

# SUOMALAISTEN KÄTILÖIDEN SUHTAUTUMINEN KOTISYNNYTYKSIIN

Senni Lipponen

Opinnäytetyö  
Helmikuu 2010

Hoitotyö  
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t)  LIPPONEN, Senni	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 08.02.2010
	Sivumäärä 68	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi Suomalaisten kättilöiden suhtautuminen kotisyntyisiin		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto		
Työn ohjaaja(t) RYTTYLÄINEN, Katri		
Toimeksiantaja(t) Aktiivinen synnytys ry		
Tiivistelmä <p>Suomessa kotikätilöitä on paljon vähemmän kuin kotisyntyistä toivovia perheitä. Kotisyntyistä toivovien lakisääteinen ja eettinen itsemääräämisoikeus ei voi toteutua, ennen kuin kotikätilöiden määrä kasvaa. Tämän opinnäytetyö tavoitteena oli selvittää, miten suomalaiset kättilöt suhtautuvat kotisyntyisiin, millaiset syyt heitä estävät hoitamasta kotisyntyisiä sekä millaista tukea he tarvitsisivat voidakseen toimia kotikätilönä.</p> <p>Aineisto kerättiin loka-marraskuussa 2009 sähköisellä kyselylomakkeella. Otantaan valittiin kaikki kättilöt, jotka oli mahdollista tavoittaa kättilöyhdistysten postituslistojen kautta. Heitä oli noin 300, ja kyselyyn vastasi 74 kättilöä. Opinnäytetyö toteutettiin valtaosin määrällisin menetelmin, syventämissä käytettiin myös laadullisia menetelmiä. Numeerisen aineiston analysoinnissa käytettiin frekvenssejä, keskiarvoja, prosenttiosuuksia sekä ristiintaulukointia. Laadullinen aineisto analysoitiin konventionaalista sisällönanalyysiä mukaillen.</p> <p>Kättilöistä joka viides olisi valmis hoitamaan kotisyntyisiä, ja joka kolmas olisi kiinnostunut laajentamaan osaamistaan kotisyntyisiin. Tärkeimmät syyt kieltäytyä hoitamasta kotisyntyisiä liittyivät kättilön oikeusturvaan sekä synnyttäjän ja lapsen turvallisuuteen. Tärkeimmät tukimuodot kotisyntyisiin liittyen olivat vastuukysymysten selkiyttäminen, työssäoppiminen kokeneen kotikätilön johdolla sekä nykyisen työpaikan käytännön tuki. Tärkein yksittäinen kotisyntyistä koskeviin mielipiteisiin vaikuttava tekijä oli kokemus synnytysten hoidossa.</p> <p>Suomalaiset kättilöt suhtautuivat kotisyntyisiin melko myönteisesti. Kotikätilöiden määrä alkaisi luultavasti kasvaa, jos olemassa olisi selkeä lainsäädäntö ja ohjeistus kotisyntyisten hoitoon sekä mahdollisuus aloittaa kotikätilötoiminta kokeneemman kotikätilön parina.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kotisyntyisyys, Kätilöt, Kätilötyö,		
Muut tiedot		



Author(s) LIPPONEN, Senni	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 08.02.2010
	Pages 68	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title Finnish midwife's attitudes towards home birth		
Degree Programme Nurse-midwife		
Tutor(s) RYTTYLÄINEN, Katri		
Assigned by Aktiivinen Synnytys Ry		
Abstract <p>In Finland, there are far too few home midwives to respond to the demand for home births. The legal and ethical autonomy of families cannot be fulfilled before the number of midwives offering home birth services increases. The purpose of this thesis was to find out how Finnish midwives were disposed towards home births, what reasons kept them from attending to home births and what kind of support they would need in order to work as home midwives.</p> <p>The data for the thesis was collected by using an internet questionnaire in October and November 2009. All midwives who could be reached on the local midwife association's mailing lists were included. Of the total number of approximately 300, 74 returned the questionnaire. The main methods in analysis of the data were quantitative, but also qualitative methods were used. Frequencies, average values and cross tabulation was used when analyzing quantitative data. The qualitative material was analyzed according to the principles of Hsieh's and Shannon's (2005) conventional content analysis.</p> <p>Every fifth midwife would be ready to attend to home deliveries. Every third midwife was interested in developing her home delivery know-how. The most important reasons for refusing to take care of home deliveries were related to the fear of litigation and the safety of the mother and child. Tackling the responsibility issues, learning-by-doing with an experienced home midwife and concrete support of the employer were the most important ways of supporting midwives to attend to home deliveries. The prime factor contributing to the attitudes towards home birth was a midwife's experience in taking care of deliveries.</p> <p>The Finnish midwives had quite positive attitudes towards home births. The number of home deliveries would probably increase, if there were well-defined regulations and directions for them and if the opportunity of starting with an experienced home midwife existed.</p>		
Keywords Midwives, Midwifery, Home birth, Home delivery		
Miscellaneous		

## Sisältö

1.	Kotisynty Suomessa ennen ja nyt .....	3
2.	Kotisynty.....	6
2.1.	Kotisyntyykseen liittyvät käsitteet .....	6
2.2.	Säännöllisen synnytyksen kulku .....	7
2.3.	Kätilö koti- ja sairaalasyntyksessä .....	9
2.4.	Kotisyntytutkimus .....	12
2.4.1.	Kotisynttyksen turvallisuus.....	12
2.4.2.	Kotona synnyttäneiden näkökulma.....	13
2.4.3.	Äitiyshuollon ammattilaisten näkökulma .....	15
2.4.4.	Kotisyntytutkimukset lähdeaineistona .....	16
3.	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	18
4.	Tutkimuksen toteuttaminen .....	18
4.1.	Tutkimusmenetelmän valinta.....	18
4.2.	Kyselylomakkeen laatiminen .....	19
4.3.	Aineiston kerääminen .....	20
4.4.	Aineiston analyysimenetelmät .....	21
5.	Tutkimustulokset.....	23
5.1.	Kohderyhmän taustatiedot .....	23
5.2.	Syyt kieltäytyä kotisyntyksessä avustamisesta .....	24
5.2.1.	Tärkeät ja toissijaiset syyt kieltäytymiseen .....	24
5.2.2.	Taustatekijöiden vaikutus kieltäytymisen syihin.....	27
5.3.	Kotikätilötoiminnan tukikeinot .....	34
5.4.	Kätilöiden näkemyksiä kotisyntyksistä.....	39
5.4.1.	Kotisynttysmyönteiset kätilöt .....	39
5.4.2.	Kotisynttyskielteiset kätilöt .....	42
6.	Pohdinta.....	46
6.1.	Tulosten tarkastelu .....	46

6.2. Eettiset kysymykset ja luotettavuus .....	49
6.3. Visioita kotisynnytyksen tulevaisuudesta Suomessa .....	52
7. Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet .....	53
8. Lopuksi .....	54
Lähteet .....	57
Liitteet .....	60
Liite 1. Kyselylomake .....	60
Liite 2. Kyselylomakkeen saatekirje .....	65
Liite 3. Kyselylomakkeen rakenne .....	66
Liite 4. Vastaajien taustatiedot .....	67
Liite 5. Syyt kieltäytyä kotisynnytyksistä .....	68

## 1. Kotisynnytys Suomessa ennen ja nyt

Viisainen, Gissler, Räikkönen, Perälä ja Hemminki (1998, 1) kysyivät hedelmällisessä iässä olevilta suomalaisilta, missä he haluaisivat synnyttää. Valtaosa heistä valitsisi sairaalan, mutta kuusi prosenttia haluaisi lapsensa syntyvän kotona. Jos nämä toiveet toteutuisivat, kotisynnytyksiä olisi karkeasti arvioiden 2500 vuodessa, vaikka kotisynnytystä toivovista vain matalan riskin synnyttäjät synnyttäisivät kotona (ks. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007). Kuitenkin suunniteltuja kotisynnytyksiä tapahtuu noin kymmenkunta vuosittain, esimerkiksi vuonna 2006 vain 11 lasta syntyi suunnitellusti kotona (Vastasyntyneet 2006 2008).

Naiseudella ja äitiydellä on oma kulttuurinsa, joka elää ja muuttuu jatkuvasti. Teoksessaan Kotisynnytysten aikaan Helsti (2000) kuvaa synnytykskulttuurin sekä siihen liittyneiden käsitysten muutosta Suomessa. Helstin mukaan 1800-luvun lopulla alkaneen, synnytys- ja imeväiskuolleisuuden vähenemiseen tähtäävän äitiysvalistuskampanjan aikana valistajat ryhtyivät kitkemään järjestelmällisesti naisten synnyttämiseen liittyviä kansanomaisia tapoja ja uskomuksia ja korvaamaan niitä virallisen lääketieteen hyväksymillä käsityksillä. Kansanvalistuksen edetessä synnytykset alkoivat siirtyä ensin kansankättilöiltä koulutetuille, lääkärin alaisuudessa toimiville kättilöille ja pian sen jälkeen synnytyslaitoksiin. Kotisynnytys muuttui itsestäänselvyydestä harvinaisuudeksi yhden naispolven elinaikana. Vielä vuonna 1920 noin 90% synnytyksistä tapahtui kotona. 50 vuotta myöhemmin kotisynnytys oli historiaa, ja lähes 100% lapsista syntyi laitoksissa. (Helsti 2000, 16, 48.)

Pelkkä valistuminen ja lääketieteen voittokulku ei kuitenkaan selitä, miksi kotisynnytystä toivovia naisia on Suomessa niin paljon enemmän kuin toteutuneita kotisynnytyksiä. Ristiriita on myös kansainvälinen: Kaikissa länsimaissa terveydenhuollon päätöksenteko perustuu samaan lääketieteelliseen tietoon, mutta silti kotisynnytysten yleisyydessä on suuria maiden välisiä eroja. Suomessa kotisynnytykset ovat poikkeuksellisen harvinaisia (Viisainen 2001, 1109; Jouhki 2008, 6). Yksi kotisynnytysten kysynnän ja tarjonnan epäsuhtaa selittävä tekijä on Suomessa vallitseva kotisynnytyksielteinen synnytys-

kulttuuri. Kotisynnytysten toteutus on hankalaa, koska useimmat kätilöt ja lääkärit suhtautuvat negatiivisesti koko ajatukseen ja ammattitaitoista avustajaa on vaikea löytää (Viisainen 2001, 1111).

Kotisynnytyksen vastaisia asenteita on lähdettävä purkamaan. Tämä on välttämätöntä, jotta synnyttäjän eettinen ja lakisääteinen itsemääräämisoikeus voisi toteutua. Ensimmäinen askel tässä on selvittää syitä äitiyshuollon henkilökunnan ja erityisesti kätilöiden asenteisiin. Sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista että Suomen kätilöliiton eettiset ohjeet korostavat synnyttäjän oikeutta päättää omaa hoitoaan koskevista asioista (ks. L 17.8.1992/785, 6 §; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 173). Näin ollen myös kotona synnyttämisen pitäisi olla Suomessakin todellinen vaihtoehto.

Kotisynnytyksisaiheista tutkimusta on tehty Suomessa niukasti. Kotisynnytystä synnyttäjän valintana ovat tutkineet Viisainen (2001), Viisainen, Gissler, Räikkönen, Perälä ja Hemminki (1998) sekä Jouhki (2008). Etnologista kotisynnytystutkimusta on tehnyt Helsti (2000). Synnytyksen ammattilaisten näkökulma puuttuu kuitenkin tyystin, minkä Jouhki (2008, 59) esittääkin yhdeksi jatkotutkimusehdotukseksi omassa työssään. Pyrin tällä opinnäytetyölläni tuomaan kotisynnytykseskusteluun kuuluville myös kätilöiden äänen.

Kätilöiden kielteisen kotisynnytyksiin suhtautumisen syitä ei ole aiemmin tutkittu Suomessa, ja kansainvälisestikin aihetta on käsitelty vähän. Löytämistäni lähteistä lähimmäksi osuu jo viisitoista vuotta sitten tehty englantilainen tutkimus, jossa selvitettiin yleislääkäreiden halukkuutta hoitaa kotisynnytyksiä ja syitä mahdolliseen haluttomuuteen niiden hoidossa (Brown 1994). Toisen ammattilaisnäkökulmasta tehdyn, niin ikään englantilaisen tutkimuksen on tehnyt Floyd (1995), joka keräsi tietoa terveydenhoitajakätilöiden (engl. community midwife) kokemuksia kotisynnytyksistä. Englannissa tutkimuksen lähtötilanne on kuitenkin aivan toinen kuin Suomessa, sillä Englannissa ko-

*”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla”*  
(L 17.8.1992/785, 6 §).

tisyntösten hoito ei ole poikkeus lääkäriin tai kättilön tehtävistä, vaan kuuluu työnkuvaan. Siksi englantilaisten lääkärien ja kättilöiden mielipiteitä ja asenteita yli viisitoista vuotta sitten ei voi luotettavasti käyttää suomalaisten kättilöiden tämän päivän asenteiden arvioimiseen.

Suomessa kotisyntösten puolesta puhuu Aktiivinen syntö ry. Tämä opinnäytetyö on toteutettu Aktiivinen syntö ry:n tilauksesta, ja tulokset tulevat yhdistyksen käyttöön. Aktiivinen syntö ry perustettiin vuonna 1986, ja sen tavoitteena on edistää syntöskulttuuria naisten ja perheiden ehdoilla. Aktiivinen syntö ry:n tavoitteena on kannustaa naisia pohtimaan omia toiveitaan, ottamaan asioista selvää ja löytämään itselleen paras tapa olla raskaana ja syntöttää.

#### **Aktiivinen syntö ry:n tavoitteet:**

- *Naisen ja perheen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan*
- *Myös kodin ja pienten syntösyksiköiden tulee olla todellisia vaihtoehtoja syntöspaikkoina*
- *Syntövalmennuksessa annetaan tasapuolista, tutkimukseen perustuvaa tietoa raskauden ja syntöksen eri vaihtoehtoista*
- *Luoda tukiverkosto raskaana oleville ja syntöttäneille naisille perheineen*
- *Perheellä tulee olla oikeus ympärivuorokautiseen yhdessäoloon syntöksen jälkeen*
- *Hoidon jatkuvuus: Sama kättilö(tiimi) raskauden, syntöksen ja lapsivuoteen ajan.*

(Aktiivinen Syntö ry 2009)

Koska jo Viisainen (2001, 1111) on todennut kotikätilön löytymisen vaikeuden, suhtautumisen selvittäminen myönteinen-kielteinen -akselilla olisi käytännössä turhaa. Siksi astun askelen pidemmälle. Tavoitteenani on eritellä ja selvittää niitä syitä, jotka vaikuttavat kättilöiden kotisyntöstä koskeviin asenteisiin. Samalla selvitän, minkä verran kättilöiden keskuudessa on ”piilokotikätilöitä”, eli sellaisia kättilöitä, jotka eivät ole koskaan avustaneet kotisyntötyksessä eivätkä kenties vielä uskaltaisi avustaakaan, mutta



ovat kiinnostuneita laajentamaan osaamistaan myös tälle kättilötyön osa-alueelle. Edelleen, tavoitteenani on saada selville, millaista tukea nämä ”piilokotikätilöt” tarvitsisivat ryhtyäkseen avustajiksi kotisyntytyksiin.

## 2. Kotisyntytyys

### 2.1. Kotisyntytykseen liittyvät käsitteet

#### **Kotisyntytyys**

Kotisyntytykselle ei ole olemassa yksiselitteistä tieteellistä määritelmää, vaan se on puhekielinen ilmaus kotona tapahtuvalle synnytykselle. Tässä opinnäytetyössä kotisyntytyksellä tarkoitetaan *suunniteltua, koulutetun kättilön tai lääkärin avustamaa, kotona tapahtuvaa matalan riskin synnytystä*. Kotisyntytyksen aikana tai sen jälkeen ei käydä sairaalassa, jos sekä lapsi että äiti voivat hyvin. Jos synnytyys muuttuu korkean riskin synnytykseksi, äiti ja mahdollisesti jo syntynyt lapsi siirtyvät sairaalaan.

#### **Säännöllinen synnytyys eli normaali synnytyys**

Synnytyys voidaan määritellä säännölliseksi vasta jälkikäteen. Säännöllinen synnytyys tapahtuu 37.- 42. raskausviikolla (Tiitinen 2009; WHO 1996, 4). Synnytyys käynnistyy spontaanisti matalan riskin synnytyksenä ja jatkuu sellaisenaan loppuun asti. Lapsi syntyy spontaanisti päätilasta, ja sekä äiti että lapsi voivat hyvin synnytyksen jälkeen. Myös korkean riskin synnyttäjällä voi lopulta olla säännöllinen synnytyys. (WHO 1996, 4)

#### **Matalan riskin raskaus**

Riskien kartoitusta tehdään pitkin raskautta, ja riskiluokitus voi muuttua myös synnytyksen aikana. Opinnäytetyössäni käytän yksinkertaisinta matalan riskin raskauden määrittelyä: Jos äidillä ei ole riskitekijöitä kuten ylipainoa, synnytyshistoriassa ei ole komplikaatioita kuten sektioita ja nykyinen raskaus sujuu sekä äidin että sikiön osalta normaalisti (ei esimerkiksi vuotoa loppuraskaudesta, sikiön poikkeavaa tarjontaa tai äidin vakavaa anemiaa), kyseessä on matalan riskin raskaus. (WHO 1996, 2-3.)

### **Matalan riskin synnytys**

Synnytys voidaan määritellä matalan riskin synnytykseksi jo synnytyksen alkaessa. Jos raskaus on ollut matalan riskin raskaus, myös synnytys on matalan riskin synnytys niin kauan kuin se etenee säännöllisenä. Kuten raskauden, myös synnytyksen riskiluokitus muuttuu, jos jotain normaalista poikkeavaa ilmenee. (WHO 1996, 2-3.)

## **2.2.Säännöllisen synnytyksen kulku**

Synnytyksistä valtaosa on säännöllisiä (WHO 2002, 143). Säännöllistä synnytystä voidaan tarkastella useasta vaiheesta koostuvana tapahtumien sarjana kuten Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen ja Äimälä (2007, 210) tekevät oppikirjassaan Kätilötyö. Tämä vaihenäkökulma on kuitenkin melko jäykkä ja lääketieteellinen. Fraser ja Cooper (2003, 437) puolestaan ymmärtävät synnytyksen prosessina, jonka vaiheita ei voi tarkasti erottaa toisistaan. Prosessiajattelu sopii paremmin synnytyksen luonnollisena tapahtumana käsittävään hoitotieteelliseen kontekstiin, joten käyn synnytyksen tässä läpi pääasiassa Fraserin ja Cooperin mukaan.

Kätilön tehtävänä säännöllisessä synnytyksessä on lähinnä tukea synnyttäjää ja tarkkailla synnytyksen kulkua mahdollisten poikkeamien varalta, sillä nykyohjeistuksen mukaan normaalin synnytyksen kulkuun ei juuri tarvitse puuttua (Tiitinen 2009; WHO 2002, 143-144). Läpi synnytyksen tapahtuvaan tarkkailuun kuuluu äidin verenpaineen, pulssin, lämmön, supistusten ja kivun seuranta, lapsiveden värin havainnointi sekä sikiön sydänäänten seuranta (mt.). Seurannan tarkoituksena on havaita ajoissa uhkaavat vakavat komplikaatiot kuten vakavat verenvuodot ja sikiön hapenpuute (Pulli 2008; Paananen ym. 2007, 212).

Säännöllisen synnytyksen prosessi alkaa jo ennen varsinaista synnytystä. Loppuraskaudessa kohdun alasegmentti laajenee, ja sikiö laskeutuu alemmas ja pää saattaa jo kiinnittyä lantioon. Naisella on usein myös ennakoivia supistuksia, jotka loppuvat välillä ja ovat useimmiten kivuttomia. Jossain vaiheessa harjoitussupistukset muuttuvat hiukan

säännöllisemmiksi ja tukalamman tuntuiseksi. Alkaa synnytyksen latenssivaihe. (Frasher & Cooper 2003, 435-439.)

Latenssivaihe on ikään kuin siirtymä raskaudesta synnytykseen. Naisella on epäsäännöllisiä, kivuttomia tai joskus kipeitäkin supistuksia, jotka edistävät kohdunsuun avautumista vain vähän, yleensä ensimmäiset kolme-neljä senttiä. Supistusten väli voi olla esimerkiksi 15 minuuttia ja kesto puoli minuuttia. Ensisynnyttäjällä latenssivaihe voi kestää kahdeksankin tuntia ja synnyttäjä voi kokea synnytyksen jo alkaneen. Aikanaan supistukset voimistuvat ja tihentyvät. Joskus on vaikea sanoa tarkasti, milloin latenssivaiheen supistukset muuttuvat kohdunsuuta avaaviksi ja kohdunkaulakanavaa lyhentäväksi supistuksiksi. Virallisesti synnytys katsotaan alkaneeksi, kun supistukset tulevat säännöllisesti alle kymmenen minuutin välein ja kestävät 40-60 sekuntia. Kohdun rytmikkäät, voimakkaat supistukset lyhentävät kohdunkaulakanavaa ja avaavat kohdunsuuta, kunnes kanava on kokonaan hävinnyt ja kohdunsuu avautunut kymmeneen senttiin. Avautumisvaiheen loppupuolella supistukset tulevat parin minuutin välein ja kestävät vajaan minuutin kerrallaan. (Frasher & Cooper 2003, 437-439; Paananen ym. 2007, 210-211.)

Kun kohdunsuu on valmis tai lähes valmis lapsen syntymää varten, seuraa usein rauhallisempi hetki ennen ponnistamista. Supistukset ovat voimakkaita ja pitkiä, mutta niiden väli saattaa hiukan pidentyä. Viimeistään tässä vaiheessa lapsen pää laskeutuu alas lantion loukkoon ja asettuu ”lähtökuoppiin”. Kätilö tarkistaa syntyvän lapsen tarjonnan (Tiitinen 2009). Nainen voi tässä vaiheessa olla levoton ja kaivata kivunlievitystä ja hänestä tuntuu, ettei synnytys ikinä lopu. Tämä hetki ennen ponnistusvaihetta on optimaalinen vaihe sikiökalvojen puhkeamiselle, mutta kalvot ovat voineet puhjeta jo aiemmin synnytyksen aikana tai jopa päiviä etukäteen. (Frasher & Cooper 2003, 442-443, 488.)

Synnytyksen luonne muuttuu jälleen, kun nainen alkaa tuntea ponnistamisen tarvetta supistusten aikana. Tarve muuttuu pakoksi, ja synnyttäjä työntää palleallaan ja vatsalihaksillaan supistuvan kohtulihaksen apuna. Nainen uppoutuu usein synnytykseensä, monet auttavat itseään äänтелеillä voimakkaasti ponnistaessaan. Syntyvä lapsi liikkuu joka supistuksella alemmas venyttäen synnytyskanavan kudoksia päällään. Pään alkaessa syntyä kätilö tukee synnyttäjän välilihaa repeämien välttämiseksi (Tiitinen 2009).

Kun pää on syntynyt, loppuvartalo syntyy muutamalla supistuksella. Jos äiti on ponnistusvaiheessa pystyasennossa, painovoima tekee osan työstä. (Frasher & Cooper 2003, 488-491, 498-499.)

Vastasyntynyt lapsi nostetaan heti äidin syliin missä se saa levätä ja imeä, ja peitellään lämpimästi. Napanuora suljetaan ja katkaistaan kun se on lakannut sykkimästä. Istukka ja kalvot syntyvät noin tunnin sisällä lapsen syntymästä äidin kevyen ponnistuksen avulla. Tarvittaessa jälkeisten syntymistä voi avustaa varovasti napanuorasta ohjaamalla. Jos äidillä on repeämiä, ne puudutetaan ja ommellaan. Sitten on aika imettää, tutustua lapseen ja levätä. (Frasher & Cooper 2003, 502, 508-514.)

