



# Kotisynnytysten eettisyys

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Julia Peltomäki

Elena Pitkälä

OPINNÄYTETYÖ

Helmikuu 2024

Kättilön tutkinto-ohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Kätilötyön tutkinto-ohjelma

PELTOMÄKI, JULIA & PITKÄLÄ, ELENA:  
Kotisyntyneiden eettisyys  
Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 64 sivua, joista liitteitä 9 sivua  
Helmikuu 2024

---

Tässä opinnäytetyössä selvitetään, mitä eettisiä näkökulmia suunniteltuihin kotisyntyisiin liittyy. Kotisyntyminen on viime vuosien aikana ollut kasvava trendi useammassa maassa, kuten myös Suomessa. Ammatilaisen on tärkeää ymmärtää, minkälaisia vaikutuksia kotisyntyisillä on heidän, perheen sekä yhteiskunnan kannalta. Tarkoituksena on lisätä tietoisuutta aiheesta sekä tarkastella kotisyntyneiden eettisiä tekijöitä.

Opinnäytetyön aineisto on kerätty systemaattisen tiedonhaun avulla neljästä eri tietokannasta. Tämän lisäksi on hyödynnetty myös manuaalista hakua. Aineiston valintaa ohjasi opinnäytetyön kysymys: "Mitä eettisiä näkökulmia suunniteltuihin kotisyntyisiin liittyy?". Aineiston analyysimenetelmänä on temaattinen analyysi. Aineistossa on mukana myös kehittyvien maiden tuloksia, jotka on kuitenkin käsitelty erikseen länsimaiden tuloksista huomattavien kulttuuristen eroavaisuuksien vuoksi. Ammatilaisen toiminta, synnyttävän naisen toiminta sekä synnytyksen aikaiset tapahtumat kotioloissa ovat tässä työssä käsiteltävät länsimaisen aineiston pääteemat. Synnytyspaikan valinnan perusteet on pääteema kehittyvien maiden tuloksissa.

Tuloksissa tärkeimpänä nousee esiin ammattilaisten ja synnyttäjien välinen vastakkainasettelu ja ristiriidat ammattilaisten keskuudessa. Useissa tuloksissa nousee esiin synnyttäjien aikaisemmat huonot sairaalakokemukset ja pelko sairaalasyntymisestä kohtaan. Pelon taustalla saattoi olla huoli turhista interventioista ja aikapaineesta sekä itsemääräämisoikeuden menettämisestä. Näiden pohjalta on laadittu kätilötyöhön suositukset interventioiden tarpeellisuuden tarkastelemisesta, eri kulttuurien ymmärtämisestä ja näyttöön perustuvasta hoidosta.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu työelämäyhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyö on toteutettu integratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä.

---

Asiasanat: suunniteltu kotisyntyminen, synnytykset maailmalla, synnytyksen aikaiset interventiot, itsemääräämisoikeus, informoitu päätös, etiikka.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Midwifery

PELTOMÄKI JULIA & PITKÄLÄ ELENA:  
Ethics of Planned Homebirth  
Integrative literature review

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 9 pages  
February 2024

---

This Bachelor's thesis examines ethical aspects of planned homebirth. Homebirths have been increasing lately. Therefore, it is important to understand the ethical aspects relating to professionals, private individuals and society. In this study those ethical aspects have been impartially examined.

The data for this study was collected using the method of systematic data retrieval in four different databases. The selection of the chosen material was guided by the research question: "What ethical standpoints does planned homebirth have?". The criterion applied for selecting articles is described more accurately in the actual work.

This Bachelor's thesis provides guidelines for midwifery based on the results of the analysis. The chosen method for analysis is thematic analysis, based on the themes arising from the results. The results of western countries and the results of developing countries have been separated in the analysis for significant cultural differences. In the section of western countries there emerges three main themes and several subthemes, whereas in the section of developing countries there emerges only one main theme: the selection criteria for birthplace. Under the main theme there are five subthemes.

This study was conducted as part of our midwife studies at Tampere University of Applied Sciences. The study was conducted as an integrative literature review. Every article selected in the data has undergone the quality assessment using JBI criteria.

