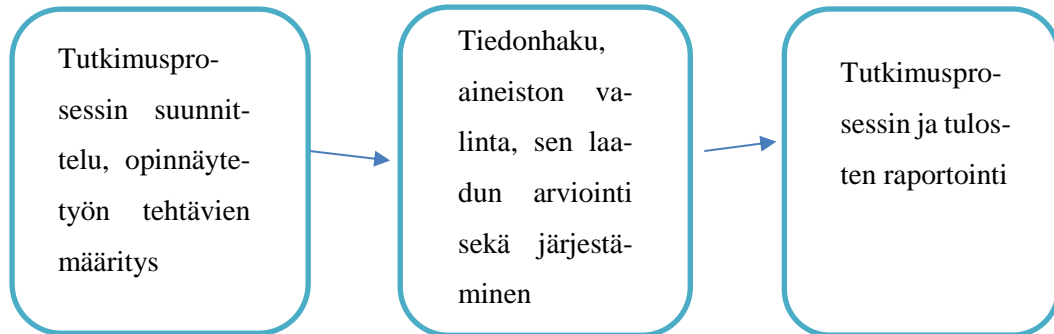
4.1 Aineiston haku ja valinta

Tämä opinnäytetyö tehtiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia soveltaen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toisen asteen tutkimus, jossa tutkitaan jo aiemmin tutkittua tietoa (Johansson 2007, 4). Se täyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerit ja on yksi luotettavimmista menetelmistä tieteellisen tiedon tuottamiseksi (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmä yhdistää ja syntetisoi eri lähteistä peräisin olevan tutkitun tiedon (Hannula & Kaunonen 2006, 22; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44; Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 24). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tehdä luotettavia yleistyksiä tutkittavasta aiheesta, sillä menetelmä syventyy laajasti tutkimuskysymyksiä käsittelevään tutkittuun tietoon (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Kirjallisuuskatsauksena se eroaa muista kirjallisuuskatsauksista sen tarkkaan määritellyn tarkoituksen ja rajauksen suhteen (Johansson 2007, 4).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku ja tiedon käsittely etenee tietyn kaavan mukaan, ja katsauksen jokainen vaihe on tarkkaan määritelty ja kirjattu virheiden minimoimiseksi. (Johansson 2007, 4-5.) Systemaattisuudella viitataan ennalta määritetyn suunnitelman mukaiseen toimintaan (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Systemaattisuus mahdollistaa tutkimuksen toistettavuuden, mikä lisää tutkimuksen tieteellistä arvoa (Hannula & Kaunonen 2006, 22; Johansson 2007, 4-5). Aineistojen tulee olla tieteellisesti korkealaatuisia ja sisältöjen käsitellä opinnäytetyön tehtäviä. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan tarkastella sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia aineistoja. (Johansson 2007, 4-5.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen teossa sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia siten, että tiedonhaku eteni pääpiirteittäin metodin mukaan, mutta työskentely oli joustavaa, ja käytössä olevat resurssit sekä opinnäytetyön luonne huomioitiin. Työskentelyssä edettiin vaihe kerrallaan suunnittelusta raportointiin. Jokainen vaihe rakentui järjestelmällisesti edellisen vaiheen pohjalta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan suurpiirteisesti jaotella kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa suun-

niteltiin koko tutkimusprosessi ja määriteltiin opinnäytetyön tehtävät. Seuraavassa vaiheessa tehtiin systemaattinen tiedonhaku valittuun tietokantaan, valittiin tutkimuksen aineisto, arvioitiin sen laatua sekä järjestettiin valitut tutkimukset ja artikkelit. Viimeisessä vaiheessa raportoitiin koko prosessi ja tulokset.



KUVIO 2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessin eteneminen.

Ensimmäisenä suunnitteluvaiheessa päätettiin, millaista tietoa tutkimuksen avulla halutaan saada. Kun lähtökohdat selvisivät, hahmoteltiin tutkimussuunnitelma. Tässä vaiheessa selvitettiin, millaisia tutkimuksia valitusta aiheesta aiemmin on tehty ja suunniteltiin tutkimuksen kulku. Opinnäytetyön tehtävät muodostuivat aiemman tiedon ja tutkimusintressien pohjalta, ja ne määrittivät katsauksen tavoitteet.

Opinnäytetyön tehtävien muodostamisen jälkeen valittiin hakutermit ja tietokanta, johon haku kohdistettiin. Aineiston valintaa varten asetettiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kriteerien merkitys korostuu tutkimuksen systemaattisuudessa. Mikäli kriteerit ovat epätarkkoja, tutkimuksen systemaattisuus ei ole taattu (Johansson 2007, 6). Sisäänotto- ja poissulkukriteerien toimivuutta testattiin muutamalla tutkimuksella ennen varsinaista tutkimusaineiston valintaa.

Tutkimussuunnitelman teon jälkeen siirryttiin aineiston hakuun ja analysointiin. Testihaku tehtiin useampaan tietokantaan, mutta hakutulosten samankaltaisuuden vuoksi päätettiin valitsemaan CINAHL Complete –tietokanta. Hakufraasi muodostettiin yhdessä Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston informaatioteknikon kanssa. Hakufraasiksi muodostui ”(labor stage, first) AND ((latent phase)OR(early labor)OR(management of labor)OR(early labour)OR(management of labour)OR(birth center)OR(birth centre))”. Haku tuotti 93 tulosta, joista otsikon, tiivistelmän tai koko tekstin perusteella valittiin

pienempi otos. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit täytettyään lopulliseksi aineistoksi muodostuivat viisitoista tutkimusta ja kuusi asiantuntija-artikkelia. Tutkimukset ja asiantuntija-artikkelit ovat esitelty opinnäytetyön liitteissä 1 ja 2.

Sisäänottokriteerit:

- Tieteellinen tutkimus tai asiantuntija-artikkeli
- Julkaistu vuonna 2005-2015
- Käsittelee opinnäytetyön tehtäviä
- Julkaistu suomeksi, englanniksi tai ruotsiksi
- Saatavilla joko Tampereen ammattikorkeakoulun tai Tampereen yliopiston kirjastosta tai tilattavissa veloitusetta

Poissulkukriteerit:

- Ennen vuotta 2005 julkaistu aineisto
- Ei vastaa opinnäytetyön tehtäviä
- Julkaisukieli muu kuin suomi, englanti tai ruotsi

4.2 Aineiston järjestäminen

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Vaiheet ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Sisällönanalyysin perusta on tulkinnassa ja päättelyssä. (Kylmä ym. 2008, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109, 112.) Opinnäytetyön aineiston järjestämisessä ei aineistoa ole kuitenkaan analysoitu, vaan se on järjestetty aineistolähtöistä sisällönanalyysiä mukailleen.

Järjestäminen aloitetaan erittelemällä aineistosta tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstin osia eli merkitysyksiköitä. Tällöin tutkimukselle epäolennainen tieto karsitaan pois, jolloin jäljelle jää vain opinnäytetyötehtävän kannalta merkittävä osa. Tätä aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaihetta kutsutaan pelkistämiseksi. (Kylmä ym. 2008, 25; Eskola 2010, 193). Käytännössä pelkistäminen voi tapahtua esimerkiksi siten, että aineistosta poimitaan erilliselle paperille ne kohdat, joissa tutkittavaa aihetta käsitellään (Eskola & Suoranta 2005, 19, 186-187; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109, 112).

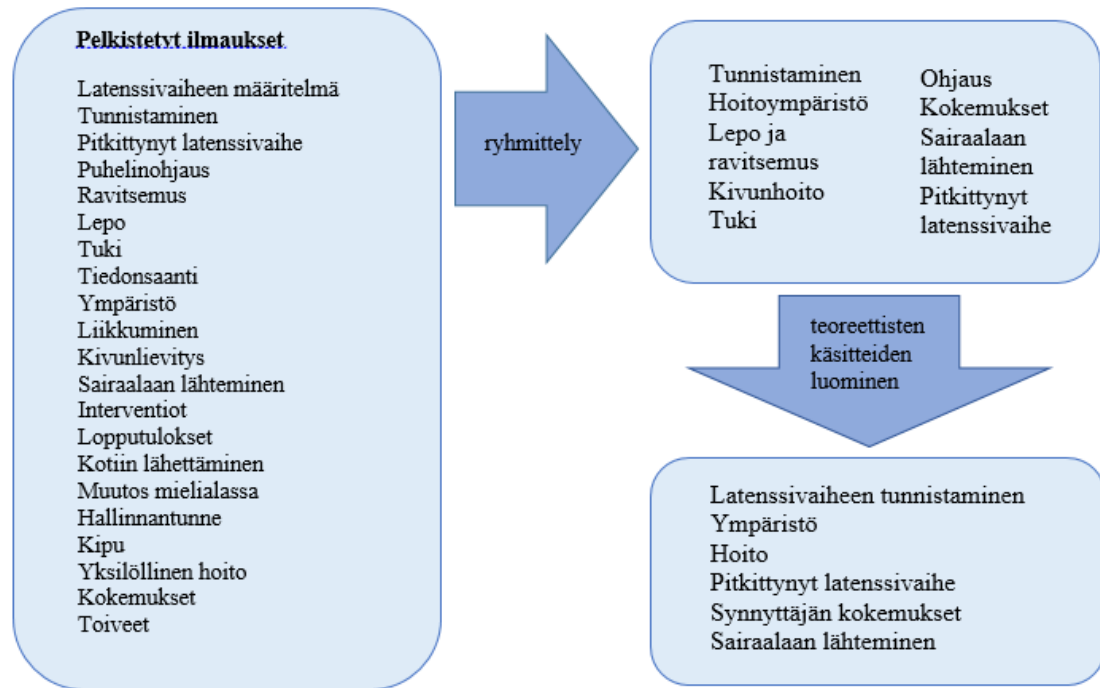
Opinnäytetyöhön valittua aineistoa alettiin järjestämään lukemalla valitut tutkimus- ja asiantuntija-artikkelit ja alleviivaamalla opinnäytetyön tehtäviä käsittelevät kohdat. Kaikki pienetkin opinnäytetyön tehtäviä käsittelevät tekstiosuudet huomioitiin. Analyysin alkuvaiheessa tutkijan ei vielä pidä abstrahoida aineistoa, vaan säilyttää mahdollisimman hyvin alkuperäisaineiston sisältö pelkistäessään ilmauksia. (Kylmä ym. 2008, 25.) Alleviivatut kohdat kuvattiin pelkistetyin ilmauksin esimerkiksi ”puhelinohjaus”, ”sairaalaan lähteminen”, ”kivunlievitys”, ”hallinnantunne” ja ”interventiot”, jolloin tutkimuksen perusrakenne alkoi hahmottua. Tällöin selkiytyi, mitä annettavaa valitulla aineistolla on, ja aineiston työstäminen helpottui.

Aineiston ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmauksista etsitään sekä yhtäläisyyksiä että eroavaisuuksia. Näiden pohjalta pyritään luomaan isompia kategorioita, joihin pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään esimerkiksi tarkasteltavan ilmiön ominaisuuden perusteella. (Kylmä ym. 2008, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111.) Ryhmittelyä ohjaa lisäksi tutkijan oma tulkinta ja vaiheeseen liittyy jo abstrahointia (Kylmä ym. 2008, 25). Kategoriat nimetään niiden sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Ryhmittelyn tuloksena muodostuu hahmotelma tutkimuksen perusrakenteesta, sekä suuntaa antavat vastaukset opinnäytetyön tehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysiprosessin viimeisessä vaiheessa, abstrahoinnissa, erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka pohjalta muodostetaan teoreettiset käsitteet. Tässä käsitteellistämisen vaiheessa aineistosta poimituista ilmauksista rakentuu pelkistettyjä kokonaisuuksia. Abstrahointia jatketaan niin kauan, kunnes pelkistäminen ei ole enää mahdollista. Käsitteellistämisen aineiston sisältö siis jaetaan laajojen yläkäsitteiden alle ja lopputuloksena on alkuperäisaineistoa kuvaavat teemat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-113.)

Opinnäytetyön aineiston ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaukset järjestettiin siten, että niistä muodostui laajemmat kategoriat ”tunnistaminen”, ”hoitoympäristö”, ”lepo ja ravitsemus”, ”kivunhoito”, ”tuki”, ”ohjaus”, ”kokemukset”, ”sairaalaan lähteminen” ja ”pitkittynyt latenssivaihe”. Kaikki alleviivauksien merkityistä kohdista muodostuneet pelkistetyt ilmaukset sopivat johonkin kategoriaan, jotka yhdessä toimivat opinnäytetyön tutkimustulosten ensimmäisenä rakenteena. Kun opinnäytetyön rakenne oli hahmottunut pelkistettyjen ilmausten avulla, aloitettiin abstrahointi. Pelkistettyjä ilmauksia yhdistettiin

isompien otsikoiden alle kuten ”hoito”. Otsikoista pyrittiin tekemään selkeitä kokonaisuuksia ja sellaisia, että kaikki pelkistetyt ilmaukset kuuluivat selkeästi yhden otsikon alle. Otsikot muodostivat opinnäytetyön lopullisen rakenteen.



KUVIO 3. Opinnäytetyön aineiston järjestäminen

Eskolan ja Suorannan (2005, 186) mukaan aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tärkeää etsiä alkuperäisistä olettamuksista poikkeavia ja niitä kyseenalaistavia aineistoja. Tällöin tutkittavasta ilmiöstä voi löytää uusia näkökulmia, eikä tutkija vain todenna jo aiemmin epäilemiään asioita. Pyrkimyksenä on saada eri aineistot keskustelemaan keskenään ja muodostaa yhtenäinen kokonaisuus. (Eskola 2010, 182, 185.) Opinnäytetyön aineistoa järjestettäessä kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että samaa aihetta käsittelevät tekstiosuudet saatiin keskustelemaan keskenään sijoittamalla ne loogisesti peräkkäin.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Latenssvaiheen tunnistaminen

Latenssvaiheen tunnistaminen on yksi vaikeimmista kättilön tehtävistä synnytyksessä (Baxter 2007, 766). Kättilöiden määritelmät latenssvaiheesta ovat laajemmat kuin kirjojen määritelmät. Synnytyksen käynnistyminen tunnistetaan muutoksena mielialassa, ilmapiirissä, ruokahalussa sekä unirytmissä. Muutokset näissä asioissa ennakoivat sitä, että jotain on tapahtumassa. Eräiden tutkijoiden mielestä kättilön tulisi kysyä synnyttäjää vastaanottaessaan, mistä synnyttäjä tunnisti synnytyksen käynnistyneen, sen sijaan, että huomio kiinnitettäisiin supistuksiin liittyviin yksityiskohtiin. (Walsh 2009, 74.)

5.2 Ympäristö

Kotiympäristö koetaan turvallisena ja vapaana alueena. Eräässä tutkimuksessa sairaalasta puhuttaessa synnyttäjät kuvailivat ympäristöä tylsänä ja sairauskeskeisenä paikkana, jossa täytyi pyytää lupa tekemisiinsä. Pian synnytyksen käynnistymisen jälkeen ympäristö voi toimia hyvänä harhautuksena. Ajatusten kohdistuessa synnytyksen sijaan muihin asioihin ei kipu ja mahdollinen ahdistus näyttele niin merkittävää roolia. Esimerkiksi vierailu ystävän luona auttaa kohdistamaan ajatukset pois synnytyksestä ja siitä mitä on tulossa. (Carlsson, Ziegert, Sahlberg-Blom & Nissen 2012, 88-89.)

Kun synnytys edistyy, suurin osa naisista haluaa olla kotonaan. Tällöin tuttu ympäristö edistää parhaiten huomion kiinnittämistä toisaalle. (Carlsson ym. 2012, 88-89.) Latenssvaiheessa synnyttäjä tarvitsee paikan, ”pyhäkkönsä”, jossa levätä ja odottaa synnytyksen aktiivisen vaiheen alkamista (Baxter 2007, 766). Mukava ilmapiiri, sohvilla kumppanin kanssa makoilu sekä esimerkiksi elokuvien katsominen ja ristisanatehtävien teko toimivat hyvin latenssvaiheessa. (Carlsson ym. 2012, 88-89.)

