

Marika Kuittinen, Eeva Ojajarju

Kotisynnytyksen turvallisuus

Synnyttäjien näkemyksiä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilötyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

19.4.2017

Tekijät Otsikko	Marika Kuittinen, Eeva Ojajarju Kotisyntytyksen turvallisuus – synnyttäjien näkemyksiä
Sivumäärä Aika	33 sivua + 3 liitettä 19.4.2017
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyö
Ohjaaja	Eija Raussi-Lehto, Lehtori, THM
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka synnyttäjät huomioivat ja pyrkivät edistämään turvallisuutta kotisyntytyksessä ja sen suunnittelussa. Työssä tarkasteltiin myös synnytysyksiköiden vähenemisen mahdollisia vaikutuksia kotisyntytyksivalintaan. Tavoitteena oli tarjota ajantasaista tietoa suunnitellun kotisyntytyksen turvallisuudesta synnyttäjälähtöisestä näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka teoreettinen viitekehys luotiin turvallisuuden käsitteen moniulotteisuus huomioiden. Aineisto kerättiin strukturoidulla internetkyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi 47 suunnitellusti kotona synnyttänyttä henkilöä ja aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysilla.</p> <p>Vastausten perusteella suunniteltujen avustettujen kotisyntytysten turvallisuutta lisäsivät tuttujen terveydenhuollon ammattilaisten ja avustajien läsnäolo, kattava tiedonhankinta sekä henkinen ja fyysinen valmistautuminen. Koti synnytysympäristönä koettiin turvalliseksi. Vastaajien joukossa oli joitain suunniteltuja avustamattomia kotisyntytyksiä joihin ei hankittu terveydenhuollon ammattilaista, mutta valmistauduttiin muilta osin hyvin samankaltaisesti. Näistä vastauksista korostui erityisesti autonomian merkitys turvallisuuden tunteelle. Suurella osalla vastaajista pienten synnytysyksiköiden sulkemiset eivät vaikuttaneet kotisyntytyspäätökseen, mutta noin kolmannes vastaajista kertoi sulkemisilla olleen vaikutusta. Pienten synnytysyksiköiden sulkemisten koettiin heikentäneen mahdollisuutta huomioida yksilöllisiä synnytystoiveita ja kasvaneen välimatkan lisänneen riskiä suunnittelemattomaan sairaalan ulkopuoliseen synnytykseen.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset osoittavat kotisyntyttäjien olevan erittäin valmentautuneita aiheeseen ja arvostavan luottamuksellista hoitosuhdetta sekä sen jatkuvuutta. Tutkimus selvittää synnyttäjien näkemystä turvallisuudesta kotisyntytyksessä, mutta aiheetta olisi syytä tutkia tarkemmin kattavampien tulosten saamiseksi. Myös avustamattomien kotisyntytysten odottamattoman suuri osuus vastauksista osoittaa lisätutkimuksen tarpeen.</p>	
Avainsanat	kotisyntytyks, pienet synnytysyksiköt, synnyttäjän näkökulma, turvallisuus

Authors Title	Marika Kuittinen and Eeva Ojajarju The Safety of Home Birth - Birthing Person's Perspective
Number of Pages Date	33 pages + 3 appendices 19 April 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor	Eija Raussi-Lehto, Senior Lecturer, M.Sc. (Health Sci.)
<p>The purpose of this study was to find out how persons who have given birth at home perceived and promoted safety in home birth and its arrangements. Moreover, the purpose was to observe whether the reduced amount of maternity wards had any impact on home birth decision. The aim was to offer current information on the safety of home birth from the perspective of people giving birth.</p> <p>The study was carried out with the methods of qualitative researches. We included the diversity of safety to the theoretic framework. Data for this study were collected by a structured on-line questionnaire. 47 respondents answered the questionnaire, and we analysed the data by the method of deductive content analysis.</p> <p>We found that the presence of familiar and skilled midwives or other health care professionals increased the feeling of safety in home births. Education, knowledge and preparation had also a big impact on it. Home was considered as a safe environment. A few respondents had a planned unassisted home birth without a health care professional. They considered especially autonomy as an important part of safety. Most of the respondents did not feel that the reduction of maternity wards had any influence on their home birth decision. Approximately one in three mentioned that it had an impact on the decision-making. Smaller, closed maternity wards were considered to offer more personal care. Planned home birth was considered safer than giving birth on the way to the hospital when the distance to the maternity ward was increased.</p> <p>The results lead to the conclusion that people who gave birth at home were well-prepared and appreciated confidential care and its continuity in home birth. The study may be of help in clarifying the concept of safety in home births, but further researches may examine safety even wider. The proportion of unassisted home births lead to the conclusion that further research is needed for the subject has been examined very little before.</p>	
Keywords	birthing person's perspective, home birth, safety, small maternity units

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	2
2.1	Turvallisuus	2
2.2	Matalan riskin synnyttäjä	3
2.3	Suunniteltu kotisynnytys	3
2.4	Kotikätilö	3
3	Turvallisuus kotisynnytyksessä	4
3.1	Synnytysyksiköiden väheneminen Suomessa	6
3.2	Kotisynnytyksen turvallisuus tutkimusten valossa	7
3.3	Synnyttäjän näkökulma	8
3.3.1	Koti synnytyspaikkana	8
3.3.2	Synnytyksen avustajat	9
3.3.3	Kotisynnytykseen valmistautuminen	10
3.3.4	Mahdolliset komplikaatiot	10
3.3.5	Turvallisuuden tunne	11
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	11
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	12
5.1	Tiedonhaun kuvaus	12
5.2	Tutkimusmenetelmä	12
5.3	Kohderyhmä ja aineiston keruu	13
5.4	Kyselylomakkeen laatiminen	14
5.5	Aineiston analysointi	15
6	Tulokset	17
6.1	Synnytysyksiköiden sulkemisten vaikutus	17
6.2	Kotisynnytykseen valmistautuminen	18
6.3	Läsnäolijat	19
6.4	Komplikaatioihin varautuminen	20
6.5	Sisäinen turvallisuuden tunne	21
6.6	Turvallisuuden ulkoiset tekijät	21
6.7	Suunnitellut avustamattomat kotisynnytykset	22
7	Pohdinta ja johtopäätökset	24

7.1	Tulosten tarkastelu	24
7.2	Tutkimusprosessin ja -menetelmän arviointi	27
7.3	Eettisyys ja luotettavuus	29
7.4	Jatkotutkimusehdotukset	30
	Lähteet	31
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje	
	Liite 2. Kyselylomake	
	Liite 3. Analyysirunko	

1 Johdanto

Suunniteltujen sairaalan ulkopuolisten synnytysten eli kotisyntymysten määrä on Suomessa vähäistä, mutta niiden määrä on useampana vuotena peräkkäin noussut: vuonna 2014 suunniteltuja kotisyntymyksiä oli 29 ja seuraavana vuonna 45 (THL 2015; THL 2016). Suunniteltujen kotisyntymysten yleistyminen huomioitiin myös virallisesti, kun äitiysneuvoloille annettiin virallinen suositus kotisyntymyksiä koskien (Äitiysneuvolaopas 2013: 256-259). Kotisyntymysten lisäksi myös matkasynnytysten ja suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä on noususuuntainen, vaikka syntyvyys koko maassa laski 3,5 prosenttia. Seitsemän synnytysosastoa on suljettu vuodesta 2010 ja Terveysministeriön asettama tuhannen synnytysten vähimmäismäärä ei täyty kolmanneksessa jäljellä olevista Suomen synnytysairaaloista. (THL 2016.)

Kotisyntymyksistä keskusteltaessa ensimmäisten joukossa esiin nouseva teema on turvallisuus, sillä Suomi on tilastollisesti maailman kärkimaita synnyttäjän ja vastasyntyneen kuolleisuuden vähyydessä (WHO 2015, Unicef 2015). Suomessa synnytyspaikaksi on viimeisten vuosikymmenten ajan kulttuurisesti mielletty sairaala, mutta esimerkiksi eri Pohjoismaissa synnyttäjillä on useampia vaihtoehtoja joiden väliltä valita (Lindgren – Kjaergaard – Olafsdottir – Blix 2014: 3-6). Kotisyntymys edellyttää synnyttäjältä valmistautumista sekä henkisesti että konkreettisesti synnytykseensä jo raskausaikana (Dahlen – Barkley – Homer 2008: 25-26; Äitiysneuvolaopas 2013: 256). Suomalaista kotisyntymystä on tutkittu varsin vähän ja tutkimusta kotisyntymyksen turvallisuudesta synnyttäjän näkökulmasta ei löydy.

Opinnäytetyömme kartoittaa kotisyntymättäjien näkemyksiä turvallisuuden huomioimisesta kotisyntymyksessä ja sen valmisteluissa. Tarkastelemme myös synnytysyksiköiden vähenemisen mahdollisia vaikutuksia päätöksentekoon. Opinnäytetyömme on osa Synnytys sairaalan ulkopuolella -hanketta. Tavoitteenamme on tarjota tietoa suunnitellun kotisyntymyksen turvallisuudesta synnyttäjälähtöisestä näkökulmasta.

2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön kannalta keskeiset käsitteet tarkentavat käsiteltyjä aiheita ja auttavat hahmottamaan kokonaisuutta. Keskeisillä käsitteillä määritellään turvallisuuden monipuolisuutta ja kotisyntyistä suomalaisesta näkökulmasta.

2.1 Turvallisuus

Turvallisuus on käsitteenä abstrakti ja laaja eikä sille ole yksiselitteistä määritelmää, sillä se riippuu asiayhteydestä (Thorsen, Rolf 2006: 222). Sana turvallinen voi tarkoittaa vaaratonta, suojaista, varmaa turvallisuuden tunteen aiheuttavaa ja luottamusta herättävää (Kielitoimiston sanakirja 2016). Turvallisuus voidaan nähdä tarpeena ja arvona: ihmisellä on hyvinvointinsa takaamiseksi tarve turvallisuuteen, varmuuteen ja vaarojen poissaoloon (Niemelä, Pauli 2000: 22). Yksilön kannalta turvallisuutta voi tarkastella sisäisenä ja ulkoisena turvallisuutena. Sisäinen turvallisuus voidaan kuvata turvallisuuden tunteena, joka kytkeytyy usein ihmisen aiempiin elämäkokemuksiin. Turvallisuuden tunne voi sisältää esimerkiksi levollisuutta, luottamusta ja tunnetta vaaran poissaolosta; turvallisuuden tunnetta kokeva voi antautua. Turvallisuuden tunteen esteenä on pelko tai tunne uhasta. Ulkoisen turvallisuuden tekijät koostuvat ympäröivistä asioista kuten välineistöstä ja ympäristöstä. Sisäisestä turvallisuudesta poiketen ulkoisen turvallisuuden laatu on mahdollista varmistaa esimerkiksi lääketieteellisten laitteiden ja toimintamenetelmien tasosta huolehtimalla. (Thorsen, Rolf 2006: 222-235.)

Terveydenhuollon puolella turvallisuutta voidaan tarkastella potilasturvallisuuden näkökulmasta, jolloin kaiken toiminnan on tarkoitus varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilaan kannalta potilasturvallisuus tarkoittaa oikeaan aikaan tapahtuvaa oikeanlaista hoitoa, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Mitä on potilasturvallisuus? 2014.) Synnytykseen liittyviä kansainvälisesti verrattavia turvallisuus- ja laatusuureita ovat perinataalikuolleisuus, äitiyskuolleisuus ja keisarileikkausten, imukuppsyntyysten sekä vaikeiden repeämien määrät (Tapper 2014).

2.2 Matalan riskin synnyttäjä

Kotisyntyjän suositellaan olevan perusterve matalan riskin uudelleensynnyttäjä. Matalan riskin synnyttäjästä puhutaan, jos raskaudessa ei todeta riskitekijöitä. Odottajalla ei saa olla perussairauksia, raskaus on yksisikiöinen ja sikiö on päätilassa. Raskauden kulku on säännöllinen eikä raskaana oleva ole streptokokkiantigeeni B-positiivinen. Aikaisempia keisarileikkauksia tai imukuppisyntyksiä ei myöskään suositella olevan. Synnytys tapahtuu täysiaikaisena alatiesynnytyksenä raskausviikoilla 38-42. (Äitiysneuvolaopas 2013: 257.)

2.3 Suunniteltu kotisyntyminen

Suunniteltu avustettu kotisyntyminen tarkoittaa synnyttäjän omassa kodissa tai muualla sairaalan ulkopuolella tapahtuvaa synnytystä, jossa avustaa kaksi terveydenhuollon ammattilaista: kättilö-kättilö- tai kättilö-lääkäri-työpari. Synnyttäjän syytä kotisyntyksen valintaan on perusteltu muun muassa paremmalla itsemääräämisoikeuden toteutumisella, kotiympäristön tärkeydellä ja aikaisemmillä huonoilla sairaalasyntymiskokemuksilla. Yhtenä syynä kotisyntymisvalinnalle voi myös olla mahdollisuus aiempien lasten läsnäoloon synnytyksen aikana ja sen jälkeen. Synnyttäjät kuvailevat kotisyntyksen olevan positiivinen ja merkityksellinen kokemus, jolla on vaikutusta kivunlievityksen tarpeettomuuteen ja itsetunnon kohoamiseen. (Raussi-Lehto – Jouhki 2015: 286, Äitiysneuvolaopas: 256.)