### **2.3. Kätilö koti- ja sairaalasyntyksessä**

Kotisyntytykset ja siten myös kotikätilöt ovat Suomessa äitiyshuoltojärjestelmän ulkopuolella, eikä kotisyntytysten hoitoa ei ole erikseen säännelty lailla tai muilla virallisilla ohjeilla. Kätilön eettisen koodin ja Suomen lain lisäksi jokainen Suomessa toimiva kotikätilö on itse asettanut toiminnalleen rajat ja säännöt, joten yleispätevää kuvausta suomalaisen kotikätilön toiminnasta on vaikea antaa. Esimerkiksi se, kuinka kotikätilö käyttää tai on käyttämättä kipulääkkeitä kotisyntytyksessä ja minkä verran hän suostuu puuttumaan synnytyksen kulkuun toimenpitein, vaihtelee kätilökohtaisesti. Kotisyntyttäjät etsivät kätilön itselleen itse, usein joko tuttavilta kyselemällä tai ottamalla yhteyttä Aktiivinen synnytys ry:hyn, joka voi auttaa ottamaan yhteyttä lähimpään kotikätilöön. Kuvaan kotikätilön toimintaa Suomessa Aktiivinen synnytys ry:n puheenjohtaja, kätilö ja kotikätilö Minna Haatajan haastattelun (2009) perusteella. Haataja on ollut Englannissa toisena avustavana kätilönä noin viidessätoista kotisyntytyksessä ja Suomessa hoitanut itsenäisesti noin kymmenen kotisyntytystä.

Haatajan (2009) käytäntönä on käydä synnyttäjän perheen luona ennen synnytystä 1-2 kertaa tai tarpeen mukaan. Lisäksi yhteyttä pidetään yleensä viikoittain sähköpostitse tai puhelimitse, kun perhe kertoo kuulumisiaan raskauden edetessä. Kätilö on siis synnyttäjälle tuttu jo ennen synnytystä. Lasketun aja lähestyessä, raskausviikon 38 tienoilla Haa-

taja pyytää kopion neuvolakortista itselleen. Etukäteen kirjoitetaan myös sopimus kotisynnytyksen hoidosta. (Mt.)

Haataja (2009) toteaa, että matalan riskin koti- ja sairaalasyntymisen hoidossa ei pitäisi olla eroja, mutta niitä kuitenkin käytännössä on. Kotisynnytyksessä sikiön sydänääniä seurataan avautumisvaiheen aikana doppler-laitteella, tai jos sitä ei ole saatavilla, sikiöstetoskoopilla. Tarkkailu toistetaan viidentoista minuutin välein aina minuutin ajan supistuksen jälkeen, kun sairaalassa seuranta toteutetaan usein kardiotokografilla (KTG) yhtenä pitempänä jaksona tunnin aikana. Ponnistusvaiheessa kotona sikiön sydänäänten seuranta doppler-laitteella toistetaan vähintään viiden minuutin välein, sairaalassa käytetään usein jatkuvaa KTG-seurantaa. (Mt.) Sydänäänten jaksoittainen kuuntelu KTG-seurannan sijaan on myös WHO:n (1998) suosituksen mukainen käytäntö (mts. 19; ks. myös Mires, Williams & Howie 2001, 1459).

Kotisynnytyksessä Haataja (2009) ei käytä puudutteita. Poikkeuksena on repeämiä ommeltaessa käytettävä paikallispuudutus. Synnytykseen puuttumistakin vältetään kotisynnytyksessä tarkemmin kuin sairaalassa. Esimerkiksi sikiökalvoja Haataja ei puhkaisisi kuin korkeintaan lapsen ollessa jo syntymässä. Jos synnyttäjällä tarvitsee kipulääkettä tai toimenpiteitä, hän siirtyy sairaalaan. Kotisynnytyksen siirtyessä sairaalaan synnytyksen hoito siirtyy sairaalan henkilökunnalle. Kotikätilö, jolla ei ole työsuhdetta sairaalaan, voi tulla mukaan vain tukihenkilön ominaisuudessa. (Mt.)

Haataja (2009) muistuttaa, että vanhempien kannalta asetelma kotisynnytyksessä on aivan päinvastainen kuin sairaalasyntymisessä: Sairaalasyntymistä varten perhe lähtee kotoaan ”vierailulle” sairaalaan. Siellä he ilmoittautuvat, odottavat kätilöä, joka esittelee paikat, kehottaa vaihtamaan sairaalan vaatteet ja kertoo, mitä kaikkea saa tehdä. Ruokaa tarjotaan tai sitä pyydetään, jopa lupa syödä tulee usein kysytyä. Synnyttäjän pitää usein pyytää esimerkiksi jumppapalloa tai synnytysjakkaraa jos haluaa sellaisen, ja esimerkiksi veteen synnyttäminen on luvallista vain muutamassa Suomen sairaalassa. Synnytystä hoitaa se kätilö joka sattuu olemaan vuorossa, ja kätilö voi vaihtua kesken synnytyksen. Kotona synnyttäessä *kätilö* tulee vierailulle synnyttäjän luokse, *kätilö* soittaa ovikelloa ja jättää takin eteiseen, *kätilö* kysyy, mihin hän voisi laittaa välineensä.

Haataja (2009) jatkaa, että kotona synnyttäjä on ”herra omassa talossaan”. Hän päättää, ketä hänen synnytyksessään saa olla paikalla, hakee lempiruokaansa omasta jääkaapistaan jos siltä tuntuu, ja rentoutuu lempinojatuolissaan, jumppapallollaan tai hankkimassaan synnytysaltaassa. Kotona on helpompi kuunnella itseään ja etsiä itseä miellyttäviä rentoutumis- tai ponnistusasetoja kuin ”kyläillessä” sairaalassa, ja kätilökin todennäköisesti mukautuu synnyttäjän toiveisiin helpommin ja huolehtii riittävästä tiedonsaannista, sillä hän on itse vieraana eikä isäntänä. (Mt.) Kotisyntytyksessä hallinnan tunnetta edistävä ilmapiiri on siis helpommin saavutettavissa kuin sairaalassa. Hallinnan tunteeseen vaikuttavat mm. kehon ja itsetunnon huomiointi, rauhoittava hoitoympäristö ja tilanne, osallistuminen päätöksentekoon sekä riittävä tiedon saaminen (Ryttyläinen 2005, 123) .

Kätilön näkökulmasta kotisyntytyksessä eroaa sairaalasyntytyksestä siinä, että kätilö on tilanteessa yksin. Haatajalla (2009) ei ole mahdollisuutta konsultoida lääkäriä tai kollegaa kesken synnytyksen, vaan päätökset on tehtävä itsenäisesti. Haataja (2009) kertoo, että hän ei haluakaan konsultoida lääkäriä puhelimitse, sillä olisi kohtuutonta siirtää vastuuta synnytyksestä puhelimitse lääkärille, joka ei tunne tilannetta. Kätilö hankkii ja huoltaa itse tarvitsemansa välineet ja lääkkeet lukuun ottamatta doppler-laitetta, jonka synnyttäjällä vuokraa. Kotisyntytyksessä myös kirjaaminen on tarkempaa kuin sairaalassa, sillä se on olennaisen tärkeä osa kätilön oikeusturvaa erityisesti kotisyntytyksissä, joita Suomen lainsäädäntö ei huomioi mitenkään. Haataja (2009) kertoo kirjaavansa synnytyksen kulkua ainakin 15 minuutin välein. Siltä varalta, että kätilö suosittelee sairaalaan siirtymistä, mutta synnyttäjällä kieltäytyy, Haatajalla on aina mukanaan vastuuvapauspaperit. Niissä synnyttäjällä todistaa allekirjoituksellaan itse kieltäytyneensä kätilön suosittlemasta sairaalaan siirtymisestä. Haatajalle tällaista tilannetta ei ole koskaan sattunut. Jos tällainen tilanne tulisi vastaan, hän katsoisi olevansa edelleen lain mukaan auttamisvelvollinen ja voivansa vain soittaa ambulanssin valmiiksi paikalle siltä varalta, että lapsi tai äiti sitä tarvitsisi. (Mt.)

Kotisyntytyksen jälkeen Haataja (2009) kertoo viipyvänsä perheen luona 2-4 tuntia, tai tilanteen mukaan vaikkapa yön yli. Sen jälkeen hän on puhelimitse saatavilla ympäri vuorokauden. Synnytyksen jälkeisiä kotikäyntejä hän tekee ainakin yhden, 3. päivänä synnytyksestä. Perhe varaa itse ajan lastenlääkärin tarkastukseen ja neuvolaan. (Mt.)

## 2.4.Kotisynnytystutkimus

### 2.4.1. Kotisynnytyksen turvallisuus

Akateemisen kotisynnytyskeskustelun suosikkiaihe on turvallisuus. Suomessa äitiys-  
huollon ammattilaiset keskustelevat kotisynnytysten turvallisuudesta välillä kiivaaseen-  
kin sävyyn, esimerkiksi aikakauskirja Duodecim in verkkojulkaisussa 7/2008. Maail-  
malla väittely on samansuuntaista, joskin useimmat tutkimukset osoittavat kotisynny-  
tyksen lopputuloksen olevan yhtä hyvä tai parempi kuin vastaavan sairaalasyntytyksen  
(McLachlan & Forster 2009).

Kotisynnytysten turvallisuutta käsittelevistä raporteista valtaosa toteaa suunnitellun,  
ammattilaisen avustaman matalan riskin kotisynnytyksen olevan turvallinen vaihtoehto  
sairaalasyntytykselle, ja että se on lopputulokseltaan yhtä hyvä tai parempi kuin vastaa-  
van sairaalasyntytyksen. Esimerkiksi Olsen (1997) analysoi kuusi kotisynnytystutkimusta  
selvittääkseen kotisynnytyksen turvallisuutta. Vertailuryhmissä olivat matalan riskin  
kotisynnytykset ja matalan riskin sairaalasyntytykset. Ryhmien perinataali- ja äitikuol-  
leisuusluvut eivät eronneet toisistaan. Kotisynnytyksissä matalia Apgarin pisteitä ja va-  
kavia repeämiä oli kuitenkin vähemmän kuin sairaalasyntytyksissä. Samoin mm.  
episiotomioita ja sektioita tehtiin vähemmän kotisynnytyksissä. (Mts. 4)

Muissakin kotisynnytysten turvallisuutta käsittelevissä tutkimuksissa tulokset ovat ol-  
leet samansuuntaisia kuin Olsenilla (1997). Tuoreempia tutkimuksia mainitakseni Jans-  
sen, Saxell, Page, Klein, Liston ja Lee (2009), Johnston ja Daviss (2005), Janssen, Lee,  
Ryan, Etches, Fraquharson, Peacock, ja Klein, (2002) sekä Lindgren, Rådestad, Chris-  
tensson ja Hildingsson (2008) ovat kaikki tutkineet kotisynnytyksen turvallisuutta ja  
todenneet suunnitellun, ammattilaisen avustaman matalan riskin kotisynnytyksen loppu-  
tuloksen vähintään yhtä hyväksi kuin vastaavista lähtökohdista tapahtuvan sairaalasy-  
ntytyksen. Kaikissa näissä tutkimuksissa todetaan edelleen samansuuntaisesti Olsenin  
(1997) meta-analyysin kanssa, että matalan riskin kotisynnytyksissä lääkityksen ja lää-  
ketieteellisen puuttumisen tarve oli selvästi pienempi kuin matalan riskin sairaalasynty-

tyksissä, ja näillä synnyttäjillä oli vähemmän repeämiä koti- kuin sairaalasyntytyksen jälkeen (Mt).

Vastakkaisiakin tuloksia on saatu. Pangin, Heffelfingerin, Huangin, Benedettin ja Weisin (2002) tutkimuksen mukaan perinataalikuolleisuus on kotisyntytyksissä kaksinkertainen sairaalasyntytyksiin verrattuna. Midwives' Association of Washington State kritisoi kyseistä tutkimusta kuitenkin muun muassa siitä, että suunniteltuja ja suunnittelemattomia kotisyntytyksiä ei käytetyn materiaalin avulla voitu erottaa, eikä tutkijaryhmässä ollut yhtään terveystalon ammattilaista, jolla olisi asiantuntemusta kotisyntytyksistä (Home birth a safe option for many women 2002). Toinen tutkimus, jossa kotisyntytyks todettiin vaaralliseksi, tehtiin Australiassa vuonna 1998. Tutkijat Bastian, Keirse ja Lancaster (1998) toteavat kuitenkin itse tutkimusraporttinsa lopuksi, että korkea perinataalikuolleisuus johtui yliaikaisten sekä kaksos- ja perätilasyntytyksien riskien aliarvioimisesta, ja että matalan riskin synnyttäjille kotisyntytyks on hyvä vaihtoehto (mts. 387). Kummassakaan otantaa ei oltu rajattu vain suunniteltuihin, ammattilaisen avustamiin matalan riskin synnytyksiin. Näiden puutteiden vuoksi näyttöä mainitut kriteerit täyttävän kotisyntytyksen vaarallisuudesta ei löytynyt yhdestäkään tutkimuksesta.

Kotisyntytyksen turvallisuutta käsittelevät tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia, samoin eri maiden synnytyslääkäreiden käsitys kotisyntytyksien suositeltavuudesta (McLachlan & Forster 2009). Tarvitaan lisää tutkimusta, ennen kuin varmoja johtopäätöksiä voidaan tehdä. WHO:n (2002) mukaan synnytyksen ei tarvitse tapahtua sairaalassa ollakseen turvallinen. Riittää, että sen hoitaa puhtaassa ympäristössä ammattilainen, jolla on tarvittavat välineet ja synnyttäjän on mahdollista päästä tarvittaessa sairaalaan. (mts. 144-145).

#### **2.4.2. Kotona synnyttäneiden näkökulma**

Turvallisuuden lisäksi kotisyntytyksestä käsittelevissä tutkimuksissa on syvennytty usein naisen synnytyskokemukseen. Suomessa Jouhki (2008) ja Viisainen (2001) ovat tutkineet kotisyntytyksestä juuri synnyttäjän näkökulmasta. Jouhki (2008) on tutkinut pro gradu -työssään kotona synnyttäneiden naisten synnytyspaikan valintaan johtanutta päätöksentekoa, sitä estäneitä ja edistäneitä tekijöitä sekä kotisyntytykskokemuksia. Viisainen



(2001) selvitti, kuinka nykyinen synnytyskulttuuri vaikuttaa miesten ja naisten käsitykseen kotisyntytyksestä. Hän selvitti kotona synnyttäneitä vanhempia haastattelemalla kotisyntytyksen suunnitteluun johtaneita syitä sekä kokemuksia suunnitteluprosessista.

Jouhkin (2008) ja Viisaisen (2001) tutkimusten tuloksissa on paljon yhteistä. Molempien tutkimustuloksissa tärkeitä syitä kotisyntytyksen suunnitteluun olivat äidin halu säilyttää itsemääräämisoikeutensa synnytyksen aikana, huono kokemus sairaalassa synnyttämisestä sekä toive luonnollisesta synnytyksestä ilman tarpeettomia lääketieteellisiä toimenpiteitä. Haastateltujen perheiden kielteiset kokemukset kotisyntytyksprosessissa liittyivät usein tuttavien, terveydenhoitajien, kättilöiden ja lääkäreiden kielteiseen asenteeseen kotisyntytyksiä kohtaan, mihin liittyi vaikeus löytää ammattitaitoista avustajaa (Jouhki 2008, 24, 33; Viisainen 2001, 1113, 1118). Jouhki (2008, 33) lisää listaan vielä kotisyntytyksen kustannukset sekä lapsen menettämiseen liittyvät pelot. Molemmissa tutkimuksissa tuli esille myös kotona synnyttäneiden naisten tyytyväisyys valintaansa ja erittäin positiivinen synnytyskokemus (Viisainen 2001, 1113, 1115; Jouhki 2008, 38).

Myös Hollannissa, Belgiassa ja Kanadan Brittiish Columbiassa kotisyntytystä suunnitelleet olivat tyytyväisempiä synnytykseensä kuin sairaalasyntytystä suunnitelleet (Christiaens & Bracke 2007; myös Janssen, Carty & Reime 2006). Positiivisella synnytyskokemuksella on merkittävä vaikutus naisen ja perheen myöhempään hyvinvointiin (Paananen ym. 2007, 207).

Synnyttäjän kokemuksen lisäksi on selvitetty kotona synnyttävien profiilia. Esimerkiksi Hildingsson, Lindgren, Haglund & Rådestad (2006) ja Jouhkin (2008, 23) tutkimuksista käy ilmi, että kotisyntyttäjät ovat usein uudelleensynnyttäjiä. Hildingsson ja muut (2006) kuvaavat ruotsalaisia kotisyntyttäjiä perhekeskeisiksi, korkeasti koulutetuiksi, keskimääräistä useammin muualla Euroopassa syntyneiksi, yli 35-vuotiaiksi ja keskimääräistä matalamman tulotason omaaviksi. Viisainen (2001) kuvaavat tutkimuksissaan suomalaisia kotisyntyttäjiä vakituisessa parisuhteessa eläviksi uudelleensynnyttäjiksi, ja yli kolmannes haastatellusta oli terveystalon ammattilaisia. Kokonaisuutena hahmottuu kuva kohtalaisen korkeasti koulutetusta ja perhekeskeisestä uudelleensynnyttäjistä.

### 2.4.3. Äitiyshuollon ammattilaisten näkökulma

Suomessa ei ole tehty tutkimusta hoitohenkilökunnan asenteista kotisynnytyksiä kohtaan. Kotisynnytysten kysynnän ja tarjonnan epäsuhtakin käy ilmi vain Viisaisen ym. (1998) tutkimuksesta, jossa synnytyspaikkaa kysyttäessä kuusi prosenttia naisista haluaisi synnyttää kotona, mutta toteutuneita kotisynnytyksiä on vain noin yksi tuhannesta synnytyksistä (mts. 1).

Alan ammattilaisten vahvasti kielteiset asenteet tulevat synnyttäjien kertomuksista ilmi myös Viisaisen (2001) ja Jouhkin (2008) tekemistä kotisynnytyksen valinneiden vanhempien haastatteluissa. Vanhemmat kokivat, että kotisynnytyssuunnitelmista kertominen leimaa heidät äitiyshuollon henkilökunnan silmissä vastuuttomiksi riskivanhemmiksi. He kokivat paitsi jääneensä ilman tukea, myös tulleet pelotelluiksi ja morali-soiduksi ratkaisunsa johdosta. Kaikki eivät edes kertoneet kotisynnytyssuunnitelmista kaikille hoitoon osallistuville, koska olivat ”väsyneet taistelemaan” tai pelkäsivät terveydenhuoltohenkilökunnan alkavan keksiä ongelmia tyhjistä saadakseen heidät muuttamaan mielensä. (Viisainen 2001; Jouhki 2008, 33-34).

Englannissa kotisynnytys kuuluu äitiyshuollon palveluihin. Ainoa löytämäni kättilöiden näkökulmaa esiin tuova tutkimus olikin Englannista, kuitenkin jo vuodelta 1995. Floyd (1995) haastatteli siinä 44 kättilöä (engl. community midwife). Heistä valtaosa suhtautui positiivisesti kotisynnytyksiin. Suhtautuminen ei liittynyt hoidettujen kotisynnytysten määrään, vaan todellisten kokemusten laatuun. Myös koulutus sekä käsitys naisista ja kättilöistä itsenäisinä toimijoina liittyivät kättilöiden myönteiseen suhtautumiseen, kun taas negatiivinen suhtautuminen liittyi tiettyjen kädentaitojen (suturointi, kanylointi, elvytys) puutteellisuuteen, riittämättömään yhteistyöverkostoon ja lääkäreiden asenteisiin.

Floydin (1995) mukaan kättilöt kokivat ongelmalliseksi, että synnyttäjät tapaavat ensin lääkärin, ja tulevat ohjatuksi suoraan sairaalaan. Tätä huomiota tukee myös kaakkois-englantilaisien koti- ja sairaalasyntytäjien haastattelututkimus, jossa huomattava osa sairaalasyntytystä suunnittelevista haastatelluista ei lainkaan tiennyt muista synnytyspaikkavaihtoehdoista (Madi & Crow 2003). Floydin (1995) haastattelemat kättilöt kokivat ongelmalliseksi myös epätarkoituksenmukaisen byrokratian yhteistyössä synnytys-

sairaalan ja hätäkeskuksen kanssa, joka hidasti avun saantia hätätilanteissa. Kätilöt siis suhtautuivat myönteisesti kotisynnytyksiin, mutta järjestelmän ristiriitaisuus kotisynnytyksasioissa sekä puutteet käytännön hoitotaidoissa vaikuttivat kielteisesti heidän halukkuuteensa hoitaa kotisynnytyksiä. (Mt)

Englannissa on tutkittu myös yleislääkäreiden (engl. general practitioner) suhtautumista kotisynnytyksiin. Heidän osallistumisensa synnytyksiin on vähentynyt viime vuosikymmeninä lähes olemattomiin, ja Brown (1994) selvitti kyselytutkimuksella lääkäreiden suhtautumista synnytyksissä avustamiseen. Valtaosa heistä oli haluttomia lisäämään osallistumistaan kotisynnytysten hoitoon. Tärkeimpiä syitä olivat oikeudellisten seuraamusten pelko, nykyinen työmäärä, yksityiselämän häiriintyminen sekä käsitys riittämättömästä pätevyydestä. Kuitenkin ne lääkärit, jotka jo hoitivat kotisynnytyksiä, olivat halukkaita hoitamaan niitä enemmänkin. (Mt.)

#### **2.4.4. Kotisynnytystutkimukset lähdeaineistona**

Kotisynnytyksistä on olemassa runsaasti tutkimusta etenkin turvallisuuden ja synnyttäjän näkökulmasta. Tuoreita raportteja synnytysten hoidon ammattilaisten näkökulmasta on kuitenkin vähän. Tästä syystä käytän myös 10-15 vuotta sitten tehtyä tutkimusta. Iän lisäksi toinen kriteeri lähdemateriaalin valinnassa oli tutkimuksen kulttuuriympäristö. Käytin lähteinä ainoastaan tutkimuksia, jotka koskevat länsimaisen kulttuuripiiriin kuuluvia teollisuusmaita: Länsi-Eurooppaa, Pohjois-Amerikkaa ja Australiaa. Tämän rajauksen tarkoituksena oli rajata lähdeaineiston kotisynnytystutkimukset sellaisiin maihin, joissa synnytysten hoidon taso on samankaltainen kuin Suomessa, hoito perustuu samaan, biolääketieteelliseen tietoon ja synnytyskulttuurissa ja sen historiassa on paljon yhteistä.

Kotisynnytystä sivuavaa tutkimusta turvallisuudesta ja synnyttäjien näkökulmasta on runsaasti. Muut kuin turvallisuustutkimukset ovat pääosin laadullisia haastattelututkimuksia. Otokset ovat monissa tutkimuksissa hyvinkin pieniä. Opinnäytetyön rajallisista resursseista johtuen tyydyin valitsemaan näistä muutamia, mahdollisimman edustavia esimerkkejä. Kotisynnytyksen turvallisuutta käsittelevistä tutkimuksista valitsin tuo-

reimmat ja laajimmat tutkimukset niin, että sekä kotisynnytystä puoltavat että vastustavat kannat tulivat esille.

Ympäri maailman (kenties Hollantia lukuun ottamatta) kotisynnytystutkimusta näyttää leimaavan kiihkeä halu todistaa tutkijan oma mielipide oikeaksi. Tämä korostuu turvallisuustutkimuksessa, joista voi lukemalla selvästi päätellä tutkijan mielipiteen kotisynnytysten hyväksyttävyydestä, olipa se sitten puolesta tai vastaan. Vaikka tutkimukset on nähdäkseni toteutettu kutakuinkin asiallisesti, yksittäisten tutkimusten tuloksiin on suhtauduttava varauksella. Usein ihminen näkee sen, mitä haluaa nähdä, ja tämä heijastunee helposti myös tutkimuksiin.

Kotisynnytykseen liittyviä käsitteitä määritellessäni totesin, että määritelmät esimerkiksi eri oppikirjoissa olivat yhteneväiset, ristiriitoja ei juurikaan ollut. Syyksi paljastui, että käytännössä jokainen lähteeni viittasi käsitteenmäärittelyssä WHO:n (1996) ohjeeseen *Care in Normal Birth: A practical guide*. Siksi olen käyttänyt näennäisen paljon tätä verrattain iäkästä lähdettä käsitteitä määritellessäni. Kun mahdollista, olen korvannut edellämainitun lähteen WHO:n (2002) tuoreemmalla julkaisulla *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum care*. Se ei kuitenkaan ole suoraan korvaava julkaisu *Care in Normal Birth: A practical guide*:lle.

Kotisynnytyksen vertaaminen sairaalasyntytykseen osoittautui lähteiden kannalta pulmalliseksi. Oppikirjoja ja suosituksia on hyvin saatavilla, mutta sairaalasyntytyksen todellisuus ei aina vastaa suosituksia. Siksi viittaan kotisynnytyksiä sairaalasyntytyksiin verratessani Haatajaan (2009) myös sairaalasyntytyksiä koskevissa huomioissa. Lisäksi kotisynnytysten hoito on Suomessa kirjavaa, ja eri kättilöillä on eri käytäntöjä. Niinpä koti- ja sairaalasyntytysten vertailu on esimerkinomainen, eikä millään muotoa yleistettävissä koskemaan kaikkia koti- ja matalan riskin sairaalasyntytyksiä.