Carlsson ym. (2012, 89-90) haastattelivat synnyttäneitä naisia tarkoituksenaan selvittää, mitä he kaipasivat latenssvaiheessa. Naiset kertoivat latenssvaiheessa hakeutuneensa muiden keskuuteen, jotta saisivat huomionsa kiinnitettyä pois synnytyksestä. Kiinnittämällä huomion muihin asioihin synnyttäjät kokivat säilyttävänsä hallinnan tunteensa ja

sietivät paremmin meneillään olevaa tilannetta. He kokivat kuitenkin tärkeänä sen, että pystyivät muiden seurassa sulkeutumaan kuoreensa. Naiset kuvasivat tehneensä matkan sisäiseen hallinnan tunteeseensa. Synnyttäjät vetäytyivät tietoisesti erilleen muista, ikään kuin läpäisevään kuoreen, joka suojasi heitä, mutta ei eristänyt heitä ympäristöstä. He tiesivät mitä ympärillä tapahtuu, mutta halusivat keskittyä esimerkiksi kehon rytmiin ja hengityskuvioon, mikä voimisti heidän hallinnan tunnettaan. Keskittymällä ainoastaan sen hetkiseen supistukseen ja siitä selviytymiseen, naiset kokivat olevansa lähempänä lapsen syntymää. Ulkomaailmalta sulkeutumista on kuvattu tärkeänä vaiheena synnytysprosessin alussa. (Carlsson ym. 2012, 89-90.)

Ulkomaailmalta sulkeutuessaankin naiset kokivat tärkeäksi kumppanin läsnäolon, vaikka tunteet kumppania kohtaan olivat ristiriitaisia. Naiset kertoivat halunneensa olla samassa huoneessa kumppanin kanssa, mutta eivät halunneet kumppanin ottavan fyysistä kontaktia. Mikäli fyysistä kontaktia oli, se oli hyvin vähäistä kuten kädestä pitämistä. Naiset tiedostivat kumppanin ulkopuolisuuden tilanteessa, mutta kokivat, etteivät kyseisellä hetkellä voineet tehdä asian korjaamiseksi mitään. (Carlsson ym. 2012, 89-90.)

Latenssivaiheessa sairaalaan jääneisiin synnyttäjiin kohdistuu enemmän interventioita (Bailit, Dierker, Blanchard & Mercer 2005, 78; Baxter 2007, 766; Lundgren, André, Nissen & Berg 2013, 143). Näitä interventioita ovat esimerkiksi kalvojen puhkaisu, oksitosiinin käyttö ja epiduraalipuudutus (Lundgren ym. 2013, 143). Bailitin ym. (2005, 78) tutkimuksessa edellä mainittujen interventioiden lisäksi latenssivaiheessa sairaalaan jääneiden synnytyskokemus sisälsi myös enemmän mikroverinäytteitä, kohdunsisäistä paineenseurantaa, sisäistä sikiön sydänääniseurantaa sekä amnioniittejä. Tansaniassa saadut tutkimustulokset vahvistavat edellä mainittuja tutkimustuloksia. (Chuma, Kihunrwa, Matovelo & Mahendeka 2014, 3). Latenssivaiheen kotona viettäneillä on vähäisempien puutumisten lisäksi huomattu olevan myös lyhemmät sairaalassaoloajat (Baxter 2007, 766).

Synnyttäjä saattaa kokea olonsa kuitenkin turvattomaksi kotona ja hakeutuu sen vuoksi sairaalaan. Synnyttäjälle turvaa luo tieto siitä, että ammattihenkilö on lähellä. Tämän mukainen konsepti, jossa pariskunnat saavat olla omassa rauhassaan ammattiavun äärellä, on havaittu toimivaksi. Nepalissa on tällä periaatteella toimiva keskus, johon viimeisillään raskaana olevat naiset hakeutuvat hoidettavaksi. He haluavat avun olevan lähellä ja kaipaavat empaattista hoitoa, tukea, tilanteen arviointia sekä rentoa ympäristöä. Synnytksen käynnistyttyä ammattilainen varmistaa, että synnytys etenee normaalisti ja kertoo

pariskunnalle, milloin synnytys on aktiivisessa vaiheessa. Länsimainen lähestymistapa latenssvaiheen hoitoon ja hoitopaikkaan sairaalaympäristössä on ollut käytössä Kanadassa, missä synnytysosastosta erillinen yksikkö hoitaa synnytyksen alkuvaiheessa olevat potilaat. Yksikön potilailla on havaittu olevan vähemmän oksitosiinin käyttöä sekä lääkkeellistä kivunlievitystä synnytyksessä kuin niillä, jotka menevät suoraan synnytysosastolle. (Baxter 2007, 766.)

Latenssvaiheessa sairaalaan tulleista naisista yli puolet ovat ensisynnyttäjiä (Bailit ym. 2005, 78). Synnyttäneisyys vaikuttaa synnytyksen lopputulokseen saavuttaessa latenssvaiheessa sairaalaan (Tilden, Lee, Allen, Griffin & Caughey 2015, 222). Uudelleensynnyttäjän on pitkittyneessä latenssvaiheessa synnytyksen lopputuloksen kannalta suotuisinta palata vielä kotiin. Jos uudelleensynnyttäjän latenssvaiheen kesto on normaali, ei synnytyksen lopputuloksissa ole kuitenkaan huomattu eroa, oli synnyttäjä sitten ollut latenssvaiheen kotona tai sairaalassa. Interventioita kohdistuu myös uudelleensynnyttäjiin enemmän heidän saapuessa latenssvaiheessa sairaalaan. Uudelleensynnyttäjien synnytystä vauhditetaan herkemmin oksitosiini-infuusiolla, ja he myös saavat useammin epiduraalipuudutuksen kuin ne uudelleensynnyttäjät, jotka saapuvat sairaalaan synnytyksen aktiivisessa vaiheessa. (Lundgren ym. 2013, 143.)

Tildenin ym. (2015, 222) tutkimuksessa latenssvaiheessa sairaalaan tulleiden sektioprosentti oli 12,9, kun taas aktiivisessa vaiheessa sairaalaan tulleiden 10,8. Myös yhdysvaltalaisen tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että sektioiden osuus latenssvaiheessa sairaalaan saapuneilla on suurempi synnyttäneisyydestä huolimatta. Ensisynnyttäjien sektioprosentti latenssvaiheen ryhmässä oli 14,2 prosenttia, kun taas aktiivisen vaiheen ryhmässä sektioprosentti oli 6,7. Uudelleensynnyttäjillä vastaavat lukemat olivat 3,1 ja 1,4 prosenttia. (Bailit ym. 2005, 78.) Ruotsalaistutkimuksessa (n=1023) latenssvaiheessa vielä kotiutuneiden ensisynnyttäjien hätäsektioprosentti oli 5,5 ja sairaalaan jääneiden 15,8 prosenttia. Spontaani alatiesynnytys tapahtui harvemmin silloin, kun ensisynnyttäjä jäi latenssvaiheessa sairaalaan. (Lundgren ym. 2013, 143.) Yhteyttä sairaalaan saapumisen ajankohdan ja sektioiden prosenttiosuuden välillä havainnollistetaan alla (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Sairaalaan saapumisen ajankohta ja sektioiden osuus (Bailit ym. 2005, 78; Lundgren ym. 2013, 143; Tilden ym. 2015, 222)

Tutkijat, vuosi, toimenpide	Latenssivaiheessa saapuneet (%)	Aktiivisessa vaiheessa saapuneet (%)
Tilden ym. 2015, kaikki sektiot	Kaikki 12,9	Kaikki 10,8
Lundgren ym. 2013, hätäsektio	Ensisynnyttäjät 15,8	Ensisynnyttäjät 5,5
Bailit ym. 2005, kaikki sektiot	Ensisynnyttäjät 14,2	Ensisynnyttäjät 6,7
	Uudelleensynnyttäjät 3,1	Uudelleensynnyttäjät 1,4

Lundgren ym. (2013, 143) toteavat latenssivaiheessa sairaalaan jääneillä olevan todennäköisemmin sekä emättimen että välilihan repeämiä, mutta Chuma ym. (2014, 3) taas havaitsivat tutkimustulostensa perusteella synnytyskanavan vaurioita tulevan todennäköisemmin aktiivisessa vaiheessa sairaalaan saapuville. He myös huomasivat, että latenssivaiheessa saapuneiden ryhmässä esiintyi melkein kolme kertaa vähemmän synnytyksen jälkeistä verenvuotoa kuin aktiivisessa vaiheessa saapuneiden ryhmässä (Chuma ym. 2014, 3). Bailit ym. (2005, 78) eivät havainneet eroa synnytyksen jälkeisessä verenvuodossa eri ryhmien välillä.

Latenssivaiheessa sairaalaan jääneiden synnyttäjien vastasyntyneillä havaittiin viiden minuutin iässä yli kolme kertaa useammin alle seitsemän Apgar-pistettä kuin latenssivaiheessa kotiin palanneiden vastasyntyneillä. (Lundgren ym. 2013, 143.) Näitä eroja Apgar-pisteissä ei havaittu Chuman ym. (2014, 3) tutkimuksessa. Latenssivaiheessa tai aktiivisessa vaiheessa sairaalaan saapuneiden synnyttäjien vastasyntyneiden tehostetun hoidon tarpeessa ei esiintynyt eroja (Chuma ym. 2014, 3; Parsons ym. 2007, 135).

Vuonna 2015 julkaistiin yhdysvaltalainen tutkimus, jossa tarkasteltiin 3,2 miljoonaa matlan riskin synnyttäjää. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida latenssivaiheessa ja aktiivisessa vaiheessa sairaalan tulleiden synnyttäjien synnytysten lopputuloksia sekä hoidosta koituneita kustannuksia. Tutkimuksen mukaan epiduraalipuudutusten määrä vähenisi vuodessa 672 000 puudutuksella, sektioiden määrä 67 232 sektioilla ja äitikuolleisuus 9,6:lla synnyttäjän kuolemalla, mikäli synnyttäjät saapuisivat sairaalaan vasta synnytyksen aktiivisessa vaiheessa. Tutkimuksessa mukana olleiden synnyttäjien saapuminen sairaalaan aktiivisessa vaiheessa olisi säästänyt vuodessa 694 miljoonaa USA:n dollaria. (Tilden ym. 2015, 222.)

5.3 Hoito

Latenssvaiheen hoito voi olla kättilölle haastavaa. Mikäli synnytys ei ole käynnissä, joutuu kättilö usein kohtaamaan synnyttäjän negatiiviset tunteet, ja myös kättilö voi kokea latenssvaiheen hoidossa turhautuneisuutta. Synnyttäjät toivovat usein jotain tehtävän, mutta kättilö ei aina kykene vastaamaan latenssvaiheen synnyttäjän odotuksiin. Latenssvaiheen etenemiseen puuttuminen sikiökalvojen puhkaisulla tai oksitosiini-infuusiolla ei erään tutkijan mukaan ole suotavaa. Toisaalta on esitetty näkemyksiä siitä, että latenssvaiheen pitkittyessä, saattaa synnytys komplisoitua. (Baxter 2007, 766.)

5.3.1 Lepo ja ravitsemus

Latenssvaiheessa tunteet vaihtelevat voimakkuudesta voimattomuuteen. Huolta synnyttäjälle aiheuttaa ajatus siitä, kuinka hän jaksaa synnytyksen aktiivisessa vaiheessa. Latenssvaiheen synnyttäjät kaipaavat kättilöltä käytännön neuvoja jaksamiseen, sillä he ovat saattaneet olla useamman vuorokauden ilman kunnollista lepoa ja ravintoa. (Ängeby, Wilde-Larsson, Hildingsson & Sanding-Bojö 2015, 147-148.) Barnettin, Hundleyn, Cheyenen ja Kanen (2008, 148) tutkimukseen osallistuneet raportoivat unenpuutteen olleen latenssvaiheessa suurin selviytymistä vaikeuttava tekijä. He kertoivat, että olisivat pärjänneet vielä kotona, jos eivät olisi olleet niin uupuneita. Sairaalaympäristö ei kuitenkaan ollut paras paikka lepoon, sillä se saatetaan kokea niin rauhattomana, ettei lepo lääkittynäkään onnistu. (Barnett ym. 2008, 148; 150-151.)

Carlssonin, Hallbergin ja Odberg Petterssonin (2007, 177-179) tutkimukseen osallistujat kertoivat levon olleen tärkeää synnytyksen alkuvaiheessa, ja lääketieteelliset keinot uusien voimien keräämiseen nähtiin hyvin positiivisena. Kipeänä ja pahoinvoivana oleminen aiheutti voimattomuuden tunnetta, ja esimerkiksi glukoosi-infuusio oli hyvä apu voimien keräämisessä. Nukkumaan rauhoittava lääkitys koettiin positiivisena, jotta naisen voimavarat olisivat mahdollisimman hyvät synnytyksen edistyessä. Synnytyksen käynnistymistä edeltävien kahden vuorokauden aikaisen levon on ajateltu olevan merkittävässä asemassa synnytyksen kannalta. Uskotaan, että tuona aikana saatu riittävä lepo lyhentää merkittävästi synnytyksen pituutta ja parantaa lopputulosta. (Carlsson ym. 2007, 177-179.)

Ammattilaisen on tärkeä kannustaa synnyttäjää lepäämään (McNiven, Williams, Hodnett, Kaufman & Hannah 2007, 319). Synnytyksen edistymistä ja vaiheita paljon tutkinut Emanuel Friedman suositteli aikanaan latenssivaiheen hoidoksi joko lääkkein aikaansaattua laadukasta lepoa tai vaihtoehtoisesti synnytyksen edistämistä lääketieteellisin keinoin. (Baxter 2007, 766-767).

Parsons, Bidewell ja Griffiths (2007, 134) tutkivat 217 naisen synnytyksen aikaisen ruokailun vaikutusta lopputulokseen. Synnyttäjistä 123 söi synnytyksen aikana, ja 94 nautti ainoastaan kirkkaita nesteitä. Kaikista synnytyksen aikana ruokailleista naisista 17 prosenttia söi kokonaisia aterioita vielä latenssivaiheessa. Kun synnytys eteni, nautitun ruuan määrä väheni. Synnyttäjien huomattiin syövän ainoastaan pieniä määriä synnytyksen aktiivisessa vaiheessa. Myös vuorokauden aika vaikutti nautitun ruuan määrään. Jos synnytys käynnistyi päivällä, oli todennäköisempää, että synnyttäjä söi synnytyksensä aikana. Sairaalan ohjeistus vaikutti syömiseen tai syömättä jättämiseen. (Parsons ym. 2007, 134-136.)

Synnyttäjä, joka söi synnytyksensä aikana, vietti latenssivaiheessa pidemmän ajan kotonaan, mutta ravinnotta olleiden synnyttäjien kohdunsuun tilanne oli keskimäärin edistyneempi heidän saapuessaan sairaalaan. Syöminen ainoastaan latenssivaiheessa yhdistettiin noin kaksi tuntia pidempään synnytyksen keston. Syöminen sekä latenssivaiheessa että aktiivisessa vaiheessa pidentää synnytyksen kestoja keskimäärin kolme ja puoli tuntia. Sikiön tarjonnan ollessa avonainen, ja synnyttäjän nauttiessa ruokaa synnytyksen aikana, pitenee synnytyksen kesto lähes neljä tuntia. Synnytykset syöneiden ja syömättä jättäneiden välillä eivät eronneet merkittävästi toisistaan muuta kuin kestoiltaan. Pahoinvointia esiintyi yhtä paljon sekä syöneiden että syömättä jättäneiden ryhmässä. (Parsons ym. 2007, 134-136.)