---

Key words: planned homebirth, birth around the world, interventions during labour, self-determination, informed choice, ethics.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
2.1	Suunniteltu kotisynnytys.....	9
2.1.1	Synnytykset maailmalla .....	10
2.2	Synnytyksen aikaiset interventiot .....	11
2.3	Itsemääräämisoikeus .....	12
2.4	Informoitu päätös .....	13
2.5	Etiikka.....	14
3	TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET.....	16
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	17
4.1	Kirjallisuushaun prosessi ja aineiston valinta .....	18
4.2	Aineiston analyysi .....	22
5	TULOKSET .....	24
5.1	Ammattilaisen toiminta .....	24
5.1.1	Ammattilaisen vaikutus synnyttäjän päätöksentekoon.....	25
5.1.2	Kotisynnytyksestä kiinnostuneen kohtaaminen yksilönä ...	26
5.1.3	Ammattilainen kotisynnytyksen hoitajana .....	27
5.1.4	Syntymättömän lapsen suojele .....	29
5.2	Synnyttävän naisen toiminta .....	30
5.2.1	Päätöksenteon perusteet.....	30
5.2.2	Täysi luottamus ammattilaiseen .....	33
5.2.3	Itsemääräämisoikeus.....	34
5.3	Synnytyksen aikaiset tapahtumat kotioloissa .....	35
5.3.1	Kotiympäristön vaikutus hoitoon .....	35
5.3.2	Riskien välttäminen .....	35
5.4	Kehittyvien maiden tulokset: Synnytyspaikan valinnan perusteet	36
5.4.1	Itsemääräämisoikeus.....	36
5.4.2	Naisten käsitykset kotisynnytyksestä.....	37
5.4.3	Kokemus turvallisuudesta.....	38
5.4.4	Läheiset synnyttäjän päätökseen vaikuttajina.....	40
5.4.5	Sairaalan välttäminen .....	42
6	POHDINTA .....	44
6.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	44
6.2	Tulosten tarkastelu.....	45
6.3	Suosituksien kättilötyöhön.....	47
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	50

LÄHTEET .....	51
LIITTEET.....	56
Liite 1. Opinnäytetyön aineiston keskeisimmät asiat.....	56

## 1 JOHDANTO

Suunnitelluista kotisynnytyksistä käytävä keskustelu on vilkasta ja aihe herättää ihmisissä hyvin vastakkaisia mielipiteitä ja tunteita. Kotisynnytyksillä on pitkä historia, mutta aikojen saatossa ihmiset ovat siirtyneet synnyttämään kotioloista sairaaloihin. Kuitenkin aivan lähivuosina suunnitellut kotisynnytykset ovat alkaneet taas lisääntymään ja Suomessakin trendi on ollut nouseva. Esimerkiksi vuonna 2015 Suomessa oli suunniteltuja kotisynnytyksiä 45, kun taas uusimman tilaston mukaan vuonna 2022 niitä oli 109 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023). Aihe on ajankohtainen.

Suunnitellusta kotisynnytyksestä löytyy jonkin verran vieraskielisiä tutkimuksia. Nämä keskittyvät paljon tilastoihin, turvallisuuteen ja synnytyspaikan valinnan perusteisiin. Tulokset ovat osittain ristiriitaisia. Esimerkiksi eräässä tutkimuksessa johtopäätöksenä on, että kättilön avustamassa suunnitellussa kotisynnytyksessä on huomattavasti kohonnut riski neonataalikuolemiin ja on riskialttiimpaa synnyttää kotona kuin sairaalassa (Grünebaum, McCullough, Arabin, Dudenhausen, Orosz & Chervenak 2017, 349). Toisessa tutkimuksessa taas todetaan, että synnyttäminen kotona tai synnytyskeskuksissa johtavat suuriin alatiesynnytysprosentteihin ja hyviin lopputuloksiin äidin kannalta sekä perä- että päätilasynnytyksissä. Sairaalan ulkopuolisen alatiesynnytyksen esitetään olevan järkevä vaihtoehto naiselle, joka toivoo välttävänsä sektion, mikäli seurataan tarkkoja protokollia ja hyväksytään koulutettu henkilö synnytystä avustamaan. (Fischbein & Freeze 2018, 1.) Lisäksi tietokannoista löytyy erilaisia asiantuntijoiden julkaisuja, jotka esimerkiksi ottavat kantaa ja antavat ammattilaisille suosituksia suunniteltuihin kotisynnytyksiin liittyen. Julkaisuihin on kerätty paljon tilastotietoa suunniteltujen kotisynnytysten vaikutuksista ja lopputuloksista. Opinnäytetyötä kotisynnytysten eettisyydestä ei ole aikaisemmin tehty.