### 3. Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Suomessa kotisynnytyksiä hoitavia kätilöitä on liian vähän ja harvassa vastaamaan kotisynnytysten kysyntään (Viisainen ym. 1998, 1; Viisainen 2001, 1111). Aktiivinen synnytys ry:n tiedon mukaan esimerkiksi Helsingissä ei ole yhtään ”julkista” kotisynnytyskätilöä, ja kuitenkin pääkaupunkiseudulta tulee säännöllisesti kyselyitä kotisynnytystä toivovilta perheiltä (Haataja 2009). Kotisynnytysten hoito ei kuulu suomalaiseen kätilökoulutukseen, eikä esimerkiksi Paanasen ym. (2007) kätilötyön oppikirja ota siihen kantaa millään tavalla.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miksi kätilöt eivät halua avustaa kotisynnytyksissä, ja millaista tukea he tarvitsisivat laajentaakseen toimintaansa kotisynnytyksiin. Opinnäytetyön toimeksiantajan Aktiivinen synnytys ry:n tavoitteena on tehdä kotisynnytyksestä todellinen vaihtoehto, ja siksi on välttämätöntä selvittää, mitkä tekijät estävät kätilöitä hoitamasta kotisynnytyksiä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miksi suomalaiset kätilöt ovat haluttomia avustamaan kotisynnytyksissä?
2. Millaista tukea suomalaiset kätilöt tarvitsisivat avustaakseen kotisynnytyksissä?

### 4. Tutkimuksen toteuttaminen

#### 4.1. Tutkimusmenetelmän valinta

Mäntysaaren (2003) mukaan kysymykseen *miksi* vastataan määrällisin menetelmin, kysymyksiin *mitä*, *millainen* myös laadullisin menetelmin. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset sopisivat määrällisesti tai sekä määrällisesti että laadullisesti tutkittaviksi. Survey-tutkimus on taloudellinen tapa kerätä tietoa suuresta joukosta (mt.). Haka-

lan (2007, 19) mukaan määrällisessä tutkimuksessa jokaisella tutkimuskohteella on sama painoarvo, kun taas laadullisessa tutkimuksessa yksittäiset tutkittavat saattavat vaikuttaa tutkimustulokseen paljonkin. Tässä tutkimuksessa haluttiin saada kuva niiden syiden yleisyydestä ja painavuudesta, jotka estävät kätilöitä hoitamasta kotisynnytyksiä, ja vastaavasti niiden potentiaalisten tukikeinojen suosiosta, jotka edistäisivät kotisynnytysten hoitamista. Tämä edellyttää suurehkon kätilöjoukon vastausten tasapuolista analysointia. Näistä syistä tämä tutkimus toteutettiin pääasiassa kvantitatiivisena kyselytutkimuksena sähköisellä kyselylomakkeella kätilöyhdistysten postituslistojen välityksellä (liite 1).

Sekä suurella otannalla tehdyn survey-tutkimuksen että suppean otannan laadullisen tutkimuksen vaarana on, että jokin tärkeä syy kotisynnytyksissä avustamisessa kieltäytymiselle tai tukimuoto mahdollisille kotikätilöille jää kokonaan löytymättä. Survey-tutkimuksessa tämä johtuu tutkijan rajallisista mahdollisuuksista kartoittaa etukäteen kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot, jolloin tutkimuksen validius kärsii. Laadullisessa tutkimuksessa puolestaan verrattain pieni otanta vähentää tutkimuksen reliabiliutta. Tästä syystä monivalintakysymysten lisäksi kyselylomakkeeseen lisättiin vapaat tekstikentät kysymysten 8 ja 12 loppuun sekä avoin kysymys kyselyn viimeiseksi kysymykseksi (ks. liite 1). Näistä kysymyksistä saatu laadullinen aineisto täydentää ensisijaisen, määrällisen aineiston mahdollisia puutteita ja syventää kuvaa suomalaisten kätilöiden suhtautumisesta kotisynnytyksiin.

## **4.2. Kyselylomakkeen laatiminen**

Kyselylomakkeen laatiminen aloitettiin etsimällä samantyyppisiä tutkimuksia kysymysten pohjaksi. Ainoa löydetty vastaava, kyselytutkimuksena toteutettu tutkimus oli Brownin (1994) kysely yleislääkäreille halukkuudesta kotisynnytysten hoitoon. Kyselylomake laadittiin pitkälti Brownin tutkimuksen kyselylomakkeen mukaan. Tämän opinäytetyön tutkimuskysymyksiin liittymättömät kysymykset jätettiin pois ja muita sovellettiin tarvittaessa paremmin Suomen oloihin ja suomalaisen kätilön työnkuvaan sopiviksi. Lopuksi lisättiin tarvittavat lisäkysymykset: Taustakysymyksiin lisättiin syntymä- ja valmistumisvuosi vastaajien profiilin ja mahdollisten ammatillisen ja todellisen iän

vaikutuksen selvittämiseksi. Vastaaajien suhdetta kotisynnytyksiin selvitettiin kysymyksillä 5 ja 6. (Liite 1)

Kaikki kyselylomakkeen kysymykset eivät olleet relevantteja kaikille vastaajille. Siksi lomake laadittiin niin, että vastausohjelma valitsi näytettävät kysymykset aiempien vastausten perusteella, ja vastaajat pääsivät vastaamaan vain heille tarkoituksenmukaisiin kysymyksiin. Kysymysten suuntaamiseksi oikeille vastaajille tarvittiin muutama lisäkysymys. Esimerkiksi, koska toinen kyselyn keskeisimmistä kysymyksistä oli ”miksi et suostuisi avustamaan kotisynnytyksessä”, tarvittiin esikysymys erottelemaan kotikätilöksi suostuvat niistä, jotka eivät suostuisi (liite 1, kysymys 7). Kyselyn rakenne vastausvaihtoehtojen perusteella on eritelty tarkemmin rakennekaaviossa (liite 3).

Valtaosa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä. Ydinkysymykset ”miksi et suostuisi avustamaan kotisynnytyksessä” ja ”millaista tukea tarvitsisit hoitaaksesi kotisynnytyksiä” laadittiin Likertin asteikollisiksi (liite 1). Vastausvaihtoehtoille annettiin arvot 0-3 niin, että ”erittäin tärkeä syy” sai arvon kolme, ”melko tärkeä syy” arvon kaksi, ”vaikuttaa mielipiteeseeni hiukan” arvon yksi ja ”tällä ei ole merkitystä minulle” sai arvon nolla. Molemmissa kysymyksissä viimeinen vastausvaihtoehto oli ”jokin muu, mikä”. Avoin kysymys oli myös kotisynnytyksiä hoitaneille esitettävä kysymys 11 ”mikä estää sinua hoitamasta kotisynnytyksiä niin paljon kuin haluaisit”. Kysymys jätettiin avoimeksi, koska siihen vastaavia olisi todennäköisesti niin vähän, että vapaalla tekstikentällä saataisiin käyttökelpoisin aineisto.

### **4.3. Aineiston kerääminen**

Tavoitteena oli saada mahdollisimman laaja, suomalaisia kätilöitä monipuolisesti kuvaava aineisto. Kätilöiden tavoittamiseksi käännyin kaikkien Suomen kätilöyhdistysten puoleen. Kun joukosta karsiutuivat yhdistykset, joilla ei ollut halua tai kanavaa välittää osallistumispyyntöä opinnäytetyön aineiston keruuseen jäsenilleen, aineisto kerättiin lopulta Pohjois-Savon, Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Pirkanmaan kätilöyhdistysten alueilta. Kysely avattiin 14.10.2009 ja suljettiin 29.10.2009. Kysely avattiin uudestaan 6.11.2009, kun muistutusviesti kyselyyn osallistumisesta lähetettiin, ja mukaan tuli vielä myöhässä Pohjois-Savon kätilöyhdistys. Kysely suljettiin lopullisesti

13.11.2009. Otantaan saatiin siis kättilöitä lähinnä Lounais-, Keski- ja Itä-Suomesta. Otokseen sisältyy sekä Pohjois-Savon harvaanasuttuja alueita että Tampereen ja Lounais-Suomen asutuskeskittyviä.

Kysely lähetettiin sähköpostitse lopulta hieman yli kolmellesadalle kättilölle (Pohjois-Savon kättilöyhdistys noin 100, Varsinais-Suomen kättilöyhdistys 15, Satakunnan kättilöyhdistys noin 60 ja Pirkanmaa-Hämeen kättilöyhdistys noin 130 kättilöä). Vastauksia saatiin 74. Tavoitteena oli noin sadan kättilön otanta, mutta yhdistyksillä oli odotettua vähemmän sähköpostilistoja käytettävissään. Osallistuneilla yhdistyksillä ei ollut tarkkaa tietoa, montako jäsentä sähköpostilistoilla on, joten myöskään tarkkaa vastausprosenttia ei voitu laskea. Näillä tiedoilla noin 25% sähköpostilistojen jäsenistä vastasi kyselyyn. Koska tarkkaa tietoa kättilöyhdistysten sähköpostilistojen ajantasaisuudesta ei ole, voidaan olettaa joukossa olleen muutamia käytöstä poistuneita sähköpostiosoitteita, jolloin otanta olisi hiukan mainittua pienempi ja vastausprosentti vastaavasti suurempi.

Kaikille osallistuville kättilöyhdistyksille lähetettiin viesti, jossa oli linkki kyselyyn sekä saatekirje (liite 2). Yhdistykset lähettivät viestin eteenpäin, joten jäsenten yhteystiedot eivät missään vaiheessa tulleet tietooni ja kyselyyn vastaaminen tapahtui tältäkin osin anonymisti.

#### **4.4.Aineiston analyysimenetelmät**

Hakalan (2007, 16-17) mukaan ensisijainen analyysimenetelmä on ajattelu ja päättely, joka onkin keskeisimmässä roolissa tämän aineiston käsittelyssä. Aineiston analysoinnissa käytettiin päättelyn tukena taulukkolaskentaohjelmalla laskettuja frekvenssejä, keskiarvoja ja prosenttiosuuksia sekä ristiintaulukointia. Tilastolliset merkitsevyydet selvitettiin pienten aineistojen analyysiin sopivalla Fisherin tarkalla testillä (Metsämurtonen 2004, 141-146).

Vastauksia ristiintaulukoitaessa ryhmiä yhdistettiin tarvittaessa. ”Ennen vuotta 1950 syntyneet” (4 vastaajaa) yhdistettiin ”1951-1960 syntyneiden” (13 vastaajaa) kanssa ryhmäksi ”ennen vuotta 1960 syntyneet”. Viimeisen vuoden aikana hoidettujen synnytysten mukaan tehtyjä ryhmiä oli myös tiivistettävä: ”1-5” ja ”6-10” synnytyksestä hoita-



neet yhdistettiin ryhmäksi ”olen hoitanut 1-10 synnytystä viimeisen vuoden aikana”. Vastaajien valmistumisvuodessa oli niin vähän poikkeamia suhteessa vastaajien ikään, että valmistumisvuotta ei käytetty ristiintaulukoinnissa. Valmistumisvuoden mahdollinen vaikutus mielipiteisiin olisi mahdollista selvittää vain selvästi suuremmasta otannasta, jolloin aikuiskoulutuksesta valmistuneet voitaisiin erottaa samanikäisistä, mutta nuorena valmistuneista vastaajista.

Likertin asteikolla toteutetussa kysymyksessä ”miksi et suostuisi avustamaan kotisyntytyksessä?” vastaukset jaettiin kahteen ryhmään, tärkeiden ja toissijaisten syiden ryhmään. Ryhmien rajat määritettiin vastausten perusteella. Keinotekoisia rajoja ei tarvinnut luoda, sillä vastaukset jakautuivat luonnostaan kahteen ryhmään. Tärkeiden syiden ryhmään kuuluvat vastausvaihtoehdot, joissa alle 15% vastanneista on valinnut vaihtoehdon ”tämä ei vaikuta mielipiteeseeni/ tämä ei pidä paikkaansa” ja vähintään 38% vaihtoehdon ”erittäin tärkeä syy”. Toissijaisten syiden ryhmään kuuluvat vastausvaihtoehdot, joissa vähintään 40% vastanneista on valinnut vaihtoehdon ”tämä ei vaikuta mielipiteeseeni/ tämä ei pidä paikkaansa” ja korkeintaan 18% vaihtoehdon ”erittäin tärkeä syy”. Myös syiden saamien pisteiden keskiarvot eli ”tärkeysarvot” laskettiin jokaisen väittämän osalta. (Kuva 3.)

Tekstimuotoiset vastaukset luettiin läpi ja vastausten sisältöjä verrattiin kyselyn aiempien kysymysten vastauksiin. Selvin sisältöihin vaikuttava tekijä oli halukkuus laajentaa osaamista tai työnkuvaa kotisyntytyksiin. Vastaukset jaettiin tämän perusteella kahteen ryhmään: kotisyntytyksymyönteisiin, jotka olivat vastanneet aiemmin olevansa kiinnostuneita laajentamaan osaamistaan kotisyntytyksiin tai hoitaneet kotisyntytyksiä, sekä kotisyntytyksielteisiin, jotka eivät olleet kiinnostuneita osaamisensa laajentamisesta. Analysointi tapahtui Kylmän ja Juvakan (2007, 113) esittelemää Hsiehin ja Shannonin (2005) konventionaalista sisällönanalyysia mukailleen. Kummassakin ryhmässä vastaukset purettiin teemoittain osiin, jotka sitten ryhmiteltiin aiheittain ja koottiin tutkimuksen tarkoitusta vastaavaksi kokonaisuudeksi (mts. 113).

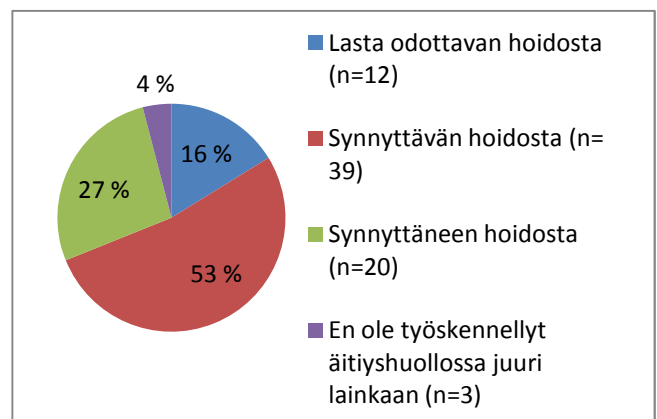
## 5. Tutkimustulokset

### 5.1.Kohderyhmän taustatiedot

Aineistossa (n = 74) kaikki vastaajat olivat vastanneet kaikkiin esitettyihin monivalintakysymyksiin. Likertin asteikolla esitetyissä kysymyksissä muutama vastaaja oli jättänyt joihinkin yksittäisiin väittämiin vastaamatta. Kysymykseen ”mikä estää sinua hoitamas- ta niin paljon kotisyntyisiä kuin haluaisit” valikoitui lopulta vain yksi vastaaja, joten tätä kysymystä ei käsitellä enää tuonnempana.

Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma oli vaihteleva. Eniten (36%) oli vuosina 1971-1980 syntyneitä. Toiseksi eniten oli 1961-1970 syntyneitä (24%), kolmanneksi eniten 1981-1990 ja 1951-1960 syntyneitä (16% ja 18%). Neljä (5%) vastaajista oli syntynyt ennen vuotta 1950. Vastaajista valtaosa oli valmistunut vuosina 1991- 2000 (35%) tai myö- hemmin (38%). Vuosien 1981 ja 1990 välillä valmistuneita oli 18% vastanneista, ennen vuotta 1980 valmistuneita 9%.

Merkittävimmin vastauksiin vaikut- tanut taustatekijä oli työkokemus. Yli puolella vastaajista oli eniten kokemusta synnytyksen aikaisesta hoidosta (53%). Viidenneksellä (20%) oli eniten kokemusta synnyt- täneen hoidosta, 12% ilmoitti vah- vimmaksi alueekseen lasta odotta- van hoidon. Vain kolme vastaajaa (4%) koko aineistosta ilmoitti, ettei



Kuvio 1: Vastaajien vahvin työkokemusalue

ole työskennellyt äitiyshuollossa juuri lainkaan (kuva 1). Vaikka vastaajista useimmilla oli eniten kokemusta synnytyksen aikaisesta hoidosta, silti 43% vastaajista ei ollut hoi- tanut yhtään synnytystä viimeisen vuoden aikana, ja 8% oli hoitanut niitä kymmenen tai vähemmän. Viimeisen vuoden aikana 11- 50 synnytystä hoitaneita oli 15% vastanneista, kolmannes (34%) oli hoitanut enemmän kuin 50 synnytystä. 3% vastanneista ilmoitti

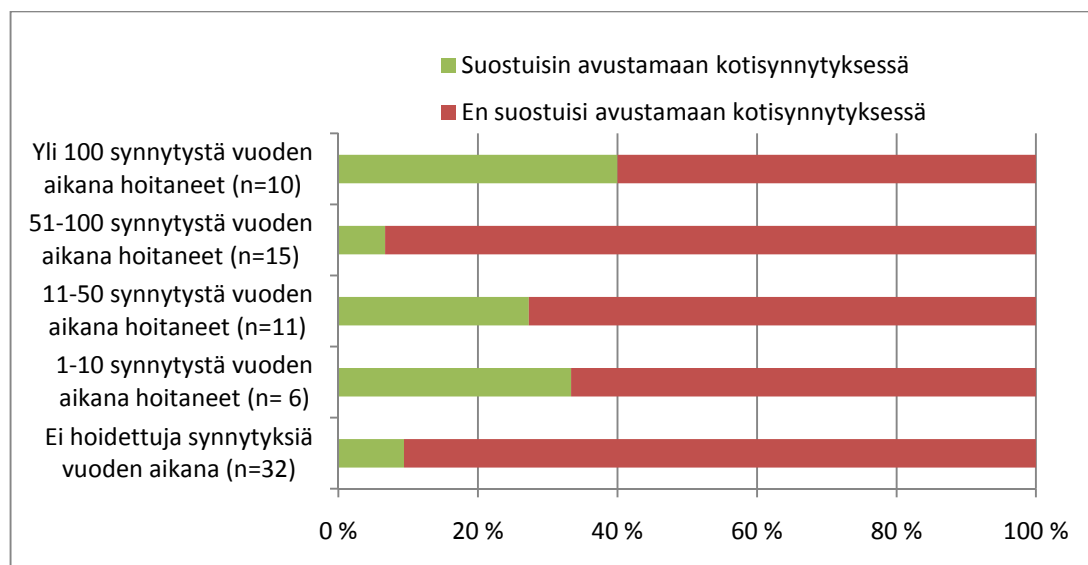
joskus hoitaneensa kotisynnytyksen. Kukaan ei ollut synnyttänyt itse kotona tai ollut tukihenkilönä.

Taustatietojen perusteella tyypillinen vastaaja oli siis 29-39 -vuotias kättilö jolla oli eniten kokemusta synnytyssalutyöstä. Tyypillisellä vastaajalla ei ollut mitään omakohtaista kokemusta kotisynnytyksistä. Kuvaajat edellämainituista taustatiedoista ovat liitteessä 4.

## 5.2.Syyt kieltäytyä kotisynnytyksessä avustamisesta

### 5.2.1. Tärkeät ja toissijaiset syyt kieltäytymiseen

Vastanneista 82 % ei suostuisi avustamaan kotisynnytyksissä, 18% vastanneista suostuisi. Vastaajan ikä tai työkokemus kättilötyön eri osaamisalueilta ei vaikuttanut suostumiseen. Viimeisen vuoden aikana hoidettujen synnytysten lukumäärällä on todennäköisesti kuitenkin merkitystä. Vaikka p-arvo ( $p = 0.064$ ) ei vielä näytä tilastollisesti merkitsevää eroa, hieman suuremmalla aineistolla ero olisi luultavasti tullut merkitseväksi. Vaikuttaa siis siltä, että kättilöt, jotka eivät ole hoitaneet synnytyksiä viimeisen vuoden aikana sekä kättilöt, jotka ovat hoitaneet 51-100 synnytystä vuoden aikana suostuisivat harvemmin hoitamaan kotisynnytystä kuin ne, jotka olivat hoitaneet 1-50 tai yli 100 synnytystä viimeisen vuoden aikana. (Kuvio 2.)

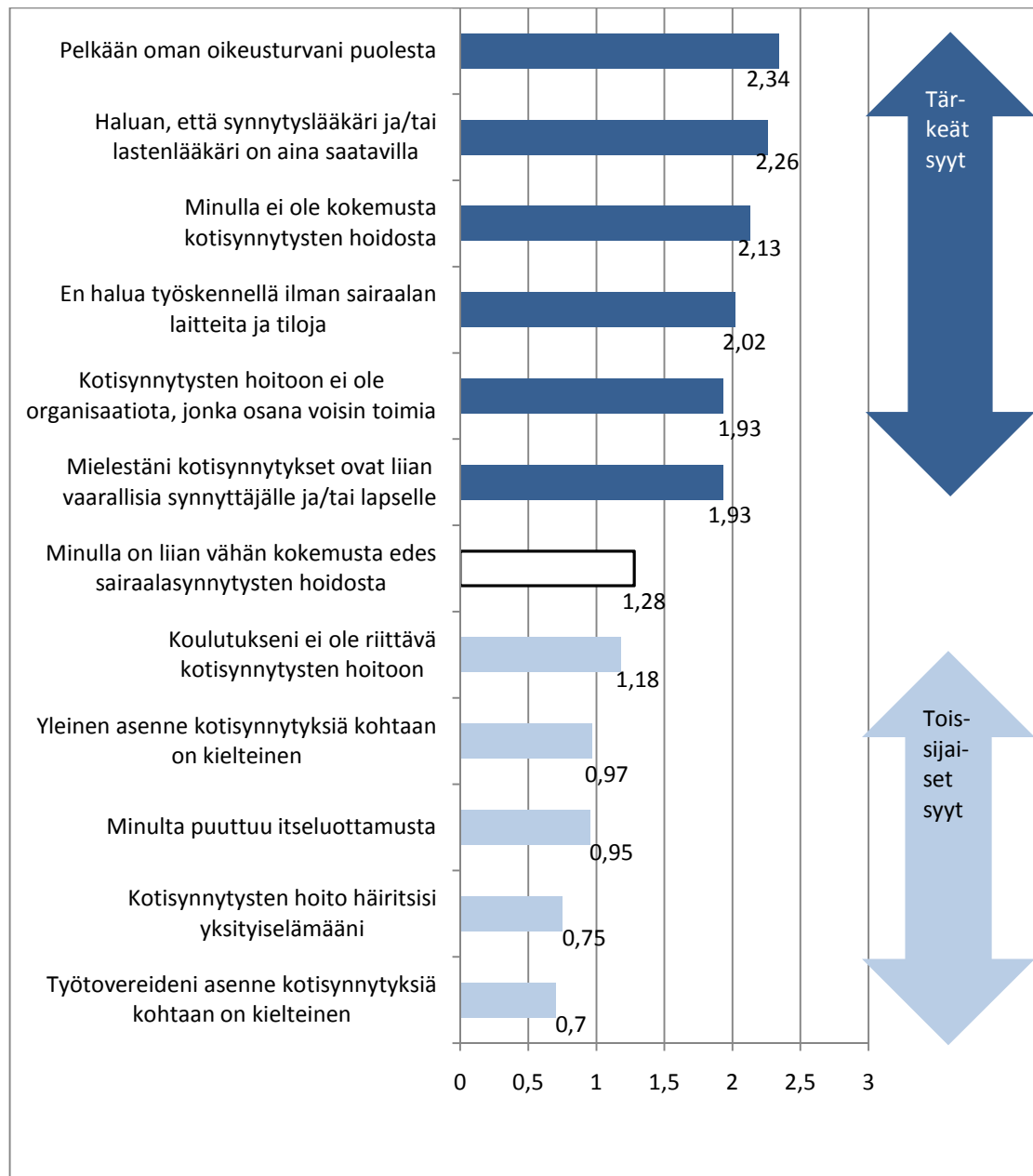


**Kuvio 2: Suostumus kotisynnytysten hoitamiseen suhteessa viimeisen vuoden aikana hoidettujen synnytysten määrään.**

Syyt kotisynnytyksen hoitamisesta kieltäytymiseen vaihtelivat melko paljon. Jokainen väittäjä oli saanut sekä ”erittäin tärkeä syy” että ”tämä ei vaikuta mielipiteeseeni/tämä ei pidä paikkaansa” –vastauksia. Syissä oli kuitenkin selviä tärkeyseroja. Väittäjien saamien pisteiden keskiarvo vaihteli asteikolla 0-3 arvojen 0,70 - 2,34 välillä. Keskimäärin melko tärkeitä (1,50 - 2,24) tai erittäin tärkeitä (2,25 – 3,00) oli kuusi syytä, hieman merkitystä mielipiteeseen (0,75 - 1,49) oli viidellä syyllä ja yhdellä syyllä ei ollut mitään merkitystä (0,00 – 0,74). (Kuvio 3.)