5.3.2 Kivunhoito

Epiduraalipuudutuksen antoajankohdan vaikutusta synnytyksen kulkuun ja lopputulokseen on selvitetty Kiinassa. Tutkimuksessa perehdyttiin 12 793 ensisynnyttäjän synnytystietoihin, ja pyrittiin saamaan selkoa siitä, vaikuttaako epiduraalipuudutuksen ajankohta synnytyksen keston tai sektioiden määrään. Tutkimuksessa aikaisen epiduraalipuudutuksen ajankohta tarkoitti kohdunsuun ollessa auki 1-4 senttimetriä ja myöhäinen

puudutuksen ajankohta kohdunsuun ollessa auki neljä senttimetriä tai enemmän. Ensisynnyttäjän epiduraalipuudutus aikaisessa vaiheessa ei kyseisen tutkimuksen mukaan pitkitä synnytystä tai lisää sektoriskiä verrattuna tilanteeseen, jossa ensisynnyttäjä saa epiduraalipuudutuksen myöhäisessä vaiheessa. Synnytyksen aikaista pahoinvointia ja oksentamista oli merkittävästi vähemmän synnyttäjillä, jotka saivat epiduraalipuudutuksen latenssvaiheessa. Imetyksen onnistuminen kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen oli vähäisempää synnyttäjillä, jotka saivat latenssvaiheessa puudutuksen, verrattuna niihin, jotka saivat puudutuksen vasta myöhäisessä vaiheessa. (Wang, Shen, Guo, Peng & Gu 2009, 875-877.)

Samankaltaisessa israelilaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin 449 ensisynnyttäjää. Tutkimuksessa havaittiin, että synnytyksen kesto oli keskimäärin 0,7 tuntia lyhempi ryhmässä, jossa synnyttäjät saivat epiduraalipuudutuksen aikaisessa vaiheessa eli kohdunsuun ollessa auki alle kolme senttimetriä. Synnyttäjien kokemukset latenssvaiheen epiduraalipuudutuksesta olivat hyviä, ja suurin osa heistä toivoi saavansa seuraavassa synnytyksessään epiduraalipuudutuksen synnytyksen aikaisessa vaiheessa. (Ohel, Gonen, Vaida, Barak & Gaitini 2005, 602-603.)

Floris ja Irion (2015, 450) tutkivat latenssvaiheen ahdistuksen ja kivun keskinäistä yhteyttä tarkastelemalla 97 ensisynnyttäjää, joiden raskauden kesto sairaalaan saapuessa oli 37-42 viikkoa. Latenssvaiheen synnyttäjät kokivat vähemmän ahdistusta kuin aktiivisen avautumisvaiheen synnyttäjät. Eniten ahdistuneisuutta latenssvaiheessa osoittivat 25-35-vuotiaat. Ahdistuksen määrän huomattiin kasvavan synnytyksen edetessä, mutta kasvava ahdistus ei tutkimuksen mukaan lisännyt synnyttäjän toiveita kivunlievityksen suhteen. Epiduraalipuudutuksen saaneet synnyttäjät kokivat huomattavasti muita vähemmän ahdistusta. (Floris & Irion 2015, 448-452.)

Vuoden 2009 Cochrane-katsauksesta selviää, että synnytyksen ensimmäinen vaihe on huomattavasti lyhempi synnyttäjillä, jotka ovat polvillaan, seisovat, kävelevät edestakaisin tai istuvat pystyasennossa avautumisvaiheen aikana. Synnytyksen avautumisvaihe on noin yhden tunnin pidempi niillä, jotka viettävät avautumisvaiheen pääosin makuuasennossa. Useimmissa kehitysmaissa naiset seisovat ja kävelevät synnytyksen käynnistyttyä normaaliin tapaan, eivätkä he koe olevansa potilaan asemassa supistuskivuista huolimatta. Cochrane-katsaus osoittaa, että pystyasento ja liikkuminen synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa edistävät jonkin verran synnytystä, eikä haittoja ole havaittu. Saatujen

tulosten perusteella olisi suotavaa rohkaista synnyttäjää valitsemaan hänelle parhaat asennot, mutta etenkin välttämään makuuasentoa. (Giving birth: upright positions... 2009, 233.) Greulichin (2007, 192) mukaan kävelyn ei ole todistettu edistävän synnytystä, mutta liikkuminen voi auttaa sietämään synnytyskipua.

Lämpimässä suihkussa oleminen stimuloi supistuksia. Tämä perustuu seisoma-asennon vaikutukseen sekä jonkinasteiseen nännistimulaatioon. Kylpyamme voi tarjota helpotusta supistuskipuun, mutta kylvyssä olo saattaa hidastaa synnytyksen edistymistä. Jos synnyttäjä menee kylpyyn ennen aktiivista avautumisvaihetta, tai jos hän on kylvyssä pidempään kuin yhden tai kaksi tuntia kerrallaan, on synnytyksen etenemisen todettu hidastuvan. (Greulich 2007, 192.) Hyviä kivunlievityskeinoja ovat myös TENS-laite sekä asennot, joissa nainen viihtyy parhaiten (McNiven 2007, 319). Latenssivaiheen supistuskipuja voi työstää esimerkiksi keinutteleamalla kehoa ja tärisyttämällä jalkoja (Carlsson ym. 2012, 89). Aktiviteetit, jotka rentouttavat, voivat auttaa sietämään kipua paremmin (Greulich 2007, 192), ja apuna rentoutumisessa voi käyttää esimerkiksi musiikin kuuntelua ja hierontaa (McNiven ym. 2007, 319). Usein sairaalan henkilökunta ohjeistaa naisia pysymään niin kauan kotona, kun he kokevat pärjäävänsä ilman sairaalan tarjoamia kivunlievitysmenetelmiä. Ammattihenkilöt ohjeistavat hyödyntämään kotona suihkua ja parasetamolia kivunlievityksenä. (Cheyne ym. 2007, 604.)

5.3.3 Ohjaus

Puhelinneuvontaa tulee olla saatavilla, jotta synnyttäjä voi ilmaista huolensa ja ahdistuksensa ammattihenkilölle (McNiven ym. 2007, 319). Kun synnytyksen ensimmäiset merkit näyttäytyivät, ottivat Carlssonin ym. (2012, 89) tutkimukseen osallistuneet synnyttäjät melko pian yhteyttä ammattihenkilöön. He halusivat varmistusta sille, että heidän kehonsa antamat merkit olivat normaaleja, ja he halusivat jakaa kokemuksensa jonkun kanssa. Kun he saivat varmistusta tilanteen normaaliudesta, he tunsivat voimistuvansa ja pystyvänsä antamaan luonnollisen prosessin edetä omaa vauhtiaan. Kuitenkaan ei ollut epätavallista, että he soittivat useamman kerran kättilölle. (Carlsson ym. 2012, 89.) Synnyttäjän luottamusta omaan kehoonsa voitaisiin tukea kertomalla latenssivaiheeseen kuuluvista tapahtumista ja tuntemuksista jo raskausaikana. Synnytysvalmennus toimisi luontevana ajankohtana latenssivaiheesta kertomiseen, jolloin myös kumppani tulisi tie-

toiseksi kyseisestä synnytyksen vaiheesta. Tällöin kumppani pystyisi paremmin tukemaan synnyttäjää latenssvaiheen aikana, eikä epätietoisuudellaan lisäisi synnyttäjän huolta. (McNiven ym. 2007, 319). Tutkimuksessaan Carlsson ym. (2012, 89) havaitsivat, että synnyttäjät informoivat kumppania tarkkaan synnytyksen aiheuttamista tuntemuksista, mutta kumppanilta kaivattiin ainoastaan läsnäoloa ja sitä, että hän on täysin tietoinen tilanteesta.

Ängeby ym. (2015, 145-150) haastattelivat kuuttatoista matalan riskin ensisynnyttäjää, joiden synnytyksen latenssvaiheen kesto oli ollut yli 18 tuntia. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään pitkittyneen latenssvaiheen kokeneiden ajatuksia hoidosta ja ohjauksesta. Synnyttäjät soittivat sairaalaan 1-4 kertaa ennen saapumistaan. Heillä oli vaikeuksia selvittää pitkittyneestä latenssvaiheesta ja he tarvitsivat ohjausta. Naisille loi turvaa tunne siitä, että he olivat tervetulleita osastolle, mikä myös auttoi selviytymään. Soitettuaan tai käytyään sairaalassa osa naisista toivoi esimerkiksi kätilön varmistussoittoa tai myöhempää käyntiaikaa tilanteen tarkistamiseksi. Yksi haastatelluista toivoi, että kätilö voisi tehdä kotikäynnin pitkittyneen latenssvaiheen aikana. (Ängeby ym. 2015, 148.) McNiven ym. (2007, 319) myös mainitsevat latenssvaiheen hoitokeinona kätilön tekemät kotikäynnit, joilla kätilö tarjoaa tukea ja tietoa meneillään olevasta vaiheesta.

Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin latenssvaiheen puhelinneuvonnan ja kätilön kotikäynnin vaikutusta synnyttäjän sektioiveeseen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että synnyttäjän saama tuen muoto, oli se sitten puhelinneuvonta tai kotikäynti, ei vaikuttanut synnyttäjän vaatimukseen synnyttää sektioilla. Kotikäyntiryhmällä oli kuitenkin vähemmän latenssvaiheen käyntejä sairaalassa, sillä he eivät kokeneet tarvitsevansa tilanteen arviointia toisin kuin puhelinneuvontaryhmään kuuluneet. Kotikäynnit auttoivat naista selviämään synnytyksestä paremmin. (Janssen, Still, Klein, Singer, Carty, Liston & Zupancic 2007, 287.)

Ängebyn ym. (2015, 147) tutkimukseen osallistuneet naiset kertoivat, että pitkittyneessä latenssvaiheessa he kaipasivat tilanteen arviointia ja sitä, että heidän oma kokemuksensa huomioitiin. Tärkeänä koettiin tiedon saanti, sillä naiset kokivat oman tietonsa ja valmistautumisensa olevan puutteellista. Ohjaukselta kaivattiin tarkkuutta ja konkreettisia keinoja työstää synnytyksen vaihetta. Vaikka kätilö kannustikin synnyttäjää olemaan latenssvaiheessa mahdollisimman pitkään kotona, tuntui synnyttäjistä hyvältä, kun hänet toivotettiin puhelimesta tervetulleeksi sairaalaan silloin, kun hänestä itsestään siltä tuntui.

Synnyttäjät mainitsivat tärkeäksi asiaksi tilanteen selkeän kirjaamisen, jotta tullessaan sairaalaan heidän taustansa tunnettiin, ja naisille tuli tunne siitä, että heitä oli odotettu. (Ängeby ym. 2015, 147.)

Norjalaistutkimuksessa perehdyttiin ensisynnyttäjien kokemuksiin heidän soitettuaan latenssivaiheessa sairaalan synnytysosastolle. Otos koostui seitsemästätoista matalanriskin ensisynnyttäjistä, jotka soittivat 1-7 kertaa sairaalaan. Ensimmäisen soiton jälkeen useaa synnyttäjää pyydettiin tulemaan sairaalaan tarkastukseen. Synnyttäjien mennessä tarkastukseen oli heillä selkeät odotukset: he halusivat tietää, oliko synnytys käynnissä, ja saada varmistuksen sikiön hyvinvoinnista. Tarkastuskäynti sisälsi haastattelun, ctg-käyrän oton ja sisätutkimuksen. Naisen päätökseen ottaa yhteyttä sairaalaan ja siihen, kuinka hän koki yhteydenoton, vaikutti neljä eri teemaa: neuvottelu kahdella rintamalla, kotiin lähetetyksi tulemisen välttäminen, säännöllisyyden etsiminen sekä haavoittuvuuden kokeminen. (Eri, Blystad, Gjengedal & Blaaka 2008, 27.)

Kontaktia suunnitellessa nainen neuvotteli kahdella rintamalla. Ensin neuvottelu tapahtui kumppanin tai äidin kanssa siitä, milloin soittaa sairaalaan. Useimmissa tapauksissa nainen olisi itse halunnut ottaa yhteyttä sairaalaan vasta myöhemmin, mutta kumppani tai äiti neuvoi soittamaan jo aiemmin. Nainen neuvotteli myös synnytysosaston henkilökunnan kanssa siitä, mahtaako synnytys olla käynnissä, ja koska olisi oikea aika saapua sairaalaan. Naiset kokivat hankalana supistusten säännöllisyyden määrittämisen itse. Tutkimuksessa kävi ilmi, että naiset eivät välttämättä tienneet, mitä säännölliset supistukset tarkoittavat, eivätkä ammattilaiset aina puhelimesta sitä muistaneet kertoa. (Eri ym. 2008, 27.)

5.3.4 Tuki

Latenssivaiheen tuen ja hoidon tulee olla yksilöllistä, sillä jokaisella synnyttäjällä on omat kokemuksensa ja tarpeensa (Baxter 2007, 766). McNiven ym. (2007, 319) kannustavat synnyttäjiä ajattelemaan latenssivaihetta ajanjaksona, jolloin he tarvitsevat konkreettista tukea, kuten lastenhoitoapua, jotta pystyisivät itse keskittymään synnytykseen. Carlssonin ym. (2009, 177) tutkimustuloksista käy ilmi, että synnyttäjälle tärkeänä ja voimaannuttavana toimi kumppanin ja oman äidin tuki sekä ammattilaisten antama tuki. Voimat-

tomuus huoletti ja aiheutti avuttomuuden tunnetta. Jopa sektio nähtiin vaihtoehtona latenssivaiheen avuttomassa olotilassa. Avuttomuutta tunteneet kertoivat vaikean latenssivaiheen vaikuttaneen koko synnytykseen negatiivisesti. Traumaattinen latenssivaihe aiheutti pelkoa seuraavan lapsen saannissa. (Carlsson ym. 2007, 177.)

Ammattilaisten lähellä oleminen esimerkiksi potilashotellissa koettiin toisessa tutkimuksessa hyvänä vaihtoehtona. Synnyttäjät kaipasivat varmistusta siitä, että kaikki on hyvin. Supistusten laadun muuttumattomuus johti epävarmuuden tunteeseen ja ajatuksiin epänormaalista synnytyksen kulusta sekä huoleen sikiön hyvinvoinnista. Osa pitkittyneen latenssivaiheen synnyttäjistä koki tulleen kyseenalaistetuiksi kättilön toimesta, kun synnyttäjän kokemus kivusta ei vastannut synnytyksen normaalia etenemistä. (Ängeby ym. 2015, 147.) Tutkijat pohtivat, olisiko latenssivaiheessa olevalle synnyttäjälle parempi vakuuttaa, että synnytys näyttää edistyvän normaalisti, vaikka se ei etenisikään ”oppikirjan mukaan”, jotta selviytyminen kotona olisi helpompaa. (Cheyne ym. 2007, 607.)

Tutkimukseen osallistuneet halusivat kättilön kuuntelevan heidän omia kokemuksiaan, ja että heidät otetaan vakavasti. Haluttiin, että kättilö antaa totuudenmukaisen arvionsa synnytyksen edistymisestä ja mahdollisesti asettavan aikarajoja, kuinka kauan sen hetkistä tilannetta seurataan puuttumatta synnytyksen kulkuun. Rutiininomaista hoitotyötä vieroksuttiin ja naisten tarpeiden asettamista sairaalan rutiinien edelle arvostettiin. (Ängeby ym. 2015, 147-148.)

5.4 Pitkittänyt latenssivaihe

Keskimäärin 5-6,5 prosentissa synnytyksistä diagnosoidaan pitkittänyt latenssivaihe. Friedman määritteli pitkittyneen latenssivaiheen viisikymmentä vuotta sitten ja useimmat sairaalat käyttävät edelleen Friedmanin määritelmää, koska uutta määritelmää ei ole tehty. Pitkittänyt latenssivaihe tulee kyseeseen silloin, kun latenssivaihe on kestänyt ensisynnyttäjällä yli 20 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä yli 14 tuntia. Friedman huomasi, että viidellekymmenelle prosentille naisista, jotka tulivat sairaalaan kohdunsuun ollessa epäkypsä, kehittyi pitkittänyt latenssivaihe. (Greulich 2007, 192-193.)