Aihe herättää eettistä pohdintaa erityisesti sen vuoksi, että synnytykseen liittyy aina sikiö, jolla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa syntymäpaikkaan tai muihin tapahtumiin itse. Suunniteltuun kotisynnytykseen vaikuttavat erilaiset mielipiteet, laki ja tutkimus- sekä kokemusperäinen tieto. Onko suunniteltu kotisynnytys eettisesti oikein vai väärin? Kysymykseen ei ole yksiselitteistä oikeaa tai väärää

vastausta, joskin aihe on kiinnostava. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena ei kuitenkaan ole ottaa kantaa siihen, vaan selvittää yleisesti ja puolueettomasti mitä eettisiä näkökulmia suunniteltuun kotisynnytykseen liittyy. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus ja yhteistyökumppanina on Tampereen ammattikorkeakoulu.

## 2 TOOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Suomessa vuoden 2021 perinataalitulaston mukaan synnytyksistä 99,3 % tapahtui synnytyssairaaloissa. Vuonna 2021 suunniteltuja ja raportoituja kotisyntytyksiä oli 119. Muista syistä kotona tapahtuneita, suunnittelemattomia kotisyntytyksiä oli samana vuonna 105. Suunniteltujen kotisyntytysten määrä lähes puoli-istakertaistui vuoden 2020 raportoiduista suunnitelluista kotisyntytyksistä. Vuonna 2020 suunniteltuja kotisyntytyksiä oli 75. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.) Juuri valmistuneen vuoden 2022 perinataalitulaston mukaan suunniteltuja kotisyntytyksiä oli 109. Tämä on hieman vähemmän kuin vuonna 2021, mutta silti enemmän vuoteen 2020 nähden. Muiden sairaalan ulkopuolella syntyneiden lapsien määrä oli uusimmassa tilastossa 119. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023.)

Vaikka kotisyntytykset ovat Suomessakin yleistymään päin, ei voida puhua, että Suomessa olisi varsinaista kotisyntytyksilmiötä. Kotisyntytysten kasvun trendi on nähtävissä myös muissa maissa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa vuonna 2021 kotisyntytysten määrä kasvoi vuoden 2020 kotisyntytysten määrästä 13 prosentilla. Vuonna 2021 kotisyntytyksiä Yhdysvalloissa oli yli 51 000. (Home Births in the U.S. Increase to Highest Level in 20 Years 2022.)

Iso-Britanniassa vuonna 2021 kotisyntytyksiä oli kaikista synnytyksistä 2,4 %. Vuonna 2019 kotisyntytyksiä kaikista maan synnytyksistä oli 2,1 %. Kotisyntytysten yleisyys vaihteli Iso-Britanniassa alueesta riippuen merkittävästi. Maan perinataalitulosten mukaan Walesissa kotisyntytysten määrä oli jopa 8,9 % kaikista alueen synnytyksistä. (Brigante 2022.)

Väkilukuun suhteutettuna eniten kotisyntytyksiä Länsimaisessa kulttuurissa on Alankomaissa. Lähes jokaisessa länsimaisen kulttuurin maassa kotisyntytystilastot ovat matalia, useammissa noin 1 % luokkaa. Alankomaissa sen sijaan noin 16,3 % synnytyksistä tapahtuu suunnitellusti kotona. Alankomaiden kotisyntytystilastot ovat poikkeuksellisia myös siinä, kuinka maan kotisyntytysten määrä on pysynyt vakaana vakiona jo vuodesta 1990 lähtien. Määrä ei ole siis huomattavasti kasvanut tai laskenut vuosien aikana. (Galcova ym. 2022.)



## 2.1 Suunniteltu kotisynnytys

Suunnitellulla kotisynnytyksellä tarkoitetaan synnyttäjän tietoista valintaa synnyttää joko kotonaan tai muualla valitsemassaan paikassa sairaalan ulkopuolella. Kotisynnytykseen liittyvistä järjestelyistä vastaa kotisynnytystä toivova perhe itse. Käytännön järjestelyjä kuuluu prosessiin paljon. Myös synnytyksen suunnittelu on perheen vastuulla. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 256.)

Suomessa sairaalasyntymistä suositellaan kaikille. Mikäli haluaa suunnitella kotisynnytystä, tulisi raskaana olevan olla matalan riskin synnyttäjä. Tämä tarkoittaa, että raskaana oleva on perusterve uudelleensynnyttävä, raskaus on yksisikiöinen ja sikiö on päätilassa, raskaus on edennyt säännöllisesti ja raskaana oleva on streptokokki B-negatiivinen. Lisäksi on suositeltavaa, että taustalla ei ole aikaisempia sektioita eikä imukuppisynnytyksiä. Kotisynnytyksen tulisi tapahtua täysi- muttei yliaikaisena. (Kotisynnytys 2020). Kotikätilöillä Suomessa ei ole yhteistä virallista toimintaohjetta, vaan jokainen päättää itse omat toimintatansa ja minkälaisia synnytyksiä hoitaa. Kriteereinä voi yllä mainittujen lisäksi olla esimerkiksi myös sairaalamatkan pituus. (Jääskeläinen & Vierimaa 2017, 4–5.)