Tärkeimmiksi syiksi kieltäytyä kotisynnytyksissä avustamisesta nousivat kättilön oikeusturva kotisynnytyksissä sekä lääkärin saatavuus. Vain kaksi vastanneista ilmoitti, etteivät nämä vaikuta lainkaan heidän kieltäytymiseensä. Vähiten merkitystä oli työtoverien asenteilla sekä kotikätilötoiminnan vaikutuksella yksityiselämään, jotka olivat vain 3-4 vastaajalle tärkeitä syitä kieltäytyä kotisynnytyksistä. (Kuvio 3, Liite 5.)

”Muu syy” kohtaan tuli yhteensä neljä vastausta. Kolme näistä liittyi suoraan kättilöiden käsitykseen kotisynnytyksen turvallisuudesta: ”*turvallisuus*” ja ”*turha riskeerata*” olivat vastaajille ”erittäin tärkeä syy” kieltäytymiseen, kolmannen (”*turvallisuus*”) tärkeyttä ei ollut merkitty likertin asteikkoon lainkaan. Neljäs vastaus oli ”*kotisynnytyksenkulttuuri puuttuu*”, joka vaikutti hiukan vastaajan mielipiteeseen.



Kuvio 3: Syyt kieltäytyä kotisynnytyksessä avustamisesta.

0,00–0,74 = tällä ei ole minulle merkitystä/tämä ei pidä paikkaansa

0,75–1,49 = vaikuttaa mielipiteeseeni hiukan

1,50–2,24 = melko tärkeä syy

2,25–3,00 = erittäin tärkeä syy

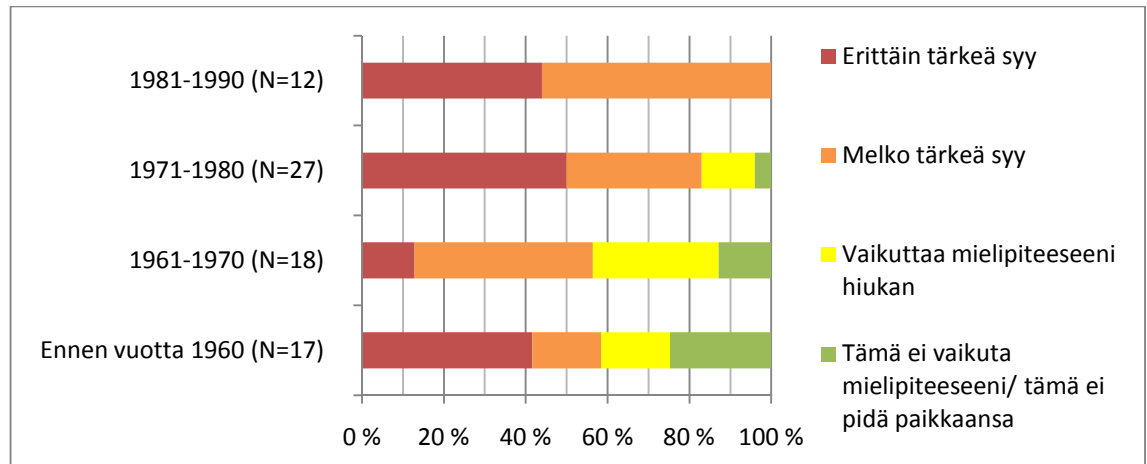
Syyt kieltäytyä kotisynnytyksissä avustamisesta jaettiin kahteen ryhmään: tärkeisiin syihin ja toissijaisiin syihin. Tärkeiden syiden ryhmään kuuluivat kättilön pelko oman oikeusturvansa puolesta, haluttomuus työskennellä ilman aina saatavilla olevaa synnytyslääkäriä ja lastenlääkäriä, kokemattomuus kotisynnytysten hoidossa, haluttomuus työskennellä ilman sairaalan laitteita ja tiloja, kotisynnytyksen vaarallisuus ja kotisynnytysten hoidon organisaation puuttuminen. Toissijaisia syitä olivat nykyisen koulutuksen

riittämättömyys kotisynnytysten hoitoon, yleinen asenne kotisynnytyksiä kohtaan, itsetuottamuksen puute, yksityiselämän häiriintyminen ja työtovereiden asenne kotisynnytyksiä kohtaan. Vain väittämä ”minulla on liian vähän kokemusta edes sairaalasyntytysten hoidosta” jäi tärkeiden ja toissijaisten syiden ryhmien ulkopuolelle. Syynä oli mielipiteiden suuri hajonta ääripäiden kesken, jolloin tämä syy oli noin puolelle kättilöistä merkityksetön ja lähes kaikille muille erittäin merkittävä. (Kuvio 3, Liite 5.)

Toissijaisia syitä tarkastellessa vaikuttaa siltä, että suomalaiset kättilöt luottavat itseensä ja koulutukseensa. Myöskään muiden mielipiteet eivät vaikuttaneet useimpiin. Tärkeiden syiden listassa puolestaan näkyy selvästi oman oikeusturvan merkitys kättilöille (esimerkiksi ”pelkään oikeusturvani puolesta”), joka sekoittuu huoleen synnyttäjän ja syntyvän lapsen turvallisuudesta (esimerkiksi ”kotisynnytys on liian vaarallinen synnyttäjälle ja/tai lapselle”). Selvimmin nämä taustasyöt sekoittuvat väittämässä ”haluan, että synnytyslääkäri ja/tai lastenlääkäri on aina saatavilla”. Lääkärin ammattitaito auttaa poikkeustilanteiden hoitamisessa mahdollisimman turvallisesti. Toisaalta osa vastuusta siirtyy pois kättilön harteilta, kun paikalle kutsutaan lääkäri. Muissakin tärkeiden syiden ryhmän väittämässä on havaittavissa vaihtelevassa suhteessa turvallisuus ja toisaalta vastuukysymykset, eikä kaikista kysymyksistä voi erottaa, kumpi painotus on ollut vastaajalle tärkeämpi.

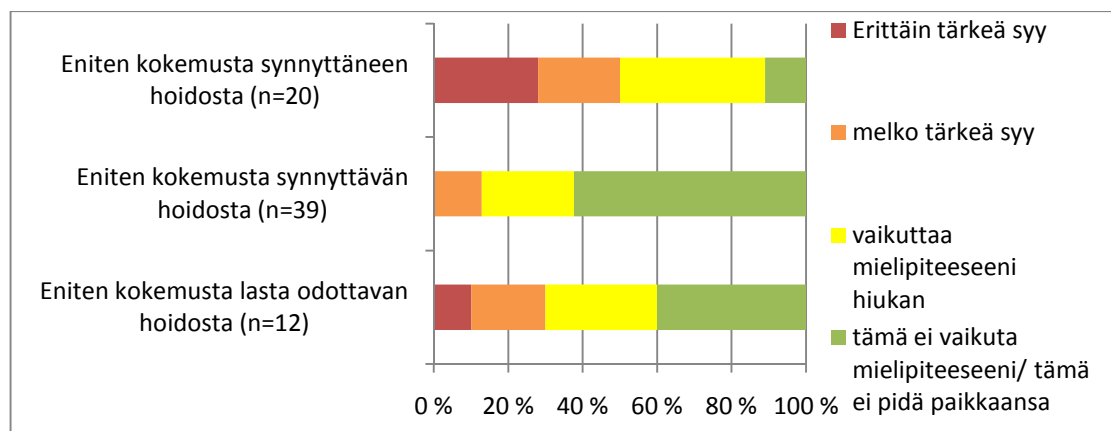
### **5.2.2. Taustatekijöiden vaikutus kieltäytymisen syihin**

Taustatekijät vaikuttivat joidenkin väittämien tärkeyteen vastaajille. Ikä vaikutti ainoastaan väittämän ”en halua työskennellä ilman sairaalaan laitteita ja tiloja” tärkeyteen. Nuorimmille vastaajille oli tärkeämpää kuin muille, että käytettävissä on sairaalan laitteet ja tilat (Kuvio 4).



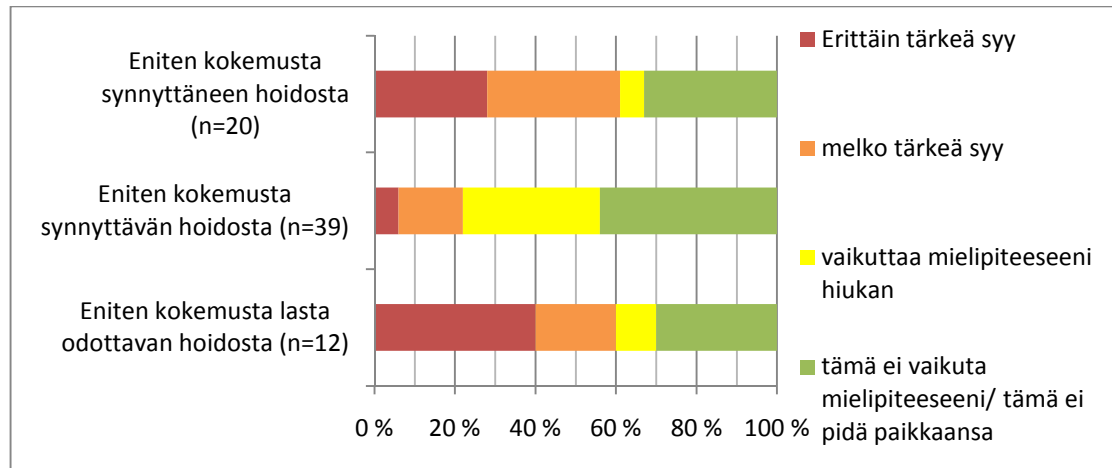
Kuvio 4: Sairaalan laitteiden ja tilojen puuttumisen merkitys kotisynnytyksistä kieltäytymiseen suhteessa vastaajan ikään

Vastaajalle tutuin kätilötyön osa-alue sen sijaan vaikutti useamman väittämän vastauksiin. Itseluottamuksen puute oli syynä kotisynnytyksen hoidosta kieltäytymiseen useimmin synnyttäneen hoidossa työskennelleillä ja harvimminkin synnyttävän hoidossa työskennelleillä. (Kuvio 5).



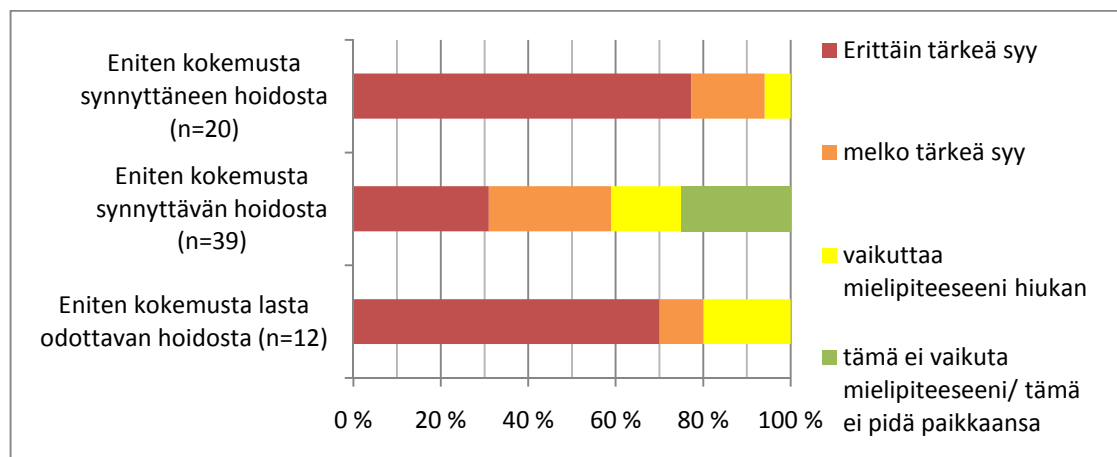
Kuvio 5: Itseluottamuksen puutteen merkitys kotisynnytyksistä kieltäytymiseen suhteessa vastaajan työkokemukseen

Koulutuksen riittämättömyys kotisynnytysten hoitoon oli tärkeä syy kieltäytyä useimmin lasta odottavan hoidossa kokeneille. Paljon synnyttävän hoidossa työskennelleille koulutus oli muita useammin toissijainen syy. Työkokemuksesta riippumatta jokaisessa ryhmässä oli lähes saman verran vastaajia, joiden mielestä heidän koulutuksensa on riittävä, tai ainakaan sen puutteet eivät vaikuta heidän päätökseensä kieltäytyä kotisynnytysten hoidosta. (Kuvio 6).



**Kuvio 6: Työkokemuksen vaikutus väittämän "koulutukseni ei ole riittävä kotisynnytysten hoitoon" vastauksiin**

Kokemuksen puute kotisynnytyksistä oli synnyttävän hoidossa eniten työskennelleille harvemmin ”erittäin tärkeä syy” kieltäytyä kuin muille. Kaikki vastaajat, joille kokemattomuus kotisynnytyksistä ei vaikuttanut lainkaan päätökseen kieltäytyä kotisynnytyksistä, olivat juuri synnyttävän hoidossa työskennelleitä. Tämä onkin loogista, sillä todennäköisesti synnytyssalissa työskentely antaa luottamusta omiin taitoihin synnytyksen hoidossa, tapahtuipa synnytys sitten missä tahansa. (Kuvio 7.)

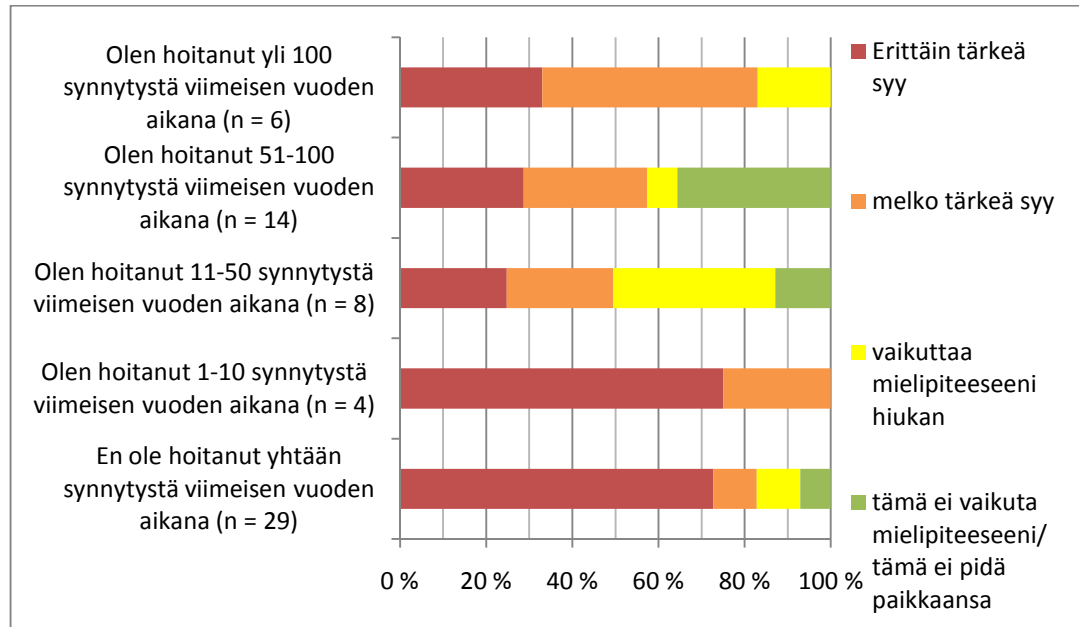


**Kuvio 7: Kotikätilökokemuksen puuttumisen merkitys kotisynnytyksistä kieltäytymiseen suhteessa työkokemukseen**

Työkokemuksen lisäksi myös viimeisen vuoden aikana hoidettujen synnytysten lukumäärällä oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus väittämän ”minulla ei ole kokemusta kotisynnytysten hoidosta” tärkeyteen kotisynnytyksistä kieltäytymisen syynä. Vaikka ke-

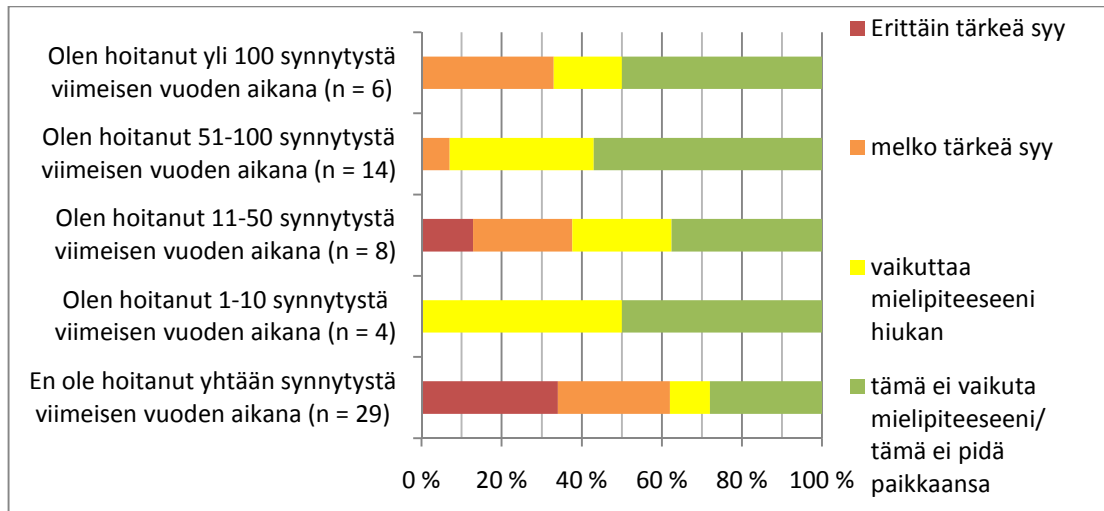


nelläkään vastanneista ei ollut lainkaan kokemusta kotisynnytyksistä, alle kymmenen synnytystä viimeisen vuoden aikana hoitaneet pitivät kotikätilökokemuksen puuttumista selvästi muita useammin ”erittäin tärkeänä syynä” kieltäytyä kotisynnytyksissä avustamisesta (kuvio 8).



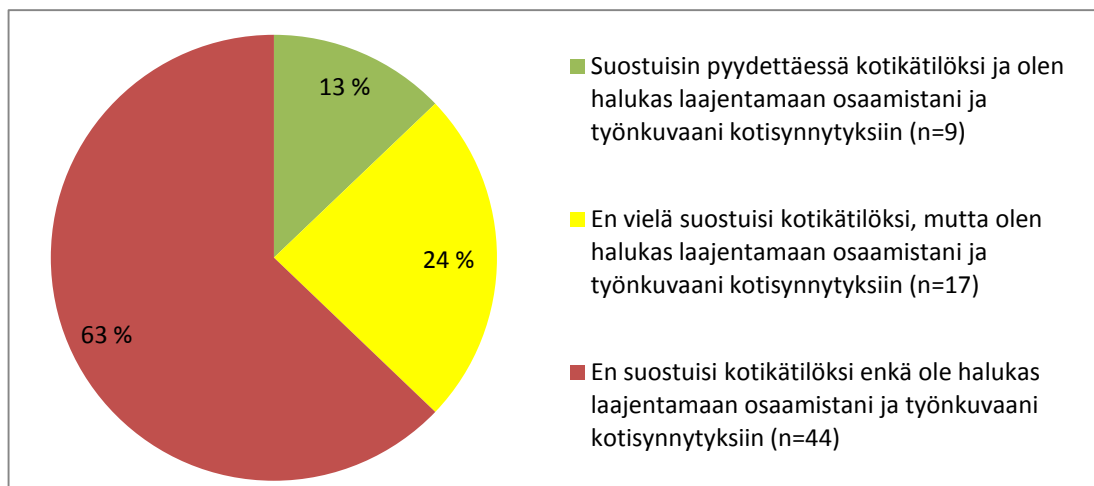
**Kuvio 8: Kotikätilökokemuksen puuttumisen merkitys kotisynnytyksistä kieltäytymiseen suhteessa viimeisen vuoden aikana hoidettujen synnytysten lukumäärään**

Väittämän ”koulutukseni ei ole riittävä kotisynnytysten hoitoon” p-arvo ( $p = 0,055$ ) ei Fisherin testissä aivan yltänyt tilastollisesti merkitseväksi, mutta on niin lähellä rajaa, että hieman suuremmalla otannalla merkitsevyys olisi todennäköisesti tullut esiin. Näyttäisi siis siltä, että kätilöt, jotka eivät ole hoitaneet synnytyksiä viimeisen vuoden aikana pitävät riittämätöntä koulutusta useimmin ”erittäin tärkeänä” syynä kieltäytyä kotisynnytyksissä avustamisesta (kuva 9). Tämän tuloksen voi tulkita myös niin, että näiden kätilöiden mielestä kätilökoulutus ei anna riittäviä valmiuksia kotisynnytysten hoitoon. Kyse voi olla myös epätarkasta vastaamisesta, jolloin vastaajat olisivat ajatelleet riittämätöntä työkokemusta riittämättömän koulutuksen sijaan.



Kuvio 9: Viimeisen vuoden aikana hoidettujen synnytysten vaikutus väittämän "Koulutukseni ei ole riittävä kotisyntymysten hoitoon" tärkeyteen kotisyntymyksistä kieltäytymisessä

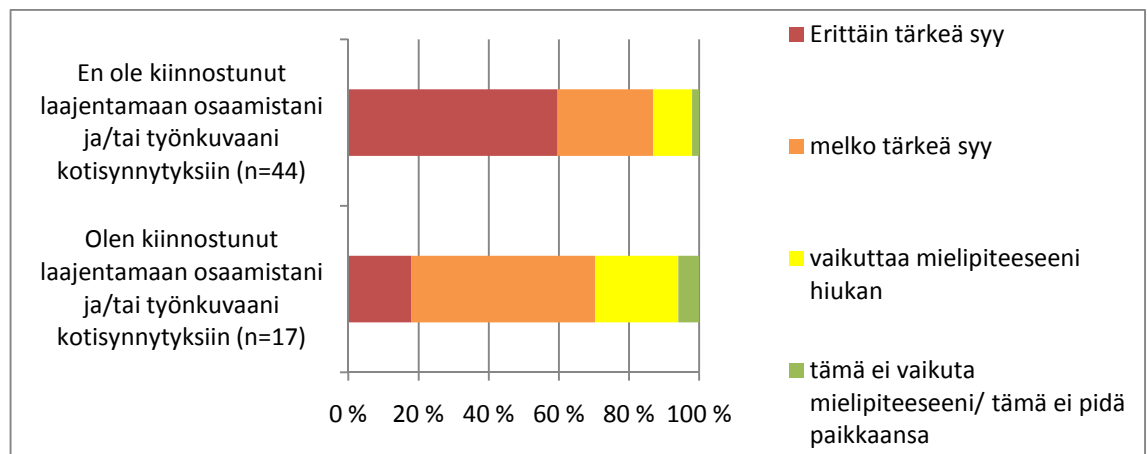
Vastaajilta, jotka eivät olleet koskaan hoitaneet kotisyntymyksiä (n=72), kysyttiin halukkuutta laajentaa osaamistaan ja työnkuvaansa kotisyntymyksiin. 36% vastaajista ilmoitti olevansa halukas, kun taas 64% vastaajista ei haluaisi laajentaa osaamisaluettaan kotisyntymyksiin. 24% vastaajista on niin sanottuja ”piilokotikätilöitä”, jotka eivät vielä pyydettyä suostuisi avustamaan kotisyntymyksessä, mutta ovat kiinnostuneita laajentamaan osaamistaan ja/tai työnkuvaansa kotikätilötoimintaan. 3% eli kaksi vastaajista ilmoitti jo hoitaneensa kotisyntymyksiä ja suostuisi jatkossakin niitä hoitamaan. (Kuvio 10.)