2.4 Kotikätilö

Useimmissa tapauksissa kotisyntyksiä avustaa kotikätilö eli ”koti” (Jääskeläinen – Vierimaa 2015: 4). Äitiysneuvolaoppaan suositusten mukaan kotikätilön kanssa toimii lisäksi toinen terveydenhuollon ammattilainen, kättilö tai lääkäri. Kätilö osaa hoitaa synnytyksen ja tarvittaessa elvyttää vastasyntyneen. Hän huolehtii äidin ja vastasyntyneen hyvinvoinnista ja toipumisesta synnytyksen jälkeen. Kätilö arvioi vastasyntyneen voinnin vähintään kerran vuorokaudessa lastenlääkärin tarkastukseen asti. (Äitiysneuvolaopas 2013: 256-258.)

Kätilö on vastuussa myös suunnitellun kotisynnytyksen kirjaamisesta. Hän kirjaa potilasasiakirjoihin hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tarpeelliset tiedot. Kotikätilön tehtäviin kuuluu lisäksi ilmoittaa lapsen syntymään liittyvät tiedot suoraan maistraattiin. (Äitiysneuvolaopas 2013: 258.)

3 Turvallisuus kotisynnytyksessä

1900-luvun aikana pohjoismainen yhteiskunta on muuttunut valtavasti: aiemmin synnytys tapahtui liki poikkeuksetta kotona tai muussa arkisessa ympäristössä, mutta nykyään valtaosa lapsista syntyy sairaaloissa. Äiti- ja lapsikuolleisuus ovat vähentyneet merkittävästi ja synnytystä voidaankin pitää nykyään kaikissa Pohjoismaissa turvallisena tapahtumana. Synnytysten turvallisuutta ovat parantaneet tuntuvasti yleisen elintason nousu sekä julkisen terveydenhuollon, kirurgian ja antibioottien kehittyminen. (Lindgren ym. 2014: 3.)

Kätilöillä on ollut synnytys- ja lastenlääkäreiden ohella merkittävä rooli raskausajan ja synnytyksen hoidon kehittymisessä sekä synnytyskuolleisuuden vähenemisessä. Suomessa synnytykset olivat pitkään avustamattomia tai synnyttäjälle tuttujen maallikkokätilöiden hoitamia. Julkisen terveydenhuollon kehittyminen vaikutti synnytyksiin etenkin koulutettujen kätilöiden ja neuvolatoiminnan lakisääteisellä laajenemisella koko maahan. Tavoitteena oli äitiys- ja lapsikuolleisuuden vähentäminen odottajaa ja sikiötä tarkkailemalla sekä odottajien tietoperustaa parantamalla. Tarkoituksena oli saada kaikki odottajat turvautumaan odotusaikana ja synnytyksessä koulutettuun kätilöön ja tarvittaessa synnytyssairaalaan. (Lindgren ym. 2014: 3; Helsti 2000: 85-86, 283.)

Nykypäivänä monessa länsimaassa kulttuurinen normi synnytyspaikaksi on sairaala tai muu lääketieteellinen yksikkö. Koti tai muu sairaalan ulkopuolinen synnytyspaikka on synnytyspaikan valintana harvinainen, mutta monessa maassa on havaittavissa kotisynnytyksmäärien tilastollista nousua. (Zielinski – Ackerson – Low 2015: 361.) Synnytykskulttuuria tarkasteltaessa Pohjoismaat ovat jossain määrin vertailukelpoisia. Yhdistäviä tekijöitä ovat muun muassa kulttuuritausta, verovaroin katettu julkinen terveydenhuolto ja tasapuolisesti tarjottu äitiyshuolto. Matalan riskin synnytyksen hoitaja on joka maassa pääsääntöisesti kätilö. Yhtäläisyyksistä huolimatta Pohjoismaiden käytänteissä on eroja esimerkiksi raskauden seurannan, hoitajan ja synnytyspaikan valinnanvapauden suhteen. Maantieteelliset erot vaikuttavat kuitenkin jo yksittäisen maan sisällä siihen, kuinka

paljon todellisia vaihtoehtoja synnytyspaikan valinnalle on. Osassa Pohjoismaista synnytyksiä hoidetaan sairaaloiden lisäksi myös kättilövetoisissa yksiköissä ja suunniteltu kotisyntyminen voi olla osittain tai kokonaan verovaroin katettu vaihtoehto. (Lindgren ym. 2014: 3-4.)

Suunniteltujen sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä Suomessa on noussut (Taulukko 1). Nousu voi johtua osittain synnytyksiä hoitaneiden kättilöiden ja lääkäreiden ilmoitettua niistä aiempaa tarkemmin (Vuori 2017).

Taulukko 1. Suunnitellut kotisyntytykset Suomessa. (THL 2016; Gissler 2017; Vuori 2017.)

2007	13	2010	12	2013	23
2008	7	2011	11	2014	29
2009	10	2012	18	2015	45

Ensisijaiseksi synnytyspaikaksi kaikille synnyttäjille suositellaan sairaalaa, mutta kotisyntymistä suunnittelevan odottajan tulee saada terveydenhuollon ammattilaisilta asiallista tietoa päätöksentekonsa tueksi (Äitiysneuvolaopas 2013: 257). Vaikka synnytyspaikaksi suositellaan ensisijaisesti sairaalaa, suomalaisen palvelujärjestelmän yksi vaihtoehto on LYSY eli lyhytjälkihoitoinen sairaalasyntyminen. Tällöin synnyttäjä ja lapsi kotiutuvat alle 48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Varhaisen kotiutumisen edellytyksenä on säännöllinen raskaus ja synnytys sekä vastasyntyneen ja synnyttäjän hyvä vointi. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hyötyjä ovat asiakastyytyväisyys, taloudellisuus ja turvallisuus. Kotiympäristö suojaa sairaalabakteereilta, mahdollistaa lapsentahtisen imetyksen ja tukee varhaisista vuorovaikutusta koko perheen kesken. Mahdolliset riskit liittyvät vastasyntyneen fyysisen voinnin ja synnyttäjän palautumisen ongelmien varhaiseen havaitsemiseen, joka saattaa olla synnyttäneelle vaikeaa. Riskejä voidaan vähentää toimivalla seuranta-järjestelmällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. (Äitiysneuvolaopas 2013: 253-254.) Kotisyntytyksen jälkiseuranta on samankaltainen kuin lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä. Synnytyksen jälkeen vastasyntyneen voinnin tarkkailuvastuu on vanhemmilla ja synnytyksen hoitaneiden ammattilaisten tulee opastaa vanhempia voinnin seuraamisessa. Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi tämän lisäksi arvioida lapsen vointi vähintään kerran vuorokaudessa lastenlääkärin tarkistukseen asti. (Äitiysneuvolaopas 2013: 258-259.)

3.1 Synnytysyksiköiden väheneminen Suomessa

Suomessa synnytysten määrä on viime vuosina ollut laskusuunnassa (Taulukko 2). Myös synnytysyksiköiden määrä on laskenut jo pitkään: esimerkiksi vuonna 2007 synnytysosastoja oli 34, kymmenen vuotta myöhemmin 25. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2014 asetuksen, jonka mukaan synnytyksiä hoitavassa sairaalassa tulee muun muassa olla valmius kiireelliseen ja hätäsektioon sekä tehostettuun hoitoon. Sairaaloissa tulee myös hoitaa vähintään noin 1000 synnytystä vuodessa. Pienemmillä sairaaloilla on mahdollisuus hakea poikkeuslupaa, mikäli potilasturvallisuus tai palvelun saavutettavuus sitä edellyttää. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014 § 14.)

Taulukko 2. Synnytysten määrät Suomessa. (THL 2016; STAKES 2008.)

2007	58 025	2010	60 422	2013	57728
2008	58 925	2011	59 385	2014	57019
2009	59 918	2012	59 039	2015	55007

Vuoden 2014 lopulla ministeriö asetti selvityshenkilön tarkastelemaan pienten synnytysyksiköiden toimintaedellytyksiä. Nieminen (2015) totesi lausunnossaan, etteivät pienten sairaaloiden tulokset olleet edellisen vuoden tilastojen perusteella parempia synnytysten turvallisuuden kannalta, vaikka pienemmissä synnytyssairaaloissa oli pääsääntöisesti matalan riskin synnyttäjiä. Korkeamman riskin synnyttäjät on koko maassa pyritty keskittämään yliopistosairaaloihin. Turvallisuutta tarkasteltiin keisarinleikkausten, imukuppisynnytysten, kivunlievitysten, repeämien, Apgar-pisteiden ja napavaltimon pH-arvojen perusteella. (Nieminen 2015.)

Synnytysosastojen sulkemisia on perusteltu taloudellisilla syillä sekä henkilökunnan ja erityisesti päivystävien lääkäreiden riittämättömällä saatavuudella tietyillä alueilla. (Nieminen 2015; Gissler 2017.) Kustannusten kannalta vähintään 2000 synnytyksen yksiköt olisivat tehokkaimpia, mutta maantieteellisistä syistä niin korkea raja ei Suomessa ole perusteltu. Asetuksen astuttua voimaan poikkeusluvan haki ja sai viisi alle 1000 synnytystä hoitavaa synnytyssairaala. Hakemuksissa vedottiin saavutettavuuteen ja välimatkojen kasvamiseen, jotka johtaisivat potilasturvallisuuden heikkenemiseen. (Nieminen 2015.)

Asetuksen jälkeen synnytyssairaaloita on lakkautettu neljä. Näistä kaksi on aiemmin poikkeusluvan saaneita. (Gissler 2015; Nieminen 2015.) Jäljellä olevista Suomen synnytyssairaaloista kolmanneksessa noin tuhannen synnytyksen ohjeellinen raja ei täyty (THL 2016).

3.2 Kotisynnytyksen turvallisuus tutkimusten valossa

Kotisynnytyksen turvallisuutta käsittelevät tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia. Joidenkin tutkimusten perusteella kotisynnytyksissä käytetään vähemmän toimenpiteitä ja niihin saattaa liittyä myös vähäisempi infektioiden, peräaukon repeämien ja verenvuodon riski. Synnytysvaurioiden ja kuolleisuuden näkökulmasta tarkasteltuna synnyttäminen on etenkin matalan riskin uudelleensynnyttäjälle kutakuinkin yhtä turvallista sekä sairaalassa että suunnitellusti kotona. Kotisynnytys voi joidenkin tutkimusten perusteella altistaa alhaisille Apgar-pisteille ja nostaa perinataalikuolleisuuden riskiä, jotka ovat tavallisia kotisynnytysten turvallisuutta käsittelevissä tutkimuksissa käytettyjä määreitä. (Janssen ym. 2009: 379-382; Zielinski ym. 2015: 370-374; Raussi-Lehto – Jouhki 2015: 286.) Synnytyksen lopputulos lapsen näkökulmasta on keskeinen, mutta synnyttäjän kuolleisuus ja synnytyksessä vaurioituminen jäävät usein vähemmälle huomiolle, vaikka myös niiden merkitys turvallisuudelle on erittäin suuri. Vielä harvemmin huomioidaan synnyttäjän tyytyväisyys synnytyskokemukseen. (Zielinski ym. 2015: 362.)

Englantilainen National Institute for Health and Care Excellence, NICE, on määrittänyt kansallisen näyttöön perustuvan ohjeistuksen, jonka mukaan kaikkien matalan riskin synnyttäjien tulee saada kuulla, että synnytys on yleisesti ottaen turvallista synnyttäjälle ja syntyvälle lapselle. Synnyttäjä voi valita itse synnytyspaikkansa saaden sille hoitohenkilökunnan tuen. Matalan riskin ensisynnyttäjille suositellaan synnyttämistä kättilöjohtoisessa yksikössä, jossa interventiodien määrä on pienempi ja synnytyksen lopputulos on lapsen kannalta yhtä hyvä kuin lääkärijohtoisessa yksikössä. Ensisynnyttäjän kotisynnytyksessä synnytyksen huonon lopputuloksen riski on hieman kohonnut. Matalan riskin uudelleensynnyttäjiä kannustetaan synnyttämään ensisijaisesti kotona tai kättilövetoisessa yksikössä. (NICE 2014.)