Suosituksena on, että perhe järjestää kotisynnytykseen kaksi ammattilaista avustamaan synnytystä. Ammatillainen voi olla kätilö tai lääkäri ja ammattilaispari voi koostua kahdesta kätilöstä tai kätilöstä ja lääkäristä. Synnytystä hoitavat ammattilaiset järjestävät itse synnytykseen tarvittavat välineet. Kotisynnytyksen hoitoon tarvittavia välineitä ei ole mahdollista saada perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon kautta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 257.)

Vastasyntyneen tarkkailu jo heti syntymän jälkeen on ensisijaisesti vanhempien vastuulla. Synnytystä hoitaneen terveydenhuollon ammattihenkilön vastuulla on ottaa vastasyntyneen napanuorasta tarvittavat näytteet ja toimittaa ne sovitusti laboratorioon. Synnytyssairaalaa informoidaan synnyttäjän luvalla kotisynnytyssuunnitelmasta ja tieto syntymästä tulee ilmoittaa viipymättä synnytyssairaalaan. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 259.)

### 2.1.1 Synnytykset maailmalla

Tämän opinnäytetyön tuloksissa on mukana tutkimukset Brasiliasta, Iranista ja Perusta. Näistä puhuttaessa käytetään sanaa ”kehittyvä maa”. Uusimman listauksen mukaan nämä kolme maata kuuluvat joko ylemmän – tai alemman keskitulotason maihin olematta kuitenkaan maailman vähiten kehittyneitä maita (DAC List of ODA Recipients. Effective for reporting on 2024 and 2025 flows n.d). Muista maista käytetään nimitystä ”länsimaat”.

On yleistä, että synnytysten hoito vaihtelee maakohtaisesti. Esimerkiksi Yhdysvalloissa on tavallista, että sairaalasyntytyksen hoitaa lääkäri ja lääkäriä avustaa naistentauteihin erikoistunut sairaanhoitaja. Kätilöt mielletään näissä maissa toimimaan useimmiten ainoastaan kotisyntytyksissä ja matalamman tason terveydenhuollon yksiköissä, kuten itsenäisissä synnytyskeskuksissa. (Scimshaw & Backes 2020, 45–46; What is a Midwife? n.d.)

On tärkeää huomata myös, että maasta riippuen kätilön koulutus voi olla hyvinkin erilainen ja kätilön koulutukselle voi olla useita eri asteita (Scimshaw & Backes 2020, 46). EU-maissa kätilön koulutusta ohjaa EU:n direktiivi, ja tämän ansiosta voidaan olettaa koulutusten olevan keskenään vastaavia. Kansainvälisen kätilöliiton määritelmän mukaan kätilö on henkilö, joka on suorittanut kyseisen liiton määritelmän mukaisen kompetenssin koulutuksen ja kätilötyön harjoituksen kautta. (Kätilöt Suomessa n.d.)

Yhdysvalloissa on jopa viisi erilaista kätilökoulutusta, joista ainoastaan yliopistokoulutuksen käyneet kätilöt voivat osallistua synnyttäjän hoitoon sairaalassa. Kotisyntytyksiä hoitavat kätilöt eivät ole välttämättä käyneet ollenkaan virallista koulutusta, vaan on tavallista, että niin sanotut ”Lay Midwives” eli maallikkokätilöt ovat käytännön kokemuksen jälkeen tarpeeksi päteviä hoitamaan kotisyntytyksiä ja synnytyksiä itsenäisissä synnytyskeskuksissa. (Scimshaw & Backes 2020, 70; What is a Midwife? n.d.)

Kehittyvissä maissa köyhien keskuudessa kotona synnyttäminen on tavallista. Kotisyntytyksen hoitaa useimmiten ”Traditional Birth Attendant”, joka tarkoittaa

yleensä vanhempaa, kokenutta naista. Tällaisella naisella ei ole virallista asemaa terveydenhuollossa, eikä yleensä ollenkaan koulutusta, mutta he ovat yhteisöissä hyvin arvostettuja. Huono-osaisten ja alkukantaisessa kulttuurissa elävien naisten kohdalla tavallista on myös, että synnytyksen hoitaa oma perheenjäsen, tai synnyttäjä synnyttää täysin avustamattomana. (Montagu, Yamey, Visconti, Harding & Yoong 2011; Utz, Siddiqui, Adegoke & Van Den Broek 2013; Garces, McClure, Espinoza, Saleem, Figueroa, Bucher & Goldenberg 2019.)