Friedman raportoi, että pitkittänyt latenssivaihe ei vaikuta synnyttäjään tai sikiöön, mutta tätä väitettä on kyseenalaistettu. On saatu tutkimustuloksia, joista voi havaita yhteyden

pitkittyneen latenssvaiheen ja suurempien sektiolukujen sekä matalampien viiden minuutin Apgar-pisteiden välillä. (Baxter 2007, 766.) Kaksi retrospektiivistä tutkimusta löysivät yhteyden pitkittyneen latenssvaiheen ja lisääntyneen riskin äitiys- ja neonataali-kuolleisuuden välillä. Näissä kahdessa tutkimuksessa pitkittyneen latenssvaiheen oli määritelty olevan kyseessä silloin, kun ensisynnyttäjän latenssvaihe kesti enemmän kuin kaksitoista tuntia ja uudelleensynnyttäjän enemmän kuin kuusi tuntia. Nämä määritelmät ovat kuitenkin kahdeksan tuntia vähemmän kuin Friedmanin määritelmät. Tutkimuksissa on huomattu, että latenssvaiheessa annettu epiduraalipuudutus altistaa pitkittyneelle latenssvaiheelle. (Greulich 2007, 193-195.)

5.4.1 Pitkittyneen latenssvaiheen hoito

Latenssvaiheeseen tulee puuttua, kun äidin tai sikiön vointi vaatii synnytyksen edistämistä. Hoitona on joko kohdun supistusten voimistaminen tai levonsaannissa auttaminen. Hoitomuodon valinta riippuu synnyttäjän fyysisestä ja psyykkisestä voinnista sekä sikiön voinnista. (Greulich 2007, 192-193.) Ennen kaikkea synnyttäjät kaipaavat pitkittyneessä latenssvaiheessa yksilöllistä hoitoa (Ängeby ym. 2015, 147).

Näkemykset pitkittyneen latenssvaiheen hoidosta saattavat erota paljonkin toisistaan. Jotkut tahot ovat sitä mieltä, että latenssvaiheen pitkittyessä synnytyksessä on jotain epänormaalia, ja synnytys vaatii aktiivista edistämistä oksitosiinilla. Toiset tahot taas ajattelevat terapeuttisen levon edistävän synnytystä parhaiten. Nämä kaksi hoitomuotoa, jotka paljon latenssvaihetta tutkinut Friedman esitteli, ovat edelleen käytössä monissa sairaaloissa huolimatta siitä, että näiden hoitomuotojen käytöstä ei ole tehty satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta. (Greulich 2007, 192-193.)

Terapeuttisen levon saavuttamiseksi vaaditaan latenssvaiheessa lääkkeitä, jotta kehon epämukavuus laukeaa ja synnytys edistyy synnyttäjän ollessa unessa. Tutkimuksessa useimmat naisista, 85 prosenttia, nukkuivat sikeästi 6-8 tuntia ja heräsivät synnytyksen ollessa edennyt jo aktiiviseen avautumisvaiheeseen. Varmaa tietoa ei ole, onko synnytyksen edistyminen lääkehoidon vai ajankulun ansiota. Levon saamiseksi lääkehoitoa saaneista synnyttäjistä kymmenellä prosentilla supistukset loppuivat kokonaan. Oletetaan, että nämä kyseiset naiset eivät olleet vielä latenssvaiheessa heidän saadessaan lääkehoitoa. Viidellä prosentilla lääkkeen saaneista supistukset jatkuivat tehottomina ja näiden

synnyttäjien ajatellaan hyötyvän supistusten voimistamisesta oksitosiinilla. (Greulich 2007, 194.)

Friedman uskoi oksitosiinin ja terapeuttisen levon olevan yhtä tehokkaita ja turvallisia hoitomuotoja, mutta suositteli sedaatiota, koska se mahdollistaa levon ennen aktiivista avautumisvaihetta sekä tuo esiin ne kymmenen prosenttia naisista, joiden synnytys ei ole vielä käynnissä. Näin ollen vältetään turhilta puuttumisilta liian aikaisessa vaiheessa. (Greulich 2007, 194.) Ängebyn ym. (2015, 148) tutkimustulokset osoittavat, että pitkittyneessä latenssivaiheessa olevat suhtautuvat positiivisesti synnytyksen vauhdittamiseen ja kalvojen puhkaisu koetaan hyvänä vaihtoehtona.

5.5 Synnyttäjän kokemukset

Latenssivaiheen hoidon laatu on merkittävä tekijä koko synnytyskokemuksen muodostumisessa. Tutkimusten mukaan hitaasti etenevä latenssivaihe säännöllisessä synnytyksessä aiheuttaa samankaltaisia tunteita kuin komplisoitunut synnytys. (Carlsson ym. 2007, 178-179.) Synnyttäjät haluavat aktiivisesti osallistua omaan hoitoonsa. Jos kätilöllä on samanaikaisesti muita potilaita hoidettavanaan, kokee synnyttäjä pystyvänsä huonommin osallistumaan päätöksentekoon. (Ängeby ym. 2015, 147-148.)

5.5.1 Odotukset

Latenssivaiheen alussa synnyttäjillä oli paljon odotuksia, ja he olivat uteliaita tulevan suhteen, vaikka tiesivätkin edessä olevan sekä kipua että kovaa työtä. Latenssivaiheessa naisilla oli kova halu päästä aktiivisesti synnyttämään. Synnyttäjät olivat erittäin vakuutuneita siitä, että heillä on riittävä voima läpikäydä synnytys. Tuon voiman ajateltiin olevan sekä synnynnäistä että jossain määrin perittyä omilta äideiltä ja isoäideiltä. Synnytyskertomukset, joita naiset olivat kuulleet, vaikuttivat suuresti käsitykseen heistä synnyttäjinä. (Carlsson ym. 2012, 88.)

Synnytys- ja imetystukiryhmistä valittuja englantilaisia naisia (n=21) haastateltiin heidän latenssivaiheen kokemuksistaan. Ensisynnyttäjät kertoivat, että eivät ennalta tieneet,

mitä synnytyksen käynnistymiseltä odottaa ja valmennuksesta saatu tieto osoittautui rajalliseksi heti synnytyksen käynnistyttyä. (Cheyne ym. 2007, 604.) Carlsson havaitsi tutkimuksessaan, että synnyttäjät yleisesti odottivat synnytyksen tapahtuvan jo ennen las-kettua aikaa. (Carlsson ym. 2007, 175-176.)

5.5.2 Hallinnan tunne

Eräässä ruotsalaistutkimuksessa haastateltiin 19 synnyttäjää tarkoituksena kuvata naisten tuntemuksia latenssivaiheesta ja siitä selviytymisestä. Jokaisessa haastattelussa keskeisessä asemassa oli hallinnan tunteen säilyttäminen. Kun latenssivaiheen ensimmäiset merkit näyttäytyivät, naiset kokivat itsensä henkisesti ja fyysisesti vahvoiksi ja hallinnan tunne oli voimakasta. Ensimmäiset synnytyksen merkit olivat ikään kuin huipentuma pitkälle odotukselle. Mikäli hallinnan ja voiman tunne väheni, se vaikutti koko synnytysprosessiin. (Carlsson ym. 2012, 88.) Hallinnan tunnetta synnytyksessään tunteneiden synnyttäjien on huomattu osoittavan vähemmän merkkejä ahdistuksesta (Floris & Irion 2015, 448-452).

Carlsson ym. (2012, 88) huomasivat, että kaikkien heidän haastattelemiensa synnyttäjien kertomuksissa esiintyi neljä samaa toimintatapaa, jotka olivat keinoja ylläpitää hallinnan tunnetta ja täten auttoivat selviytymään synnytyksestä. Nämä latenssivaiheessa kotona käytetyt neljä toimintatapaa olivat kokemuksen jakaminen toisen kanssa, kehon rytmin kuunteleminen, huomion kiinnittäminen pois synnytyksestä ja ulkomaailmalta sulkeutuminen. (Carlsson ym. 2012, 88-89.)

Synnytyksen käynnistymisen merkit olivat ensisynnyttäjille vieraita ja ensin hallinnan tunne heikkeni tämän vuoksi (Carlsson ym. 2012, 89). Ensisynnyttäjät kuvailivat kokemattomuutensa aiheuttavan sen, että tilannetta oli vaikea hallita (Carlsson ym. 2007, 176). Aiemmin kerätty tieto synnytyksestä vahvisti hallinnan tunnetta ja kun he oppivat kuuntelemaan kehonsa rytmiä, tunne hallinnasta voimistui. Kehon kuunteluun sisältyi mahdollisuus muuttaa mieltään esimerkiksi kivunlievityksen suhteen, mikäli siltä tuntui. Synnyttäjät kokivat, että kuunnelleessaan kehoaan heidän tekemänsä päätös oli aina oikea. (Carlsson ym. 2012, 88-89.)

5.5.3 Kipu

Ahdistus ja pelko voimistavat kipukokemusta (Cheyne ym. 2007, 604). Cheyenen ym. (2007, 604) haastattelemat synnyttäjät kertoivat pelänneensä ennalta jo tulevan supistuksen aiheuttamaa kipua ja synnytyksen myöhemmän vaiheen kipuja. Moni synnyttäjistä oli hankkinut latenssivaihetta varten kotiinsa apukeinoja, kuten TENS-laitteen ja fysio-pallon, mutta osa koki pärjäämisen kotona mahdottomana. (Cheyne ym. 2007, 604.) Latenssivaihetta kuvattiin Carlssonin ym. (2007, 177) tutkimuksessa haastateltujen synnyttäjien toimesta loputtomana prosessina, joka sisälsi kivuliaita synnytystä edistämättömiä supistuksia. Koviin kipuihin nähden pieni synnytyksen edistyminen sai synnyttäjät epäilemään kehojensa tavallisuutta (Carlsson ym. 2007, 177).

5.5.4 Vuorovaikutus ja tiedonsaanti

Latenssivaiheessa naiset kokevat itsensä kommunikaatiotilanteissa ja etenkin kasvotusten tapahtuvassa vuorovaikutuksessa hyvin haavoittuvaisiksi (Eri ym. 2008, 28). Ennen synnytystä Carlssonin ym. (2012, 88) haastattelemat naiset olivat hakeneet tietoa muun muassa internetistä, mikäli olivat tunteneet tietojensa olevan puutteellista (Carlsson ym. 2012, 88). Ängebyn ym. (2015, 147-148) tutkimuksessa selvisi, että naiset kaipasivat kättilöltä hyvää ohjausta, jotta aiemmin haettu tieto tulisi sisäistettyä. Kun naiset saivat kättilöltä juuri heidän tilanteisiinsa sovitettua tietoa, he tunsivat hallitsevansa tilanteen ja selviytyvänsä paremmin. (Ängeby ym. 2015, 147-148). Kättilön kykenemättömyys kertoo, mitä seuraavaksi tapahtuisi, ja selkeiden vastausten puute saivat naiset tuntemaan itsensä turhautuneiksi ja ärsyntyneiksi. (Carlsson ym. 2007, 176.)

Epätietoisuus siitä, milloin synnytys käynnistyy ja miltä aktiivisen avautumisvaiheen supistukset tuntuvat, aiheutti epävarmuutta synnyttäjissä, ja he kokivat epävarmuuden sietämisen vaikeana. (Carlsson ym. 2007, 176.) Synnyttäjät sietivät paremmin epätietoisuutta ja kipua, kun he saivat selkeää informaatiota synnytyksen kulusta, ja kättilö varmensi heidän tunteensa sanoillaan. (Carlsson ym. 2007, 178-179.) Tietäessään, kuinka pitkällä synnytys oli, synnyttäjät kokivat olevansa turvassa. Tieto myös lisäsi naisten motivaatiota synnytyksen suhteen. (Carlsson ym. 2007, 176.) Turhautuessa olotilan teki siedettäväksi tieto siitä, milloin viimeistään synnytyksen kulkuun puututaan synnytyksen edistämiseksi (Carlsson ym. 2007, 176-177).

5.5.5 Hoitoon hakeutuminen

Cheyne ym. (2007, 604) tutkimustuloksista ilmenee, että kivusta ja epävarmuudentunteista huolimatta synnyttäjät halusivat olla latenssivaiheessa kotonaan ja arvostivat kodin mukavuutta. He halusivat olla kotona mahdollisimman pitkään, mutta pelkäsivät synnytyksen etenevän kotona turhankin pitkälle (Cheyne ym. 2007, 607). Synnytysvalmennuksessa naisia oli ohjeistettu pysymään kotona niin pitkään kuin mahdollista, ja ottaessaan yhteyttä synnytysosastolle he saivat saman ohjeen (Eri ym. 2008, 28). Sairaalaan liian aikaisin lähtiessä synnyttäjä joutuisi palaamaan vielä kotiin, mikä koettiin Erin ym. (2008, 28) haastatteleminen naisten keskuudessa häpeällisenä. Jos kätilö oli myötätuntoinen ja ymmärtäväinen, teki se tilanteesta helpomman, mikäli nainen lähetettiin vielä kotiin. (Eri ym. 2008, 28.) Kuitenkin sairaalassa käynti kotiin takaisin lähettämisen uhallakin saateen kokea positiivisena kokemuksena, sillä se antaa luottamusta jatkaa kotona oloa kätilön varmistettua kaiken olevan kunnossa. Yleisesti latenssivaiheessa kotiin palaaminen herättää ristiriitaisia tunteita. (Cheyne ym. 2007, 607.)

Tutkimukset osoittavat, että sairaalasta kotiin lähetetyksi tuleminen aiheuttaa kuitenkin pääasiassa negatiivisia tunteita synnyttäjissä. Kun sairaalaan lähdettiin, koettiin, että oli aika synnyttää, eikä kotiin haluttu enää ennen lapsen syntymää. Tavallinen tilanne uudelleensynnyttäjille oli, että sairaalaan tullessa supistukset laantuivat, ja tämä aiheutti suuren pettymyksen. (Carlsson ym. 2007, 175-176.) Barnettin ym. (2008, 150-151) tutkimuksessa synnyttäjiä pyydettiin arvioimaan pettymystään kotiin lähetettäessä numeroasteikolla 1-10. Numero yksi tarkoitti ”hyvin pettynyt” ja kymmenen ”ei ollenkaan pettynyt”. Kaikki kuusi synnyttäjiä kertoivat olleensa jonkin verran pettyneitä, kaksi heistä kuvailivat tuntemuksiaan hyvin pettyneiksi. Kumppaneiden tuntemukset vastasivat synnyttäjän tuntemuksia. Useamman kerran kotiin lähetetyksi tulleet kokivat palaamisen sairaalaan epämiellyttävänä. (Barnett ym. 2008, 148; 150-151.)

Eräissä tutkimuksissa selvisi, että latenssivaihe on koettu synnytyksen rankimpana vaiheena, sillä edistystä saattaa olla vähän, ja tilanne saattaa tuntua siltä kuin ei olisi mitään, minkä vuoksi taistella (Carlsson ym. 2007, 176-177). Synnyttäjät toivovat synnytyksen olevan usein edistyneemmässä vaiheessa mennessään sairaalaan ja pettyvät, kun kuulevat olevansa latenssivaiheessa (Cheyne ym. 2007, 607). Carlsson ym. (2007, 176-177) mainitsevat, että tärkein synnyttäjiä motivoiva tekijä heidän tutkimuksessaan oli edes pieni

synnytyksessä tapahtunut edistys. Kätilön kannustavat sanat, kuten se että sikiön hiukset tuntuivat sisätutkimuksessa, koettiin tärkeänä. (Carlsson ym. 2007, 176-177.)