Kotisynnytyksiä koskevien laajempien katsausten ja tutkimusten vertailu eri maiden välillä on haastavaa esimerkiksi toisistaan poikkeavien terveydenhuoltojärjestelmien ja tutkimusasetelmien vuoksi: avustettuja ja avustamattomia kotisynnytyksiä ei välttämättä

erotella ja kotisyntyiskelpoisuuden kriteerit poikkeavat toisistaan. Kotisyntytyksen turvallisuuden tutkiminen on hankalaa: valtaosa synnyttäjistä haluaa vaikuttaa synnytyspaikkansa valintaan, joten satunnaistettu vertailukoe eli koehenkilöiden arpominen kahden verrokkiryhmään ei ole toteutettavissa. Otannan pitäisi myös olla todella suuri, jotta tilastollisesti merkittäviä tuloksia esimerkiksi kuolleisuudesta olisi saatavilla. Kotisyntytystä suunnittelevat ovat väestötieteellisesti rajallinen ryhmä koko synnyttäjäväestöstä. Amerikkalaisten ja eurooppalaisten tilastokatsausten perusteella kotisyntytyksen valitsevat ovat todennäköisesti keskimäärin hieman vanhempia, korkeammin koulutettuja, sosioekonomiselta asemaltaan keski- tai ylempitasoisia uudelleensynnyttäjiä. (Zielinski ym. 2015: 362-370; Janssen ym. 2009: 377.)

3.3 Synnyttäjän näkökulma

Suomalaisten kotisyntyttäjien perusteita kotisyntytyksensä päätökselle ovat olleet muun muassa aiempi sairaalasyntytykskokemus, itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja halu valita synnytysten avustajat ja muut läsnä olevat henkilöt. Synnytys koetaan luonnolliseksi osaksi jokapäiväistä elämää eikä sitä pidetä sairautena, jota olisi tarpeen hoitaa sairaalassa. (Jouhki 2008: 58.) Nykypäivän sairaalassa tapahtuva synnytysten hoidon malli altistaa synnyttäjän vakiintuneille rutiineille, kuten tuntemattomalle henkilökunnalle, korkealle interventioden määrälle ja yksityisyyden puutteelle. Näillä voi olla epäsuotuisia vaikutuksia synnytysten etenemiselle. (Hodnett – Gates – Hofmeyr – Sakala 2013: 2-3.)

Australialaisen tutkimuksen mukaan jotkut sairaalassa synnyttäneistä olisivat käyttäneet yksityisten palveluntarjoajien kotisyntytykspalveluita varmistaakseen hoidon jatkuvuuden, jos se olisi ollut taloudellisesti mahdollista. Vaikka kotona synnyttäneiden tulotaso oli keskimäärin sairaalassa synnyttäneiden tulotaso korkeampi, oli useamman synnyttäjän tehtävä erityisiä järjestelyitä saavuttaakseen haluamansa synnytysolosuhteet. Kustannukset miellettiin kuitenkin vähemmän tärkeiksi kuin toivottujen synnytysolosuhteiden saavuttaminen. (Dahlen ym. 2008: 25-26.)

3.3.1 Koti synnytyspaikkana

Useimmat ihmiset mieltävät kodin rauhalliseksi paikaksi, jossa itse ympäristöön ja siinä tapahtuviin asioihin on vaikutusvaltaa. Tutkimusten perusteella kotona synnytysten ajatellaan sujuvan normaalimmin omalla painollaan, koska sairaalan ympäristö ja kulttuuri

ovat erilaiset ja henkilökunnan rutiinit voivat vaikuttaa synnytyksen kulkuun. Sairaalassa on tavallista, että synnytysshuoneessa käy synnytyksen aikana useita ihmisiä. Kotona synnytykseen osallistuvat ihmiset mielletään kutsutuiksi vieraisiksi, jotka ovat paikalla tukeakseen synnyttäjää. Oman kodin tutussa ja miellyttävässä ympäristössä omin ehdoin synnyttämistä on kuvattu tyydyttävämmäksi kokemukseksi. (Zielinski ym. 2015.)

3.3.2 Synnytyksen avustajat

Useiden tutkimusten mukaan synnytyksen turvallisuus lisääntyy merkittävästi, kun sen hoitaa synnytyksiin erikoistunut terveydenhuollon ammattilainen, kätilö tai lääkäri (Zielinski ym. 2015; Janssen ym. 2009). Pohjoismaissa matalan riskin synnyttäjien synnytyksen hoitaa ensisijaisesti koulutettu kätilö (Lindgren ym. 2014: 3-4). Suomessa kotisyntytystä suunnitteleva perheen suositellaan järjestävän synnytykseen avuksi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä, joilla tarkoitetaan kätilö-kätilö- tai kätilö-lääkäri-työparia (Äitiysneuvolaopas 2013: 256). Aktiivinen synnytys ry:n kotilolistalta löytyy Suomessa kotisyntytystä avustavia kätilöitä ja synnytyslääkäreitä (Kotilolista 2016).

Ihmislajin synnytyksissä on historiallisesti tarkasteltuna ollut tukena ja apuna tukihenkilö. Yhteiskunnan muuttuessa ja synnytysten siirtyessä pääsääntöisesti sairaalaan, on jatkuva tuki synnytyksen aikana muuttunut normista enemmän poikkeukseksi. Henkisen tuen, kannustamisen ja jatkuvan läsnäolon lisäksi tuki ilmenee myös fyysisenä, esimerkiksi ravitsemus- ja nestetasapainosta huolehtimisena, sekä kosketuksena. (Hodnett ym. 2013: 2-3.) Synnytyksen aikainen jatkuva tuki on yhteydessä lyhempään synnytyksen kestoon ja operatiivisten puuttumisten tarpeeseen. Se lisää alatiesynnytyksen todennäköisyyttä ja synnyttäjän tyytyväisyyttä. (Raussi-Lehto 2015: 248.) Jatkuva tuki voidaan nähdä myös eräänlaisena kivunlievityskkeinona, koska tukihenkilön läsnäololla havaittiin olevan yhteys matalampaan lääkkeellisen kivunlievitystarpeeseen. Kätilöllä on merkittävä rooli, mutta myös toisen vanhemman tai muun tukihenkilön läsnäolo lisää synnyttäjän turvallisuuden tunnetta sekä vähentää kipuja ja pelkoja. (Hodnett ym. 2013: 2-3; Raussi-Lehto 2015: 248.) Perhe voi haluta tuekseen myös ammattimaisen tukihenkilön eli doulan, jonka tehtävä on tukea synnyttäjää loppuraskauden ja synnytyksen aikana (DONA International 2017).

3.3.3 Kotisynnytykseen valmistautuminen

Kotisynnytystä suunnittelevan tulee saada terveydenhuollon ammattilaisilta asiallista tietoa päätöksentekonsa tueksi muun muassa kotisynnytyksen eduista, riskeistä, suositelluista kriteereistä ja juridisista kysymyksistä. Perheen tehtävänä on aloittaa synnytyksen suunnittelu ja käytännön järjestelyt jo hyvissä ajoin raskausaikana. (Äitiysneuvolaopas 2013: 256.)

Australialaisen tutkimuksen mukaan kotisynnyttäjät olivat huomattavasti sairaalassa synnyttäneitä valmistautuneempia synnytykseen. Kotona synnyttäneet olivat käyttäneet runsaasti aikaa perehtymiseen muun muassa kirjallisuuden ja valmennusten avulla. Kotisynnyttäjät olivat sairaalassa synnyttäneitä tietoisempia yksilöllisistä tarpeistaan ja kiinnostuneempia henkilökohtaisesta päätöksenteosta, kun taas sairaalassa synnyttäneet olivat riippuvaisempia hoitohenkilökunnasta ja luottavaisempia sairaalajärjestelmää kohtaan. Synnytyspaikasta riippumatta synnyttäjät pitivät filosofista taustaa ja hoidon tapaa merkityksellisempänä kuin fyysistä synnytysympäristöä. (Dahlen ym. 2008: 23-25.)

3.3.4 Mahdolliset komplikaatiot

Suomessa kotisynnytykseen suositellaan kahta synnytyksen ammattihenkilöä. Heillä on osaamista synnytyksestä, vastasyntyneen elvytyksestä, äidin ja vastasyntyneen hyvinvoinnista ja toipumisesta. Ammattilaisten vastuulla on myös tarvittava lääketieteellinen välineistö. Kotisynnytystä suunniteltaessa suositellaan huomioitavan nopea ja turvallinen siirtyminen synnytysairaalaan, jossa lääketieteellisillä toimenpiteillä, kuten sektiolla, voidaan tarvittaessa merkittävästi vähentää äitiys- ja perinataalikuolleisuutta. (Äitiysneuvolaopas 2013: 256-258.) Kotisynnytyksen aikana siirrytään sairaalaan komplikaatioiden ilmetessä tai niiden riskin kasvaessa. Sairaalaan siirtymisen tarvetta on tutkittu norjalaisien, ruotsalaisten, tanskalaisten ja islantilaisien kotisynnyttäjien osalta (n = 3068). Otannassa oli ensi- (n=572) ja uudelleensynnyttäjiä (n=2446). Ensisynnyttäjistä noin 30 % (n=186) ja uudelleensynnyttäjistä 8 % (n=195) siirtyi sairaalaan synnytyksen aikana tai sen jälkeen. Synnytyksen aikaisen siirtymisen syynä oli useimmiten synnytyksen hidastuminen, synnytyksen jälkeinen verenvuoto, repeämät tai vastasyntyneen hengitysongelmat. Kiireellisiksi arvioitujen siirtymien määrä oli 3,8 % (n=116). (Blix ym. 2016.)

3.3.5 Turvallisuuden tunne

Synnytyksen turvallisuutta tarkasteltaessa turvallisuuden käsitteen moniulotteisuus ja turvallisuuden tunteen merkitys jäävät usein varsin vähälle huomiolle. (Zielinski ym. 2015). Turvallisuuden käsitteen määrittely ei takaa ymmärrystä ihmisen turvallisuuden tunteen moninaisuudesta ja liian tarkka määritelmä voi siten johtaa harhaan. Turvallisuuden tunne on kytköksissä yksilön aiempiin elämäkokemuksiin ja sen esteenä ovat pelko tai uhan tunne. (Thorsen, Rolf 2006: 222.)

Muiden Pohjoismaiden kotisynnyttäjien kokemuksia on tutkittu muun muassa kätilöiden pätevyyden näkökulmasta. Kotisynnyttäjiä haastateltaessa ilmeni, että kotisynnytyksiä hoitaneiden kätilöiden pätevyys ja läsnäolo loivat synnyttäjille turvallisuuden tunteen. Turvallisuuden tunteeseen vaikuttivat etenkin välittävä lähestymistapa, turvallisen tuntuinen kosketus ja rauhallinen läsnäolo. (Sjöblom – Idvall – Lindgren 2014: 102-104.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, kuinka synnyttäjät ovat huomioineet ja pyrkineet edistämään turvallisuutta kotisynnytyksessä ja sen suunnittelussa. Tarkastelemme myös synnytysosastojen vähenemisen mahdollisia vaikutuksia kotisynnytyksvalintaan.

Tavoitteenamme on saada lisää tietoa suunnitellun kotisynnytyksen turvallisuudesta synnyttäjälähtöisestä näkökulmasta. Ajantasainen selvitys tarjoaa lisää tietoa odottajien, synnyttäjien ja synnyttäneiden kanssa työskenteleville ammattilaisille sekä muille kotisynnytyksistä kiinnostuneille.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi valikoituivat seuraavat kysymykset:

1. Millä tavoin synnyttäjät ovat huomioineet turvallisuuden kotisynnytyksessä ja sen valmistelussa?
2. Miten synnytyspaikkojen väheneminen on vaikuttanut päätökseen suunnitellusta kotisynnytyksestä?

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

Lähes vuoden mittainen opinnäytetyöprosessi eteni vaiheittain. Prosessin alussa aihetta jäsenneltiin ja tehtiin tiedonhakuja. Suunnitelmavaiheessa aihe muotoutui tiedonhakujen ja tietoperustan rajausten perusteella. Toteutusvaiheessa kerättiin aineisto, analysoitiin ja esitettiin tulokset. Opinnäytetyö loppuu pohdintaosioon, jossa käsitellään työn eettisyyttä ja luotettavuutta sekä jatkotutkimuksen tarvetta. Valmis opinnäytetyö tallennetaan Theseus-tietokantaan, josta se on luettavissa sähköisessä muodossa. Opinnäytetyöstä tehdään lopuksi kypsyysnäyte. (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2014.) Opinnäytetyön tuloksia esitellään posterin muodossa toukokuussa 2017 Metropoliasa aloittaneiden opiskelijoiden foorumissa.

5.1 Tiedonhaun kuvaus

Aloitimme hakemalla tietoa Medic-tietokannasta, mutta tarpeisiimme soveltuvia kotimaisia lähteitä ei löytynyt. Suomalaisista kotisyntyisistä väitöskirjaa tekevän henkilön ohjaamana päädyimme kahden kotisyntyisyyksen turvallisuutta käsittelevän tutkimuksen pariin, joiden kautta tavoitimme runsaasti myös muuta materiaalia eri tietokannoista. Haimme tietoa PubMed, Cinahl, Cochrane ja OVID Medline -tietokannoista ja hakusanoina käytimme ”planned home birth”, ”planned home birth outcome”, ”home birth safety”, ”planned home birth Nordic” ja ”preparing for home birth”. Suomalaisien synnytysyksiköiden osalta tiedonhaku keskittyi kotimaisiin tilastoihin, julkaisuihin ja asiantuntijalausuntoihin.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöhön valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Se sopii käytettäväksi silloin, kun tutkittavasta kohteesta ei tiedetä vielä juuri mitään tai sitä halutaan tarkastella uudesta näkökulmasta. Valintaperusteena voi olla myös halu lisätä tutkimusalueen syvällisempää ymmärtämistä. Tutkimusmenetelmän valintaa tehdessä on otettava huomioon tutkimuksen teoreettinen tavoite ja millaista tietoa tutkimuksella tavoitellaan. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 50.)