Hieman paremmassa osassa olevien naisten synnytykset kehitysmaissa hoidetaan tavallisemmin uskonnollisen yhteisön ylläpitämässä laitoksessa, tai julkisen terveydenhuollon ylläpitämissä sairaaloissa. Näitä synnytyksiä hoitaa useimmiten ”Scilled birth attendant”, joka vapaasti suomennettuna tarkoittaa taitavaa synnytyksen valvojaa. Heillä on ainakin jonkinasteinen terveydenhuoltoalan koulutus ja osaaminen hoitaa myös akuutteja synnytyksen aikaisia komplikaatioita. Määritelmä ja vaadittu koulutus vaihtelee jonkin verran maasta riippuen, Intiassa tähän rooliin vaaditaan yleensä lääketieteellinen koulutus, kun taas useissa Afrikan maissa koulutus vastaa jotakuinkin sairaanhoitajan osaamista. (Montagu, Yamey, Visconti, Harding & Yoong 2011; Utz, Siddiqui, Adegoke & Van Den Broek 2013.)

## **2.2 Synnytyksen aikaiset interventiot**

Interventio termi voidaan terveydenhuollossa määritellä tarkoittamaan mitä tahansa sellaista toimintaa, joka tehdään terveyden parantamiseksi (Smith, Morrow & Ross 2015, 5–6). Synnytyksen aikaiset interventiot ovat määritelty lääkärin tai kätilön suorittamaksi toiminnaksi, jolla puututaan synnytysprosessiin synnytyksen helpottamiseksi ja edesauttamiseksi. Synnytyksen aikaisia interventiota on erilaisia. Interventioita voidaan tarvita synnytyksen käynnistämiseksi, synnytysprosessin edistymisen tukemiseksi, sekä suoraan lapsen syntymiseksi. Näitä suoria interventioita ovat avustetut synnytykset, eli imukuppisynnytys ja sektio. Syitä synnytyksen aikaisten interventioiden suosittelemiseksi voivat olla esimerkiksi synnyttäjän terveydellinen tila, joka asettaa synnyttäjän ja sikiön alttiimmaksi komplikaatioille, lapsiveden meno tilanteessa, jossa synnytys ei ole kunnolla

käynnissä, synnytyksen hidas edistyminen, sikiön asento ja tarjonta, joka hankaloittaa synnytystä tai synnytyksen aikaiset merkit sikiön ahdinkotilasta. (Interventions during labour n.d.)

Useimpien synnytysten aikaisten interventioiden kohdalla ammattilaisella on aikaa perustella ja selittää synnyttäjälle, miksi interventiota suositellaan. Interventiot ovat kuitenkin aina suositeltuja synnyttäjän ja lapsen parasta etua ajatellen. Synnyttäjällä on kuitenkin oikeus kyseenalaistaa intervention syyt ja valita myös olla hyväksymättä intervention toteuttamista. Synnyttäjän on kuitenkin syytä tiedostaa, että intervention toteuttamatta jättämisen seurauksia ei aina voida ennustaa, vaikka usein seuraukset ovatkin hyvin tiedossa. Ennustettavuus riippuu paljolti tilanteesta ja kyseisestä interventiosta. (Interventions during labour n.d.)

Synnytyksen aikaiset interventiot nousivat merkittäväksi osaksi tämän opinnäytetyön tuloksia. Tämän opinnäytetyön tuloksissa kaikista synnytyksen luonnolliseen kulkuun puuttuvista toiminnoista käytetään termiä interventio.

### **2.3 Itsemääräämisoikeus**

Suomen lain mukaan potilaan hoitoa tulee suunnitella ja toteuttaa yhteisymmärryksessä. Laki määrittää tilanteessa, jossa potilas kieltäytyy hoidosta, että potilasta tulisi hoitaa jollain toisella, lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. Mikäli potilas ei voi mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi määrittää itse omaa hoitoaan, vastaa hänen hoitoaan koskevista päätöksistä laininen edustaja, tai täysi-ikäinen sukulainen tai muu läheinen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Itsemääräämisoikeuden varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa n.d.)