Odotukset ajan suhteen olivat erilaiset kuin kokemukset. Vaikka synnyttäjät olivat halunneet sairaalaan, he kokivat sairaalassa hitaasti kuluvan ajan hyvin negatiivisena. Tämä vaikutti heikentävästi naisten kykyyn selvittää tilanteesta ja säilyttää motivaatio. Kätilöiltä odotettiin hoitotoimia synnytyksen edistämiseksi, ja kun kätilö niitä ehdotti, kuvattiin häntä hyvin avuliaana. Tehtyjen hoitotoimenpiteiden nähtiin enteilevän synnytyksen loppua. Kun kätilö ehdotti, että synnytyksen kulkuun ei puututtaisi latenssivaiheessa, nähtiin tämä tunteettomuutena. (Carlsson ym. 2007, 175-177.)

5.6 Sairaalaan lähteminen

Skotlannissa tehdyssä tutkimuksessa matalanriskin ensisynnyttäjät (n=6) kertoivat latenssivaiheessa sairaalaan lähtönsä syiksi supistukset, lapsivedenmenon, kivun ja sikiön liikkeiden vähenemisen. (Barnett ym. 2008, 148-150.) Carlssonin ym. (2007, 177) ja Cheyenen ym. (2007, 605) tutkimuksessa merkittävin syy lähteä sairaalaan oli kipu ja toiveet kivunlievitykselle. Synnytyksen alussa koetut kovat kivut herättivät huolta siitä, että kipujen kanssa ei pärjää niiden voimistuessa. (Carlsson ym. 2007, 177.) Synnyttäjät uskoivat hallitsevansa kivun paremmin silloin, kun ammattiapu oli lähellä. (Ängeby ym. 2015, 148.)

Synnyttäjät kaipasivat myös varmistusta siitä, mikä synnytyksen vaihe oli sillä hetkellä menossa. Joillekin heräsi pelko siitä, että synnytys olisi edistynyt jo hyvinkin pitkälle, ja he kaipasivat tilanteen tarkistusta. (Cheyne ym. 2007, 605.) Yleisesti pelättiin sitä, että lapsi syntyy kotiin (Ängeby ym. 2015, 148), joten kodin ja sairaalan välinen etäisyys vaikutti sairaalaan lähdön ajankohtaan (Cheyne ym. 2007, 605). Haastava matka sairaalaan ja huono sää toivottiin otettavan huomioon kätilön toimesta annettaessa ohjeita sairaalaan lähdön ajankohdasta (Ängeby ym. 2015, 148).

Päätös sairaalaan lähtemisestä ei aina ollut yksin synnyttäjän tekemä, vaan päätöksenteon vaikuttivat huolestunut kumppani, tukihenkilö tai synnyttäjän äiti (Carlsson ym. 2007, 177; Barnett ym. 2008, 150). Ängebyn ym. (2015, 147-148) haastattelemat naiset

kertoivat halunneensa itse päättää, mikä heille oli sopiva ajankohta lähteä. Ammattihenkilöiden ohjeet soitettaessa sairaalaan sekä perheenjäsenten ja ystävien neuvot vaikuttivat synnyttäjän käsitykseen siitä, milloin sairaalaan tulisi lähteä (Cheyne ym. 2007, 605).

Barnettin ym. (2008, 148-151) tutkimuksessa viisi kuudesta synnyttäjistä soitti kysyäkseen neuvoa ennen sairaalaan lähtöä. Sairaalassa viidelle kuudesta tehtiin sisätutkimus tilanteen arvioimiseksi. Neljällä kohdunsuu oli alle yhden senttimetrin auki ja yhden synnyttäjän kohdunsuu oli 2-3 senttimetriä auki. Puolet naisista lähetettiin sairaalasta kotiin kertaalleen ja puolet useamman kerran. (Barnett ym. 2008, 148; 150-151.) Saavuttaessa sairaalaan kotiin lähetetyksi tulemista pelättiin, sillä selviytymiskeinot kotona olivat loppumassa (Ängeby ym. 2015, 147-148).

Latenssivaiheen synnyttäjiä tutkinut Carlsson on yhdessä Halbergin ja Odberg Petterssonin kanssa halunnut selvittää syitä miksi latenssivaiheessa synnyttäjä hakeutuu sairaalaan. He haastattelivat 18 ruotsalaista naista, joiden raskaus oli sujunut säännöllisesti. Tutkimuksessa havaittiin, että halu luovuttaa vastuu ammattihenkilölle osoittautui isoksi asiaksi sairaalaan hakeuduttaessa. Haluun luovuttaa vastuu vaikutti synnyttäjän toive saada raskaus päätökseen, vaikeus sietää epävarmuutta ja hidasta edistymistä, hyödyttömältä vaikuttava kipu ja tunteiden nopea vaihtelu voimakkuudesta voimattomuuteen. (Carlsson ym. 2007, 174-177.)

Tutkimukseen osallistujien tultua sairaalaan he kokivat jonkun muun ottavan vastuun synnytyksestä ja sikiön hyvinvoinnista. Synnyttäjät kokivat olevansa paremmassa turvassa, kun ammattilainen oli vastuussa ja aina oli joku, jolta pyytää apua ahdistukseen ja kipuun. (Carlsson ym. 2007, 175.) Vastuun luovuttaminen ammattilaiselle toimi synnyttäjän psykologisena selviytymiskeinona (Carlsson ym. 2007, 178-179). Vastuun luovuttamisen aste vaihteli totaalaisesta kontrollin luovuttamisesta osittaiseen, jossa synnyttäjä osallistui aktiivisesti päätöksentekoon. Mikäli synnyttäjät kokivat, etteivät he itse saaneet luopua juuri siitä kontrollin määrästä mistä halusivat, he tunsivat yksinäisyyttä ja avuttomuutta. He kokivat tulleensa kyseenalaistetuiksi. Synnyttäjät ajattelivat, ettei hoitava kätilö täysin ymmärtänyt heidän tilannettaan. Jos latenssivaiheessa sairaalaan tulleille synnyttäjille ehdotettiin kotiin palaamista, he kieltäytyivät. (Carlsson ym. 2007, 175.) Yleisesti kotiin palaaminen olisi helpompaa, mikäli sen hyödyt selvitettäisiin synnyttäjille paremmin (Cheyne ym. 2007, 607).

6 POHDINTA

Aloittaessamme tutkimusaineiston hakua epäilimme, että löydämme aiheesta melko rajallisesti tutkittua tietoa. Olimme keskustelleet synnytyksen latenssvaiheesta muun muassa ohjaavan opettajamme kanssa, ja keskustelussa nousi vahvasti esiin se, että kyseinen synnytyksen vaihe on ammattilaisillekin melko tuntematon. Tämän vuoksi epäilimme tutkimustiedon latenssvaiheesta ja sen hoidosta olevan vähäistä. Epäilyimme osoittautui jokseenkin oikeaksi, sillä huolella valitsemamme hakufraasi tuotti tuloksen, jossa vain muutamien tutkimuksen otsikon perusteella oli havaittavissa, että tutkimus käsittelee suoranaisesti latenssvaihetta. Asiantuntija-artikkeleiden kohdalla tilanne oli samanlainen. Latenssvaihetta oli kuitenkin käsitelty myös tutkimuksissa ja asiantuntija-artikkeleissa, joissa käsiteltiin synnytyksen alkua, joten nämä tutkimukset ja asiantuntija-artikkelit tarjosivat meille aineistoa opinnäytetyöhömmme.

Ensimmäinen ajatuksemme latenssvaiheen hoitoympäristöstä keskustellessamme oli se, että latenssvaiheen paras hoitoympäristö on synnyttäjälle kodinomainen paikka, jossa lääketiede ei näyttele suurta roolia. Uskoimme tutkimusten vahvistavan asiaa. Jo opinnäytetyöaiheesta ensimmäisen kerran kuullessamme korostettiin sairaalaympäristön kehittämistä siten, että synnytyksen alkuvaiheessa oleville synnyttäjälle tulisi sairaalassa olla kodinomainen paikka. Siellä voisi turvallisessa ympäristössä odotella synnytyksen aktiivista käynnistymistä kuitenkin joutumatta interventioiden kohteeksi, mikäli synnyttäjä ja tukihenkilö eivät enää kotiin haluaisi mennä.

Emme uskoneet löytävämme synnyttäjien kokemuksia latenssvaiheesta ja sen aikaisesta hoidosta niin paljon kuin löysimme. Suuri osa hakufraasilla löytämistämme tutkimuksista käsitteli synnyttäjien kokemuksia ja heidän tarpeitaan latenssvaiheessa. Monen tutkimuksen puitteissa oli haastateltu muutamaa naista heidän latenssvaiheen kokemuksistaan, ja pienen otoksen vuoksi tutkimustuloksia täytyi tarkastella siten, että huomioimme kyseessä olevan eräiden synnyttäjien kokemukset ja ajatukset, eikä niitä voida yleistää täysin sopivaksi kaikkiin synnyttäjiin. Tutkimukset, joissa otoksen määrä oli suuri, käsitelivät synnytyksen lopputulosta ja edistymistä. Näiden tutkimusten pohjalta yleistyksiä voitiin tehdä.

6.1 Opinnäytetyön eettinen tarkastelu

Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. Tämän opinnäytetyön teossa otimme eettisen näkökulman huomioon jokaisessa prosessin vaiheessa, eikä mikään asia välttynyt kyseenalaistamiselta. Opinnäytetyön eettisyyttä arvioitaessa apuna toimivat luotettavuus- ja arviointikriteerit. Tutkimuksen suorittajien ollessa moraalisesti arveluttavia eettisyys kärsii. Eettisissä kysymyksissä olemme hyödyntäneet opinnäytetyötä ohjaavan opettajan mielipiteitä.

Opinnäytetyöprosessi sai alkunsa opinnäytetyön aiheen valinnalla. Aiheen valitsemiseen liittyy paljon eettistä pohdintaa. Tutkijoiden tulee pohtia kenen ehdoilla aihe valitaan, sekä miksi tutkimuksen tekoon ryhdytään. Tämän opinnäytetyön aihe oli ViVa-projektin aihe, joka esiteltiin meille aihekokonaisuutena ”synnytyksen latenssivaihe”. Aihetta ei siis ollut valmiiksi rajattu, vaan tarkka aiherajaus muodostui tutustuttuamme synnytyksen latenssivaiheeseen käsitteenä ja latenssivaiheesta kertovaan kirjallisuuteen. Valitsimme kyseisen aiheen, koska se herätti meissä suurta mielenkiintoa. Koimme myös hyvänä asiana sen, että kyseinen aihe antoi meille mahdollisuuden lähteä tutkimaan mielestämme tärkeää synnytyksen vaihetta. Halusimme olla mukana ViVa-projektissa, jotta opinnäytetyötämme voitaisiin konkreettisesti hyödyntää hoitotyössä.

Tutkimuksen aiheen eettisessä pohdinnassa voidaan kyseenalaistaa, onko eettisesti oikein tutkia aihetta, joka herättää tutkijassa mielenkiintoa. Koemme kuitenkin asian niin, että aiheeseen suuntautuva kiinnostus lisää tutkimuksen eettistä arvoa, sillä kiinnostus tutkittavaa aihetta kohtaan lisää luonnollisestikin työhön panostamista. Lähdimme selvittämään, mitä tutkimukset ja asiantuntijat kertovat latenssivaiheen tunnistamisesta ja hoidosta, sillä perehdyttyämme synnytyksen latenssivaiheen teoriaan sekä latenssivaiheen hoitoon Suomessa, meille muodostui vaikutelma, että synnytyksen latenssivaiheen tunnistamisessa ja hoidossa on parannettavaa. Opinnäytetyömme suuntautuu selkeästi hoitotyöhön, eikä esimerkiksi lääketieteeseen. Tässä korostuu usein tutkimuksille tyypillinen omaleimainen lähtökohta, eli tutkija tuottaa tietoa juuri sille alalle, jota hän edustaa. Pian valmistuvina kättilöinä meille on luonnollista suunnata opinnäytetyömme kättilötyön saralle.

Eettisesti hyvässä työssä tutkimussuunnitelman on oltava laadukas ja tutkimusasetelman sopiva. Opinnäytetyön suunnitelmassa otimme huomioon eettisyyden, sillä eettisyyttä tukevat hyvät tieteelliset käytännöt johtavat tutkimuksen uskottavuuteen. Valitsimme soveltavamme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia, ja aineiston järjestimme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä mukaillen. Emme keränneet tietoa, jotta saisimme käyttää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia vaan halusimme valita metodin, jonka avulla saamme kerättyä mahdollisimman kattavasti aiheesta saatavilla olevan tiedon.

Tutkijan on tarkkaan mietittävä, millaisia lähteitä hän tutkimustyössään käyttää, jotta tutkimuksesta tulee laadukasta. Halusimme etsiä tutkimus- ja asiantuntija-artikkeleita viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Eettisyyden näkökulmasta on tärkeää käyttää luotettavia lähteitä, jotka on valittu hyvää lähdekritiikkiä käyttäen. Tietoa hakiessa olisi hyvä pohtia, onko tieteellinen tieto aina faktatietoa. Asiantuntija-artikkeleiden kirjoittajat kirjoittavat aina ensisijaisesti omasta näkökulmastaan ja niistä asioista, joita itse ovat huomioineet ja pitäneet tärkeinä, mikä täytyy muistaa asiantuntija-artikkeleita lukiessa. Olemme perehtyneet työhön otettuihin tutkimuksiin ja asiantuntija-artikkeleihin huolella ja punninneet kunkin lähtökohtia, tutkimusmenetelmää ja luotettavuutta, jotta saamamme tutkimustulokset ovat mahdollisimman todenmukaiset.

Tutkimuksen raportoinnin tulee olla hyvää. Opinnäytetyö raportoinnin muotona johdattelee raportoinnin kulkua todella paljon ja työmme noudattaakin opinnäytetyön raportoinnin ohjeita. Työn sisäisen johdonmukaisuuden ajatellaan lisäävän työn eettistä arvoa. Olemme kiinnittäneet erityistä huomiota opinnäytetyön sisällön järjestämiseen, jotta työstä tulisi mahdollisimman johdonmukainen ja selkeä lukea.

Tutkimustuloksia raportoidessamme keskustelimme paljon eettisyydestä. Kiinnitimme erityistä huomiota asioiden ilmaisuun muun muassa siksi, että universalismi toteutuisi. Universalismilla tarkoitetaan tässä tilanteessa sitä, että väitteet ovat perusteltu epäpersoonallisin kriteerein ja tutkijan motiivit eivät näy tai johdattele raportointia. Tutkimustuloksia raportoidessa pyrimme olemaan puolueettomia estääksemme sen, että esimerkiksi ennako-odotuksemme paistaisivat tekstistä läpi. Emme myöskään lähteneet soveltamaan tutkimustietoa, mikä vähentäisi opinnäytetyömme eettistä arvoa. Välttimme samoihin lähteisiin perustuvan tiedon raportointia useaan kertaan, jotta tietty asia ei saisi tutkimustuloksissamme suurempaa painoarvoa kuin millaisena se on todellisuudessa näyttäytynyt aineistossa. Jotkut asiantuntijoiden kirjoittamat artikkelit perustuivat keskenään samoihin

lähteisiin ja tämän vuoksi jotkut näkökulmat olisivat tutkimuksessamme voineet näennäisesti olla isommassa roolissa, ellemmme olisi huomioineet asiaa. Pyrimme tuomaan työhömmme kaiken tutkimuskysymyksiimme vastaavan tiedon jokaisesta valitsemastamme lähteestä, jotta saimme tiedot keskustelemaan keskenään. Eri lähteiden keskustelu tekee työn rakenteesta loogisemman ja nostaa tutkimuksen eettistä arvoa.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu

Luotettavuus on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusta. Tutkijan tulee miettiä, onko tieto faktaa vai suhteutettu jonkun tarkoitukseen sopiviksi. Pyrimme työtä tehdesämme puolueettomuuteen. Puolueettomuus nousee kysymykseksi silloin, kun pohditaan, pyrkiikö tutkija kuulemaan pelkkää tietoa vai suodattuuko tieto tutkijan oman kehyksen läpi. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkija ei jätä asioita kertomatta, vaikka ne eivät sopisi hänen omaan näkemykseen, vaan huomioi kaiken saatavilla olevan tiedon tutkimastaan aiheesta. Tiedon suodattamiseen voi vaikuttaa esimerkiksi ikä, sukupuoli tai uskonto. Tuomi (2013, 136) huomauttaa kuitenkin, että periaatteessa laadullisessa tutkimuksessa näkyy aina tutkijan rooli yksilönä, koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija.