Laadullinen tutkimus keskittyy tutkittavan ilmiön kuvaamiseen, ymmärtämiseen ja tulkinnan antamiseen. Tutkimusmenetelmän avulla ilmiötä voidaan tutkia syvällisesti ihmisten

antamien merkitysten myötä. Merkityksillä viitataan ihmisten omiin näkemyksiin ja kokemuksiin reaali maailmastaan. Tutkittavana kohteena on aina yksittäinen tapaus ja pyrki- myksenä on saada siitä irti mahdollisimman paljon. Laadullinen tutkimus keskittyy sanoihin, teksteihin ja kuviin lukujen sijaan. Se tähtää löydöksiin ilman määrällisiä keinoja tai tilastollisia menetelmiä. On otettava kuitenkin huomioon, ettei tutkimustulos ole yleistet- tävässä, sillä se pätee vain tutkittavan kohteen osalta. (Kananen 2014: 18-20.)

5.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen aineiston keruun yhteydessä pohditaan aineiston kokoa eli tiedonantajien määrää. Kun kyseessä on opinnäytetyö, tiedonantajien määrän ratkaisevat useasti käytettävissä olevat tutkimusresurssit. Näitä ovat esimerkiksi tutkimukseen käytettävissä oleva aika ja rahakysymykset. Laadullista tutkimusta tehtäessä tutkimusaineiston koolla ei ole niin suurta merkitystä kuin sen laadulla. Tavoitteena on saada laadukasta, edus- tavaa ja teoreettisesti yleistettävää aineistoa tilastollisten yleistyksien sijaan. On siis tärkeää, että henkilöillä, joilta tietoa kerätään, on monipuolista osaamista tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 83; Tuomi – Sarajärvi 2009: 85-86; Vilkkä 2015: 150.) Valintakriteerimme tiedonantajien suhteen oli selvä: tar- vitsimme tutkimukseemme suunnitellusti kotona synnyttäneitä henkilöitä. Rajasimme koti- synnytykset vuosien 2007 ja 2017 välille.

Opinnäytetyöhön käytettävien resurssien vuoksi valitsimme aineistonkeruumenetel- mäksi sähköisen kyselylomakkeen. Se on taloudellinen ja käytännöllinen vaihtoehto, jol- loin tutkija saa helposti käännettyä sähköiset vastaukset suoraan tiedostoiksi (Valli 2015: 93). Kyselylomakkeessa vastaaja on aina anonymi, jolloin on helpompi käsitellä arka- luontoisempiakin kysymyksiä (Vilkkä 2015, 94). Jos kyselyn kohteena on jokin erityis- ryhmä, jolle tutkittava asia on tärkeä, voidaan valmistautua korkeampaan vastauspro- senttiin (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 201).

Kyselylomakkeen haasteena näyttäytyy kuitenkin joustamattomuus. Kyselylomakkeen laatijalla ei ole mahdollisuutta oikaista väärinkäsityksiä, selvittää ilmausten sanamuotoja tai käydä keskustelua tiedonantajien kanssa. Vertauksena toimii haastattelu, jolloin haastattelija on paikalla. Kyselylomakkeen laatija myös olettaa, että vastaaja on kirjoitus- ja lukutaitoinen eikä kyseessä ole kirjoittamista haittaavia tekijöitä, esimerkiksi alentunut näkö. Oletuksena on myös, että vastaaja kykenee ilmaisemaan itseään kirjallisesti tar- koittamallaan tavalla. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 73.)

5.4 Kyselylomakkeen laatiminen

Ennen kuin kyselylomaketta voidaan lähteä suunnittelemaan, on tärkeää, että teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet ovat päätettynä. Niiden avulla tutkittava asia on mitattavissa. Tietoa kannattaa etsiä myös laajemmin aihepiiriä koskevasta teoriakirjallisuudesta, aiemmista tutkimuksista sekä tilastokeskuksen tutkittavaa aihepiiriä koskevista tutkimuksista. Kyselylomake on tällöin paljon helpompi laatia, eikä kaikkea tarvitse keksiä itse. (Vilkkä 2015: 101-102.) Tarkastelimme suunnitellun kotisyntytyksen turvallisuutta synnyttäjän näkökulmasta sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kautta. Niitä teoriatietoon pohjaten muodostimme kyselylomakkeen kysymykset. Kysymysten pääteemoiksi tarkentuivat kotisyntytykseen valmistautuminen, osallistujat, komplikaatioihin varautuminen, turvallisuuteen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät sekä pienten synnytysyksiköiden vähenemisen mahdollinen vaikutus päätöksentekoon. Taustatietoihin laitoimme viisi tutkimuksen kannalta olennaista kysymystä, joissa selvitettiin vastaajan ikä ja koulutustaso synnytysaikalla, synnyttäneisyys, synnytysvuosi tai -vuodet ja mahdolliset aiemmat synnytyspaikat. Kyselylomake on liitteenä (liite 2).

Kyselylomakkeen taustatietoja kartoitettiin suljettujen ja monivalintakysymyksien avulla, jotta voitaisiin helposti käsitellä vastaajien tutkimuksen kannalta merkittävät taustatiedot. Varsinaiset kysymykset muotoiltiin avoimiksi kysymyksiksi, jolloin etuna on, että vastaaja pääsee ilmaisemaan itseään omin sanoin ja kertomaan juuri sen mitä on mielessä. Avoimet kysymykset eivät ehdota vastauksia vaan pikemminkin korostavat tiedonantajien tietämystä aiheesta. Tiedonantajat määrittelevät mikä on keskeistä ja tärkeää tietoa tuoda esille. Avoimet kysymykset mahdollistavat myös tunnistamaan tiedonantajien motivaatiota ja viitekehäksiä. (Hirsjärvi ym. 2009: 201.) Avoimien kysymysten vastauskentät muotoiltiin tarkoituksenmukaisesti suuremmiksi, jolloin ne mahdollisesti houkuttelevat tiedonantajia vastaamaan kysymyksiin laajemmin ja monipuolisemmin.

Kyselylomakkeen saatekirjeessä ilmoitetaan toteuttajat, tutkimuksen tavoite ja mihin tutkimustietoja käytetään. Siinä tulee mainita myös tietojen ehdoton luottamuksellisuus. Vastaajia ohjeistetaan mihin mennessä kyselyyn on vastattava. (Heikkilä 2005: 62.) Kyselylomakkeen jälkeen laadimme saatekirjeen, jossa rajasimme kohderyhmän, jotta lukijat saavat helposti selville kenelle kysely on tarkoitettu. Saatekirje on liitteenä (liite 1).

Alustava kyselylomake ja saatekirje lähetettiin opinnäytetyötä ohjaavan opettajan arvioitavaksi ennen sen muuttamista sähköiseksi kyselylomakkeeksi. Hyväksyvän vastauksen

jälkeen teimme sähköisen kyselylomakkeen Metropolian ohjeiden mukaisesti e-lomakkeeksi. Lomakkeen viimeistelimme kuitenkin opinnäytetyötä tekeville suunnatussa ATK-tilastotyöpajassa ohjaavan lehtorin avustuksella. Kyselylomake julkaistiin sosiaalisen median kautta Facebookissa suljetussa kotisyntyysaiheisessa ryhmässä, jonka ylläpitäjältä olimme ennakkoon kysyneet luvan kyselyn julkaisua varten. Teimme kyselytämme lyhyen Facebook-ilmoituksen, johon liitimme kyselyyn johtavan linkin. Tavoitteenamme oli saada vähintään 10 kotona synnyttäneitä (n=10) vastaamaan kyselyymme. Ryhmä on suunnattu kotona synnyttäneiden tai sitä suunnittelevien lisäksi myös alan ammattilaisille, opiskelijoille ja muille aiheesta kiinnostuneille, joten ryhmän kokonaisjäsenmäärä ei vastannut rajattua kohderyhmäämme. Facebookin avulla tavoitimme kuitenkin helpoiten suuren määrän Suomessa suunnitellusti kotona synnyttäneitä henkilöitä.

E-lomakkeeseen oli luotu ajastus, jolloin kyselylomake avautui täytettäväksi ja ajankohta, jolloin vastausaika päättyy. Vastausajaksi määritettiin yksi viikko. Seurasimme tiiviisti vastausten kertymistä ja tavoitteemme (n=10) oli täynnä ensimmäisen tunnin aikana kyselyn julkaisemisesta. Vastauksia kertyi lyhyessä ajassa todella paljon. Ensimmäisen vuorokauden jälkeen, kun vastauksia oli saatu 50 kappaletta, päätimme sulkea kyselyn opinnäytetyön käytettävissä olevien resurssien vuoksi.

5.5 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimusaineiston analysoinnista puhuttaessa käytetään yleisesti termiä sisällönanalyysi. Se tarkoittaa käytännössä dokumenttien kuvaamista sanallisesti. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkitusta ilmiöstä tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus. Kerätty aineisto saadaan järjestetyksi, jonka jälkeen on mahdollista tehdä johtopäätöksiä. Tutkimusaineiston analyysi jaetaan deduktiiviseen eli teorialähtöiseen ja induktiiviseen eli aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin. Opinnäytetyössä käytämme deduktiivista sisällönanalyysia. Aineisto luokitellaan aikaisempaan viitekehykseen pohjautuen. Viitekehysellä tarkoitetaan esimerkiksi teoriaa tai käsitejärjestelmää. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 103, 106, 107, 113.)

Analyysiprosessi käynnistyi lukemalla kaikki 50 vastausta läpi. Aineisto oli valmiiksi tekstimuodossa, joka nopeutti prosessia huomattavasti. Vastauksista 47 huomioitiin, sillä yksi vastaaja oli vastannut kyselyyn neljä kertaa samat vastaukset. Päätuloksia käsitel-

täessä muodostimme deduktiivisen sisällönanalyysin mukaan analyysirungon. Se sisältää aineiston luokittelun tai kategorisoinnin induktiivista sisällönanalyysia mukaillen. Teimme analyysirungosta strukturoidun, jolloin poimimme aineistosta vain niitä asioita, jotka sopivat runkoon. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 113.) Analyysirunko muodostettiin jakamalla tutkittava ilmiö pääluokaksi ”synnyttäjän turvallisuus kotisyntytyksessä” sekä yläluokkiin ”turvallisuuden ulkoiset tekijät” ja ”turvallisuuden sisäiset tekijät”. Alaluokkien muodostaminen eli abstrahointi tehtiin suoraan teoritiedon ja kyselylomakkeen pohjalta. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 111.) Alaluokat olivat ”synnytyspaikkojen väheneminen Suomessa”, ”läsnäolijat”, ”kotisyntytykseen valmistautuminen”, ”komplikaatioihin varautuminen” ja ”turvallisuuden tunne”. Analyysirunko on liitteenä (liite 3).

Taulukkoon sijoitettiin alkuperäisilmaukset, jotka luokiteltiin eri väreillä esiin nousseiden teemojen mukaisesti. Värikoodatut ilmaukset siirrettiin uuteen taulukkoon tulosten analyysin helpottamiseksi. Ilmaukset luettiin läpi huolellisesti, jonka jälkeen värikoodien avulla oli helppo ryhmitellä eli klusteroida samankaltaiset ilmaukset. Tämän jälkeen ilmaukset redusointiin eli pelkistettiin sisällönanalyysin mukaisesti (ks. taulukko 3). (Tuomi – Sarajärvi 2013: 109-110.)

Taulukko 3. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
"Luin paljon kirjoja, tekstejä, tutkimuksia." "Perehdyin synnytyksen fysiologiaan." "Luin tutkimuksia ja tilastoja." "Lukemalla, ottamalla selvää." "Etsimällä tietoa netistä."	Tiedon hankkiminen	Kotisyntytykseen valmistautuminen
"Varasin kätilön ja tutustuin häneen." "Tärkein asia oli löytää kotilo." "Otin yhteyttä kätilöön." "Etsin sopivan kätilön ja doulan." "Hankin itselleni kaksi kätilöä."	Kätilön (+doulan) etsiminen	
"Lainasin ammeen ja jakkaran." "Varasin synnytysaltaan ja tens-laitteen." "Hankkimalla erilaisia suoja, kalavaa'an lapsen punnitukseen, ämpäriin istukalle." "Ostin kotiin ihan muutaman jutun, pari kynttilää ja kukkavalot." "Hankkimalla paikalle puolapuut, roikkumisliinan, jumppapallon, joogamaton ja synnytysaltaan."	Synnytystarvikkeiden hankkiminen	

6 Tulokset

Vastauksia kertyi runsaasti (n=47). Kyselyyn vastanneet henkilöt vastasivat hyvin eripituisin vastauksin: jotkut muutamalla sanalla, toiset useilla lauseilla. Enemmistö oli suunniteltuja avustettuja kotisynnytyksiä (n=42), joista pieni osa päättyi sairaalaan (n=3). Kaikki sairaalaan päättäneet kotisynnytykset olivat uudelleensynnyttäjien. Loput suunnitellut avustetut kotisynnytykset (n=39) jakautuvat uudelleensynnyttäjiin (n=34) ja ensisynnyttäjiin (n=5). Uudelleensynnyttäjistä osa (n=5) kertoo synnyttäneensä kotona useammin kuin kerran.