Kuvio 10: Kiinnostuneisuus kotikätilötoiminnasta (kättilöt, jotka eivät ole hoitaneet kotisyntymyksiä)

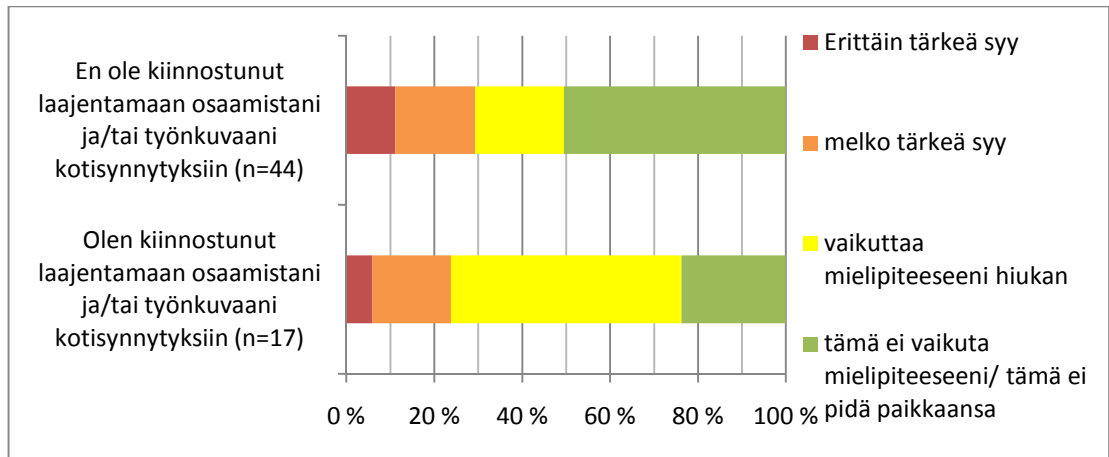
Syitä kotisynnytyksessä avustamisesta kieltäytymiseen verrattiin kahden ryhmän kesken: Niiden, jotka eivät ole halukkaita laajentamaan osaamistaan ja työnkuvaansa kotisynnytyksiin (n=44) sekä niiden, jotka ovat halukkaita (n=17). Molemmissa ryhmissä väittämien keskimäärin saamien pisteiden summat olivat lähellä toisiaan (18,73 ja 17,77), eli suurta eroa kieltäytymisen ”painavuudessa” ei ollut. Eri väittämien saamia pisteitä ryhmien välillä verrattaessa esiin nousi yksi jo tällä aineistolla merkitsevä ero, sekä useita eroja, jotka todennäköisesti tulisivat merkitseviksi aineiston koon kasvaessa.

Väittämä ”haluan, että synnytyslääkäri ja/tai lastenlääkäri on aina saatavilla” oli selvästi tärkeämpi syy kieltäytyä kotisynnytyksissä niille, jotka eivät ole kiinnostuneita laajentamaan osaamistaan tai työnkuvaansa kotisynnytyksiin (kuvio 11). Tilastollisen merkitsevyyden harmaalla alueella olivat väittämät ”en halua työskennellä ilman sairaalan laitteita ja tiloja” ( $p = 0,063$ ), ”minulta puuttuu itseluottamusta” ( $p = 0,086$ ) ja ”mielesstäni kotisynnytykset ovat liian vaarallisia synnyttäjälle ja/tai lapselle” ( $p = 0,052$ ). Suuremmissa aineistossa nämä yhteydet olisivat todennäköisesti tulleet merkitseviksi.



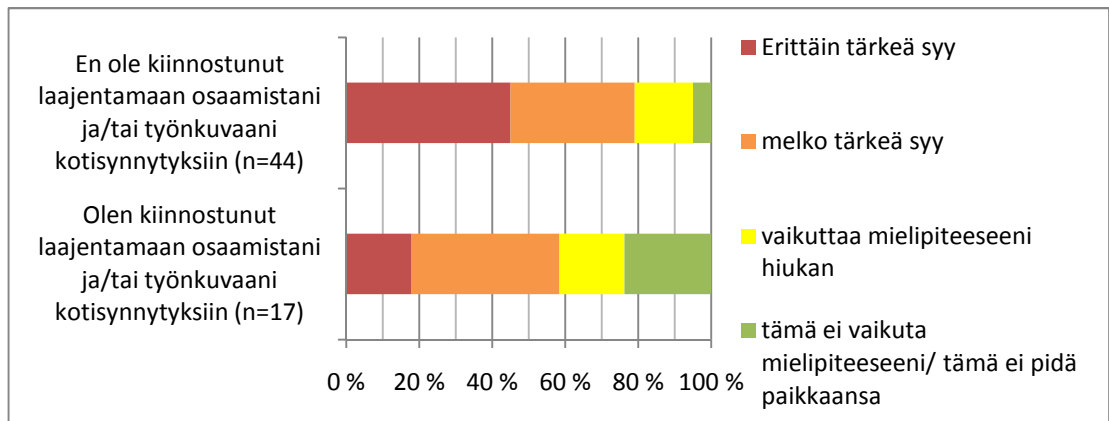
**Kuvio 11: Kiinnostuksen kotisynnytyksistä vaikutus väittämän ”haluan, että synnytyslääkäri ja/tai lastenlääkäri on aina saatavilla” tärkeyteen syynä kieltäytyä kotisynnytyksistä**

Vastaajat, jotka eivät olleet kiinnostuneita laajentamaan osaamistaan kotisynnytyksiin, ilmoittivat muita useammin, ettei itseluottamuksen puute vaikuttanut lainkaan heidän päätökseensä kieltäytyä kotisynnytysten hoidosta. (kuvio 12). Kun tätä tulosta tarkastelee toisesta suunnasta, eräs (joskin pieni) syy kotisynnytyksistä kiinnostuneen kättilön kieltäytymiseen kotisynnytyksen hoitamisesta näyttäisi olevan itseluottamuksen puute.

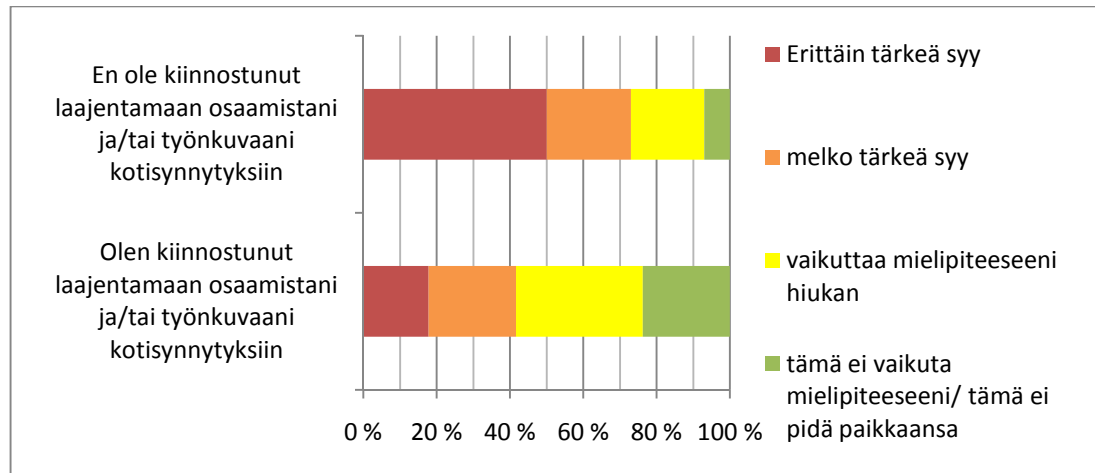


**Kuvio 12: Itseluottamuksen vaikutus kotisyntytyksistä kieltäytymiseen suhteessa kiinnostukseen laajentaa osaamista kotisyntytyksiin**

Itseluottamuksen puute ei siis näyttäisi olevan syynä haluttomuuteen laajentaa osaamista tai työnkuvaa kotisyntytyksiin. Sen sijaan syynä saattaa olla käsitys kotisyntytysten vaarallisuudesta ja mahdollisesti juuri vaarallisuuteen liittyvä haluttomuus työskennellä ilman sairaalan laitteita ja tiloja. Vastaajat, jotka eivät olleet kiinnostuneita laajentamaan osaamistaan kotisyntytyksiin pitivät vaarallisuutta ja ilman sairaalan laitteita ja tiloja työskentelyä useammin ”erittäin tärkeänä syynä” kuin kotisyntytyksistä kiinnostuneet kollegansa (kuviot 13 ja 14).



**Kuvio 13: Kiinnostuksen kotisyntytyksistä vaikutus väittämän ”en halua työskennellä ilman sairaalan laitteita ja tiloja” tärkeyteen syynä kieltäytyä kotisyntytyksistä**



**Kuvio 14: Kiinnostuksen kotisyntytyksistä vaikutus väittämän "mielestäni kotisyntytykset ovat liian vaarallisia synnyttäjälle ja/tai lapselle" vastauksiin**

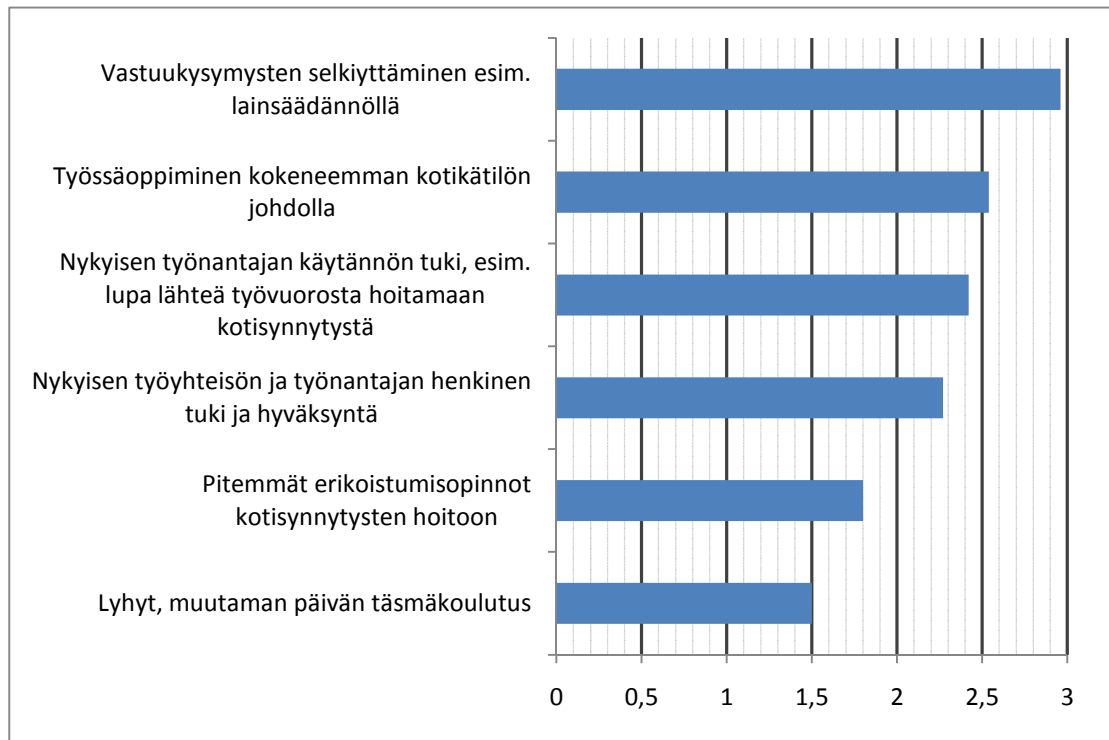
Taustatekijöistä tärkeimmät olivat siis työkokemus ja viimeisen vuoden aikana hoidettujen synnytysten lukumäärä. Sekä synnyttävän, synnyttäneet että odottavan perheen hoidossa työskennelleet olivat yhtä usein haluttomia laajentamaan osaamistaan kotisyntytyksiin. Synnyttävän perheen parissa paljon työskennelleet pitivät kuitenkin monia esitettyjä kotisyntytyksistä kieltäytymisen syitä useammin merkityksettöminä kuin muualla työskennelleet.

### 5.3. Kotikätilötoiminnan tukikeinot

Kysymykseen ”millaista tukea tarvitsisit voidaksesi hoitaa kotisyntytyksiä” vastasi 26 kätilöä. Vastaajiksi valittiin ne kätilöt, jotka eivät olleet hoitaneet kotisyntytyksiä, mutta olivat kiinnostuneita laajentamaan osaamistaan kotikätilötoimintaan. Näiden 26 kätilön taustatiedot eivät poikenneet muista vastaajista. Ikä, valmistumisvuosi, työkokemus tai viimeisen vuoden aikana hoidettujen synnytysten lukumäärä eivät siis näyttäisi vaikuttavan kätilöiden kiinnostukseen laajentaa osaamistaan kotisyntytyksiin.

Väittämien saamien pisteiden keskiarvo vaihteli asteikolla 0-3 arvojen 1,50 - 2,96 välillä, eli keskimäärin kaikki väittämien tukimuodot joko erittäin tärkeitä (2,25 – 3,00) tai melko tärkeitä (1,50 – 2,24). Tärkeimmäksi tukimuodoksi nousi vastuukysymysten selkiyttäminen esimerkiksi lainsäädännöllä (2,96). Muut syyt tärkeysjärjestyksessä olivat työssäoppiminen kokeneemman kotikätilön johdolla (2,54), nykyisen työnantajan käy-

tännön tuki, esimerkiksi lupa lähteä työvuorosta hoitamaan kotisynnytystä (2,42), nykyisen työyhteisön ja työnantajan henkinen tuki ja hyväksyntä (2,27), pitkät erikoistumisopinnot kotisynnytysten hoitoon (1,80) ja vähiten tärkeänä lyhyt, muutaman päivän täsmäkoulutus (1,50). (Kuvio 15)



Kuvio 15: Kotikätilötoiminnasta kiinnostuneiden kätilöiden mielipide tukikeinojen tärkeydestä (n=26)

0,00–0,74 = tällä ei ole minulle merkitystä/tämä ei pidä paikkaansa

0,75–1,49 = vaikuttaa mielipiteeseeni hiukan

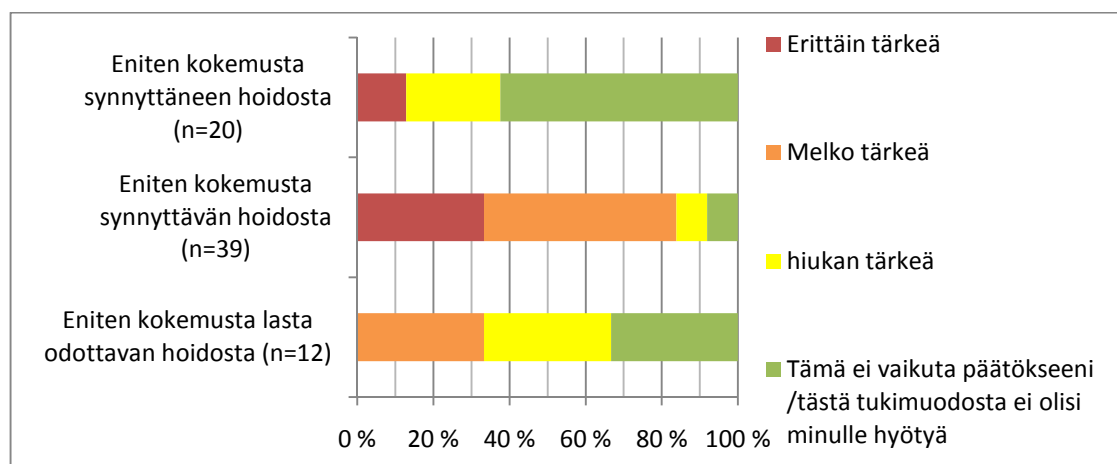
1,50–2,24 = melko tärkeä syy

2,25–3,00 = erittäin tärkeä syy

”Jokin muu, mikä?” -kenttään tuli kaksi sanallista vastausta. Toisessa kaivattiin selvyyttä kotisynnytysten maksukäytänteisiin sekä kätilöitä äitiysneuvolaan ja yhteistyötä koko hoitopolun ajan. Toisessa peräänkuulutettiin helppoa ja nopeaa mahdollisuutta päästä sairaalaan tarpeen vaatiessa. Molemmat vastauksissa esitetyt tukikeinot olivat vastaajalle ”erittäin tärkeä” tukimuoto. Vastaukset olivat hyvin erilaisia, mutta molemmat näkevät kotisynnytyksen osana laajempaa hoitopolkua. Ensimmäinen tarkastelee kotisynnytystä osana äitiyshuollon laajempaa kokonaisuutta, johon kuuluu tärkeänä osana taloudellinen tuki raskaana olevalle ja synnyttävälle naiselle sekä ennen ja jälkeen synnytystä tapahtuva neuvolaseuranta. Hän pitää myös kätilön ammattitaidon omaavaa neuvola-henkilökuntaa ja hyvää yhteistyötä neuvolan ja kotikätilön välillä kotikätilötoimintaa

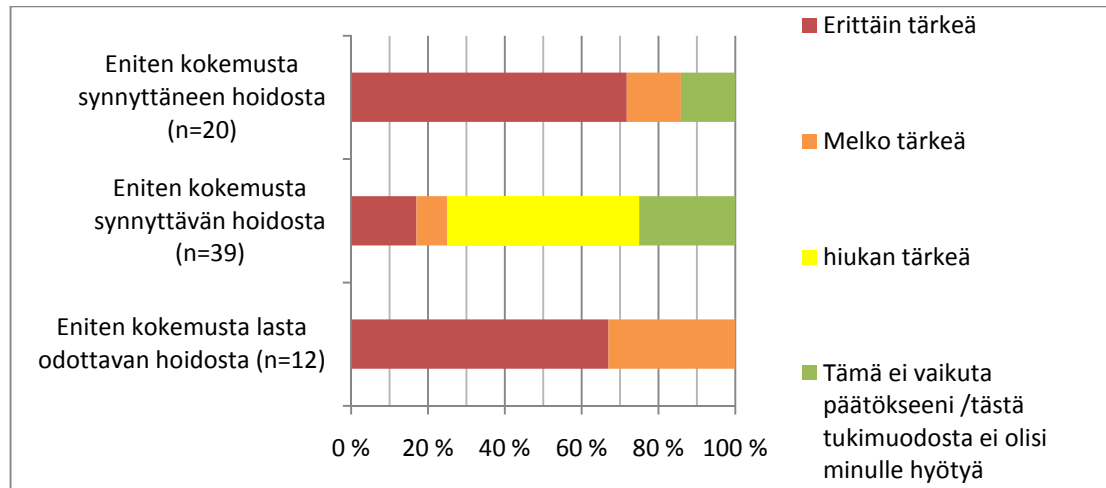
tukevana asiana. Toinen vastaaja katsoo kotisynnytystä hiukan eri näkökulmasta. Mahdollisuus päästä sairaalaan helposti ja nopeasti on kuitenkin yhtäläillä osa hoitopolun toimivuutta kuin neuvolayhteistyökin.

Vastaajan työkokemus oli tukikeinojen suosioon eniten vaikuttanut taustatekijä. Jos vastaajalla oli eniten kokemusta synnytyksen aikaisesta kätilötyöstä, hän piti muita useammin lyhyttä täsmäkoulutusta ”erittäin tärkeänä” tai ”tärkeänä” tukimuotona. Useimmat synnyttäneen hoidossa eniten työskennelleilleet puolestaan pitivät lyhyttä koulutusta täysin hyödyttömänä. (Kuvio 16).



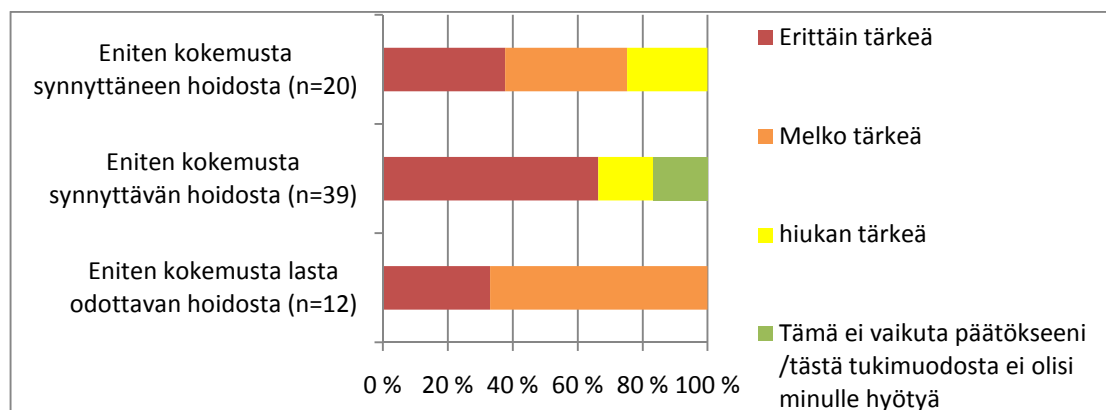
**Kuvio 16: Lyhyen täsmäkoulutuksen merkitys tukikeinona suhteessa työkokemukseen**

Pitemmät kotikätilön erikoistumisopinnot olisivat synnyttävän hoidossa eniten työskennelleille toissijainen tukimuoto, kun taas lasta odottavan ja synnyttäneen hoidossa koettiin pitivät sitä erittäin tärkeänä tukimuotona (kuvio 17) Tämä tukee sitä aiemmin esitettyä huomiota, että synnytyksen hoidossa kokeneet kätilöt pitävät koulutustaan riittävästi kotisynnytysten hoitoon muita useammin (kuvio 6).



Kuvio 17: Pitemmät erikoistumisopinnot tukikeinona työkokemuksen mukaan

Työkokemuksella olisi todennäköisesti tilastollisesti merkitsevä vaikutus myös työnantajan henkisen tuen ja hyväksynnän tärkeyteen, jos aineisto olisi ollut suurempi. Nyt varmasti tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt ( $p = 0,092$ ). Aineisto antaa kuitenkin viitteitä siitä, että synnytyksen hoidossa kokeneimmat pitäisivät työnantajan henkistä tukea useammin erittäin tärkeänä kuin muut. Toisaalta heidän joukossaan olivat myös ainoat vastaajat, jotka eivät piittäisi työnantajan suhtautumisesta (kuvio 18). Jälkimmäinen ryhmä sopii hyvin kuvaan, luottavathan synnytyssalikätilöt itseensä ja koulutukseensa muita enemmän ( ks. kuviot 5 ja 6). Miksi työnantajan henkinen tuki kuitenkin on erittäin tärkeää suuremmalle osalle salikätilöistä kuin muualla työskennelleistä?



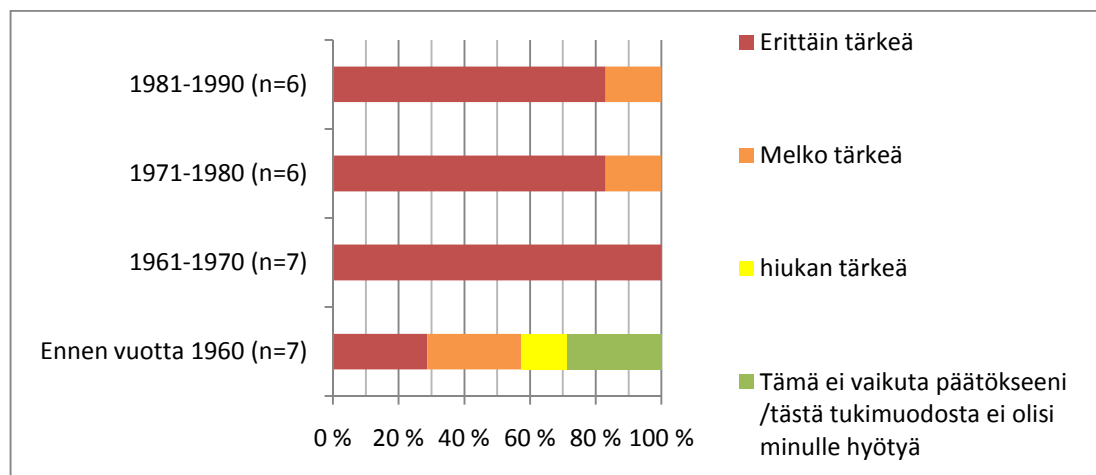
Kuvio 18: Nykyisen työnantajan henkinen tuki ja hyväksyntä tukikeinona vastaajan työkokemuksen mukaan.

Monet synnytyksen hoidossa kokeneimmat kätilöt todennäköisesti työskentelevät edelleen synnytyssalissa. Yksi mahdollinen selitys on, että verrattain intensiivisessä synnytyssalutyössä kätilöillä on tiiviimpi suhde työyhteisöön ja työnantajaan, jolloin työnanta-



jan hyväksyntä tai tuen puute vaikuttavat heihin muita enemmän. Toinen mahdollinen selitys on, että synnytyssalikätilöt pelkäävät vaarantavansa esimerkiksi määräaikaisen työsuhteen jatkumisen asettumalla työnantajan kantaa vastaan hoitamalla kotisyntytyksiä. Synnytys on synnytyssalissa työskentelevän kätilön työn ydinaluetta, joten hänen esimiehillään voi olla vahvempia mielipiteitä kotisyntytyksistä kuin esimerkiksi lapsivuodeosaston kätilöiden esimiehillä. Näiden pohdintojen tueksi tarvitaan kuitenkin laajempi aineisto, ennen kuin varmoja johtopäätöksiä voidaan tehdä.