Olemme kiinnittäneet huomiota käyttämiimme ilmauksiin, jotta ne eivät ole harhaanjohtavia. Olemme pohtineet sitä, ymmärsimmekö alkuperäislähteiden sanoman oikein, vai onko tutkimustuloksissa mukana omaa tulkintaamme. Tässä asiassa haasteena olivat englanninkieliset tekstit, joista tutkimustulokset koostuvat. Äidinkielemme ei ole englanti, joten väärinymmärrykset tulkinnassa ovat mahdollisia, mutta olemme pyrkineet välttämään väärät tulkinnat sillä, että olemme lukeneet englanninkieliset tutkimukset ja artikkelit yhdessä. Näin työmme luotettavuus on kasvanut verrattuna tilanteeseen, jossa vain yksi henkilö olisi lukenut hänelle vieraskieliset lähteet.

Luotettava laadullinen tutkimus vaatii riittävästi aikaa toteuttaa tutkimus. Aika on riittänyt hyvin työntekoomme ja olemme pysyneet ajankäytön suunnitelmassa. Koemme, että kiire olisi heikentänyt merkittävästi opinnäytetyömme luotettavuutta. Luotettavuutta on lisännyt myös monet arvioijat opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Ensinnäkin olemme itse arvioineet työtämme yhdessä ja erikseen prosessin kuluessa ja työstäneet esimerkiksi

raportin rakennetta aina uusien ideoiden myötä. Olemme käyneet useasti opinnäytetyötämme ohjaavan opettajan ohjauksessa sekä opinnäytetyömme opponoijat ovat arvioineet työtämme kahdessa eri vaiheessa.

Validiteetti ja reliabiliteetti määrittävät tutkimuksen luotettavuutta. Nämä termit liittyvät pääasiassa määrälliseen tutkimukseen, mutta niitä voidaan soveltaa myös laadullisessa tutkimuksessa. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että on tutkittu sitä mitä on ennalta luvattu. Olemme löytäneet vastaukset asettamiimme tutkimuskysymyksiin ja pysyneet rajatussa aiheessa. Reliabiliteetti taas tarkoittaa sitä, että tutkimus voidaan toistaa samoin lopputuloksin. Kerromme opinnäytetyössämme tarkasti tutkimuksemme vaiheet, käyttämämme hakufraasin, tietokannan johon haku kohdistettiin sekä tutkimusten ja asiantuntija-artikkelien sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Näiden perusteella tutkimus on mahdollista suorittaa uudelleen samoin tuloksin. Tarkan raportoinnin ansiosta lukija pystyy arvioimaan opinnäytetyön luotettavuutta.

Tutkimuksessa saadut tulokset riippuvat käytetystä tutkimusmetodista. Käytetty metodi tuottaa tietyt tulokset, jotka voivat erota toisen metodin avulla saaduista tuloksista. Käytimme opinnäytetyössämme yhtä tutkimusmetodia, joten olemme saaneet yhden metodin mukaiset tulokset. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, miten tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu. Päätimme tehdä haun vain yhteen tietokantaan, koska aikaa oli rajoitetusti ja emme halunneet opinnäytetyön laadun kärsivän sen vuoksi, että aika aineiston sisäistämiseen ja järjestämiseen ei riittäisi. Teimme myös testihaun muihin tietokantoihin, minkä avulla selvisi, että muut tietokannat antoivat pääosin samoja lähteitä kuin tutkimukseen valitsemamme tietokanta. Näin ollen yhden tietokannan käyttö ei merkittävästi laske opinnäytetyömme luotettavuutta.

Hakufraasin muodostimme yhdessä Tampereen ammattikorkeakoulun informaatioteknikon kanssa, jotta hakulauseemme varmasti kattaisi kaikki tutkimuksemme sopivat hakutulokset. Hakumme tuotti hyvin hakutuloksia, joista valitsimme opinnäytetyöhömmme sopivat tutkimukset ja artikkelit. Päätimme hyödyntää opinnäytetyössämme tutkimusten lisäksi myös asiantuntija-artikkeleita, sillä ne rikastuttivat tutkimustuloksia, eivätkä heikentäneet tutkimuksen luotettavuutta. Tutkija-tiedonantaja suhde on pysynyt neutraalina koko prosessin ajan ja jokainen valittu tietolähde on saanut osakseen samanlaisen huomion ja panostuksen.

6.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Asiantuntijat korostavat latenssivaiheen tunnistamisen olevan haastavaa sekä ammattilaisille että synnyttäjille. Latenssivaihe on synnytyksen vaiheena hyvin monipuolinen, sillä siihen kuuluu sekä fyysisiä havaittavissa olevia muutoksia synnyttäjän elimistössä, kuten supistuksia ja vereslimaista vuotoa, että muutoksia synnyttäjän mielialassa ja käyttäytymisessä. Muutoksia tapahtuu esimerkiksi ruokahalussa ja unirytmissä. Eräät asiantuntijat uskovat, että latenssivaiheen tunnistaminen vaatii ammattilaisen huomion kiinnittämistä erityisesti noihin ei-fyysisiin vaikeammin havaittavissa oleviin muutoksiin. Synnytyksen ollessa käynnistymäisillään ruokahalu usein vähenee, ja nukkuminen on vaikeaa kipujen vuoksi. Kivuliaiden potilaiden parissa työskennelleet varmasti ovat huomanneet ruokahalun katoavan ja nukkumisen olevan mahdotonta, mikäli kivut ovat kovat, ja etenkin synnytyksen aktiivisessa avautumisvaiheessa nämä asiat korostuvat. Vaikka ruokahalu ja unirytmisi saattavat latenssivaiheessa muuttuakin, on hyvä kuitenkin huomioida synnyttäjän syöminen: mikäli synnyttäjä syö edelleen hyvällä ruokahalulla, on hän todennäköisesti vielä latenssivaiheessa aktiivisen avautumisvaiheen sijaan.

Latenssivaiheen tunnistamisesta puhuttiin melko vähän tutkimuksissa ja asiantuntija-artikkeleissa. Usein mainittiin, että latenssivaiheen määritelmät eroavat riippuen lähteestä, ja yksimielisyyteen ei ole päästy siinä, milloin latenssivaihe vaihtuu aktiiviseksi avautumisvaiheeksi. Lähes kaikissa tutkimuksissa tehtiin tutkimusasetelmaa selkeyttävä yleisyys, että latenssivaiheen alkaa ensimmäisistä kipeistä supistuksista ja loppuu kohdunsuun avauduttua neljään senttimetriin. Kiinnitimme huomiota siihen, että tutkimuksissa ei ollut huomioitu Bishopin pisteitä kohdunsuun tilanteesta kerrottaessa. Synnytyssalivaiheeseen olemme huomanneet, että kohdunsuut saattavat erota tuntumaltaan huomattavasti, vaikka senttimetrimäärältään olisivatkin juuri samat. Tämä tarkoittaa siis sitä, että kahden synnyttäjän kohdunsuun tilanne on esimerkiksi kolme senttimetriä auki ja toisella kohdunsuun tuntuu ”hyvältä” eli synnytyksen edistymisen kannalta lupaavalta ja toisella ”huonolta” eli esimerkiksi siltä, että tarjoutuva osa ei paina kunnolla kohdunsuulle.

Bishopin pisteitä käytettäessä tulee huomioon otettua se, miltä kohdunsuun tuntuu. Bishopin pisteissä huomioidaan kohdunsuun aukeaminen, kohdunkaulan pituus, kiinteys, tarjoutuvan osan korkeus ja kohdunkaulan asento. Kun Bishopin pisteitä ei ole tutkimuk-

sessä huomioitu, vaan kohdunsuun tilannetta on arvioitu karkeasti ainoastaan avautumisen asteen mukaan, heikentää se tutkimustulosten luotettavuutta tutkittaessa esimerkiksi latenssivaiheen kestoa.

Tutkimusten mukaan koti vaikuttaisi olevan paras latenssivaiheen hoitoympäristö. Ammatillaisen näkökulmasta koti latenssivaiheen ympäristönä on paras siksi, että tuolloin synnytyksen luonnolliseen kulkuun on mahdollonta puuttua liian aikaisin synnyttäjän ollessa poissa sairaalasta, ja synnytys ei komplisoidu sen vuoksi. Synnyttäjät tarvitsee turvallisen ilmapiirin kokeakseen hallinnan tunnetta ja hallinnan tunteen myötä selviytyy paremmin synnytyksen tapahtumista. Tuttu kotiympäristö yleensä tukee synnyttäjän hallinnan tunnetta, mutta jotkut kokevat olonsa turvallisemmaksi ollessaan sairaalassa ammattiavun välittömässä läheisyydessä. Kodinomainen ympäristö sairaalassa olisi näille latenssivaiheessa oleville synnyttäjille paras vaihtoehto. Tämä vaatii kuitenkin erityisiä resursseja ja sen vuoksi on harvoissa sairaaloissa toteutettavissa.

Latenssivaiheessa sairaalaan hakeutuneista synnyttäjistä yli puolet on ensisynnyttäjiä. Uudelleensynnyttäjien vähäisempi osuus saattaa johtua heidän keskimäärin lyhemmästä synnytyksen kestosta, mutta on myös mahdollista, että ensisynnyttäjät etenkin kokevat olonsa turvattomaksi kotona synnytyksen käynnistyttyä tai eivät tiedä, miltä synnytyksen kukin vaihe tuntuu, ja hakeutuvat siksi latenssivaiheessa sairaalaan. Antamalla laadukasta synnytysvalmennusta ja kertomalla latenssivaiheesta ensisynnyttäjille ja heidän kumppaneilleen, tuetaan sitä, että ensisynnyttäjät kumppaneineen viettäisivät latenssivaiheen kotonaan. Koska sairaalaan latenssivaiheessa saapuminen on isompi haaste ensisynnyttäjien kohdalla, on tärkeää, että synnytysvalmennusta tarjotaan etenkin ensisynnyttäjille.

Aineistoa järjestäessämme huomasimme, että latenssivaiheen hoitoon liittyi keskeisimpänä ravitsemuksesta, levosta sekä kivusta huolehtiminen ja potilaan ohjaus sekä tukeminen. Tutkimustulokset osoittivat, että laadukas lepo ennen synnytystä paransi synnytyksen lopputulosta, ja apu levon saantiin olikin synnyttäjien keskuudessa toivottua. Kokeustemme mukaan latenssivaiheessa olevan synnyttäjän nukkumaan lääkitsemiseen esimerkiksi lihakseen pistettävällä kipulääkkeellä suhtaudutaan positiivisesti sairaalaympäristössä. Tämä on mielestämme hyvä asia, sillä sairaalaan tullessaan synnyttäjät epäilee, ettei pärjää enää kotona ja haluaa usein jotain tehtävän yleensä kivuille. Nukkumaan lääkitsemisen jälkeen synnyttäjän supistukset saattavat laantua ja voi selvitä, että synnytys

ei ollutkaan käynnistymässä. Tällöin nukkumaan lääkitsemisellä saatetaan välttyä turhilta interventioilta. Tätä ajatusta tuki myös Emanuel Friedman.

Parsons ym. (2007, 134-136) saivat selville tutkimuksessaan, että ruoan nauttiminen synnytyksen eri vaiheissa pidentää hiukan synnytyksen kestoa. Mielestämme on kuitenkin tärkeää, että ruokaa on synnyttäjälle tarjolla, mikäli hän haluaa syödä synnytyksensä aikana. Synnyttäjän on tärkeä kerätä voimia syömällä ja juomalla, sillä ne tukevat synnyttäjän kokonaisvaltaista hyvinvointia. Ruokailu saattaa viedä keskittymisen hetkeksi pois synnytyksestä ja kohentaa synnyttäjän mielialaa ja yleistä jaksamista, mikä taas lisää synnyttäjän psyykkisiä voimavaroja. Ruuan tarjoaminen on myös kättilölle keino tukea synnyttäjää varsinkin latenssvaiheessa, kun synnytyksen kulkuun puuttumista tulisi välttää.

Yleisesti ajatellaan, että synnytyksen alkuvaiheessa annettu epiduraalipuudutus pidentäisi synnytyksen kestoa. Käytännön kokemus on osoittanut, että epiduraalipuudutus harvennetaan supistuksia pian puudutuksen laitton jälkeen, ja yleensä synnyttäjälle aloitetaan oksitosiini-infuusio tukemaan supistuksia. Eräissä laajassa tutkimuksessa havaittiin, että aikaisessa synnytyksen vaiheessa annettu epiduraalipuudutus ei pitkitä synnytyksen kestoa, ja erään toisen tutkimuksen mukaan aikainen epiduraalipuudutus jopa lyhentää synnytyksen kestoa. Tutkimusasetelmasta ei käy ilmi, onko synnytyksissä käytetty oksitosiini-infuusiota. Tämä on mielestämme merkittävä seikka synnytyksen keston kannalta. Mikäli tutkimukseen osallistuneet synnyttäjät ovat saaneet oksitosiinia supistusten tihentämiseksi ja voimistamiseksi, heikentää se tutkimustulosten luotettavuutta. Otettiin oksitosiinin käyttö sitten huomioon tai ei, synnytyksen lyhempi kesto aikaisessa vaiheessa epiduraalipuudutuksen saaneilla voi selittyä sillä, että puudutuksen avulla synnyttäjä pystyy rentoutumaan ja kohdunsuu pääsee parhaiten avautumaan.

Vaikka synnytyksen kestoa ja epiduraalipuudutuksen ajankohtaa käsittelevässä tutkimuksessa todettiin aikainen epiduraalipuudutus hyväksi hoitovaihtoehdoksi latenssvaiheessa olevalle synnyttäjälle, on se ristiriidassa latenssvaiheen hoitoympäristösuositusten suhteen. Fakta on, että latenssvaiheen paras hoitoympäristö on koti, missä epiduraalipuudutus ei ole mahdollinen. Tätä edellä mainitsemaamme tutkimusta voidaan kuitenkin soveltaa tilanteessa, jossa synnyttäjä ei pärjää enää kotona, vaan saapuu sairaalaan. Käytännön hoitotyöhön tutkimusta soveltaessa on kuitenkin huomioitava, että aikaisessa synnytyksen vaiheessa annettu selkäpuudute saattaa vaikuttaa synnytyksen kulkuun myös muulla tavalla kuin vain muuttamalla synnytyksen kestoa. Esimerkkinä näistä on tarjontavirheet,

joilla uskotaan olevan yhteys aikaisessa synnytyksen vaiheessa annettuun sentraaliseen puudutteeseen. Epiduraalipuudutuksen antoa latenssivaiheessa käsittelevä tutkimus ei tarkastele asiaa tästä näkökulmasta vaan ainoastaan synnytyksen keston suhteen.

Kivun hoidon lisäksi on tärkeää kannustaa synnyttäjää liikkumaan ja olemaan pystyasennossa. Mielestämme synnyttäjää kannustetaan hyvin pystyasentoon, ja on yllättävää, että pystyasennon vaikutuksesta synnytyksen kulkuun on huonosti näyttöä. Löytämämme Cochrane-katsaus tiivistää aiheen siten, että pystyasennon ei ole merkittävästi huomattu vaikuttavan synnytyksen kulkuun, mutta riskejä pystyasennossa olemisessa ei ole havaittu. Myöskään esimerkiksi suihkulla tai kylvyllä ei ole havaittu olevan riskejä synnytyksen kannalta, minkä vuoksi niitä voitaisiin hyödyntää tehokkaammin kivunlievityksessä. Etenkin sairaalassa käytössä olevat resurssit ovat rajalliset, minkä vuoksi esimerkiksi kaikilla synnyttäjillä ei ole mahdollisuutta hyödyntää kylpyammetta.