Vastauksissa on mukana myös suunniteltuja avustamattomia kotisynnytyksiä (n=5), joista osa on uudelleensynnyttäjien (n=2) ja osa ensisynnyttäjien (n=3). Suunnitellusti avustamattomien kotisynnyttäjien vastaukset analysoitiin erikseen ja tulokset käsitellään omassa kappaleessaan.

Avustettujen kotisynnyttäjien (n=42) ikäjakauma synnytysshetkellä painottui välille 26-35 vuotta (n=33). Kaikki suunnitellusti ja avustetusti kotona synnyttäneet olivat koulutustaustaltaan vähintään toisen asteen koulutuksen käyneitä ja enemmistö korkeakoulutettuja (n=26).

Taulukko 4. Suunniteltujen avustettujen kotisynnyttäjien taustatiedot (myös sairaalaan siirtyneet).

Ikä synnytysshetkellä		Koulutustaso synnytysshetkellä	
alle 20v	0 kpl	peruskoulu	0 kpl
21-25v	5 kpl	ammattikoulu	8 kpl
26-30v	19 kpl	lukio/ylioppilas	8 kpl
31-35v	14 kpl	ammattikorkeakoulu	8 kpl
36-40v	3 kpl	yliopisto	18 kpl
yli 40v	1 kpl		

6.1 Synnytysyksiköiden sulkemisten vaikutus

Suurelle osalle suunniteltujen avustettujen kotisynnytyksien vastaajista (n=29) pienten synnytysyksikköjen sulkeminen ei vaikuttanut kotisynnytyspäätökseen. Liki kolmanneksen (n=13) päätöksentekoon sulkemisilla oli vaikutusta.

Merkittävästi. Vammalan aluesairaalan sulkeminen oli menetys vauvamyönteiselle sairaalasyntyyskulttuurille Suomessa. On turvallisempaa lähettää äiti, minun tapauksessani, yksin synnyttämään melkein 100km päähän, kuin omaan lähisairaalaan jonne mieskin olisi minut voinut viedä.

Vastauksista esille nousee erityisesti kaksi tekijää. Noin puolet myöntävästi vastanneista (n=6) olisi kotisynnytyksen sijaan todennäköisesti synnyttänyt hyvämaineiseksi mieltämässään ja esimerkiksi vesisynnytysvaihtoehdon tarjoavassa, Vauvamyönteisyys-sertifioidussa sairaalassa ellei sitä olisi suljettu. Toinen keskeinen tekijä on sulkemisen seurauksena välimatkan kasvaminen kymmeniin tai satoihin kilometreihin. Epävarmuus sairaalaan ehtimisessä ja sinne mahtumisessa koetaan stressaavaksi. Synnytyssairaaloiden ajoittaiset sulut ja kättilövetoisten pienten synnytyksyksiköiden puuttuminen nousevat myös esille. Vastausten perusteella pienten synnytyssairaaloiden sulkeminen on lisännyt tietoa kotisynnytysvaihtoehdosta.

6.2 Kotisynnytykseen valmistautuminen

Kaikki vastaajat (n=42) kertovat järjestäneensä kotisynnytykseensä vähintään yhden terveydenhuollon ammattihenkilön. Moni (n=17) kotisynnyttäjä hankki tuekseen myös doulan. Raskauden aikainen keskustelu kättilön ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten, puolison, doulan ja muiden kotisynnyttäjien kanssa koetaan tärkeäksi osaksi synnytykseen valmistautumista.

Hankin itselleni kaksi kättilöä sekä synnytysaltaan. Kättilö toi lisäksi mukanaan synnytysjakkaran sekä tarvittavat lääkkeet, K-vitamiinin ja tarvikkeet (esim. saksit napanuoraa varten) omien kättilötarvikkeidensa lisäksi. Keskustelin asiasta myös neuvolassa ja varmistimme neuvolalääkärin ja -terveydenhoitajan kanssa ettei synnytykseen liity ennalta tiedossa olevia riskejä.

Suurin osa vastaajista (n=31) kertoo valmistautuneensa kotisynnytykseen raskausaikana tai jopa aiemmin etsimällä tietoa kotisynnytyksestä ja fysiologisesta synnytyksestä. Tietoa hankitaan muun muassa kirjoista, tutkimuksista, artikkeleista, nettisivustoilta, blogeista ja Facebook-ryhmistä. Myös kotisynnytykseen liittyviin riskeihin perehdytään laajasti ennakkoon. Tiedon hankintaan liittyy lisäksi muutaman vastaajan (n=5) osallistuminen kotisynnytyksaiheisiin koulutuksiin tai seminaareihin. Muutamat vastaajista (n=5) kertovat käyneensä myös synnytys- tai hypnosynnytyksvalmennuksessa.

Fyysinen ja henkinen valmistautuminen raskausaikana koetaan turvallisuuden kannalta merkitykselliseksi. Omasta kehosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen on tärkeää; terveellinen ruokavalio ja monipuolinen liikunta, esimerkiksi raskausjooga, koetaan hyväksi. Kolmannes (n=14) vastaajista kertoo harjoittaneensa henkistä puolta muuan muassa rentoutus-, meditaatio- ja synnytyslauluharjoituksilla, hypnosynnytyssäänitteillä sekä mielikuvaharjoitteilla.

Synnytystarvikkeiden hankkiminen nousee esiin keskeisesti valmistautumisessa. Osa vastaajista oli hankkinut tarvikkeita laajemmin, osa koki muutaman pienen hankinnan riittäväksi. Hankinnoista yleisimmin mainittu (n=12) on synnytysallas. Muita hankittuja apuvälineitä ovat esimerkiksi jumppapallo, synnytysjakkara, puolapuut ja roikkumisliina. Osa (n=7) synnyttäjästä kertoo hankkineensa TENS-laitteen kivunlievitystä varten. Seurantaan ja hoitoon liittyviä varusteita synnyttäjät kertovat hankkineensa joko itse tai sopineensa kättilön kanssa mitä hän tuo mukanaan. Tällaisia ovat esimerkiksi kättilötorvi tai doppler sikiön sydänäänten kuuntelua varten sekä suonensisäiset oksitosiini- ja nesteytystarvikkeet. Vastasyntyntä varten on hankittu imuvälineet, steriilit napanuoran sitomis- ja katkaisuvälineet, K-vitamiini, TSH-verinäyteputki sekä vaaka. Ympäristön suojaamiseksi synnyttäjät kertovat hankkineensa pyyhkeitä, lakanoita ja suojamuoveja.

Käytännön järjestelyitä hoidetaan raskausaikana esimerkiksi selvittämällä paikalliset käytännöt TSH-näytteen, syntymätodistuksen ja lastenlääkärin tarkastuksen suhteen. Vastasyntyneen K-vitamiinille on myös hankittava resepti ennakoon. Uudelleensynnyttäjästä osa kertoo järjestäneensä lastenhoitajan aiempia lapsia varten.

Aineistosta nousee esille myös kotona tapahtuvaa valmistautumista. Synnyttäjät kokeilevat erilaisia asentoja, liikkeitä ja ponnistuspaikkoja synnytysshetkeä varten. Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, kuten hierontaa ja akupisteiden painamista, harjoitellaan etukäteen puolison tai avustajan kanssa. Muutama vastaaja (n=5) oli katsellut myös kotisynnytyksivideoita etukäteen yhdessä puolison tai aiempien lasten kanssa.

6.3 Läsnaolijat

Kaikkiin suunniteltuihin avustettuihin kotisynnytyksiin (n=42) oli varauduttu järjestämällä etukäteen yksi tai useampi terveydenhuollon ammattihenkilö. Kolmen kotisynnyttäjän

synnytys päättyi sairaalaan. Puoliso oli mukana lähes jokaisessa (n=38) synnytyksessä. Hieman alle puolella vastaajista (n=17) paikalla oli doula.

Ekaan kotisyntytykseen valmistauduimme puolisoni, kotilon ja doulan kanssa. Koska synnytys tapahtui yllättävällä vauhdilla (kesto 2h), olimme lapsen syntyessä puolisoni kanssa kaksin. Kätilö ja doula tulivat meille juuri vauvan synnyttyä ihan kreivin aikaan. Se oli täydellistä vaikken ollut tällaista suunnitellut tai toivonut!

Usean (n=22) uudelleensynnyttäjän aiemmat lapset osallistuivat synnytykseen vähintään osan aikaa. Muutamilla vastaajista (n=6) oli mukana kotisyntytyksessä myös yksi tai useampi ystävä, lastenhoitaja, synnyttäjän oma äiti tai muita sukulaisia.

6.4 Komplikaatioihin varautuminen

Useat vastaajista (n=17) kertovat varautuneensa komplikaatioihin valitsemalla ammattitaitoisen ja luotettavan kätilön. Kätilön tehtävänä on seurata synnytyksen kulkua ja vauvan vointia komplikaatioita silmällä pitäen. Kätilö tuo myös komplikaatioiden varalle mukanaan tarvikkeita, kuten dopplerin, kanylointi- ja nesteytysvälineet, lääkkeitä kohdun supistumiseen sekä elvytysvälineitä. Kätilön kanssa keskustellaan etukäteen riskeistä ja tilanteista, joissa komplikaatioita voi ilmetä, sekä syistä siirtyä sairaalaan.

Kätilö seurasi synnytyksen kulkua ja vauvan vointia. Kätilöllä oli mukanaan perustarvikkeet ja lääkkeet hätätilanteita varten (vaikka tuskin niitä olisi käytetty, vaan siirrytty jo aiemmin kiireettömästi sairaalaan) Sairaala olisi ollut 10 minuutin matkan päässä.

Vastaajat kertovat varautuneensa komplikaatioihin ja mahdolliseen sairaalaan siirtymiseen muun muassa huomioimalla etäisyyden sairaalaan. Jotkut vastaajista (n=13) kertovat asuneensa lyhyen ajomatkan päässä sairaalasta. Sairaalaan siirtymiseen varaututaan esimerkiksi pakkaamalla sairaalakassi valmiiksi, tekemällä sairaalaa varten erillinen synnytystoivelista ja miettimällä ketkä siirtyvät mukana sairaalaan.

Komplikaatioiden todennäköisyyttä pyritään minimoimaan pitämällä hyvin huolta omasta terveydentilasta. Jo aiemmin esiin noussut hyvän fyysisen kunnon ylläpitäminen raskausaikana monipuolisella liikunnalla ja terveellisellä ruokavaliolla tulee myös tässä kohdalla esiin jossain (n=4) vastauksissa. Muutama vastaaja (n=4) kertoo luottaneensa omaan kehoon niin vahvasti, että uskoivat synnytyksen sujuvan ongelmitta tai vaihtoehtoisesti kehon kertovan hälytysmerkeistä.

6.5 Sisäinen turvallisuuden tunne

Aineiston perusteella sisäiseen turvallisuuden tunteeseen vaikuttaa eniten luotettava, tuttu kätilö, puolison jatkuva tuki sekä muut tutut ja läheiset avustajat (n=22). Synnyttäjille on merkittävää, että he saavat itse valita paikalle juuri ne, joiden haluavat olevan läsnä ja siten tuntevat kaikki synnytyksessä mukana olevat henkilöt.

Koin olevani omalla maallani ja itsevarma, eli päätökset tein minä, kätilö oli paikalla minua ja vauvaa varten. Paikalla oli vain ihmisiä jotka tunsin ja joihin luotin, ja jotka tunsivat minut ja toiveeni etukäteen.

Synnyttäjän ja kätilön tai muun avustajan välinen molemminpuolinen luottamussuhde on yksi (n=5) turvallisuuden tunteeseen vaikuttavista tekijöistä. Kätilön ja tukihenkilöiden kanssa ennalta sovitut toimintatavat nousevat myös esille (n=7). Toimintatavoilla tarkoitetaan esimerkiksi ammattilaisen puuttumista synnytykseen vain tarvittaessa.

Muutammat synnyttäjät (n=3) kokevat hyvän henkisen ja fyysisen synnytykseen valmistautumisen lisäävän turvallisuuden tunnetta. Omaan kehoon, synnytyksen fysiologiseen kulkuun ja naisten luonnolliseen synnytystaitoon luotetaan vahvasti. Hallinnan tunteen kerrotaan myös edistävän turvallisuuden kokemusta synnytyksessä. Muutamissa (n=2) vastauksissa usko Jumalaan antoi voimaa ja lisäsi turvallisuuden tunnetta.