Potilaan tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiselle on tarkat ja tiukat kriteerit ja hoidon toteuttamista arvioidaan tällaisessa tilanteessa monen ammattilaisen toimesta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Itsemääräämisoikeuden varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa n.d.). Suoraan laissa ei kerrota, kuinka toimittaisiin tilanteessa, jossa nainen omasta tahdostaan (päätök-

sentekokykyisenä) kieltäytyy hoidosta ja vaarantaa näin syntymättömän lapsensa. Lain perusteella tällaisessa tilanteessa tulisi ainoastaan tarjota yhteisymmärryksessä potilaan kanssa potilaalle jotakin toista hoitovaihtoehtoa. Suomen laissa on kuitenkin määritely, että potilaalla on itsemääräämisoikeuteen vedoten oikeus tehdä sellaisia päätöksiä, jotka ovat hänen terveydelleen ja hengelleen vaarallisia. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä, ja keskeyttää aloitettu hoito, vaikka hoidon keskeyttämisellä olisi haitallisia vaikutuksia potilaalle itselleen. (Itsemääräämisoikeuden varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa n.d.)

Ainoastaan hengenvaaralliset tilanteet ovat sellaisia, joissa lääkäriillä ja muulla hoitavalla henkilökunnalla ei ole velvollisuutta kysyä potilaan mielipidettä hoidosta ja suunnitelmasta. Mikäli potilaalla on aiemmin selkeästi ilmaistu hoito- tahto, tulee sitä kunnioittaa myös hätätilanteissa, joissa potilas on hengenvaarassa. Pakkolakia voidaan soveltaa tietyin ehdoin tilanteessa, jossa voidaan katsoa äidin, sikiön tai molempien hengen olevan vaarassa. Siihen vedoten voidaan rikkoa tarvittaessa myös potilaan oikeutta itsemääräämisoikeutta. (Pakkotila 2021; Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset n.d.)

Tässä opinnäytetyössä itsemääräämisoikeutta katsotaan käytettävän synnyttäjän tehdessä itse valinnan synnytyspaikasta, sekä kieltäytyessään sairaalasyntyksestä ammattilaisen suositusta vasten. Opinnäytetyön tuloksissa nousee toistuvasti esiin naisten tietoisuus oikeudestaan toimia itsemääräämisoikeuteen vedoten.

## **2.4 Informoitu päätös**

Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousi toistuvasti esiin käsite “informed choice”, joka vapaasti suomennettuna tarkoittaa informoitua päätöstä. Tässä opinnäytetyössä informoitu päätös tarkoittaa synnyttäjän tietoista valintaa synnyttää kotona, saatuaan kaiken olemassa olevan tiedon kotisyntyksestä ja sen riskeistä.

Informoitu päätös tarkoittaa potilaan valintaa toimia tietyllä tavalla saatuaan kaiken tarvittavan informaation. Informoidun päätöksen taustalla tulee aina olla tutkittua tietoa, ja annettu tieto perustuu ammattilaisen tietämykseen ja kokemukseen. Potilas saa tehdä päätöksen itse, mutta hänelle tulee tarjota riittävä tieto informoidun päätöksen tekemiseksi. (Informed Choice n.d.)

Potilas saa siis valita itse vaihtoehtoista ja kaikki vaihtoehdot ovat hänelle etukäteen esitelty ja kerrottu. Valinnan ja vaihtoehtojen lisäksi potilaalle tulee olla täsmennetty myös valinnasta aiheutuvat seuraukset. (Informed Choice n.d.)

## 2.5 Etiikka

Opinnäytetyön aihetta ajatellen on tarpeen määritellä sana etiikka itsessään. Lisäksi määritellään tarkemmin, mitä ammattietiikka on erityisesti kättilötyössä, sillä kyseessä on kättilötyön opinnäyte. Tekstissä kuitenkin puhutaan myös yleisesti ammattilaisista. Maailmalla synnytyksiä hoitaa kättilöiden lisäksi muitakin ammattilaisia ja henkilöitä, joilla on omanlaisiaan ammattieettisiä ohjeita.

Sana etiikka on peräisin kreikankielisestä sanasta “ethos”, joka tarkoittaa tapaa, tapoja ja tottumuksia, perinnettä, henkeä ja luonnetta. Se siis tarkoittaa samaa kuin moraali, joka on peräisin latinankielisestä sanasta “mos”. Nämä sanat mielletäänkin usein synonyymeiksi. Teoreettisissa ja tieteellisissä yhteyksissä kuitenkin usein tehdään jako näiden välille, jolloin moraali tarkoittaa käytännön toimintaa yksilön ja yhteiskunnan hyväksymien periaatteiden mukaisesti ja etiikka tarkoittaa moraalin tiedettä, eli teoreettisella tasolla tutkii ja pohtii moraalia sekä laatii teorioita. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 36–37.) Tässä opinnäytetyössä ei tehdä sanojen välille vastaavaa jakoa, vaan puhutaan yleisesti “eettisyydestä” teorian ja käytännön yhteydessä. Yhtenä perusteena tälle päätökselle on, ettei koehauissa sanan “moraali” lisääminen hakulausekkeeseen tuonut aiheen kannalta merkittäviä eroja tuloksiin.