Mielestämme suuri latenssivaiheen hoidon kehittämisalue on ohjaus. Aineistomme monessa tutkimuksessa on todettu puhelinneuvonnan sekä synnytystä edeltävän ohjauksen merkittävät hyödyt. Synnyttäjät muun muassa kokevat pärjäävänsä kotona pidempään, kun ovat saaneet tietoa latenssivaiheesta ennen synnytystä. Tällöin he tietävät mitä odottaa ja kenties kokevat vahvempaa hallinnan tunnetta latenssivaiheessa. Ennen synnytystä esimerkiksi perhevalmennuksessa annettu latenssivaiheen ohjaus on luultavimmin myös taloudellisesta näkökulmasta kannattavaa. Synnyttäjän tullessa sairaalaan synnytyksen edistyneemmässä vaiheessa käytetään resursseja hoitoon todennäköisesti vähemmän.

Yllättävänä koimme sen, että hitaasti etenevä latenssivaihe säännöllisessä synnytyksessä aiheuttaa samankaltaisia tunteita kuin komplisoitunut synnytys. Vaikka latenssivaihe onkin kipujensa puolesta todennäköisesti paremmin siedetty kuin esimerkiksi aktiivinen avautumisvaihe, saattaa se keston puolesta viedä enemmän synnyttäjän voimia. Hidas eteneminen saa synnyttäjän turhautumaan, mikä vähentää hänen henkisiä voimavarojaan. Latenssivaiheessa pitkään koetut negatiiviset tunteet saattavat aiheuttaa sen, että synnyttäjä muistaa synnytyksestään ainoastaan ikävänä koetun latenssivaiheen, eikä esimerkiksi hyvin edennyttä ponnistusvaihetta.

6.4 Johtopäätökset

Latenssivaiheen tunnistamisesta ja hoidosta tiedetään melko vähän siihen nähden, että kyseessä on synnytyksen lopputuloksen kannalta oleellinen vaihe. Latenssivaiheen tunnistamista ei juurikaan käsitellä aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa ja asiantuntija-artikkeleissa. Latenssivaiheen tutkimustyö on vasta alussa. Opinnäytetyön yksi merkittävimmistä johtopäätöksistä on, että latenssivaiheen suotuisin hoitoympäristö on kodinomainen ympäristö. Latenssivaiheen hoidon tulisi siis pyrkiä siihen, että synnyttäjä on latenssivaiheen kotonaan. Mikäli latenssivaihetta hoidetaan sairaalassa, tulisi ympäristön olla kodinomainen. Kotona latenssivaiheen viettäminen vähentää synnytyksen kulkuun puuttumista, ja täten synnytyksen lopputulos on tutkitusti parempi.

Tutkimuksissa on huomattu latenssivaiheen hoitopaikan vaikuttavan merkittävästi esimerkiksi siihen, kuinka suuri riski matalan riskin synnyttäjällä on päätyä sektioon. Matalan riskin synnyttäjän saapuessa latenssivaiheessa sairaalaan on hänen riskinsä sektiosynnytykseen merkittävästi suurentunut. Synnytyskokemukset alateitse ja päivystyksellisellä sektioilla synnyttäneiden välillä eroavat toisistaan. Äkillisesti leikkaustoimenpiteeseen joutuneen synnyttäjän synnytyskokemus on todennäköisesti huonompi kuin säännöllisesti alateitse synnyttäneen synnytyskokemus. Päivystyksellisistä sektioista koituu myös sairaalalle suuria taloudellisia kuluja. Synnyttäjien synnytyskokemusten parantaminen ja taloudelliset syyt voisivat toimia innoituksena sille, että latenssivaiheen tutkimusta lisättäisiin ja hoitoa pyrittäisiin sen myötä kehittämään.

Synnyttäjän ohjaus ja tukeminen on merkittävässä asemassa latenssivaiheen hoidossa. Ohjauksen avulla voidaan tukea synnyttäjää olemaan kotona mahdollisimman pitkään. Hyvän ohjauksen ja tuen avulla voidaan myös parantaa synnyttäjän synnytyskokemusta. Latenssivaiheen kokemukset voivat vaikuttaa myös naisen myöhempisiin raskauksiin ja synnytyksiin. Latenssivaiheeseen liittyvään ohjaukseen tulee panostaa.

6.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet

Synnytyksen alkamisajankohta on kirjallisuudessa ristiriitaisesti kuvattu, sillä eri lähteet määrittelevät kaikki omalla tavallaan synnytyksen alkuajankohdan. Tämä tarkoittaa siis

sitä, että latenssvaiheen alkamisajankohta eroaa lähteestä riippuen. Synnytyksen alkamisajankohdan selvittäminen helpottaisi latenssvaiheen tunnistamista ja selkeyttäisi latenssvaiheesta tehtävää tutkimustyötä.

Tietoa latenssvaiheesta voitaisiin lisätä sekä asiakkaiden että ammattihenkilöiden keskuudessa. Mielenkiintomme heräsi kätilöiden tämän hetkisestä latenssvaiheen tietämyksestä. Kiinnostavaa olisi tutkia, kuinka paljon kätilöt tietävät latenssvaiheesta, kuinka he tunnistavat kyseisen vaiheen, ja mitä hoitokeinoja he suosivat antamassaan latenssvaiheen hoidossa. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, kokevatko kätilöt omaavansa tarpeeksi tietoa latenssvaiheesta, sillä kätilökoulutukseen sisältyvät teoriaopinnot käsittelevät pääosin muita synnytyksen vaiheita. Synnyttäjien kokemuksia latenssvaiheesta on jo tutkittu, mutta kätilöiden kokemuksista latenssvaiheen hoitoon liittyen olisi hyvä tietää lisää, sillä latenssvaiheen hoitoa kuvattiin tutkimuksissa kätilöiden toimesta kuormittavana.

Tietoa synnyttäjän kokemuksista löytyy jo ulkomaisista lähteistä, mutta tutkittua tietoa Suomessa synnyttäneiden naisten latenssvaiheen kokemuksista ei ole saatavilla. Erityisesti suomalaisessa synnytyskulttuurissa kiinnostaa, mitkä asiat vaikuttavat synnyttäjän päätökseen lähteä sairaalaan synnytyksen alkumetreillä, ja kuinka synnyttäjät kuvaavat latenssvaihetta.

Uusi näkökulma latenssvaiheen hoidossa on, että latenssvaihe päättyisi vasta, kun kohdunsuu on kuusi senttimetriä auki. Tämän näkökulman huomioon ottavaa tutkimusta latenssvaiheesta voitaisiin tehdä, ja selvittää, miten uusi näkökulma vaikuttaa synnytyksen hoitoon, kulkuun ja lopputulokseen. Mielenkiintoista olisi myös vertailla hoitoa synnytyksissä, joissa latenssvaiheen on ajateltu päättyvän joko kohdun suun ollessa neljä tai kuusi senttimetriä auki.

LÄHTEET

- Bailit, J., Dierker, L., Blanchard, M. & Mercer, B. 2005. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstetrics & Gynecology* 105 (1), 77-79.
- Barnett, C., Hundley, V., Cheyne, H. & Kane, F. 2008. 'Not in labour': impact of sending women home in the latent phase. *British Journal of Midwifery* 16 (3), 144-148.
- Baxter, J. 2007. Care during the latent phase of labour: supporting normal birth. *British Journal of Midwifery* 15 (12), 765-767.
- Carlsson, I-M., Hallberg, L. & Odberg Pettersson, K. 2007. Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: a grounded theory study. *Midwifery* 25 (2), 172-180.
- Carlsson, I-M., Ziegert, K., Sahlberg-Blom, E. & Nissen, E. 2012. Maintaining power: Women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward. *Midwifery* 28 (1), 86-92.
- Cheyne, H., Terry, R., Niven, C., Dowding, D., Hundley, V. & McNamee, P. 2007. 'Should I come in now?': a study of women's early labour experiences. *British Journal of Midwifery* 15 (10), 604-609.
- Chuma, C., Kihunrwa, A., Matovelo, D. & Mahendeka, M. 2014. Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC Pregnancy & Childbirth* 14 (1), 68-68.
- Deans, A. 2010. Teoksessa Deans, A. (toim.) *Suuri äitiyskirja*. Helsinki: Perhemediat, 148, 167, 181-182, 210-211, 215-219.
- Eri, T-S., Blystad, A., Gjengedal, E. & Blaaka, G. 2008. Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation. *Midwifery* 26 (6), 25-30.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 7. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Eskola, J. 2010. *Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat*. 3. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Hoito synnytyksen aikana. Teoksessa Sipilä, T. (toim.) *Nainen hoitotyön asiakkaana*. 1.-3. painos. Helsinki: Werner Söderström Oy, 212-216, 218-219, 221-223, 228-229, 231.
- 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.

- Giving birth: upright positions shorten first stage labour. 2009. *MIDIRS Midwifery Digest* 19 (2), 233.
- Greulich, B. & Tarrant, B. 2007. The latent phase of labor: diagnosis and management. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52 (3), 190-198.
- Hannula, L. & Kaunonen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa. Esimerkkinä imetysohjaus. *Sairaanhoitaja* 79 (12), 21-24.
- Janouch, K. 2010. *Synnytys*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 29-31, 38-41, 46-49.
- Janssen, P-A., Still, D-K., Klein, M-C., Singer, J., Carty, E-A., Liston, R-M. & Zupancic, J-A. 2007. Early labor assessment and support at home versus telephone triage: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 108 (6), 1463-1469.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 3-7.
- Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva hoitotyö* 6 (2), 23-28.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-44.
- Leminen, H., Rahkonen, L. & Hurskainen, R. 2016. Voidaanko synnytyksen ajoitukseen vaikuttaa? *Suomen lääkirilehti* 71 (8), 586-587.
- Lundgren, I., Andréén, K., Nissen, E. & Berg, M. 2013. Record Title: Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare* 4 (4), 141-146.
- McCormick, C. 2003. The First Stage of Labour: Physiology and Early Care. Teoksessa Fraser, D. & Cooper, M. (ed.) *Myles Textbook for Midwives*. 14. painos. Edinburgh: Churchill Livingstone, 435-451.
- McNiven, P., Williams, J., Hodnett, E., Kaufman, K. & Hannah, M. 2007. Campaign for Normal Birth. Support in early labour. *Midwives* 10 (7), 319.
- Ohel, G., Gonen, R., Vaida, S., Barak, S. & Gaitini, L. 2005. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: Does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 194 (3), 600-605.
- Parsons, M., Bidewell, J. & Griffiths, R. 2007. A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery* 23 (2), 131-138.

- Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015. Synnytyksen käynnistyminen. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Keuruu: Otava Oy, 204.
- Raussi-Lehto, E. 2015. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Keuruu: Otava Oy, 221-243.
- Raussi-Lehto, E. 2015. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Keuruu: Otava Oy, 248-281.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 315-325.
- Tilden, E., Lee, V., Allen, A., Griffin, E. & Caughey, A. 2015. Cost-Effectiveness Analysis of Latent versus Active Labor Hospital Admission for Medically Low-Risk, Term Women. *Birth: Issues in Perinatal Care* 42 (3), 219-226.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 10. uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy. Tammi.
- Walsh, D. 2009. Care pathways and the latent phase of labour. *British Journal of Midwifery* 17 (2), 74.
- Wang, F., Shen, X., Guo X., Peng, Y. & Gu, X. 2009. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial. *Anesthesiology* 111 (4), 871-880.
- Zhang, J., Landy, H., Branch, W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K., Hatjis, C., Ramirez, M., Bailit, J., Gonzalez-Quintero, V., Hibbard, J., Hoffman, M., Kominiarek, M., Learman, L., Van Veldhuisen, P., Troendle, J. & Reddy, U. 2010. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol* 116(6), 1281-1293.
- Zhang, J., Troendle, J. & Yancey, M. 2002. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *American journal of obstetrics & gynecology* 187(4), 824-828.
- Äimälä, A-M. 2015. Avautumisvaiheen häiriöt. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Keuruu: Otava Oy, 539.
- Äitiysneuvolaopas. 2013. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 243-244.
- Ängeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I. & Sandin-Bojö, A-K. 2015. Primiparous women's preferences for care during a prolonged latent phase of labour. *Sexual & Reproductive HealthCare* 6 (3), 145-150.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen lähdeaineisto, tutkimukset

Tekijä, vuosi, teoksen nimi, maa	Tutkimusmenetelmä/Artikkeli	Kohderyhmä (otos)	Keskeiset tulokset
<p>Bailit, J., Dierker, L., Blanchard, M. & Mercer, B. 2005. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Yhdysvallat.</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p>	<p>01/-93 - 06/-01 välisenä aikana synnyttäneet, yksisikiöinen täysiaikainen säännöllinen raskaus, sikiö rt:ssa. Poissulkien jos taustalla oli sektio, lapsivedenmeno kotona tässä raskaudessa, vasta-aihe alatietyksynnytykseen, raskaudenaikainen komplikaatio, synnytyksen käynnistys tai päihteidenkäyttöä. Yhteensä 8818 naista.</p>	<p>Latenssivaiheen ensisynnyttäjiä 51,4 %, heillä sektioita 14,2 %.</p> <p>Aktiivisen vaiheen ensisynnyttäjiä 27,8 %, heillä sektioita 6,7 %.</p> <p>Latenssivaiheen uudelleensynnyttäjillä sektioita 3,1 %.</p> <p>Aktiivisen vaiheen uudelleensynnyttäjillä sektioita 1,4 %.</p> <p>Latenssivaiheen synnyttäjillä enemmän aktiivisen vaiheen hidastumista, oksitosiinin käyttöä, mikroverinäytteitä, IUPD, sisäisiä seurantoja ja amnioniitteja.</p>
<p>Barnett, B., Hundley, V., Cheyne, H. & Kane, F. 2006. 'Not in labour': impact of sending women home in the latent phase. Skotlanti.</p>	<p>Laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä, päiväkirjatutkimus</p>	<p>6 naista palautti päiväkirjan. Tutkittavien sisäänottokriteerit: ensisynnyttäjä, yksisikiöinen raskaus, matalan riskin synnyttäjä, rv 37-42, ei raskauskomplikaatioita. Poissulkukriteerit: Lapsi alle 16-vuotias, naisella luku vaikeuksia, psyykinen tai henkinen sairaus.</p>	<p>Kolme kuudesta naisesta lähetettiin sairaalasta kotiin kerran, kaksi lähetettiin kotiin kaksi kertaa, yksi lähetettiin kotiin kolme kertaa. Naiset pisteytivät tuntemuksensa numeroin 1-10 (1=erittäin loukkaantunut) miltä heistä tuntui, kun heidät lähetettiin sairaalasta kotiin. Kaksi ilmoitti numeroksi 1, yksi ilmoitti numeroksi 3. Kumppanit olivat myös pet-</p>

			tyneitä (antoivat numeroiksi 1,1 ja 2). Päiväkirjoista muodostui 4 pääteemaa: vaikutus muihin, tuki, selviytyminen/kipu ja latenssvaiheen aliarvioiminen.
Carlsson, I-M., Hallberg L. & Odberg Pettersson, K. 2007. Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: a grounded theory study. Ruotsi.	Laadullinen tutkimus, grounded theory -lähestymistapa	18 ruotsia puhuvaa 22-36-vuotiasta naista, joilla säännöllinen raskaus ja jotka sisäankirjattiin sairaalaan latenssvaiheessa. Synnytys tapahtui joko alateitse tai sektiolla rv 37-42.	'Vastuun luovuttaminen' toimi keskeisenä teemana ja 'halu saada raskaus päätökseen', 'vaikeus käsitellä epävarmuutta', 'vaikeus kestää hidasta edistymistä', 'kärsiminen kivusta, joka ei hyödytä' ja 'ailahtelu voimakkuuden ja voimattomuuden välillä' olivat teemoja, jotka liittyivät vastuun luovuttamiseen ja selittivät, mitä sairaalaan pääsy naisille merkitsi.
Carlsson, I-M., Ziegert, K., Sahlberg-Blom, E. & Nissen, E. 2012. Maintaining power: Women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward. Ruotsi.	Läädullinen tutkimus, grounded theory -lähestymistapa	19 ensimmäisen lapsensa synnyttäneitä naista, joilla taustalla säännöllinen, täysiaikainen yksisikiöinen raskaus ja spontaanisti käynnistynyt synnytys.	'Voiman säilyttäminen' osoittautui kokonaisuudeksi, jonka avulla naiset selvisivät synnytyksen käynnistyttyä. Tästä erottui pienemmät kokonaisuudet 'Kokemuksen jakaminen jonkun kanssa', 'kehon rytmin kuunteleminen', 'huomion suuntaaminen toisaalle' ja 'lasi-kuoreen sulkeutuminen'
Cheyne, H., Terry, R., Nive, C., Dowding, D., Hundley, V. & McNamee, P. 2007. 'Should I come in now?': a study of women's early labour experiences. Iso-Britannia.	Laadullinen tutkimus hyödyntäen puoliksi strukturoituja haastatteluja.	21 naista, jotka kerättiin raskaus- ja synnytys tuki ryhmästä sekä imetystuki ryhmästä. Otos sisältää ensi- ja uudelleensynnyttäjiä.	Epävarmuus, kipu ja levottomuus vaikuttavat naisen latenssvaiheen päätöksentekoon. Vaikka monesta tuntui kotona, että he pärjäisivät hyvin, he halusivat silti olla sairaalassa kaiken varalta. Myös