6.6 Turvallisuuden ulkoiset tekijät

Kätilön ammattitaito ja vankka kokemus synnytysten hoidossa liittyvät synnyttäjien turvallisuuden tunteen ulkoisiin tekijöihin. Kätilö oli kotona tiiviimmin ja henkilökohtaisemmin läsnä kuin sairaalasyntytyksissä, mikä nousee esiin vastauksista (n=6). Terveystieteiden ammattilaisten positiivinen suhtautuminen kotisyntytykseen ja tiivis seuranta synnytyksen jälkeen koetaan myös turvallisuutta lisääviksi tekijöiksi. Lisäksi ammattilaisen tekemä ylimääräinen ultraäänitutkimus istukan sijainnin, sikiön asennon ja rakenteellisten poikkeamien tarkistamiseksi on yksi konkreettinen turvallisuutta lisäävä tekijä muutamille vastaajista (n=3). Yksittäisiä esiin nousseita turvallisuuden tunteeseen liittyviä tekijöitä ovat normaalisti edennyt raskaus ja aiempi matalan riskin synnytys.

Kodin merkityksellisyys synnytysympäristönä korostuu myös vastauksista huomattavasti (n=20). Kodin tutut asiat ja esineet ympärillä luovat turvallisuutta ja koti rauhallisena ym-

päristönä antaa synnyttäjälle synnytysrauhan. Kotona oleminen mahdollistaa synnyttäjän paremman rentoutumisen ja antaa siten kokemuksen suuremmasta vaikutusmahdollisuudesta synnytyksen kulkuun. Koti mielletään sairaalaa turvallisemmaksi paikaksi siten, ettei tarvitse pelätä hoitohenkilökunnan puolelta epäasiallista kohtelua tai turhia interventioita. Kotona ei myöskään ole sairaalolosuhteiden kaltaisia häiriötekijöitä, kuten erilaisia äänekkäitä laitteita tai vieraita ihmisiä synnytyshetkellä. Turvallisuuden tunnetta lisää myös se, ettei kotona ole sairaalan bakteerikantaa, joka voisi altistaa infektiolle. Muutamat (n=3) vastaajat pitivät kotiin hankittua synnytysallasta ja vettä ylipäänsä turvallisuutta lisäävinä tekijöinä esimerkiksi synnyttäjän repeämäriskin mahdollisen pienemisen takia.

Minulle oli tärkeää, etten joudu miettimään lähtöä sairaalaan. Lähdenkö liian aikaisin? Liian myöhään? Siirtyminen kotoa pois olisi häirinyt suuresti keskittymistäni.

Synnytyksen avautumisvaiheessa sairaalaan siirtymisen sijaan ammattilaisen tuleminen luokse koetaan helpottavaksi ja turvallisuuden tunnetta lisääväksi tekijäksi. Jotkut kotisynnyttäjät (n=9) kertovat kokevansa sairaalaan lähtemisen häiriötekijänä synnytyksen luonnolliselle etenemiselle. Turvallisuuden tunnetta lisää kuitenkin mahdollisuus tarvittaessa siirtyä sairaalaan.

Sairaalaan siirtyneet synnyttäjät (n=3) kuvailevat vastauksissaan samankaltaisia tekijöitä kuin kotona synnyttäneet. Merkityksellisenä erona esiin nousee kuitenkin käsitys siitä, kuinka synnytyksen alkuvaiheen kotona olo on säästänyt synnyttäjiä tarpeettomiksi mielletyiltä ja mahdollisesti lopputuloksen kannalta haitallisilta interventioilta.

6.7 Suunnitellut avustamattomat kotisynnytykset

Vastauksista 10,6 % (n=47) on suunniteltuja avustamattomia kotisynnytyksiä. Viiden vastaajan joukossa on sekä ensi- (n=3) että uudelleensynnyttäjiä (n=2). Molemmat uudelleensynnyttäjät kertovat synnyttäneensä kotona useammin kuin kerran. Avustamattomien kotisynnyttäjien ikäjakaumassa on hajontaa alle 20 vuotiaasta 40 ikävuoteen. Synnyttäjien koulutustaso jakautuu peruskoulusta yliopistoon. Synnytyksissä oli tukihenkilönä puoliso ja mahdollisesti doula.

Suunniteltuihin avustamattomiin kotisynnytyksiin valmistaudutaan vastausten perusteella lähes samoin kuin avustettuihin kotisynnytyksiin. Poikkeavana tekijänä on se, ettei

terveydenhuollon ammattihenkilöä hankita mukaan synnytykseen. Osa vastaajista kertoo järjestäneensä ylimääräiseksi tukihenkilöksi doulan. Tiedonhankinta ennen raskautta ja sen aikana nousee vahvasti esiin vastauksista; tietoa haetaan kattavasti erilaisista lähteistä. Keskustelu kätilöiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa koetaan tärkeäksi. Vastaajat kertovat hankkineensa kotiin etukäteen erilaisia synnytystarvikkeita, kuten synnytysaltaan tai homeopaattisia valmisteita. Käytännön järjestelyitä hoidetaan esimerkiksi ottamalla selvää lapsen rekisteröinnistä ja järjestämällä kätilö tarkastamaan vastasyntyneen. Kotisyntytykseen valmistaudutaan myös rentoutumalla, huolehtimalla oman kehon hyvinvoinnista ja pyrkimällä sikiön optimaaliseen asentoon asentoharjoitteiden avulla.

Sisäiseen turvallisuuden tunteeseen kotisyntytyksessä vaikuttaa vastaajien mukaan vahva luottamus omaan kehoon ja synnytysprosessiin, rentoutuminen sekä puolison tuki. Ulkoisia turvallisuuden tunteeseen vaikuttavia tekijöitä ovat tiedon hankkiminen raskausaikana, rajoittamaton mahdollisuus veden käyttöön sekä tarvittaessa puhelinyhteys kätilöön. Esille nousee erityisesti koskemattomuus, joka mahdollistaa synnytyksen etenemisen omaan tahtiinsa. Koskemattomuudella tarkoitetaan mahdollisuutta hyödyntää omaa kehoa täysin ilman tarpeettomaksi koettua terveydenhuollon ammattihenkilön puuttumista.

Tiesin riskeistä, joten en ehkä edes pitänyt kaikkia niitä asioita komplikaatioina, jotka sairaalassa olisivat sitä olleet.

Komplikaatioihin varaudutaan hankkimalla etukäteen tietoa mahdollisista ongelmatilanteista ja hälytysmerkeistä. Osa vastaajista kertoo opetelleensa toimintatapoja ja hankkineensa homeopaattisia valmisteita mahdollisten ongelmatilanteiden varalle sekä suunnitelleensa sairaalaan siirtymisen tarvittaessa. Oman intuition ja kehon kuunteleminen koetaan merkittäväksi mahdollisten komplikaatioiden huomaamisessa.

Moni vastaaja kertoo, ettei synnytyspaikkojen väheneminen vaikuttanut mitenkään kotisyntytyspäätökseen. Vastauksista käy kuitenkin ilmi, että läheinen synnytysairaala oli aiemmin koettu vaihtoehdoksi, mutta sen sulkeminen nosti sairaalaan lähtemisen kynystä entisestään.

7 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, kuinka synnyttäjät ovat huomioineet ja pyrkineet edistämään turvallisuutta kotisyntytyksessä ja sen suunnittelussa. Olimme kiinnostuneita myös pienten synnytysyksiköiden sulkemisen mahdollisesta vaikutuksesta kotisyntytyksivalintaan. Tavoitteena oli tarjota tietoa suunnitellun kotisyntytyksen turvallisuudesta synnyttäjälähtöisestä näkökulmasta terveydenhuollon ammattilaisille ja muille kotisyntytyksistä kiinnostuneille. Toteutimme opinnäytetyön laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin ja saavutimme tavoitteemme. Keräämämme aineisto esittelee moniulotteisesti suomalaisten kotisyntyttäjien kokemusta turvallisuudesta kotisyntytyksessä ja sen valmistelussa.

7.1 Tulosten tarkastelu

Vastaajat osoittautuivat koulutustasoltaan Zielinskin ym. (2015) kansainvälisiä tilastokatsauksia vastaaviksi, sillä enemmistö vastaajista oli korkeakoulutettuja. Aineistosta kävi myös sattumalta ilmi, että useammalla vastaajalla oli kättilön tai muun terveydenhuoltoalan ammattilaisen pätevyys tai kesken oleva koulutus. Valtaosa vastaajista oli kotona synnyttäessään iältään 26-35 vuotta. Zielinskin ym. (2015) katsauksessa kotisyntyttäjiä kuvataan keskimäärin hieman vanhemmiksi, mutta suomalaisten synnyttäjien keski-ikä on toisaalta maailmanlaajuisesti tarkastellen verrattain korkea. Tutkimustuloksia verrattaessa onkin huomioitava eri maiden yhteiskunnan rakenteiden ja ikäjakaumien erot. Avustetuista kotisyntytyksistä valtaosa oli uudelleensynnyttäjiä, mutta joukossa oli myös ensisyntyttäjiä Äitiysneuvolaoppaan (2013: 257) suosituksesta poiketen. Osa uudelleensynnyttäjistä oli synnyttänyt kotona aikaisemminkin.

Vastaajista liki kolmannes kertoi sulkemisten vaikuttaneen kotisyntytyksivalintaan. Erityisesti esille nousi vastaajien mielikuva siitä, kuinka suljettu synnytysairaala olisi tarjonnut paremmat mahdollisuudet henkilökohtaisten synnytystoiveiden täyttämiseen. Toinen merkittävä syy, johon myös jotkut Niemisen (2015: 11) lausunnossaan mainitsevat, poikkeuslupaa hakeneet synnytysyksiköt olivat jatkoanomuksissaan vedonneet, oli synnytysairaalan saavutettavuus ja välimatkan kasvaminen. Suunniteltu kotisyntytyys koettiin turvallisemmaksi vaihtoehdoksi kuin matkasynnytys.

Tuloksissa korostui erityisesti hyvä valmistautuminen kotisynnytykseen. Kattava tiedonhankkiminen synnytyksen fysiologiasta ja kotisynnytyksestä oli merkittävä osa valmisteluja. Vastaajat kuvasivat valmistautuneensa synnytykseen sekä henkisesti että fyysisesti. Myös aiemmat tutkimustulokset viittaavat kotisynnyttäjien olevan hyvin perehtyneitä aiheeseen (Dahlen ym. 2008: 23-25). Käytännön järjestelyitä hoidettiin muun muassa hankkimalla kätilö, tarvittavia lähetteitä ja synnytystarvikkeita Äitiysneuvolaoppaan (2013: 256-257) suosituksen mukaisesti.

Merkityksellisenä koettiin erityisesti se, että avustajat olivat tuttuja ja synnyttäjä sai itse päättää läsnäolijat. Vastaajat kokivat molemminpuolisen luottamussuhteen helpottavan synnytyksen kulkua, koska kätilö ja muut avustajat tiesivät synnyttäjän toiveista ja tarpeista etukäteen eikä niitä tarvinnut selittää synnytyksen aikana. Tuttujen avustajien ansiosta synnyttäjien ei myöskään tarvinnut pelätä epäasiallista kohtelua tai turhia interventioita. Kaikissa avustetuissa kotisynnytyksissä oli läsnä vähintään yksi terveydenhuollon ammattilainen viimeistään synnytyksen jälkeisvaiheessa; joissain tapauksissa kätilö ehti paikalle vasta lapsen synnyttyä. Äitiysneuvolaoppaassa (2013: 256) suositellaan kahden ammattilaisen läsnäoloa, mutta tämä ei kaikkien vastausten perusteella toteutunut. Monessa vastauksessa korostui myös doulan läsnäolo ja merkitys. Doulaksi nimitettiin vastauksissa sekä koulutettuja tukihenkilöitä että muita tärkeäksi koettuja henkilöitä, kuten ystäviä tai lähisukulaisia. Perheen, eli puolison ja uudelleensynnyttäjien vanhempien lasten, läsnäolo koettiin myös tärkeäksi.

Synnyttäjät kertoivat varautuneensa mahdollisiin komplikaatioihin valitsemalla ammattitaitoisen kätilön, jonka vastuulla oli seurata synnyttäjän ja lapsen vointia sekä synnytyksessä että sen jälkeen. Kätilö vastasi erityisesti omassa työssään tarvitsemansa välineistön tuomisesta. Äitiysneuvolaopas (2013: 256) suosittaa kotisynnytystä valmisteltaessa suunnittelemaan nopean ja turvallisen siirtymisen sairaalaan tarvittaessa. Mahdollisista riskeistä ja sairaalaan siirtymisen syistä oli keskusteltu kätilön kanssa jo raskausaikana. Osa synnyttäjistä asui synnytysketkellä sairaalan lähellä, mutta osalla välimatkaa oli jopa satoja kilometrejä. Mahdollinen sairaalaan siirtyminen oli kuitenkin huomioitu etäisyydestä riippumatta. Etenkin kaukana synnytyssairaalasta asuvat synnyttäjät kokivat suunnitellun kotisynnytyksen mahdollista matkasynnytystä turvallisemmaksi vaihtoehdoksi. Sairaalaan siirtyneitä vastaajia oli kolme. Kaikki vastaajat olivat uudelleensynnyttäjia ja siirtymiset olivat tapahtuneet rauhallisesti. Otanta oli pieni ja siten hyvin heikosti verrattavissa, mutta sisällöllisesti tukee Blixin ym. (2016) Pohjoismaiden välistä tutkimusta. Huomionarvoista kuitenkin on, ettei yksikään siirtynyt ollut ensisynnyttäjia,

vaikka ensisynnyttäjien siirtymisen tarve on Blixin ym. (2016) tutkimuksen mukaan huomattavasti todennäköisempää. Ensisynnyttäjien osuus kokonaisuudesta oli tosin reilusti uudelleensynnyttäjien määrää pienempi ja voi selittää tulosta.