On tärkeää tunnistaa, milloin asialla on eettinen luonne ja toisaalta, milloin puhutaan tosiasioista. Eettiset arvot ovat etiikan perusta. Arvot ilmaisevat, mihin on

oikein pyrkiä, mitä on oikein toteuttaa ja päinvastoin mikä on välttävää. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38.) Arvoja voidaan jaotella eri tavoin. Kirjassaan Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2009, 38) mainitsevat kaksi jakoa. Ensimmäisessä arvot jaetaan esteettisiin, tieteellisiin ja eettisiin, joista eettiset tarkoittavat sitä, mikä on moraalisesti oikein tai väärin, hyvää tai paha. Toinen jako koskee kahta vastakohtaparia, joista ensimmäinen on hyvä-paha, eli arvoasteikko parhaan hyvän ja pahimman mahdollisen pahan välillä. Toinen vastakohtapari on arvo-tosi-asia. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38.) Tämän avulla voi selvittää eettisten asioiden erottamista tosiasioista. Eettiset arvot käsittelevät sitä, millainen maailman pitäisi olla, kun taas tosiasiat ilmaisevat, millainen maailma on (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38).

Välillä kuitenkin eettisen- ja tosiasian toisistaan erottaminen voi olla haastavaa. Tosiasiat ovat usein arvojen värittämiä ja etenkin hoitotyössä toiminta perustuu eettiselle arvopohjalle, joten puhtaita tosiasioita on vaikea löytää. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 39.) Tässä opinnäytetyössä selvitetään, mitä eettisiä näkökulmia suunniteltuun kotisynnytykseen liittyy. Siis kysymyksen kannalta on tärkeää erottaa aineistosta ne suunniteltuun kotisynnytykseen liittyvät asiat, jotka tekevät siitä eettisen pohdinnan aiheen.

Kätilötyössä etiikalla on suuri merkitys. Kätilön työtä ohjaavat sovitut arvot ja periaatteet, joita ovat kokonaisvaltainen hoito, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, turvallisuus, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, hoidon jatkuvuus, perhekeskeisyys ja omatoimisuus. Eettisten periaatteiden tunnistaminen ja ymmärtäminen auttavat kätilöä toteuttamaan tehtävänsä naisen tukemisessa ja voimaannuttamaan, hyvään synnytyskokemukseen auttamisessa. Kätilö hoitaa naisen lisäksi myös sikiötä. Syntymättömällä sikiöllä ei ole mahdollisuutta ilmaista omaa mielipidettään hoidosta. Tässä tilanteessa synnyttäjällä on oikeus tehdä myös sikiötä koskevia hoitopäätöksiä. Synnyttäjällä on vastuu omista ratkaisuisistaan, mutta kätilöllä on velvollisuus tukea päätöksiä näyttöön perustuvalla, relevantilla ja totuudenmukaisella tiedolla. (Sirviö, Aumo, Korkiamäki, Lunabba, Nurminen, Närvä, Pajukangas & Palmqvist 2004; Harvala & Väyrynen 2021, 26, 28.)

### 3 TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotisynnytysten eettisiä näkökulmia. Tavoitteena on tuottaa tietoa ja lisätä tietoisuutta kotisynnytyksiin liittyvistä eettisistä näkökulmista. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on, että terveydenhuoltoalan ammattilaiset, synnyttäjät perheineen sekä yhteiskunta hyötyisivät opinnäytetyön tuloksista esimerkiksi päätöksenteossa ja aiheeseen tutustumisessa.

Opinnäytetyön kysymys on: "Mitä eettisiä näkökulmia suunniteltuihin kotisynnytyksiin liittyy?"



## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä menetelmänä on kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksella on useita tarkoituksia. Lähteiden perusteella kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kehittää ja arvioida teoriaa sekä rakentaa uutta, muodostaa kokonaisukuvaa tietystä asiakokonaisuudesta, tunnistaa tutkimusongelma, käsitteet, tutkimuskysymykset tai hypoteesit sekä kuvata teorian historiallista kehitystä (Salminen 2011, 3; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 92). Tässä opinnäytetyössä pyrimme kirjallisuuskatsauksella muodostamaan kokonaisukuvaa suunniteltujen kotisyntytysten eettisyyteen liittyvistä näkökulmista.