Ikä vaikutti vain työssäoppimisen suosioon tukikeinona. Ennen vuotta 1960 syntyneet pitivät kokeneemman kotikätilön johdolla oppimista harvemmin erittäin tärkeänä ja useammin hyödyttömänä kuin nuoremmat vastaajat (kuvio 19). Se, että vanhimmat vastaajat kokivat näin, ei ole yllättävää. Sen sijaan on kiinnostavaa, että mielipide ei muutu iän mukaan, vaan kaikkien vuoden 1960 jälkeen syntyneiden ikäluokkien mielipiteet ovat keskenään hyvin yhtenäiset.



Kuvio 19: Työssäoppiminen kokeneemman kotikätilön johdolla, vertailu vastaajan syntymävuoden mukaan.

Kotisyntytyksistä kiinnostuneiden kätilöiden näkemykset sopivista tukikeinoista olivat kokonaisuutena varsin yhtenäiset. Vastaajat olivat taustatiedoista riippumatta yksimielisiä muun muassa siitä, että vastuukysymysten selkiyttäminen esimerkiksi lainsäädännöllä olisi erittäin tärkeä tukikeino. 89% piti kokeneemman kotikätilön johdolla harjoittelua tärkeänä tukimuotona. Vaikka muut tukimuodot jakoivat mielipiteitä enemmän, taustatiedot eivät juuri vaikuttaneet vastauksiin. Suuremmassa aineistossa lisää pieniä eroja olisi voinut tulla esiin, mutta kokonaisuutena voidaan todeta, että vain työkokemusalue vaikuttaa selvästi mielipiteeseen kotikätilötoiminnan tukikeinojen tärkeydestä.

Vuoden aikana hoidettujen synnytysten lukumäärän mukaan ei voitu saada luotettavia tuloksia, sillä ryhmät jäivät liian pieniksi. Ryhmiä yhdistämällä tilastollisesti merkitseviä eroja ei löytynyt. Myöskään sillä ei ollut merkitystä, suostuisiko vastaaja jo hoitamaan kotisyntymyksiä vai ei.

## **5.4. Kätilöiden näkemyksiä kotisyntymyksistä**

### **5.4.1. Kotisyntymysmyönteiset kätilöt**

Kyselylomakkeen viimeisenä oli avoin kysymys, johon vastaajat saivat halutessaan kirjoittaa palautettaan, tarkentaa vastauksiaan tai ketoa ajatuksiaan ja kokemuksiaan kotisyntymyksistä. Vastaukset jakautuivat selkeimmin ryhmiin sen mukaan, oliko vastaaja hoitanut kotisyntymyksiä tai halukas laajentamaan osaamistaan kotisyntymykseen vai ei. Yksinkertaisuuden vuoksi näitä ryhmiä kutsutaan jatkossa kotisyntymysmyönteisiksi ja -kielteisiksi ryhmiksi. Molemmissa ryhmissä noin kolmannes (36% ja 30%) oli kirjoittanut ajatuksiaan vapaaseen tekstikenttään.

Kotisyntymysmyönteisen ryhmän vastauksia oli yhteensä kymmenen. Niistä erottui kolme teemaa: Omat tai tuttujen kokemukset kotisyntymyksistä (6 vastauksessa), kotisyntymysten hoitamisen edellytykset (5 vastauksessa) sekä kommentit yhteiskunnan ja järjestelmän sopimattomuudesta kotisyntymykseen (7 vastauksessa).

Omat ja tuttujen kokemukset kotisyntymysmyönteisten vastaajien ryhmässä olivat yhtä lukuun ottamatta kaikki positiivisia ja ulkomailta saatuja. Kätilöt kertovat suhtautuvansa myönteisesti kotisyntymykseen, koska ovat työskennelleet maissa, jossa kotisyntymykset kuuluvat järjestelmään, tai tunsivat ulkomailta kollegoita, jotka ovat kotikätilöitä tai synnyttäneet itse kotona. Ei ole yllättävää, että omat ja tuttujenkin kokemukset ovat muualta kuin Suomesta. Kotisyntymykset ovat Suomessa niin harvinaisia, että kovin monella ei voisikaan olla niistä edes välillisesti kokemusta kotimaassa.

*”Tunnen kotisyntyyskättilöitä ja kättilöitä jotka ovat itse synnyttäneet kotona (ei Suomessa vaan maissa missä tämä kuuluu järjestelmään). Kokeemukset ovat pääsääntöisesti olleet hyviä.”*

*”Olen... tehnyt kättilön työtä myös kehitysmaassa. ... Synnytys ei ole mikään sairaus, joten kotisyntyysten kehittäminen on ihan suotavaa...”*

*”Olen työskennellyt mm. (maan nimi), missä kotisyntytykset ovat täysin normaali käytäntö. Ajatuksena asia ei siis ole vieras minulle”*

Ainoa Suomesta oleva ja samalla ainoa negatiivinen kotisyntyyskokemus kerrottiin varoittavana esimerkkinä organisaation ulkopuolella toimivasta kotikätilöstä tapauksessa, jossa kotisyntyys ei ollut äidin oma valinta. Esiin tulivat kättilön turvattomuuden tunne ja huoli synnyttäjän jaksamisesta synnytyksen jälkeen, kun asiat synnyttäjän perheessä eivät olleet kohdallaan.

*...kurssitoverini hoiti kotisyntytystä, jossa perheen isä ei tahtonut vaimonsa menevän sairaalaan synnyttämään. Hän ei halannut jäädä hoitamaan perheen vanhempia lapsia. Hän myös ”määräsi” miten kättilön oli toimitettava. Kätilö koki turvattomuutta yksinään. -äiti ei saanut synn. jälkeen parin päivän lepoa ja keskittym. vauvaansa.*

Monet kotisyntytyksiin myönteisesti suhtautuvat halusivat selventää kirjoituksissaan käsityksiään kotisyntytysten edellytyksistä. Vastajat pohtivat, millaisista lähtökohdista tapahtuvia kotisyntytyksiä suostuisivat hoitamaan. Riskien huolellinen kartoitus ja vain matalan riskin kotisyntytysten hoitaminen sekä lyhyt matka lähimpään sairaalaan olivat kättilöille tärkeitä. Vastauksissa oli runsaasti myös kättilölle asetettuja edellytyksiä: Kotikätilöksi ryhtyvän on syytä olla kokenut, jotta hän osaa arvioida, onko synnytys lähtökohdiltaan kyllin turvallinen kotisyntytykseksi. Hänen on myös osattava tunnistaa ongelmatilanteet ja toimia niissä oikein. Kotikätilöltä odotetaan myös itsevarmuutta tehdä päätöksensä arvioidensa mukaan, sekä nöyryyttä tunnistaa ja tunnustaa omat rajoituksensa.

*”Mielestäni kotisyntytyks voisi olla mahdollinen, jos riskit kartoitetaan hyvin. Ja vain ns. matalan riskin synnyttäjillä olisi mahdollisuus synnyttää kotona.”*

*”...kotisyntytysten hoito on mielestäni ihan ok lähellä sairaalaa, jotta apua saadaan tarvittaessa nopeasti. Mielestäni kotisyntytystä hoitavalla kättilöllä pitäisi olla vankka tietotaito myös riskisyntytysten hoidosta ja ensiavusta että ensiapu saadaan riskitilanteissa annettua oikein!”*

*”...kontaktit pitää olla lähisairaalaan hyvät - kätilöiden pitää olla kokeneita ja nöyriä myös hyväksymään se että tarvittaessa osataan hakeutua apuun riittävän ajoissa... Kotisyntytytystä hoitavan kätilön pitää olla ammattitaitoinen ja rohkea, mutta ei uhkarohkea.”*

Yhteiskunnan ja äitiyshuoltojärjestelmän sopimattomuutta kotisyntytyksiin kommentoitiin monisanaisesti useimmissa kotisyntytyksimyönteisen ryhmän vastauksissa. Vastaukset ilmaisevat kirjoittajien tuen tarvetta. Kotisyntytyksiä hoitava kätilö on hyvin yksin niin oikeudellisesti, ammatillisesti kuin ympäristön asenteidenkin vuoksi. Vastajaat kaipasivat selkeää ohjeistusta kotisyntytysten hoitoon ja ”jonkun julkisen tahon” puuttamista keskusteluun. Etenkin tilanteet, joissa perhe epäilee hoitovirhettä ja vie kätilön oikeuteen, saavat erään vastaajan epäilemään, haluaako hän olla vastuussa kotisyntytyksestä.

*”Toivoisin, että Kätilöliitto ottaisi julkisesti kantaa Suomen onnettomaan kotisyntytyksien tilanteeseen... Toivon, että "joku" julkinen taho antaisi turvalliset raamit matalanriskin synnyttäjän kotisyntytykselle...”*

*”...Sairaalassakin nykyään ollaan jo niin usein oikeusasioiden kanssa tekemisissä. Jos jotain sattuu, haetaan heti syyllistä ja vikaa jostakin. Ymmärtämys sille, että aina asioihin ei voi vaikuttaa tai hyväksyntä siitä, että kaikki ei aina mene suunnitelmien mukaan puuttuu. Olen kyllä sitä mieltä, että olisi mukavaa jos olisi mahdollisuus synnyttää kotona, mutta vastuukysymykset ensin kuntoon. Suomi on hyvää vauhtia amerikkalaistumassa näissä asioissa ja siinä tilanteessa en itse vastuuta harteilleni ottaisi.”*

Yhteiskunnan ja äitiyshuoltojärjestelmän puutteet nousivat esiin myös kotona synnyttävien perheiden näkökulmasta. Vastauksissa esitettiin, että kotisyntytyksien ottaminen osaksi järjestelmää takaisi paremmin niiden turvallisen ja laadukkaan hoidon. Myös perheiden oikeus taloudelliseen tukeen Kela-korvauksen muodossa nostettiin esiin. Eräs kotisyntytyksiä hoitanut kätilö kertoi alueensa kotisyntytystä suunnittelevien perheiden jäävän paitsi äitiyshuollon ammattilaisten henkisestä tuestakin, sillä neuvola ja sairaala tuomitsevat kotisyntytyssuunnitelmat.

*”Ainakin (kaupungin nimi) seudulla olisi monella synnyttäjällä kiinnostusta kotisyntytykseen, mutta on vaikea löytää vapaata kätilöä, neuvola/sairaala tuomitsee ko. suunnitelmat... Toivon, että "joku" julkinen taho antaisi turvalliset raamit matalanriskin synnyttäjän kotisyntytykselle, ohjeistaisi maksupolitiikan, Kelakorvattavuus takaisin ym.”*

*”Kotisyntytykset tulisi voida liittää osaksi järjestelmää, näin olisi paremmat edellytykset taata turvallinen ja laadukas hoito myös sairaalan ulkopuolella.”*

Kokonaisuutena kotisyntytyksmyönteisten kättilöiden vastauksista välittyi vahvimmin kokemus kättilöiden ja kotona synnyttävien perheiden yksin jääminen. Useimmat esiin nousseet seikat, kuten järjestelmän sopimattomuus kotisyntytyksiin sekä suositusten ja lainsäädännön puuttuminen liittyivät juuri tuen tarpeeseen. Kaikki kättilöt eivät olleet ehdoitta kotisyntytyksen puolella, vaan monet pohtivat turvallisen kotisyntytyksen edellytyksiä ja kättilön ammattitaidolle ja persoonalle asetettiin tiukkoja vaatimuksia.

#### **5.4.2. Kotisyntytykskielteiset kättilöt**

Kotisyntytykskielteisen ryhmän vastauksia oli yhteensä neljätoista. Tässä ryhmässä vastauksien sisällöissä oli paljon enemmän vaihtelua kuin kotisyntytyksmyönteisten ryhmässä. Vaihtelu johtunee siitä, että kielteisesti suhtautuvien lisäksi myös empiävät ovat todennäköisesti päätyneet tähän ryhmään. Suomen asenneilmapiirissä myönteinen suhtautuminen kotisyntytyksiin vaatii tietoisesti päätöksen, kielteinen puolestaan voi olla yhtä hyvin tulosta välinpitämättömyydestä tai epätietoisuudesta kuin tietoisesta päätöksestäkin.

Vastaukset käsittelivät enimmäkseen samoja teemoja kuin kotisyntytyksmyönteisenkin, mutta eri näkökulmasta. Vain yhteiskuntaa ja äitiyshuoltojärjestelmää koskevat vastaukset (5 vastauksessa) olivat hyvin samankaltaisia molemmissa ryhmissä. Omia kokemuksia ja synnytyksen turvallisuutta käsiteltiin kahdeksassa vastauksessa, eettisiä syitä ja kättilön vastuuta viidessä vastauksessa ja kodin synnytykspaikkana asettamia haasteita kahdessa vastauksessa. Kolmessa vastauksessa esitettiin kehitysideoita nykyiseen järjestelmään. Lisäksi oli ”Periaatteessa kyllä, käytännössä ei” –ryhmä (3 vastauksessa), jossa vastaajat suhtautuivat kotisyntytyksiin verrattain myönteisesti ja pohtivat kotisyntytyksen etuja suhteessa haittoihin.

Yhteiskuntaa ja äitiyshuoltojärjestelmää koskevat vastaukset sivusivat kotisyntytykskielteisillä vastaajilla samoja seikkoja kuin kotisyntytyksmyönteisilläkin. Kotisyntytyksmyönteisten

hoidon organisaation puuttuminen, yhteisön tuen puuttuminen ja olemattoman lainsäädännön tuoma juridinen turvattomuus nousivat vastauksissa esiin.

*”Kotisyntyä hoitava kätilö on kovin yksin. Yleinen tuki (yhteisön) puuttuu, samoin juridinen puoli on hataralla pohjalla... Niiden mahdollistamiseksi olisi luotava oma organisaatio, useampi kätilö ja mahdollisesti lääkäriverkosto.”*

*”Oikeusturva ja vastuukysymykset mietityttää. ... Hyväksyykö synnyttäjä pieleen menneen synnytyksen tai jos lapsi vahingoittuu - kuka kantaa vastuun?? ... Hankalia tilanteita tulee sairaalassakin ja valitukset hoidosta ovat arkipäivää.”*

Turvallisuus ja siihen liittyvät vastaajien omat kokemukset esiintyivät kaikkein useimmin kotisyntymiskielteisen ryhmän vastauksissa. Usein esitettiin kokemuksia synnytyksistä, joissa on tullut äkillisiä hätätilanteita. Synnytyskomplikaatioiden ennakoimattomuus oli monille tärkeä syy vastustaa kotisyntyä. Eräs vastaaja kertoi pitävänsä kotisyntyä käytännössä hoitamattomina sairaalan välineiden puuttumisen takia. Toinen, kokenut kätilö muistutti entisajan kotisyntyksistä, jotka eivät läheskään aina päättyneet onnellisesti.

*”Olen teoriassa tutustunut kotisyntyä käsitteeseen ja todennut, että ne ovat tavallaan ”hoitamattomia”, koska kätilö tai lääkäri ei voi tehdä välittömästi mitään ilman asianmukaisia välineitä, jos ongelmia syntyy, esim. yllättävä verenvuoto tms. Matala riski ei tarkoita, että ei olisi riskiä lainkaan. Minulla on vuosien kokemus synnytyssaliteista kätilönä ja teidän, miten nopeasti tilanteen synnytyksessä muuttuvat erittäin vaikeiksi, esim. sikiön äkillinen hapenpuute.”*

*”Noin 2000 synnytystä hoitaneena olen melko nöyrä synnytysten suhteen, mitä tahansa voi tapahtua hyvin normaalin raskauden jälkeen ja hyvin sujuneessa synnytyksessä. On varmaan unohdettu, että äiti ja lapsi eivät aina palanneet saunasta tupaan.”*

Eettiset ja kätilön vastuuseen liittyvät syyt vastustaa kotisyntymistä ilmaistiin usein vahvojen sanakääntein. Kätilöt ilmaisivat kirjoituksissaan erityisesti vastuunsa syntyvän lapsen oikeuksien puolestapuhujana. Kahden vastaajan kirjoituksesta käy myös ilmi, että he pitäisivät itseään vastuullisena tai arvelevat puiden pitävän itseään vastuullisena, jos synnytys päättyisi surullisesti. Kaikista etiikkaa pohtivista vastauksista on vähintään rivien välistä luettavissa, että vastaajat pitivät kotisyntyä vaarallisina.

*”En haluaisi olla edes osallisena sellaisessa elämysten haussa, jossa etsitään elämystä vain itselle, koska lapselle on aina parempi syntyä sairaalassa ja vastasyntynyt ei sitä itse voi valita.”*

*”...en haluaisi kenellekään sitä riskiä, että kotona syntyisi huono lapsi. Hoito viivästyisi, minun psyykkeeni ei kestäisi kantaa vastuuta.”*

*”Mielestäni ei ammattitaitoinen ja ammattinsa rajat tunteva sekä vastuullinen kättilö suostu kotisyntynystä hoitamaan.”*

Näissä vastuuta ja etiikkaa käsittelevissä vastauksissa tulevat selvästi esiin vastaajien etiikan paternalistiset piirteet. Vastauksista voi päätellä, että he pitävät kättilön velvollisuutena ja oikeutena päättää tietyistä synnytykseen liittyvistä asioista äidin tahdosta riippumatta, koska ovat äidin ja lapsen parasta ajattelevia synnytyksen hoidon ammattilaisia. Paternalistista etiikkaa myötäilee myös vastaajien näkemys, että kättilöt kantavat moraalisen vastuun, jos tapahtuu virhearvio tai synnytyksen komplisoitumiseen johtava yllättävä käänne.

Kaksi vastaajaa pohti kirjoituksissaan kotisyntytysten haasteita. Kotikätilön yksinäisyys nousee jälleen esiin uudesta näkökulmasta vastaajan todetessa, että sairaalasyntytöksissä on riittävästi haastetta vaikka kollegoiden tuki onkin aina saatavilla. Toinen vastaaja epäili, että kotisyntytöksissä synnytyskipu nousee ongelmaksi.

*Synnytyssalilyö riittävän haasteellista sinänsä. En kaipaa lisähaasteita ja sairaalassa aina kollegoja apuna ja jakamassa.*

*Kivunlievitys tuntuu olevan monelle pääasia, eli miten kivun kanssa kotona pärjätään?*

Neljä muuta vastaajaa esitti kehitysideoita kotisyntytystä toivovien tarpeiden huomioimiseksi turvallisuudesta tinkimättä. Vastaajien suhtautuminen on synnyttäjälähtöistä ja he haluavat tukea kodinomaisempaa synnytyssympäristöä. Eräs vastaaja hahmottelee Suomeen matalan riskin synnyttäjille suunnattua yksikköä vaihtoehdoksi perinteiselle sairaalasyntytökselle Ison Britannian kättilöjohtoisten synnytysyksiköiden tyyliin. Muutama vastaaja suhtautuu varovaisen myönteisesti kotisyntytysiin. Eräs heistä nostaa esiin tiedonkulun tärkeyden kotisyntytystä suunnittelevien ja synnytyssairaaloiden välillä, toinen vastaaja kertoo oman synnytyskokemuksensa perusteella toivovansa, että sairaalasyntytöksissä olisi mahdollista saavuttaa sama rauha heittäytyä synnyttämään kuin kotisyntytöksissä.

*Parempi olisi mielestäni kuitenkin synnytyssairaaloiden yhteyteen luoda matalan riskin synnyttäjien "osasto" niin, että sairaalakin "hyväksyisi" toiminnan.*

*"Tiedon olisi hyvä kulkea molempiin suuntiin, eikä niin kuin nyt. Sairaala ei tiedä tapahtuvista kotisyntytyksistä. Olisi kaikkien etu ja turva, että tietoa ja kokemuksia jaettaisiin. Se poistaisi ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita kotisyntytyksiä kohtaan."*

*Ymmärrän kyllä synnyttäjiä, jotka haluavat synnyttää kotona. Itse kolme lasta synnyttäneenä kaikista "helpoimman" avautumisvaiheen koin automatkalla sairaalaan... Pystyin olemaan todella rento, koska ympärilläni ei ollut ketään eikä mitään "ylimääräistä". Mutta toivon, että synnytyskulttuurimme voisi kehittyä niin, että myös sairaalassa olisi mahdollista kokea tuo yksinäisyys ja heittäytyminen..."*

Kotisyntytyksiin kielteisesti suhtautuvien ryhmässä olivat kenties kiinnostavimpia ”periaatteessa kyllä, käytännössä ei” -tyypin vastaukset. Vastajat olivat ilmeisesti enemmän tai vähemmän kahden vaiheilla, mutta kallistuivat kuitenkin lopulta enemmän vastustamaan kuin puoltamaan kotisyntytystä.

Eräs vastaus voisi suurelta osin olla kotisyntytyksimyönteisen ryhmän pohdintoja kotisyntytysten edellytyksistä. Vastaja kuitenkin toteaa, ettei tiedä, lähtisikö itse avustamaan kotisyntytyksessä, vaikka hänen asettamansa kriteerit täytyisivätkin. Kirjoituksissa kotisyntytyks tai siinä avustaminen ei esiinny ehdottoman tuomittavana valintana, vaan vastauksista käy pikemminkin ilmi vastaajan oma päätös ja näkemys. Kahdessa vastauksessa todetaan, että matalan riskin synnyttäjälle kotisyntytykset ovat hyväksyttävä vaihtoehto. Epävarmuustekijät painoivat vaa’assa kuitenkin niin paljon, että he eivät halua tukea kotisyntytyksiä.

*"Kotisyntytyks ajatuksena synnyttäjän ja perheen kannalta tuntuu hyvältä, jos kyseessä on uudelleen synnyttäjä ja synnyttäjällä on riittävästi tietoa päätökselleen synnytyksen kulusta ja riskeistä synnyttää kotona. Tietenkin apuna tulee olla asiantunteva kätilö ja mahdollisuus päästä nopeasti sairaalahoitoon, mikäli jokin menee pieleen. Itselläni ei riittävästä kokemuksesta synnytyksen hoidosta ole, enkä osaa sanoa suostuisinko hoitamaan kotisyntytystä vaikka kokemuksesta olisikin."*

*"Normaaliraskaudessa ei ole suurta estettä kotisyntytykselle, mutta yllättäviä tilanteita voi tulla kenelle tahansa."*



Kokonaisuutena kotisynnytyskielteisten kätilöiden ryhmästä tuli hyvin erilaisia ja eriasteisen kielteisiä puheenvuoroja. Turvallisuus ja siihen liittyvät eettiset kysymykset olivat painavin perustelu monille vastaajista, mutta huomattavan usein myös juridiset kysymykset ja organisaation puuttuminen saivat paljon painoarvoa.

Kun kotisynnytyskielteisten ja kotisynnytysmyönteisten vastaajien puheenvuoroja vertaakaan toisiinsa, huomaa kätilöiden ammattikunnan yhtenäisyyden, vaikka mielipiteet ovat jakautuneet kotisynnytysten puolesta ja niitä vastaan: Valtaosa vastaajista pohtii kotisynnytysten turvallisuutta, silti jotkut näkevät sen esteenä, toiset järjestelykysymyksenä. Sama koskee järjestelmän puutteita. Molempien ryhmien vastauksissa käsiteltiin järjestelmän ongelmia kotisynnytysten kannalta, mutta toisille se oli este, toisille vain hidaste.

## **6. Pohdinta**

### **6.1. Tulosten tarkastelu**

Suomalaisten kätilöiden suhtautuminen kotisynnytyksiin osoittautui kokonaisuudessaan yllättävän positiiviseksi. Sekä Jouhkin (2008, 24, 33) että Viisaisen (2001, 1113, 1118) synnyttäjän näkökulmasta tehdyistä tutkimuksista sai käsityksen, että kätilöiden rintama kotisynnytyksiä vastaan olisi saumaton. Kuitenkin tässä opinnäytetyössä selvisi, että lähes joka viides vastaaja suostuisi jo nyt pyydettyä kotikätilöksi, ja yhteensä joka kolmas on halukas laajentamaan osaamistaan tai työnkuvaansa kotisynnytyksiin.