Teoreettisen viitekehysemme ulkopuolelta esille nousi synnyttäjien pyrkimys vähentää komplikaatioiden riskiä raskausajan terveellisillä elämäntavoilla. Vastaajat kuvasivat myös tuntevansa oman kehonsa ja luottavansa siihen vahvasti. Sen ansiosta he uskoivat synnytyksen sujuvan ongelmitta tai kehon ilmaisevan aikaisessa vaiheessa mahdollisista poikkeavuuksista.

Synnytyksen turvallisuuden teoreettinen viitekehys käsittelee etenkin käsitteen moniulotteisuutta ja yksilöllisyyttä (Zielinski ym. 2015; Thorsen, Rolf 2006: 222). Tulostemme perusteella vastaajien sisäiseen ja ulkoiseen turvallisuuteen vaikuttavat tekijät olivat moninaisia, vaikka selkeitä yhteneväisyyksiäkin löytyi. Turvallisuutta lisäsi synnytyksen aikainen jatkuva tuki, joka on synnytyksen etenemisen ja hyvän synnytyskokemuksen kannalta keskeistä. (Hodnett ym. 2013: 2-3; Raussi-Lehto 2015: 248.) Etenkin puolison tuen moni synnyttäjä kuvasi turvallisuuden tunteen kannalta arvokkaaksi. Kätilön läsnäolo ja ammattitaito vaikuttivat positiivisesti monen synnyttäjän turvallisuuden tunteeseen, mikä vastaa aiempia tutkimustuloksia ammattilaisen läsnäolon merkityksestä (Sjöblom ym. 2014: 102-104; Äitiysneuvolaopas 2013: 257; Zielinski ym. 2015; Janssen ym. 2009). Vastaajat toivat ilmi synnytyksen jälkeiset kätilöiden kotikäynnit ja tiiviin seurannan turvallisuutta lisäävänä. Tätä voidaan pitää etuna verratessa niin sanottujen lyhytjälkihoitoisten eli pian synnytyksen jälkeen kotiutuneiden synnyttäjien ja vastasyntyneiden voinnin tarkkailun haasteisiin (Äitiysneuvolaopas 2013: 254).

Monet kotisynnyttäjät mielsivät kodin rauhallisuuden ja tutun ympäristön edistävän synnytyksen kulkua ja siten lisäävän turvallisuutta. Samankaltaisia tuloksia oli saatu myös Zielinskin ym. (2015) tutkimuksessa. Erona sairaalaan mainittiin muun muassa suurempi autonomia, varma mahdollisuus vesisynnytykseen ja parempi bakteerikanta. Äitiysneuvolaoppaassa (2013: 254) kuvataan kodin tarjoavan suojaa sairaalabakteereita vastaan lyhytjälkihoitoisen synnytyksen etuja käsittelevässä kappaleessa.

Määrittelimme teoreettisen viitekehysen ensisijaisesti avustettujen kotisynnytysten näkökulmasta, joten suunnitellusti avustamattomien kotisynnytysten merkittävä osuus oli odottamaton tutkimuslöydös. Päädyimme kuitenkin sisällyttämään vastaukset työhön, sillä asiantuntijalausannon mukaan suomalaisissa kotisynnytystilastoissa on huomioitu

myös suunniteltuja avustamattomia kotisynnytyksiä (Vuori 2017). Avustamattomissa kotisynnytyksissä ei ollut läsnä terveydenhuollon ammattihenkilöä ja enemmistö vastaajista oli ensisynnyttäjiä. Tulokset poikkeavat Äitiysneuvolaoppaan (2013: 257) suosituksesta, jossa synnytyksen avustajiksi suositellaan kahta terveydenhuollon ammattilaista ja synnyttäjäksi uudelleensynnyttäjää. Avustamattomaan kotisynnytykseen valmistautuminen oli ammattilaisen puuttumista lukuun ottamatta hyvin samankaltaista kuin avustetuissa kotisynnytyksissä. Vastauksista korostuivat erityisesti autonomia ja koskemattomuuden takaaminen. Yli puolet vastaajista toi ilmi huomioineensa tarvittaessa sairaalaan siirtymisen. Terveydenhuollon ammattilaisten osallisuus synnytykseen mainittiin mahdollisuutena synnytyksen aikaiseen puhelinyhteyteen kättilön kanssa sekä kutsumalla kättilö tarkastamaan vastasyntynyt.

7.2 Tutkimusprosessin ja -menetelmän arviointi

Teimme opinnäytetyön laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin, koska halusimme tarkastella erityisesti suomalaisten kotisynnyttäjien kokemuksia. Työtä suunnitellessamme pohdimme myös määrällisten menetelmien käyttöä kotisynnytysten yleistymisen vuoksi. Päädyimme kuitenkin laadulliseen tutkimukseen kotisynnyttäjien tavoitettavuuden ja kokonaismäärän rajallisuuden vuoksi.

Aiheeseen syventyessämme havaitsimme, että suomalaisten tilastojen mukaan matkasynnytysten sekä suunnittelemattomien ja suunniteltujen sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrät olivat nousussa samaan aikaan kun synnytysyksiköiden määrä väheni. Sen seurauksena päädyimme tarkastelemaan myös pienten synnytysyksiköiden vähenemisen mahdollista vaikutusta kotisynnytyspäätökseen.

Etenkin ulkomaista tutkimustietoa kotisynnytyksen turvallisuuden tarkastelemiseen oli varsin hyvin löydettävissä. Valittu tutkimusmenetelmä edellytti tiedonhaun tarkentamista erityisesti synnyttäjän näkökulmaan. Haasteena oli tuoreen tutkimustiedon löytäminen mahdollisimman ajantasaisen teoriapohjan luomiseksi. Terveydenhuoltojärjestelmien ja tutkimusten otantojen eroista johtuen kaikki kansainväliset tutkimustulokset eivät olleet suoraan sovellettavissa suomalaisiin oloihin. Turvallisuutta käsittelevissä tutkimuksissa ei ollut välttämättä eritelty avustettuja ja avustamattomia synnytyksiä tai synnyttäjien kriteerit poikkesivat suomalaisista suosituksista. Kättilövetoiset synnytystuvat ja yhteiskunnan rahallisesti tukema kotisynnytys eivät myöskään kuulu suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään, vaan sairaalasyntyminen on ainoa yhteiskunnan tarjoama vaihtoehto.

Vastausten määrä ja niiden kerääntymisen nopeus yllättivät, sillä olimme varautuneet myös siihen, ettei vastauksia välttämättä saada helposti rajaamassamme ajassa. Suuren vastausmäärän myötä päädyimme vielä tarkentamaan teoreettista viitekehystä, sillä havaitsimme, että teoriapohja on hyödynnettävissä odotettua laajemmin. Kyselylomakkeen eduksi osoittautuivat avoimet kysymykset, jotka mahdollistivat vastaajien omien näkemysten kertomisen. Kysymyslomakkeen julkaisemisen jälkeen saadun palautteen kautta kävi ilmi joitain seikkoja, joita emme olleet huomioineet. Sairaalaan siirtyneet kotisynnytykset olisi voitu huomioida selkeämmin saatekirjeessä ja kyselylomakkeessa. Osa vastaajista oli synnyttänyt kotona useammin kuin kerran. Huomioimme tämän taustatiedoissa, mutta kyselylomake olisi voitu suunnitella paremmin useamman kotisynnytykskemuksen kuvailemiseksi ja tilastoimiseksi.

Tiesimme etukäteen, että jotkut kotisynnyttäjistä synnyttävät kotona suunnitellusti ilman avustajaa. Työn suunnitteluvaiheessa pohdimme myös suunniteltujen avustamattomien kotisynnytysten sisällyttämistä tutkimuskohteisiin, mutta luovuimme ajatuksesta resursien ja tutkitun tiedon rajallisuuden vuoksi. Kyselyn lyhyen aukioloajan takia emme kuitenkaan erikseen rajanneet vastaajia avustettuihin kotisynnyttäjiin, mikä olisi voinut olla tarpeen, sillä vastaajista viisi ilmoitti synnyttäneensä suunnitellusti ilman koulutettua kätilöä tai lääkäriä. Työmme teoriapohja perustuu kotisynnytyksiin, joissa avustaa terveydenhuollon ammattilainen, joten päätimme käsitellä avustamattomien kotisynnyttäjien vastaukset omassa kappaleessaan. Vastausten raportoiminen osoittautui päätuloksia haastavammaksi pienen vastaajamäärän vuoksi.

Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys oli mielestämme onnistunut, sillä saimme sen koottua kattavasti eri näkökulmista. Tutkittua tietoa löytyi, vaikka tiedon hankkiminen olikin ajoittain työlästä. Kyselylomakkeen vastausten analysointiin käytetty analyysirunko oli helppo muodostaa kattavan teorian pohjalta. Pääasiassa kansainväliseen teoriapohjaan verrattu kotimainen aineisto tuotti uutta tietoa. Tutkimusmenetelmä osoittautui sopivaksi, sillä saavutimme tutkimustavoitteemme. Työskentelyprosessin kannalta koimme eduksi elämäntilanteidemme ja työskentelytapojemme samankaltaisuuden. Havaitsimme myös päässeemme hyödyntämään vahvuuksiamme sekä kehittyneemme yksilöllisesti eri osa-alueilla. Myös ammatillinen kasvumme oli merkittävää. Opimme hyödyntämään tutkimusmenetelmiä käytännössä ja kehityimme tiedonhaussa sekä englanninkielisten tutkimusten soveltamisessa. Tietopohjamme kotisynnytyksestä syveni merkittävästi ja koemme pystyvämme hyödyntämään sitä myös työelämässä.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä huomioimme hyvän tieteellisen käytännön, joka tarkoittaa eettisesti kestävien tiedonhankintamenetelmien ja tutkimusmenetelmien noudattamista. Tiedonhankintamme pohjautui ammattikirjallisuuteen, kotimaisiin ja ulkomaisiin tutkimuksiin eri tietokannoista, havaintoihin ja oman tutkimuksemme analysointiin. Tutkimusta tehdessämme toimimme rehellisesti ja vilpittömästi. Kunnioitimme toisten tutkijoiden työtä ja saavutuksia, emmekä plagioineet toisten tuotoksia. Pyrimme huolellisuuteen ja tarkkuuteen tutkimustyössä ja tulosten raportoinnissa. (Vilka 2005: 30-32.) Toisaalta tiedostamme, että henkilökohtaiset asenteemme ja kokemuksemme ovat saattaneet vaikuttaa tulosten tulkintaan, vaikka olemme pyrkineet sitä välttämään. Noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä tarkoilla ja huolellisesti tehdyillä lähdeviitteillä sekä oikein laaditulla lähdeluettelolla. Opinnäytetyössä noudatimme Metropolia Ammattikorkeakoulun laatimia kirjallisen työn ohjeita.

Kyselylomake julkaistiin Facebookin kotisynnytsaiheisessa ryhmässä ja tulosten luotettavuuden kannalta on huomioitava, että se tavoitti ainoastaan ryhmän jäsenet. Ulkopuolelle jäivät kaikki ne, jotka eivät käytä Facebookia tai ole kyseisessä ryhmässä. Vastaus-ten nopeasta kertymisestä johtuen kysely oli täytettävissä lopulta vain vuorokauden ajan, joten ainoastaan sillä hetkellä aktiiviset ryhmän jäsenet ehtivät vastata kyselyyn sen aukioloaikana. Osa jäsenistä ilmaisi vastaushalukkuutensa vielä jälkikäteen.

Otimme huomioon, että kaikki kyselylomakkeeseen vastanneet pysyvät anonyymeina aineiston keräämisessä ja tulosten julkaisemisessa. Koimme erityisen tärkeäksi avustamattomien kotisynnyttäjien yksityisyyden suojaamisen pienestä vastaajamäärästä johtuen, joten esimerkiksi taustatietoja ei eritelty tarkemmin. Opinnäytetyössä huolehdittiin myös vaitiolovelvollisuuden toteutumisesta. Opinnäytetyössä käytettyihin vastaajien suoriin lainauksiin on pyritty valitsemaan yleisluonteisimpia vastauksia, jotka eivät ole tunnistettavissa.