			<p>läheiset kannustivat naisia lähtemään sairaalaan tarkistussmiessä. Epävarmuuden aste sen suhteen milloin on hyvä lähteä sairaalaan näyttää määräytyvän ennakkoodotusten ja kokemusten mukaan yhdessä nykyisen ja odotettavissa olevan kivun kanssa. Lisäksi päätökseen lähteä sairaalaan vaikuttavat kodin ja sairaalan välimatka, kumppanin toiveet, kivunlievitys toiveet ja sairaalan ohjeistus.</p>
<p>Chuma, C., Kihunwa, A., Matovelo, D. & Mahendeka, M. 2014. Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. Tanzania.</p>	<p>Kuvaileva poikkileikkaustutkimus</p>	<p>500 matalan riskin synnyttäjää, raskausviikot 37-42, ikä 18-35, yksisikiöinen raskaus. Naiset joilla oli taustalla sektio tai nykyinen raskaus oli monisikiöraskaus eivät täyttäneet sisääntokriteereitä, eikä myöskään ne, joilla oli jokin sairaus kuten epilepsia, diabetes, HIV, astma, verenpainetauti tai, jos raskauden aikana oli tehty epänormaali ultraäänilöydös.</p>	<p>Synnytykseen puuttuminen, kuten oksitosiinin käyttö, kalvojen puhkaisu tai sektio, oli suurempaa latenssvaiheessa sairaalaan otetuilla naisilla. Spontaani synnytys oli yleisempää aktiivisessa vaiheessa sairaalaan otetuilla. Aktiivisessa vaiheessa sisään otetuilla synnyttäjillä oli enemmän repeämiä ja synnytyksen jälkeistä verenvuotoa, kuin latenssvaiheessa sisään otetuilla synnyttäjillä.</p>
<p>Eri, T., Blystad, A., Gjengedal, E. & Blaaka, G. 2008. Negotiating credibility: first-time mothers' experiences with the labour ward before hospitalisation. Norja.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>17 matalan riskin ensisynnyttäjää, joiden synnytys käynnistyi spontaanisti</p>	<p>Naisen päättäessä ottaa yhteyttä sairaalaan ja hänen päättäessä, kuinka hän ottaa yhteyttä esiintyy usein 4 keskeistä teemaa: neuvottelua kahdella rintamalla (läheisten ja ammattihenkilökunnan kanssa), välttää kotiin lähettämistä, et-</p>

			sii säännöllisyyttä supistuksista ja kokee haavoittuvuutta.
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. Sveitsi.	Kuvaileva, prospektiivinen tutkimus	12/-06 - 05/-07 välisenä aikana sairaalaan rv 37-42 saapuneet ensisynnyttäjät, jotka tulivat joko latenssi- tai aktiivisessa vaiheessa tai lapsivedenmenon jälkeen.	25-35-vuotiaat kokivat enemmän ahdistusta kuin vanhemmat naiset. VAS keskimäärin 4,8. Epiduraalipuudutuksen saaneet kokivat vähemmän ahdistusta. Latenssivaiheessa olevien ahdistus ja kipu on vähäisempää, kuin aktiivisessa vaiheessa olevien. Ahdistus liitettiin huonompaan kontrollintunteeseen. Ahdistuneisuus ei lisännyt toivetta kipulääkitykselle.
Janssen, P., Still, D., Klein, M., Singer, J., Carty, E., Liston, R. & Zupancic, J. 2007. Early Labor Assessment and Support at Home Versus Telephone Triage: A Randomized Controlled Trial. Iso-Britannia.	Satunnaisesti kontrolloitu tutkimus	1459 tervettä ensisynnyttäjää	Ne naiset, joiden kotona oli käynyt hoitaja latenssivaiheessa, eivät vaatineet sektiota huomattavasti vähemmän, kuin ne naiset, jotka olivat saaneet vain puhelinneuvontaa latenssivaiheessa. Kotikäynnit auttavat naista selviytymään synnytyksestä ja vähentävät latenssivaiheen aikaisia sairaalakäyntejä.
Lundgren, I., Andrén, K., Nissen, E. & Berg, M. 2013. Care seeking during the latent phase of labour - Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. Ruotsi.	Takautuva väestöpohjainen kohorttitutkimus	2005 vuonna kahdessa Ruotsin synnytys sairaalassa synnyttäneet naiset, jotka saivat hoitoa latenssivaiheen aikana. Yhteensä 1023. Poissulkukriteerit: synnytys oli käynnistetty, elekttiivinen sektio, rv alle 37, monisikiöraskaus.	Naisista 57.8 % jäi latenssivaiheessa sairaalaan. 50.5 %:lla oli pitkittynyt latenssivaihe. Ensisynnyttäjillä, jotka jäivät latenssivaiheessa sairaalaan, oli matalampi spontaanien synnytysten lukumäärä, enemmän hätäsektioita ja heidän lapset saivat 5 min iässä Apgar-pisteiksi useammin alle

			7. Uudelleensynnyttäjän, jolla oli taustalla alatiesynnytys, tuloksiin ei vaikuttanut jäikö hän latenssivaiheessa sairaalaan vai oliko hän latenssivaiheen kotona.
Ohel. G., Gonen, R., Vaida, S., Barak, S. & Gaitini, L. 2005. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: Does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. Israel.	Satunnaisesti tutkimus	449 latenssivaiheen ensisynnyttäjää. kohdunsuu alle 3cm auki, sai epiduraalipuudutuksen joko heti ensimmäisestä pyynnöstä (221) tai vastaitten, kun kohdunsuu oli avautunut vähintään 4cm (228)	Aikaisen epiduraalipuudutuksen ryhmässä kohdunsuu oli keskimäärin auki 2,4 cm ja myöhäisen epiduraalipuudutuksen ryhmässä kohdunsuu oli keskimäärin auki 4,6 cm puuduttamishetkellä. Sektioluvuissa ei ollut suurta eroa ryhmien välillä (13 % vrt. 11 %). Avautumisvaihe oli nopeampi aikaisen epiduraalipuudutuksen ryhmässä (5,9 h vrt. 6,6 h). Synnytyksen jälkeen synnyttäjät pitivät aikaista epiduraalipuudutusta parempana vaihtoehtona ja olisivat valinneet sen seuraavaan synnytykseen.
Parsons, M., Bidewell, J. & Griffiths, R. 2007. A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. Australia.	Vertaileva tutkimus	217 englantia puhuvaa matalan riskin ensisynnyttäjää	Syöminen synnytyksen alkuvaiheessa yhdistettiin keskimäärin 2,16h pidempään synnytykseen. Kun naiset söivät sekä synnytyksen alku- että aktiivisessa vaiheessa, synnytyksen kesto piteni keskimäärin 3,5h. Syömistä ei yhdistetty pahoinvointiin, synnytyksen interventioihin tai huonoihin lopputuloksiin.

<p>Tilden, E., Lee, V., Allen, A., Griffin, E. & Caughey, A. 2015. Cost-Effectiveness Analysis of Latent versus Active Labor Hospital Admission for Medically Low-Risk, Term Women. Yhdysvallat.</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Teoreettinen kohorttitutkimus.</p>	<p>3.2 miljoonaa matalan riskin synnyttäjää</p>	<p>Sairaalaan sisään ottaminen vasta aktiivisessa vaiheessa voisi johtaa: 672 000 epiduraalipuudutusta vähemmän, 67 232 sikiötä vähemmän ja 9.6 äitikuolemaa vähemmän. Jos synnyttäjät otettaisiin sairaalaan sisään vasta aktiivisessa vaiheessa, säästäisi se Yhdysvalloissa kuluja vuosittain 694 miljoonaa dollaria.</p>
<p>Wang, F., Shen, X., Guo X., Peng, Y. & Gu, X. 2009. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial. Kiina.</p>	<p>Määrällinen randomisoitu tutkimus</p>	<p>01/-03 - 12/-07 välisenä aikana tietyssä sairaalassa synnyttäneet perusterveet, 18-45-vuotiaat ensisynnyttäjät, joilla ei ollut lääke- tai alkoholi-riippuvuutta tai raskaudessa hypertensiota, eikä synnytystä suunniteltu käynnistettävän. Raskaus yksisikiöinen ja sikiön täytyi olla rt:ssa sekä synnyttäjän oli haluttava epiduraalipuudutus. Yhteensä 12 793 naista.</p>	<p>Aikainen epiduraalipuudutus annettiin kohdunsuun ollessa auki keskimäärin 1,6 cm ja myöhäinen 5,1 cm. Synnytyksen kesto kivunlievitystoiveesta lapsen alateitse syntymiseen oli sama: 11,3+/-4,5h aikaisessa kivunlievityksessä ja 11,8+/-4,9h myöhäisessä. Eroa ei havaittu sektiolukemissa ryhmien välillä: 23,2 % vs. 22,8 %. Ensisynnyttäjän epiduraalipuudutus kohdunsuun ollessa auki 1cm tai enemmän ei siis pitkitä synnytystä tai lisää sektioriskiä verrattuna epiduraalipuudutukseen, joka on annettu kohdunsuun ollessa auki 4cm tai enemmän.</p>
<p>Ängeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I. & Sandin-Bojö, A-K. 2015. Primiparous women's preferences</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>16 ruotsia puhuvaa ensisynnyttäjää, jotka olivat sairaalaan tullessaan matalanriskin synnyttäjiä, joilla latenssvaiheen kesto yli 18 h (pitkittynyt latenssvaihe) sekä</p>	<p>Pääkategoria 'tarve yksilöllisesti sovellettuun ohjaukseen ymmärtääkseen ja pärjätäkseen pitkittyneen latenssvaiheen kanssa' kattaa naisten mieltymykset. 'Tapa</p>

<p>for care during a prolonged latent phase of labour. Ruotsi.</p>		<p>synnyttivät terveen lapsen.</p>	<p>toivottaa tervetulleeksi eikä torjua', 'yksilölliseksi muokattu hoito', 'tärkeä tieto, joka valmistaa todellisuuteen ja selviämiseen', 'osallistuminen ja tarve palautteelle' ja 'pysyminen lähellä synnytysosastoa tai kättilön tuen saaminen' tiivistyivät vastauksista. Naisten tarve ammattilaisen tukeen lisääntyi ajan kuluessa. Lämminhenkinen vastaanotto latenssivaiheessa koettiin turvaa tuovaksi</p>
--	--	------------------------------------	---

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen lähdeaineisto, asiantuntija-artikkelit

Kirjoittaja, artikkelin nimi, julkaisu	Keskeinen sisältö
Baxter, J. 2007. Care during the latent phase of labour: supporting normal birth. <i>British Journal of Midwifery</i> 15 (12)	Latenssivaihe voi olla hämmentävä ja huolestuttaa naista. Latenssivaiheen diagnoosin teko on vaikeaa. Kuinka latenssivaiheen hoito perustellaan synnyttäjälle, on iso osa sitä millaiseksi synnytyskokemus muodostuu. Latenssivaiheesta tulisi antaa enemmän informaatiota.
Giving birth: upright positions shorten first stage labour. 2009. <i>MIDIRS Midwifery Digest</i> 19 (2)	Lawrence & Co (2009): Cochrane-katsauksessa selvisi, että synnytyksen ensimmäinen vaihe huomattavasti lyhyempi (noin 1h) niillä, jotka polvistuivat, seisoivat, kävelivät tai istuivat pystyasennossa verrattuna niihin, jotka makasivat. Todistettavasti pystyasennolla ja liikkumisella on etuja eikä riskejä. Synnyttäjiä tulisi kannustaa olemaan haluamassaan asennossa, mutta etenkin välttämään makaamista.
Greulich, B. & Tarrant, B. 2007. The latent phase of Labor: Diagnosis and Management. <i>Journal of Midwifery & Women's health</i> . 52 (3)	Kätilön tärkeä tunnistaa milloin aktiivinen vaihe ei ole vielä alkanut, koska virheelliset diagnoosit johtavat tarpeettomiin puuttumisiin. Synnytyksen vaiheen määrittämien on mahdollista tehdä vasta jälkeinpäin katsoen sisätkimusten sarjaa. Kun naiselle annetaan erilaisia hoitovaihtoehtoja, joista hän saa päättää mieleisimmän, tulee hänelle kontrollin tunne omasta synnytyksestä.
Janssen, P., Nolan, M-L., Spiby, H., Green, J., Gross, M-M., Cheyne, H., Hundley, V., Rijnders, M., De Jonge, A. & Buitendijk, S. 2009. Roundtable discussion: early labor: what's the problem? <i>Birth: Issues in Perinatal Care</i> 36 (4)	Tiedossa ei ole mikä tarkalleen käynnistää synnytyksen. ELASH-tutkimus osoitti, että kun ammattihenkilö on tehnyt kotikäynnin latenssivaiheen synnyttäjän luokse, koki synnyttäjä, että hän pärjää paremmin ja tuli sairaalaan keskimäärin edistyneemmässä kohdun suun tilanteessa. Latenssivaiheessa kotikäynnin saaneilla naisilla ei ollut kuitenkaan vähemmän epiduraalipuudutuksia, puuttumista synnytykseen tai sektioita.
McNiven, P., Williams, J., Hodnett, E., Kaufman, K. & Hannah, M. 2007. Campaign for Normal Birth. Support in early labour. <i>Midwives</i> . 10 (7)	Latenssivaiheesta selviytymisessä voi olla avuksi: TENS, asentohoito, puhua latenssivaiheesta enemmän raskauden aikana, enemmän kätilön kotikäyntejä, puhelinneuvonta, lepo sekä perhe tietoisiksi latenssivaiheesta (jotta he osaavat tukea, eikä lisätä huolta).

<p>Walsh, D. 2009. Care pathways and the latent phase of labour. <i>British Journal of Midwifery</i> 17 (2)</p>	<p>Kätilöiden määritelmä latenssivaiheesta on paljon laajempi kuin oppikirjojen. He huomioivat mielialan, ruokahalun ja unirytmien muutokset tärkeinä merkkeinä siitä, että jotain on tekeillä. Gross & Co (2006): tekivät tärkeän ehdotuksen siitä, että kätilöiden tulisi synnyttäjän sairaalaan tullessa kysyä häneltä, mistä hän tunnisti synnytyksensä alkaneen, eikä yksityiskohtaisia tietoja supistuksista. Kun synnyttäjälle tarjotaan arviointia kotiin synnytyksen alkuvaiheessa, he saapuvat sairaalaan edistyneemmässä vaiheessa ja synnytyksiin puututaan vähemmän.</p>
---	---