Syitä opinnäytetyöni tulosten ristiriitaan Jouhkin (2008) ja Viisaisen (2001) tutkimusten kanssa on luultavasti useita, ja tärkein niistä lienee näkökulmaero. Viisaisen ja Jouhkin tutkimuksissa puheenvuoron saavat kotisynnyttäjät, jotka ovat uineet vastavirtaan suunnitellessaan kotisynnytystä ja muistavat ehkä selvimmin yhteenotot kielteisesti suhtautuvien kätilöiden kanssa. Koska sekä Viisaisen että Jouhkin tutkimukset ovat laadullisia, haastateltujen äitien ja isien mielissä voimakkaat kokemukset siirtyvät voimakkaina myös tutkimukseen, jolloin syntyy vaikutelma, että kaikki kätilöt ovat kotisynnytyskiel-

teisiä. Tämä tulkinta on myös tutkimuksen lukijan virhe, johon itsekin huomaan sortuneeni, kun tutkimustietoa kotisynnytyksiin myönteisesti tai neutraalisti suhtautuvista kätilöistä ei ole ollut saatavilla. Toinen todennäköinen syy ristiriitaan on, että Viisaisen ja Jouhkin tutkimuksessa käsitellään äitiyshuollon ammattilaisia yleisesti, kun taas tämä opinnäytetyö keskittyy vain kätilöihin. Terveystieteiden suhtautuminen kotisynnytyksiin voi olla aivan toinen kuin kätilöiden.

Vaikka kotisynnytyksiin myönteisesti suhtautuvia kätilöitä löytyi kyselyssä odotettua enemmän, neljä viidestä vastaajasta ei kuitenkaan vielä lähtisi avustajaksi kotisynnytykseen ja kaksi kolmesta ei ole edes kiinnostunut laajentamaan osaamistaan kotisynnytyksiin. Tärkeimmät syyt empimiselle ja kieltäytymiselle olivat vastuukysymysten epäselvyydet ja huoli kotisynnytyksien turvallisuudesta. Molemmat aiheet nousivat selvästi esiin sekä kyselylomakkeessa että avoimissa vastauksissa riippumatta siitä, oliko vastaaja kiinnostunut laajentamaan osaamistaan kotisynnytyksiin vai ei. Vastaajien synnyttäjän ja lapsen turvallisuutta koskevat pohdinnat myötäilivät kotisynnytyksien turvallisuutta koskevaa tutkimusta (esim. Janssen ym. 2009; Pang ym. 2002): Osa vastaajista piti kotisynnytyksestä matalan riskin synnyttäjille turvallisena vaihtoehtona, kun taas osa ajatteli ennakoimattomien yllätystekijöiden ja useimpien sairaalan välineiden puuttumisen tekemän siitä selvästi sairaalasyntymistä vaarallisemman.

Brownin (1994) tutkimus, jossa selvitettiin yleislääkäreiltä myös syitä haluttomuuteen hoitaa kotisynnytyksiä, eroaa tuloksiltaan selvästi opinnäytetyöni tuloksista. Nykyinen työtaakka, yksityiselämän häiriintyminen ja pelko oikeuteen joutumisesta olivat Brownin (1994) kyselyyn vastanneilla tärkeimpiä syitä haluttomuuteen hoitaa kotisynnytyksiä. Näistä vain oikeusturvakysymys oli myös suomalaisten kätilöiden huolena. Brownin tutkimuksessa ainoa turvallisuuteen viittaava vastausvaihtoehto ”sairaalan välineiden, palveluiden ja tilojen puuttuminen” jäi tärkeysjärjestyksessä viimeiseksi, kun suomalaiset kätilöt pitivät turvallisuuteen liittyviä tekijöitä oikeusturvan ohella ensisijaisena syynä kieltäytyä kotisynnytyksistä (mt). Brownin tutkimuksen käyttämisessä vertailukohtana on kuitenkin useita ongelmia, sillä Brownin tutkimuksen ikä, kulttuuriero sekä vastaajien erilainen ammatti ja työnkuva haittaavat vertailua. Lisäksi kohderyhmille esitetyt kysymykset olivat osittain erilaisia. Turvallisuuskysymyksen sijoittuminen vastakkaisiin päihin tärkeysjärjestyksestä viittaa kuitenkin siihen, että suomalaisten

kätilöiden huoli kotisynnytyksen turvallisuudesta on suurempi, kuin mihin kokemus ja käytäntö Englannissa antavat aihetta.

Suomalaisten kätilöiden mielestä Suomen äitiyshuoltojärjestelmä ei tue kotisynnytyksiä. Tämä käy selville sekä kieltäytymisen syistä, joissa kotisynnytysten hoidon organisaation puuttuminen sijoittui tärkeiden syiden ryhmään, että avoimista vastauksista. Tämä tulos on yhtenevä Floydin (1995) tutkimuksen tulosten kanssa, sillä vaikka englantilaiset kätilöt suhtautuvat valtaosin myönteisesti kotisynnytyksiin, organisaation puutteet vähentävät kätilöiden halukkuutta hoitaa kotisynnytystä myös Englannissa. Toki Floydin tutkimuksen jälkeen Englannin äitiyshuoltojärjestelmä on saattanut muuttua, ja organisaatiot ovat monin tavoin erilaiset: Kotisynnytys on Englannissa osa järjestelmää, toisin kuin Suomessa. Suomalaisen ja Englantilaisen äitiyshuoltojärjestelmän eron ansiosta opinnäytetyöni ja Floydin tutkimuksen vertaaminen antaa kuitenkin vihjeen siitä, miten paljon kotisynnytyksmyönteinen järjestelmä voi vaikuttaa kätilöiden halukkuuteen hoitaa kotisynnytyksiä.

Tulokset kätilöiden tarvitsemasta tuesta ja mielipiteistä ovat uutta tietoa, josta ei ole aiempaa tutkimusta Suomessa. Kokemus synnytysten hoidosta vaikutti eniten kätilöiden vastauksiin. Kaikki kyselyyn vastanneet kätilöt kaipasivat ennen kaikkea selkeää ohjeistusta joko lainsäädännön tai vastaavien valtakunnallisten suositusten muodossa, jotta voisivat tuntea oman juridisen selustansa turvatuksi kotisynnytyksiä hoitaessaan. Vastuukysymyksiin liittyen kaivattiin myös virallisesti määriteltyjä kotisynnytyskriteereitä. Ohjattu harjoittelu kokeneemman kotikätilön johdolla sekä työpaikan käytännön tuki olisivat myös tärkeitä tukimuotoja kotikätilötoiminnasta kiinnostuneille. Harjoittelua varten tarvittaisiin verkostoja, joita ei toistaiseksi ole olemassa. Työpaikan käytännön tuki on mahdollista vasta, kun kotisynnytykset ovat osa äitiyshuoltojärjestelmää.

Turvallisuutta tuova verkosto kotisynnytysten ympärillä tukisi siitä kiinnostuneiden kätilöiden ryhtymistä kotikätilöiksi. Tiivis yhteistyö neuvolan kanssa ja etenkin tehokas hoitoketju tarvittaessa kiireellisenkin sairaalaan siirtymisen onnistumiseksi ovat kätilöiden mielestä ensiarvoisen tärkeitä seikkoja kotisynnytykskulttuuria kehitettäessä.

## 6.2. Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn toteuttaminen antaa tutkijalle monenlaista tietoa. Tutkija on vastuussa tämän tiedon eettisesti kestävästä käsittelystä. Tähän kuuluu osaltaan vain oikean tiedon laskeminen julkisuuteen. Väärää tietoa voidaan julkaista tahallisten väärinkäytösten lisäksi myös vahingossa, joten tutkimuksen luotettavuuden arviointi on osa kestävästä tutkimusetiikkaa. Koska etiikka ja luotettavuus limittyvät toisiinsa monin paikoin, en erottele niitä keinotekoisesti toisistaan.

Tutkimusetiikkaa on eritelty monin tavoin. Eskola ja Suoranta (1998, 52-53) esimerkiksi jakavat tutkimuseettiset kysymykset viiteen osaan: Tutkimuslupaan liittyviin kysymyksiin, aineiston keruuseen liittyviin ongelmiin, tutkimuskohteen hyväksikäyttöön, tutkijan vaikutukseen tutkittavaan yhteisöön ja tutkimuksesta tiedottamiseen tutkittavalle sekä yleisölle.

Aineiston keruuseen liittyy kysymys tutkittavien yksityisyyden suojasta. Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneiden yksityisyys on suojattu. Kysely toteutettiin anonyymisti, jolloin vastaajien henkilö- tai yhteystietoja ei missään vaiheessa tullut tietooni. Kyselylomakkeessa esitettiin vain tutkimuksen kannalta relevantteja kysymyksiä, eikä vastauksista ei voi päätellä vastaajan henkilöllisyyttä. Lisäksi avoimissa vastauksissa esiin tulleet paikannimet poistettiin raportointivaiheessa. Tutkimukseen osallistujille tiedotettiin selvästi tutkimuksen tarkoituksesta sekä vapaaehtoisuudesta osallistumispyynnön yhteydessä.

Kyselylomakkeessa ei ilmennyt tutkimuksen kannalta merkittäviä puutteita. Kysymykset olivat tarkoituksenmukaisia ja niillä saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Avoimista tekstikentistä tai muualta vastauslomakkeista ei ilmennyt ongelmia kysymysten tulkinnassa tai vastausohjeiden noudattamisessa. Myös se, että kaikki vastaajat olivat vastanneet lomakkeen kaikkiin kohtiin, viittaa siihen, että vastaajat ymmärsivät kysymykset. Tältä osin tulokset lienevät siis luotettavia.

Varsinaiset ydinkysymykset olivat onnistuneita, mutta jos voisin palata ajassa taaksepäin, tekisin taustakysymyksiin pieniä muutoksia. Avoimia vastauksia analysoidessa

tuli esiin mahdollisuus, että kansainvälinen työkokemus todennäköisesti korreloisi kotisyntyisyysmyönteisyyden kanssa. Jälkeenpäin ajatellen olisikin ollut mielekästä kysyä taustatiedoissa ulkomailla saadusta työkokemuksesta. Vastaajan valmistumisvuosi jäi puolestaan tarpeettomaksi taustakysymykseksi, sillä aineiston olisi pitänyt olla huomattavasti laajempi, jotta verrattain harvojen aikuiskoulutuksesta valmistuneiden vastauksista olisi voitu sanoa, olivatko ne yhdenmukaisia nuorena valmistuneiden vastausten kanssa. Nyt valmistumisvuosi antoi käytännössä vain saman informaation kuin vastaajan ikä.

Tutkimuksen suurimpia rajoituksia oli käytettävissä olevan aineiston pieni koko, eli 74 vastaajaa. Esimerkiksi kieltäytymisen syiden tarkempaa tärkeysjärjestystä ei voi varmasti sanoa näin pienestä aineistosta. Käytettävissä olevalla aineistolla oli mahdollista tehdä vain melko varovaisia yleistyksiä, sillä ristiintaulukoiden luvut jäivät pieniksi. Tulosten tilastollinen merkitsevyys varmistettiin Fisherin tarkalla testillä, jolloin väärät yleistykset saatiin poissuljettua, mutta aineistossa oli viitteitä myös yhteyksistä, joiden merkitsevyyden osoittamiseen aineiston koko ei riittänyt.

Käytettävissä olevan tiedon pohjalta on vaikea sanoa, onko kyselyyn vastaamatta jättäneiden kättilöiden suhtautuminen samanlaista, kuin kyselyyn vastanneiden. On mahdollista, että kotisyntyisistä kiinnostuneet kättilöt vastasivat kyselyyn halukkaammin kuin kotisyntyistä vastustavat tai siihen neutraalisti suhtautuvat kättilöt. Toisaalta on mahdollista, että myös kotisyntyykseen voimakkaan kielteisesti suhtautuvat kättilöt vastasivat neutraalisti suhtautuvia useammin. Luotettavamman tiedon saamiseksi olisi kyselyn toteuduttava huomattavasti suuremmalla vastausprosentilla kuin tämän opin- näytetyön tapauksessa tapahtui.

Suomalaisten kättilöiden suhtautumisesta kotisyntyykseen riittäisi selvitettävää laajempaankin tutkimukseen. Suuremmasta aineistosta olisi esimerkiksi mahdollista etsiä erilaisia vastaajaprofiileja tai syventää laadullisen aineiston osuutta. Olisi ollut tarkoituksenmukaista hakea systemaattisesti ainakin kaikki aiheita käsittelevä englannin-, saksan-, ranskan-, hollannin- ja suomenkielinen tutkimus ja perehtyä siihen, sekä verrata niitä saatuihin tuloksiin. Olisi myös ollut hyödyllistä hankkia vähintään kaksi kertaa suurempi otanta hakemalla tutkimusluvut mahdollisimman moniin synnytyssairaaloihin pelkän kättilöyhdistysten postituslistojen hyödyntämisen sijaan ja tehdä pienempi testi-

kysely, jolla mittari olisi voitu säätää optimaaliseksi ennen varsinaisen aineiston keruuta.

Kaikista näistä konditionaaleista huolimatta onnistuin rajauksessa melko hyvin. Sain vastaukset keskeisimpiin kysymyksiin, vaikka välillä luultavasti harhaiduinkin pohdinnoissani hieman sivupoluille. Kyselyn esitestaukseen olisi pitänyt käyttää enemmän aikaa. Nyt se testattiin vain muutamalla koevastaajalla, ja sen toimivuutta arvioivat kaksi ohjaajaani sekä koevastaajat. Analyysissa merkitsevien tulosten löytäminen pienehköstä aineistosta uhkasi osoittautua liian haasteelliseksi. Tilastotieteilijän konsultointi ratkaisi ongelman, jolloin käytettävissä olevasta aineistosta saatiin testatusti merkitseviä tuloksia.

Laadullinen aineisto on opinnäytetyössäni tilastotietoa täydentävässä roolissa, joten laadullisen aineiston analyysiä olisi ollut mahdollista syventää enemmänkin. Käytetty menetelmä riitti kuitenkin hyvin tuomaan esiin kätilöiden ajatuksia kotisyntyisistä sekä kokoamaan niitä ryhmiksi, joten se oli tähän työhön riittävä.

Työni luvussa ”kotisyntyystutkimukset lähteenä” pohdin, miten tutkijoiden oma suhtautuminen kuultaa helposti läpi tutkimusraportista ja saattaa vaikuttaa tulosten esittelyn painotuksiin. Olenko itse onnistunut väistämään tämän sudenkuopan? Olenko kirjoittanut opinnäytetyöni raportin objektiivisesti ja kaikkia näkökulmia tasapuolisesti tarkastellen? Täydellisen objektiivisuuden vaatimus on nykytieteessä, luonnontieteitä lukuun ottamatta, hylätty mahdottomana. Esimerkiksi Eskola ja Suoranta (1998, 58-59) pohtivat tutkijan ja tutkimuskohteen vuorovaikutusta ja toteavat, että tutkija ei voi ”eristäytyä tutkimuskohteensa ulkopuolelle, vaan on osa tutkittavaa maailmaa”. Jokaisella tutkijalla on menneisyys, eikä kukaan voi tehdä tutkimusta älyllisessä tyhjiössä. Opinnäytetyöprosessissa olen tiedostanut omat mielipiteeni ja niiden mahdolliset vaikutukset raporttiini, ja pyrkinyt minimoimaan niiden vaikutuksen, erityisesti kaikissa aineistoon liittyvissä työvaiheissa.

### 6.3. Visioita kotisyntytyksen tulevaisuudesta Suomessa

Kätilöiden vastaukset tukevat käsitystä, että Suomen äitiyshuollon nykyinen hoitopolku ei tue kotisyntytyksiä. Synnytykseen liittyy lyhyt ja intensiivinen, raskaus- ja lapsivuodeajan hoidosta irrallinen hoitajakso sairaalassa. Etukäteen terveeseen odottajan ainoa kontakti sairaalaan on synnytysvalmennus, jossa synnyttäjät ja mahdollinen tukihenkilö käyvät tutustumassa sairaalaan useita viikkoja ennen synnytystä. Muu yhteistyö sairaalan kanssa tapahtuu neuvolan terveydenhoitajan toimesta. Perheet kotiutuvat synnytyksen jälkeen yhä nopeammin, usein jo toisena tai kolmantena päivänä synnytyksestä (Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007). Tämän jälkeen perheellä ei ole normaalitilanteessa mitään kontaktia synnytyksen hoitaneeseen henkilökuntaan, vaan seuranta siirtyy neuvolaan, jossa käyntejä on verrattain harvassa.

Kotisyntytystä tukevassa järjestelmässä raja raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan välillä olisi pehmeämpi: Odottaja tapaisi synnytyksen hoitavan kätilön tai kätilötiimin jo ennen synnytystä ja pitäisi kätilöön itse yhteyttä lasketun ajan lähestyessä. Kotisyntytyksen jälkeen kätilö vastaisi lapsivuodeajan seurannasta ja tapaisi perhettä aluksi päivittäin, myöhemmin harvemmin. Aluksi tapaamiset olisivat kotikäyntejä, ja siirtyisivät ensimmäisen viikon jälkeen kätilön vastaanotolle neuvolaan.

Kotisyntytysten saaminen osaksi äitiyshuoltojärjestelmää on sekä hidasta että työlästä. Tietoa ja verkostoja ”piilokotikätilöiden” potentiaalin esiin saamiseksi sen sijaan on mahdollista levittää ilman valtion tukeakin. Esimerkiksi synnytys- ja lapsivuodeosastoiden henkilökunnan tiloihin jaettavat tietopakettit tai kiinnostuksen mukaan koulutustilaisuudet voisivat olla toimivia kanavia tutkimustiedon levittämiseksi ja kansainvälisten kokemusten ja käytäntöjen esittelemiseksi. Kyselyyn vastanneista synnyttävän hoidossa kokeneet kätilöt pitävät lyhyttä täsmäkoulutusta hyvänä useammin kuin muut, joten mahdollisten viikonloppukurssien tarjonta kannattaisi kohdistaa ensisijaisesti synnytysalissa työskenteleville. Esitteet tai koulutukset auttaisivat aiheesta kiinnostuneiden kätilöiden aktiivisuudessa ja poistaisivat mahdollisesti tiedon puutteesta johtuvia ennakkoluuloja. Lisäksi esimerkiksi Aktiivinen synnytys ry voisi ryhtyä tiedustelemaan järjestelmällisesti mahdollisimman monelta kätilöltä kiinnostusta kotisyntytysten hoitoon, ja toimia yhteyshenkilönä kotisyntytystä suunnittelevien perheiden ja kätilöiden välillä.

Kunnianhimoisempi, hankkeistamista vaativa projekti olisi kotikätilöiden tukijärjestö, joka tarjoaisi organisaation osana toimimisen turvallisuutta ja helppoutta. Kotikätilöt toimisivat itsenäisesti, mutta järjestö voisi järjestää koulutuksia, kehityskeskusteluja ja ammatillista vertaistukea kotikätilöille. Järjestö voisi myös laatia kätilöiden käyttöön sopimusohjat kotisyntyksen hoitoa varten, auttaa välineistön hankkimisessa ja ylläpitää valtakunnallista kotikätilölistaa tai rekisteriä, jolloin kotisyntystä suunnittelevien olisi helpompi etsiä oman alueensa kotikätilöitä. Myös kotisyntyskriteeristön ja hoitosuosituksen laatimiseen osallistuminen voisi olla ajan kuluessa ja kotisyntysten yleistyessä järjestön tehtävä.

## **7. Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet**

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin suomalaisten kätilöiden suhtautumista kotisynttyksiin. Kyselytutkimuksella selvitettiin tärkeimpiä syitä kotisynttyksissä avustamisesta kieltäytymiseen, sekä kotikätilötoiminnasta kiinnostuneiden kätilöiden mielipidettä erilaisten tukimuotojen hyödyllisyydestä. Lisäksi selvitettiin, suostuisivatko kätilöt kysyttäessä avustamaan kotisynttyksissä, ja onko heillä kiinnostusta laajentaa osaamistaan tai työnkuvaansa kotisynttyksiin. Tuloksia voidaan käyttää auttamaan Aktiivinen syntynyt ry:tä ja suomalaisia kätilöitä Suomen kotisynttyskulttuurin kehittämisessä. Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- 1 Suomessa on kotikätilötoiminnasta kiinnostuneita kätilöitä luultua enemmän. Heistä pienenkin prosentuaalisen osan tavoittaminen merkitsisi jo tuntuva lisää kotikätilöiden joukkoon.
- 2 Tärkeimmät keinot kotikätilöiden määrän lisäämiseksi olisivat vastuukysymysten selkiyttäminen, mahdollisuus tutustua kotisynttyksiin kokeneemman kotikätilön johdolla sekä nykyisen työpaikan käytännön tuki.



- 3 Kaikki suomalaisten kättilöiden tärkeimmät syyt kieltäytyä kotisynnytyksistä liittyvät oikeusturvaan ja vastuukysymyksiin sekä synnyttäjän ja syntyvän lapsen turvallisuuteen.
- 4 Suurin kotisynnytyksistä kieltäytymisen syihin sekä tukimuotojen suosiin vaikuttava yksittäinen tekijä on synnytyksenhoitokokemus.

Kotisynnytystä on Suomessa tutkittu vähän, ja lisätutkimusta tarvitaan kaikilta osialueilta. Tämän opinnäytetyön aikana esiin nousi erityisesti kiinnostus äitiyshuollon työntekijöiden esimiesten suhtautumiseen, sillä monille kyselyyn vastanneille työnantajan henkinen tuki tai sen puuttuminen vaikutti selvästi päätökseen kotisynnytysten hoitamisesta. Tutkimus esimiesten ja työnantajien suhtautumisesta kotisynnytyksiin ja niitä hoitaviin alaisiinsa olisi, paitsi tietoa heidän mielipiteistään, myös mahdollisuus tarkastella heidän eettisiä käsityksiään asiakkaidensa ja alaistensa päätöksenteon rajoista.

Toinen esiin noussut kysymys koskee kotisynnytysten kysyntää nyky-Suomessa. Viisaisen ja muiden kysely vuodelta 1998 on jo sen verran vanha, että sen tulokset eivät ole enää aivan sovellettavissa nykypäivään. Tarvittaisiin siis tuore tutkimus hedelmällisessä iässä olevien suomalaisten synnytyspaikkatoiveista. Jos synnytyspaikkatoivetutkimus osoittaisi, että kotisynnytyksille on yhä nykyistä tarjontaa suurempi kysyntä, myös kotisynnytyskriteeristön ja kotisynnytyksen Käypä Hoito -suosituksen laatiminen tulisivat ajankohtaisiksi.

## 8. Lopuksi

Synnyttäjien näkökulmasta kotisynnytyksen suunnittelussa kietoutuvat yhteen ajatus itsemääräämisoikeuden säilymisestä ja hallinnan tunteesta sekä positiivinen synnytyskokemus (esim. Jouhki 2008). Näiden on todettu vaikuttavan toisiinsa (esim. Ryttyläinen 2005, 187). En kuitenkaan löytänyt tarkkaa tietoa siitä, kumpi on syy ja kumpi seuraus vai seuraavatko hallinnan tunne ja tyytyväisyys kehämäisesti toisiaan läpi raskauden ja synnytyksen. Kättilön näkökulmasta puolestaan kotisynnytyksen suunnittelussa

nivoutuvat yhteen huolellinen riskien kartoitus ja synnytyksen suunnittelu turvallisuuden maksimoimiseksi.

Ei ole ihme, että kun kotisyntytystä suunnitteleva odottaja ottaa synnytyspaikan puheeksi kätilön kanssa, näkökulmien erilaisuus aiheuttaa hänelle helposti tunteen yhteentörmäyksestä, vaikka kätilö ei varsinaisesti vastustaisikaan ajatusta. Olisikin tärkeää, että kotisyntytystä harkitsevan odottajan kohdatessaan kätilö ensin ilmaisisi tukevansa odottajan oikeutta määrätä omasta hoidostaan, ja vasta sitten ryhtyisi keskustelemaan kotisyntytysten riskeistä.

On omalla tavallaan ymmärrettävää, että Suomi näyttää kotisyntytysten suhteen olevan ajastaan jäljessä moniin muihin Euroopan maihin nähden; Olemmehan siirtyneet kansanlääkinnästä ja –kätilöistäkin lääketieteellisesti hoidettuun synnytykseen vuosikymmeniä muuta Eurooppaa myöhemmin. Kun perinteisestä synnytystenhoitokulttuurista pyrittiin irrottautumaan, jako oli aluksi mustavalkoinen: Kaikki kansanomaisen hoito oli tehotonta ja vaarallista, kaikki lääketieteellinen tehokasta ja turvallista. (Helsinki 2000, 16)

Kun aikaa kuluu ja lääketiede ehtii vakiintua valtakulttuuriksi, osataan ja uskalletaan perinteistä synnytyskulttuuria tarkastella neutraalisti ja ottaa uudelleen käyttöön sen hyväksi havaittuja tapoja. Myös lääketiedettä on alettu katsoa neutraalimmin, ja sen heikkoudet tiedostetaan ja osataan välttää paremmin. Vanhaa yhdistetään uuteen, jolloin ratkaisut ovat joustavampia ja tarkoituksenmukaisempia ja siten parempia kuin vanha tai uusi yksinään.