Pyrkimyksenämme oli selvittää ja lisätä tietoutta suomalaisten kotisynnyttäjien turvallisuuden huomioimisesta kotisynnytyksessä ja sen valmisteluissa. Työmme tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä, sillä vastaukset on saatu rajatun ja varsin pienen otannan pohjalta.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Kotisynnytyksen turvallisuutta käsittelevät tutkimustulokset ovat ristiriitaisia, osittain tutkimusasetelmien ja määritelmien eroista johtuen. Tarkempi tutkiminen ja turvallisuuden eri näkökulmien huomioiminen olisi tärkeää luotettavampien tulosten saamiseksi. Harkitsimme työtä suunnitellessamme myös määrällisten tutkimusmenetelmien käyttöä, mutta päädyimme laadulliseen tutkimusmenetelmään epävarman vastaajamäärän vuoksi. Lyhyessä ajassa kertynyt suuri vastaajamäärä osoittaa, että kiinnostusta ja vastaushalukkuutta aihetta kohtaan löytyy. Aihetta voisi tutkia myös määrällisen tutkimuksen keinoin ja syvällisemmin laadullisen tutkimuksen menetelmillä.

Pohjoismaisten kotisynnyttäjien sairaalaan siirtymisen tarvetta on tutkittu, mutta se ei sisällä suomalaisia kotisynnyttäjiä. Koska vastaajien joukossa oli sekä ensi- että uudelleensynnyttäjiä ja uudelleensynnyttäjistä pieni osa oli siirtynyt sairaalaan, voisi vastaavan tutkimuksen tekeminen myös suomalaisten kotisynnyttäjien osalta olla perusteltua.

Työstämme kävi ilmi, että osa kotisynnyttäjistä oli päätenyt suunniteltuun avustamattomaan kotisynnytykseen, vaikka tutkimustieto ja suositukset puoltavat ammattilaisen läsnäoloa. Aiheesta on kansainvälisesti varsin vähän tutkimustietoa eikä sitä ole tutkittu Suomessa lainkaan, joten aihetta voisi olla tärkeää tutkia tarkemmin.

Lähteet

Blix, Ellen – Kumle, Merethe H. – Ingversen, Karen – Huitfeldt, Anette S. – Hegaard, Anne K. – Ólafsdóttir, Ólof Á – Øian, Pål – Lindgren, Helena 2016. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 95 (4). 420-428.

Dahlen, Hannah G. – Barclay, Lesley M. – Homer, Caroline 2008. Preparing for the First Birth: Mothers' Experiences at Home and in Hospital in Australia. *The Journal of Perinatal Education* 17 (4). 21-32.

DONA International 2017. What is a doula? Verkkodokumentti. <<https://www.dona.org/what-is-a-doula/>> Luettu 30.3.2017.

Gissler, Mika 2017. Tutkimusprofessori. THL. Helsinki. Suullinen tiedonanto. 20.3.2017.

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

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

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Hodnett, Ellen D. – Gates, Simon – Hofmeyr, G Justus – Sakala, Carol 2013. Continuous support for women during childbirth. Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/epdf>> Luettu 4.12.2016.

Janssen, Patricia A. – Saxell, Lee – Page, Lesley A. – Klein, Michael C. – Liston, Robert M. – Lee, Shoo K. 2009. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife and physician. *Canadian Medical Association Journal* 181 (6-7). 377-383.

Jouhki, Maija-Riitta 2012. Choosing homebirth - The women's perspective. *Women and Birth* 2012 (25). 56-61.

Jääskeläinen, Riitta – Vierimaa, Kaisa 2015. Kotisynnytys Suomessa – opas perheille ja ammattilaisille. Aktiivinen synnytys ry. Verkkodokumentti. <http://aktiivinensynnytys.fi/wp-content/uploads/2016/07/aksy_kotisynnytys-esite_netti.pdf> Luettu 9.10.2016.

Kielitoimiston sanakirja 2016. Kotimaisten kielten keskus ja Kielikone Oy. Verkkodokumentti. <<http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>> Luettu 10.10.2016.

Kotilolista 2016. Aktiivinen synnytys ry. Verkkodokumentti. <<http://aktiivinensynnytys.fi/tietoa/kotisynnytys/Kotilolista/>> Luettu 1.11.2016.

Metropolia Ammattikorkeakoulu 2014. Opinnäytetyön eteneminen. Terveyden- ja hoitamisen opinnäytetyön kehittämisryhmä. Terveyden ja hoitamisen opinnäytetyö -työtila. Luettu 18.4.2017.

Lindgren, Helena – Kjaergaard, Hanne – Olafsdottir, Olof Asta – Blix, Ellen 2014. Praxis and guidelines for planned homebirths in Nordic countries - an overview. *Sexual & Reproductive Healthcare* 5 (2014). 3-8. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <[http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756\(13\)00067-0/pdf](http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756(13)00067-0/pdf)>

NICE 2014. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Verkkodokumentti. <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations#place-of-birth>>. Luettu 4.11.2016.

Niemelä, Pauli 2000. Teoriaa turvallisuudesta. Teoksessa Niemelä, Pauli – Lahikainen, Anja Riitta (toim.): *Inhimillinen turvallisuus*. Tallinna: Kirjakeskus/Tallprint.

Nieminen, Kari 2015. Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126814/URN_ISBN_978-952-00-3599-0.pdf> Luettu 31.3.2017.

Raussi-Lehto, Eija – Jouhki, Maija-Riitta 2015. Suunniteltu kotisyntyminen. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.): *Kätilötyö*. Helsinki: Edita. 286-288.

Raussi-Lehto, Eija 2015. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari (toim.): *Kätilötyö*. Helsinki: Edita. 248-282.

Sjöblom, Ingela – Idvall, Ewa – Lindgren, Helena 2014. Creating a Safe Haven – Women's Experiences of the Midwife's Professional Skills During Planned Home Birth in Four Nordic Countries. *Birth* 41 (1). 100-107.

Snowden, Jonathan M. – Tilden, Ellen L. – Snyder, Janice – Quigley, Brian – Caughey, Aaron B. – Cheng, Yvonne W. 2015. Planned Out-of-Hospital and Birth Outcomes. *The New England Journal of Medicine* 373(27). 2642-2653. Luettavissa myös sähköisesti <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMs1501738>>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014. Annettu Helsingissä 23.9.2014.

STAKES 2008. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76577/tt30_08.pdf> Luettu 14.2.2017.

Tapper, Anna-Maija 2014. Synnytyksiin liittyvät riskit. Teoksessa Aaltonen, Leena-Maija – Rosenberg, Per (toim.): *Potilasturvallisuuden perusteet*. Tampere: Tammerprint Oy. 50-53.

THL 2015. Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126971/Tr19_15.pdf> Luettu 4.10.2016.

THL 2016. Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/131259>> Luettu 14.11.2016.

Thorsen, Rolf 2006. Turvallisuuden tunne. Teoksessa Jahren Kristoffersen, Nina – Nortvedt, Finn – Skaug, Eli-Anne (toim.): Hoitotyön perusteet. Tanska: Edita. 221-244.

Unicef 2015. Levels & Trends in Child Mortality 2015. Verkkodokumentti. <https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_9_Sept_15.pdf> Luettu 5.10.2016.

Valli, Raine 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa Valli, Raine – Aaltola, Juhani 2015 (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori, Eija 2017. Suunnittelija. THL. Helsinki. Suullinen tiedonanto. 22.3.2017.

WHO 2015. Maternal Mortality: 1990 to 2015. Verkkodokumentti. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193994/1/WHO_RHR_15.23_eng.pdf> Luettu 5.10.2016.

Zielinski, Ruth – Ackerson, Kelly – Low, Lisa Kane 2015. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health* 2015 (7). 361-377. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399594/>>

Äitiysneuvolaopas 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf> Luettu 4.10.2016.

Saatekirje

Kotisyntytyksen turvallisuus - synnyttäjän näkökulma

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 14.3.2017 14.00 ja päättyy 15.3.2017 15.40
Metropolia Ammattikorkeakoulu
Tukholmankatu 10
00290 Helsinki

Kätilötyön koulutusohjelma

Hyvä kotisyntyttävä,

Olemme kätilöopiskelijoita Helsingin Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä suomalaisen kotisyntytyksen turvallisuudesta erityisesti synnyttäjän näkökulmasta. Tarkastelemme turvallisuutta ulkoisten tekijöiden ja turvallisuuden kokemuksen kautta.

Opinnäytetyömme on osa Synnytys sairaalan ulkopuolella -hanketta. Tavoitteenamme on tarjota lisää tietoa suomalaisista kotisyntytyksistä eri ryhmien ammattilaisille ja muille kotisyntytyksistä kiinnostuneille.

Kyselymme on tarkoitettu vuosina 2007-2017 suunnitellusti kotona synnyttäneille. Kyselylomake sisältää taustatiedot, joihin voit rastittamalla valita oikean vaihtoehdon. Muut kysymykset ovat avoimia kysymyksiä, joihin voit kirjoittaa vapaata tekstiä. Vastaaminen vie aikaa n. 10 min. Käymme kaikki vastaukset läpi huolella sekä käsittelemme ne nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti.

Vastauksenne ovat meille tärkeitä tutkimuksen ja opinnäytetyön onnistumisen kannalta.

Vastausaika on 21.3.2017 asti.

Otathan meihin yhteyttä mikäli sinulla on jotain kysyttävää tai kommentoitavaa työhömmme ja kyselyymme liittyen. Opinnäytetyömme julkaistaan keväällä 2017 osoitteessa www.theseus.fi ja on sieltä luettavissa.

Kiitämme kovasti vaivannäöstä ja kokemusten jakamisesta!

Ystävällisin terveisin,
Marika Kuittinen ja Eeva Ojajarju

marika.kuittinen@metropolia.fi
eeva.ojajarju@metropolia.fi

Kyselylomake

Taustatiedot

1. Synnyttäessäni suunnitellusti kotona, olin

- 20 vuotta tai alle
- 21-25 vuotta
- 26-30 vuotta
- 31-35 vuotta
- 36-40 vuotta
- yli 40 vuotta

2. Koulutustasoni oli

- peruskoulu
- ammattikoulu
- lukio/ylioppilas
- ammattikorkeakoulu
- yliopisto

3. Synnyin kotona vuonna / vuosina (välillä 2007-2017)

4. Synnyttäessäni suunnitellusti kotona, olin

- ensisynnyttäjä
- uudelleensynnyttäjä

Uudelleensynnyttäjät:

Aiemmat synnytykset, missä?

Kysymykset

5. Miten synnytyspaikkojen väheneminen vaikutti päätökseesi suunnitellusta kotisynnytyksestä?

6. Miten valmistauduit kotisynnytykseen?

7. Ketkä olivat mukana kotisynnytyksessäsi?

8. Miten varauduit mahdollisiin komplikaatioihin?

9. Mitkä tekijät vaikuttivat synnytyksesi turvallisuuteen? (ulkoiset tekijät, turvallisuuden tunne)

Tietojen lähetys

Tallenna

Kiitos vastauksestasi!

Analysirunko

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tiedon hankkiminen Kättilön (+doulan) etsiminen Synnytystarvikkeiden hankkiminen Käytännön järjestelyt Keskusteleminen Henkinen ja fyysinen valmistautuminen Asentojen ja kivunlievitysmenetelmien testaaminen Kotisyntytyksivideoiden katseleminen Koulutuksilla/kursseilla/seminaareilla valmentautuminen	Kotisyntytykseen valmistautuminen	Turvallisuuden sisäiset tekijät	Synnyttäjän kokema turvallisuus kotisyntytyksessä
Kättilö/terveydenhuollon ammattilainen Doula Puoliso Aiemmat lapset Muut tukihenkilöt	Läsnäolijat		
Luotettava tuttu kättilö ja muut avustajat Luottamussuhde Puolison tuki Ennalta sovitut toimintavat Henkinen valmistautuminen Tiedon hankkiminen Luottamus kehoon Usko Jumalaan	Sisäinen turvallisuuden tunne		
Kättilön ammattitaito Kättilön tiivis läsnäolo Sairaalabakteereilta välttyminen Koti synnytysympäristönä Koskemattomuus Fyysinen valmistautuminen Matalanriskin raskaus/aiempi matalanriskin synnytys Synnytysallas ja vesi Tiivis jälkiseuranta Ammattilaisten positiivinen suhtautuminen Ylimääräinen ultrauskerta	Turvallisuuden tunteeseen vaikuttavat ulkoiset tekijät	Turvallisuuden ulkoiset tekijät	
Ei mitenkään Vammalan synnytysosaston sulkeminen Tammisaaren synnytysosaston sulkeminen Pääkaupunkiseudun synnytysosastojen sulut Etäisyys sairaalaan Tiedonsaanti	Synnytyspaikkojen väheneminen Suomessa		
Ammattitaitoinen kättilö Keskusteleminen Sairaalaan siirtyminen Terveystilasta huolehtiminen Kättilön välineistö	Komplikaatioihin varautuminen		