Monet kultturi-ilmiöt näyttävät alkavan yhdestä ääripäästä, riuhtaisevan itsensä siitä mahdollisimman kauas ja sitten tasoittuvan. Esimerkiksi kouluttamattoman kotiäidin mallia seurasi lapsettoman uranaisen ihanne, joka on muuttunut kodin ja työn yhteen sovittavaksi moderniksi äidiksi. Maan antimista vaatimattomasti elävä viljelijä muuttui ensin hillittömästi kuluttavaksi kaupunkilaiseksi, joka on kasvamassa luonnonvarojen rajallisuuden tiedostavaksi, eettisesti kuluttavaksi nykysuomalaiseksi. Ajattelen, että synnytyskulttuurin muutos toimii samaan tapaan: Perimätietoon, uskomuksiin ja omaan naiseuteen luottava äiti ja nainen siirtyi sairaalaan potilaaksi, lääketieteen ja tekniikan valvontaan ja lukuisten toimenpiteiden kohteeksi. Suomessakin on jo nähtävissä merk-

kejä siitä, että seuraavana voi olla vuorossa synnyttävä, jolla on turvanaan lääketiede ja johtotähtenään oma intuitio sekä luottamus synnytysprosessin tarkoituksenmukaisuuteen.

## Lähteet

- Aikakausikirja Duodecim 7/2008. Viitattu 15.10.2009. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), lääkärin tietokannat, aikakausikirja Duodecim, vuosikerta 2008, numero 7.
- Aktiivinen Synnytys ry: kotisivut 2009. Viitattu 11.5.2009. <http://www.aktiivinensynnytys.fi/yhdistys.php>.
- Bastian, H., Keirse, M. & Lancaster, P. 1998. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *British Medical Journal*, 1998, 317, 384-388.
- Brown, D. 1994. Opinions of general practitioners in Nottinghamshire about provision of intrapartum care. *British Medical Journal*, 1994, 309, 777-779.
- Christiaens, W. & Bracke, P. 2007. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* 22, 2, e11-e19.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus
- Floyd, L. 1995. Community midwives' views and experience of home birth. *Midwifery* 11, 1, 3-10.
- Fraser, D. & Cooper, M. 2003. *Myles Textbook for midwives*. p. 14. Churchill Livingstone.
- Haataja, M. 2009. Aktiivinen synnytys ry:n puheenjohtaja, kättilö ja kotikätilö. Haastattelu 15.11.2009.
- Hakala, J. 2007. Menetelmällisiä koetuksia. Teoksessa *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Toim. J. Aaltola ja R. Valli. Juva: WS Bookwell, 12-24.
- Helsti, H. 2000. Kotisynnytysten aikaan. Etnologinen tutkimus äitiyden ja äitiysvalistuksen konflikteista. Helsinki: Hakapaino
- Hildingsson, I., Lindgren, H., Haglund, B. & Rådestad, I. 2006. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 195, 5, 1366-1372.
- Janssen, P., Carty, E. & Reime, B. 2006. Satisfaction With Planned Place of Birth Among Midwifery Clients in British Columbia *Journal of Midwifery & Women's Health* 51, 2, 91-97.
- Janssen, P., Lee, S., Ryan, E., Etches, D., Fraquharson, D., Peacock, D. & Klein, M. 2002. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal* 2002, 166, 315-323.

Janssen, P., Saxell, L., Page, L., Klein, M., Liston, R., & Lee, S. 2009. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal* 2009, 181, 6-7.

Johnson, K. & Daviss, B. 2005. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *British Medical Journal* 2005, 330, 1416

Jouhki, M. 2008. Kotisyntytyks valintana – synnyttäjän näkökulma. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos, terveystieteiden opettajakoulutus.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 20.12.2008.  
[www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lindgren, H., Rådestad, I., Christensson, K. ja Hildingsson, I. 2008. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population based register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 87, 7, 751-759

Madi, B. & Crow, R. 2003. A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery. *Midwifery* 19, 4, 328-336.

Metsämuuronen, J. 2004. Pienten aineistojen analyysi. Jyväskylä: Gummerus

McLachlan, H & Forster, D. 2009. The safety of home birth: Is the evidence good enough? Kommentaari. *Canadian Medical Association Journal* 2009, 181, 6-7.

Mires, G., Williams, F. & Howie, P. 2001. Randomized controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. *British Medical Journal* 322, 1457-1462

Mäntysaari, M. 2003. Kvantitatiivisen metodologian kysymyksiä. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden laitoksen kurssi Kvantitatiivinen tutkimus 1. Luentomateriaali. Viitattu 20.11.2009. <http://users.jyu.fi/~mmantys/180203.pdf>.

Olsen, O. 1997. Meta-analysis of the Safety of Home Birth. *Birth* 24, 1, 4 – 13

Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Pang, J., Heffelfinger, D., Huang, G., Benedetti, T. & Weiss, N. 2002. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996. *Obstetrics and Gynecology* 100, 2, 253-259.

Pulli, T. 2008. Normaali synnytys. Viitattu 11.11.2009.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=raskaus%20ja%20synnytys](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=raskaus%20ja%20synnytys).

Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. 2007. Viitattu 8.5.2009.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>.

Tiitinen, A. 2009. Normaali synnytys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.11.2009

[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=synnytys](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=synnytys).

Vastasyntyneet 2006 2008. Stakesin tilastotiedote 10/2008. Viitattu 22.9.2009.

[www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt10\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt10_08.pdf)

Viisainen, K. 2001. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science & Medicine*, 52, 7, 1109-1121

Viisanen, K., Gissler, M., Räikkönen, O., Perälä, M-L. & Hemminki, E. 1998. Interest in alternative birth settings in Finland. Teoksessa *Choices in Birth Care – The Place of Birth*. K. Viisanen. Saarijärvi: Gummerus. Liite III.

WHO 1996. Care in Normal Birth: a practical guide, World Health Organisationin raportti. Viitattu 2.9.2009.

[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_frh_msm_9624/en/).

WHO 2002. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum care, World Health Organisationin julkaisu. <http://www.euro.who.int/document/e79235.pdf> Viitattu 11.11.2009

## Liitteet

### Liite 1. Kyselylomake

#### **Suomalaisten kättilöiden suhtautuminen kotisynnytyksissä avustamiseen**

Tässä lomakkeessa **kotisynnytyksellä** tarkoitetaan suunniteltua, kotona tapahtuvaa matalan riskin synnytystä, jossa ei ole tarkoitukseen lähteä sairaalaan ellei jotain poikkeavaa ilmene, ja jossa on paikalla kättilö tai lääkäri. Kotisynnytykseksi lasketaan tässä myös sellainen synnytys, joka on suunniteltu kotona tapahtuvaksi, mutta jossa äiti kesken synnytyksen päättää siirtyä sairaalaan omasta tai kättilön/lääkärin ehdotuksesta.

**Sairaalan ulkopuolisella synnytyksellä** tarkoitetaan tässä synnytystä, jonka on tarkoitus tapahtua sairaalassa ja johon ei ole kutsuttu avustajaa kotiin, mutta jossa lapsi ehtii syntyä ennen sairaalaan pääsyä esim. matkalla sairaalaan tai kotiin.

#### **1. Syntymävuosi. Valitse sopiva vaihtoehto pudotusvalikosta**

- ennen vuotta 1950
- 1951-1960
- 1961-1970
- 1971-1980
- 1981-1990

#### **2. Valmistumisvuosi. Jos olet "päivittänyt" kättilötutkintosi, valitse alkuperäistä valmistustasi vastaava vuosi.**

- Ennen vuotta 1970
- 1971-1980
- 1981-1990
- 1991-2000
- 2001 tai myöhemmin

**3. Miltä kätilötyön osa-alueelta sinulla on eniten kokemusta?**

- Lasta odottavan hoidosta
- Synnyttävän hoidosta
- Synnyttäneen hoidosta
- En ole työskennellyt äitiyshuollossa juuri lainkaan

**4. Arvioi, montako synnytystä olet hoitanut viimeisen vuoden aikana.**

- En yhtään
- 1-5
- 6-10
- 11-50
- 51-100
- yli 100

**5. Oletko koskaan hoitanut kotisynnytystä?**

- Kyllä
- En

**6. Oletko ollut mukana kotisynnytyksessä muuten kuin kätilön ominaisuudessa (synnyttänyt itse kotona tai ollut tukihenkilönä)?**

- Kyllä
- En

**7. Jos sinua pyydetäisiin avustamaan kotisynnytyksessä, suostuisitko?**

- Kyllä
- Ei



**8. Miksi et suostuisi avustamaan kotisynnytyksessä? Merkitse jokaisen väittämän perään, kuinka tärkeä syy se on kieltäytyä avustamasta kotisynnytyksessä.**

	Erittäin tärkeä syy	melko tärkeä syy	vaikuttaa mielipiteeseeni hiukan	tämä ei vaikuta mielipiteeseeni/ tämä ei pidä paikkaansa
Koulutukseni ei ole riittävä kotisynnytysten hoitoon	( )	( )	( )	( )
Minulla on liian vähän kokemusta edes sairaalasyntyysten hoidosta	( )	( )	( )	( )
Minulla ei ole kokemusta kotisynnytysten hoidosta	( )	( )	( )	( )
Työtovereideni asenne kotisynnytyksiä kohtaan on kielteinen	( )	( )	( )	( )
En halua työskennellä ilman sairaalan laitteita ja tiloja	( )	( )	( )	( )
Pelkään oman oikeusturvani puolesta	( )	( )	( )	( )
Minulta puuttuu itsetuottamusta	( )	( )	( )	( )
Haluan, että synnytyslääkäri ja/tai lastenlääkäri on aina saatavilla	( )	( )	( )	( )
Mielestäni kotisynnytykset ovat liian vaarallisia synnyttäjälle ja/tai lapselle	( )	( )	( )	( )
Kotisynnytysten hoito häiritsisi yksityiselämäni	( )	( )	( )	( )
Kotisynnytysten hoitoon ei ole organisaatiota, jonka osana voisin toimia	( )	( )	( )	( )
Yleinen asenne kotisynnytyksiä kohtaan on kielteinen	( )	( )	( )	( )
Jokin muu, mikä	( )	( )	( )	( )

**9. Olisitko halukas laajentamaan osaamistasi ja työnkuvaasi kotisynnytyksiin?**

- Kyllä
- En

**10. Olisitko halukas hoitamaan enemmän kotisynnytyksiä kuin nykyään hoidat?**

- Kyllä, nykyään en voi hoitaa niin paljon kotisynnytyksiä kuin haluaisin
- En, olen tyytyväinen nykytilanteeseen

**11. Kerro lyhyesti, mikä estää sinua hoitamasta kotisynnytyksiä niin paljon kuin haluaisit?**

---

---

---

---

**12. Millaista tukea tarvitsisit voidaksesi hoitaa kotisyntyä? Valitse, kuinka tärkeitä alla esitetyt tukimuodot sinulle olisivat.**

	Erittäin tärkeä	Melko tärkeä	hiukan tärkeä	Tämä ei vaikuta päätökseeni /tästä tukimuodosta ei olisi minulle hyötyä
Työssäoppiminen kokoneeman kotikätilön johdolla	( )	( )	( )	( )
Lyhyt, muutaman päivän täsmäkoulutus	( )	( )	( )	( )
Pitemmät erikoistumisopinnot kotisyntyisten hoitoon	( )	( )	( )	( )
Nykyisen työyhteisön ja työnantajan henkinen tuki ja hyväksyntä	( )	( )	( )	( )
Nykyisen työnantajan käytännön tuki, esim. lupa lähteä työvuorosta hoitamaan kotisyntystä	( )	( )	( )	( )
Vastuukysymysten selkiyttäminen esim. lain-säädännöllä	( )	( )	( )	( )
Jokin muu, mikä	( )	( )	( )	( )

**13. Tähän voit kirjoittaa, jos haluat tarkentaa jotain vastaustasi, kommentoida kysymyksiä tai kertoa kokemuksiasi kotisynnytyksiin liittyen.**

---

---

## **Liite 2. Kyselylomakkeen saatekirje**

Hei kätilö!

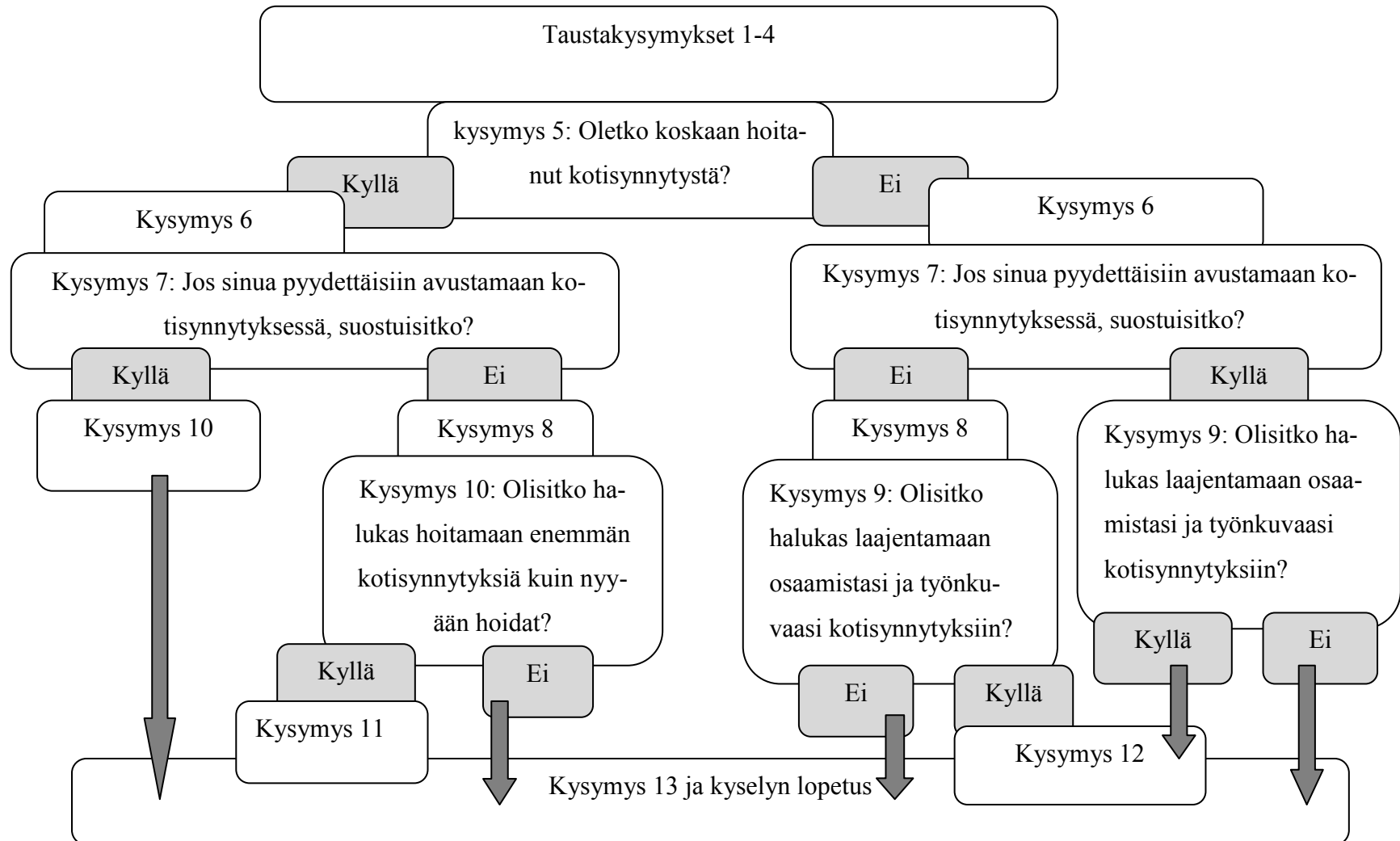
Tutkin kätilöiden suhtautumista kotisynnytyksissä avustamiseen opinnäytetyötäni varten. Kohderyhmänä ovat suomalaiset kätilöt. Vastaamalla oheiseen kyselyyn annat arvokkaan panoksesi tutkimukseen, joka antaa uutta tietoa suomalaisesta synnytyskulttuurista kätilön näkökulmasta. Vastaajien henkilöllisyyttä ei voi mitenkään päätellä tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksen tulokset tulevat Aktiivinen synnytys ry:n käyttöön.

Kyselyyn voi vastata 28.10.2009 asti. Vastaaminen vie aikaasi vain 5-10 minuuttia. Kiitokset vastauksistasi jo etukäteen!

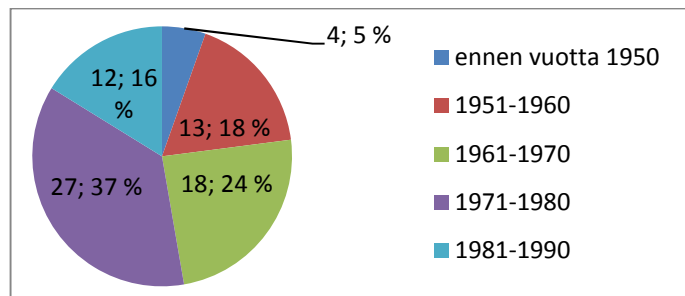
Senni Lipponen, kätilöopiskelija, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Katri Ryttyläinen, opinnäytetyön ohjaaja, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

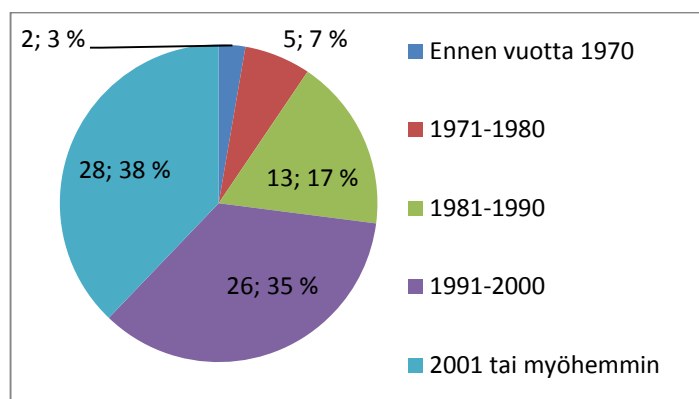
### Liite 3. Kyselylomakkeen rakenne



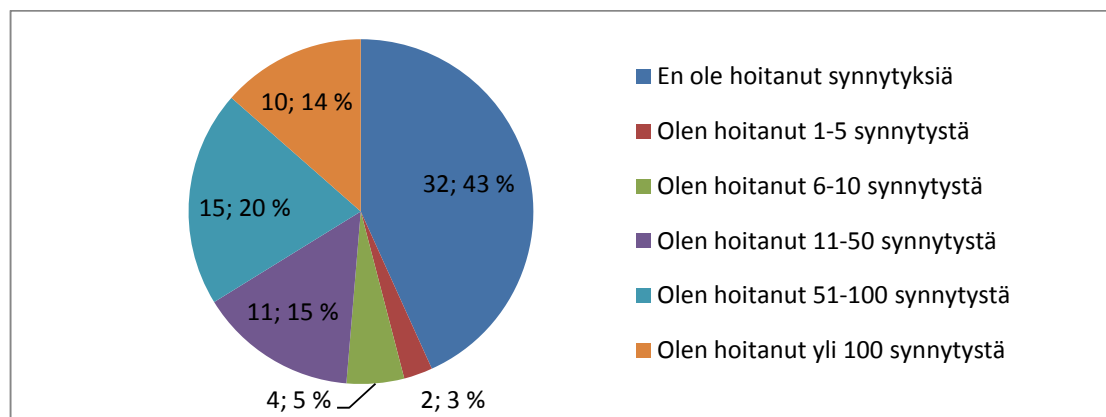
#### Liite 4. Vastaajien taustatiedot



Kuva 20: Vastaajien ikäjakauma

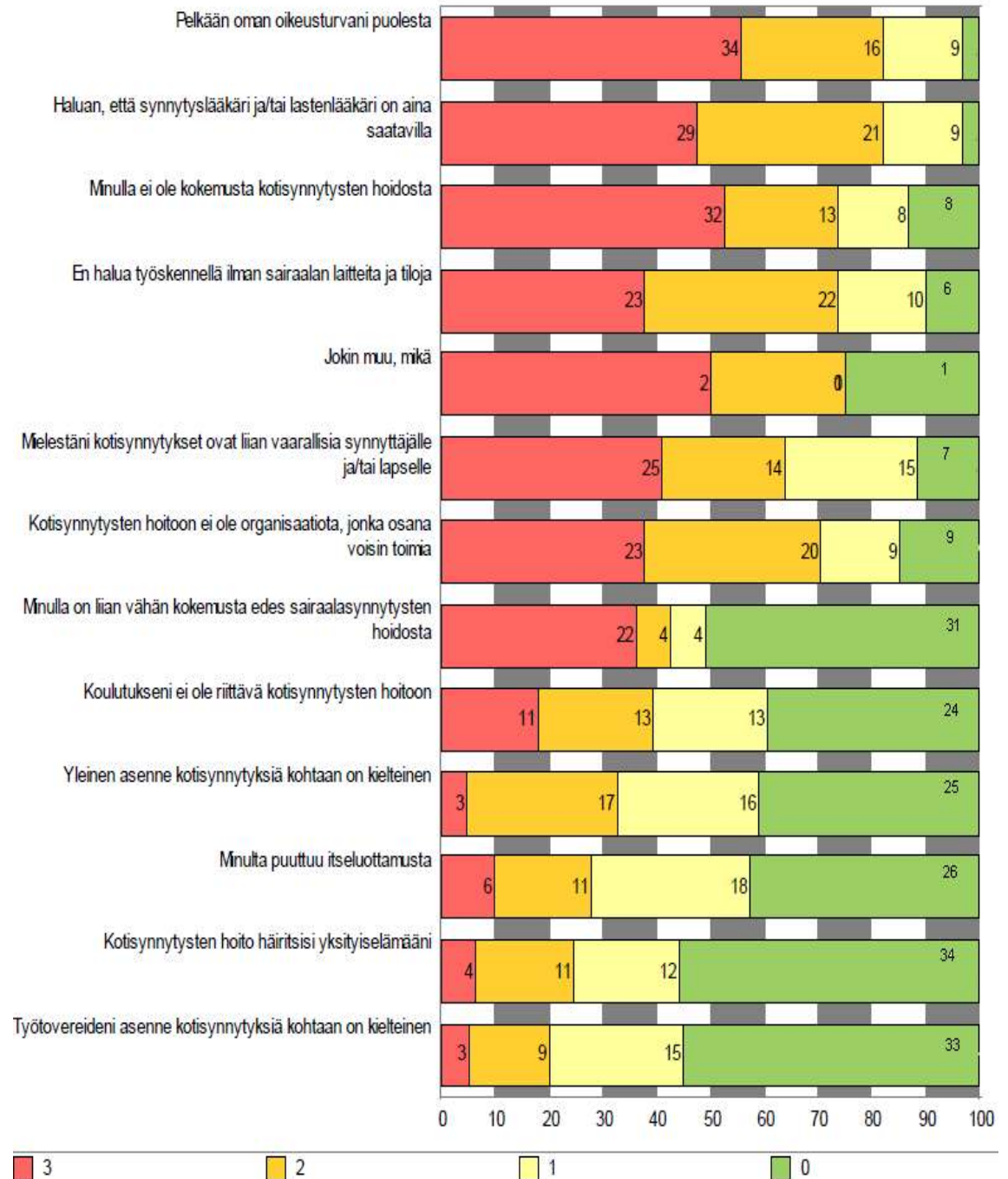


Kuva 21: Vastaajien valmistumisvuodet



Kuva 22: Vastaajien viimeisen vuoden aikana hoitamat synnytykset

## Liite 5. Syyt kieltäytyä kotisynnytyksistä



Kuva 23: Kotisynnytyksestä kieltäytymisen syyt.

3= Erittäin tärkeä syy

2= Melko tärkeä syy

1= Vaikuttaa mielipiteeseeni hiukan

0= Tämä ei vaikuta mielipiteeseeni /tämä ei pidä paikkaansa