Kirjallisuuskatsauksia on erityyppisiä. Salminen (2011, 6) esittää kirjallisuuteen tukeutuen seuraavanlaisen luokittelun: kolme päätyyppiä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi, joista viimeisin jaetaan vielä kvalitatiiviseen sekä kvantitatiiviseen tyyppiin. Samankaltainen jako löytyy myös muusta kirjallisuudesta: narratiivinen kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, meta-analyysi eli kvantitatiivisten tutkimusten tilastollinen analyysi sekä kvalitatiivinen metasynteesi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 94; Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 8).

Tämän opinnäytetyön menetelmänä tarkemmin on integroiva kirjallisuuskatsaus. Eri lähteiden mukaan se luokitellaan kuuluvaksi joko kuvailevan – tai systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alatyypiksi. Verkko-oppaassa (Isojärvi, Lukin, Mäkelä & Peltonen 2023) integroiva kirjallisuuskatsaus esitetään systemaattisen katsauksen alla. Salminen (2011, 6) kuitenkin esittää, että integroiva kirjallisuuskatsaus on kuvailevasta katsauksesta erottuva suunta, jolla on paljon yhtymäkohtia myös systemaattiseen katsaukseen. Integroiva kirjallisuuskatsaus tarkastelee, arvioi kriittisesti ja syntetisoi edustavaa kirjallisuutta aiheesta siten, että aiheesta muodostuu uusia kehyksiä ja näkökulmia (Torraco 2005, 356). Se ei kuitenkaan ole yhtä valikoiva tai suodata tutkimusaineistoa yhtä tarkasti kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joten aiheesta voidaan kerätä laajempi otos (Salminen 2011, 8). Integroivan kirjallisuuskatsauksen katsottiin parhaiten sopivan tämän opinnäytetyön tyyppiksi, sillä se sallii systemaattisella – ja manuaalisella haulla saadun aineiston vapaamman käytön, mikä sopii tämän opinnäytetyön kysymykseen.

Yleisesti katsausartikkelit tulisi kirjoittaa niin, että tietoa on riittävästi saatavilla tutkimuksen toistamiseen. Käytetyt menetelmät tulee tehdä mahdollisimman läpinäkyviksi lukijalle. Hyvä kirjallisuuskatsaus tarkastelee kirjallisuutta tietyn linsin läpi, jonka työn tavoite määrittelee. Katsauksissa harvoin tarkastellaan aineiston kaikkia osa-alueita, vaan aineisto osoittaa tekijöille tiettyjä näkökohtia, joita tarkastellaan kriittisesti ja arvioidaan. Tämän seurauksena katsaus ”kertoo tarinan” analysoimalla kirjallisuutta kriittisesti ja tekemällä siitä erityisiä päätelmiä. (Torraco 2005, 361.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa pyritään noudattamaan näitä periaatteita. Opinnäytetyön kysymys toimii linssinä, jonka läpi katsotaan aineistoa. Aineistosta siis poimitaan vain ne asiat, jotka vastaavat työn kysymykseen. Aineistoa arvioidaan kriittisesti ja löydettyjen tulosten perusteella tehdään päätelmiä opinnäytetyön kysymykseen vastaten.

Integroivan – ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat samankaltaiset (Salminen 2011, 8). Nämä vaiheet ovat samat kuin kaikissa kirjallisuuskatsauksissa on välttämättä oltava:

- katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen
- kirjallisuushaku ja aineiston valinta
- tutkimusten arviointi
- aineiston analyysi ja synteesi
- tulosten raportointi (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23).

#### **4.1 Kirjallisuushaun prosessi ja aineiston valinta**

Ennen varsinaista kirjallisuushakua on tehty koehakuja terveysalan tietokantoihin. Koehakujen perusteella alkuperäistutkimuksia löytyi suhteellisen vähän. Aiheesta kuitenkin löytyi näiden lisäksi ammattilaisten kirjoittamia artikkeleita ja kannanottoja. Tämän vuoksi opinnäytetyössä on päädytty integratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmään, joka sallii aineiston melko vapaan käytön.

Tässä opinnäytetyössä on käytetty systemaattista tiedonhakuja, eli on pyritty löytämään kaikki opinnäytetyön kysymykseen vastaava materiaali. Usein systemaattiseen hakuun on syytä sisällyttää myös manuaalinen haku, mitä tässäkin

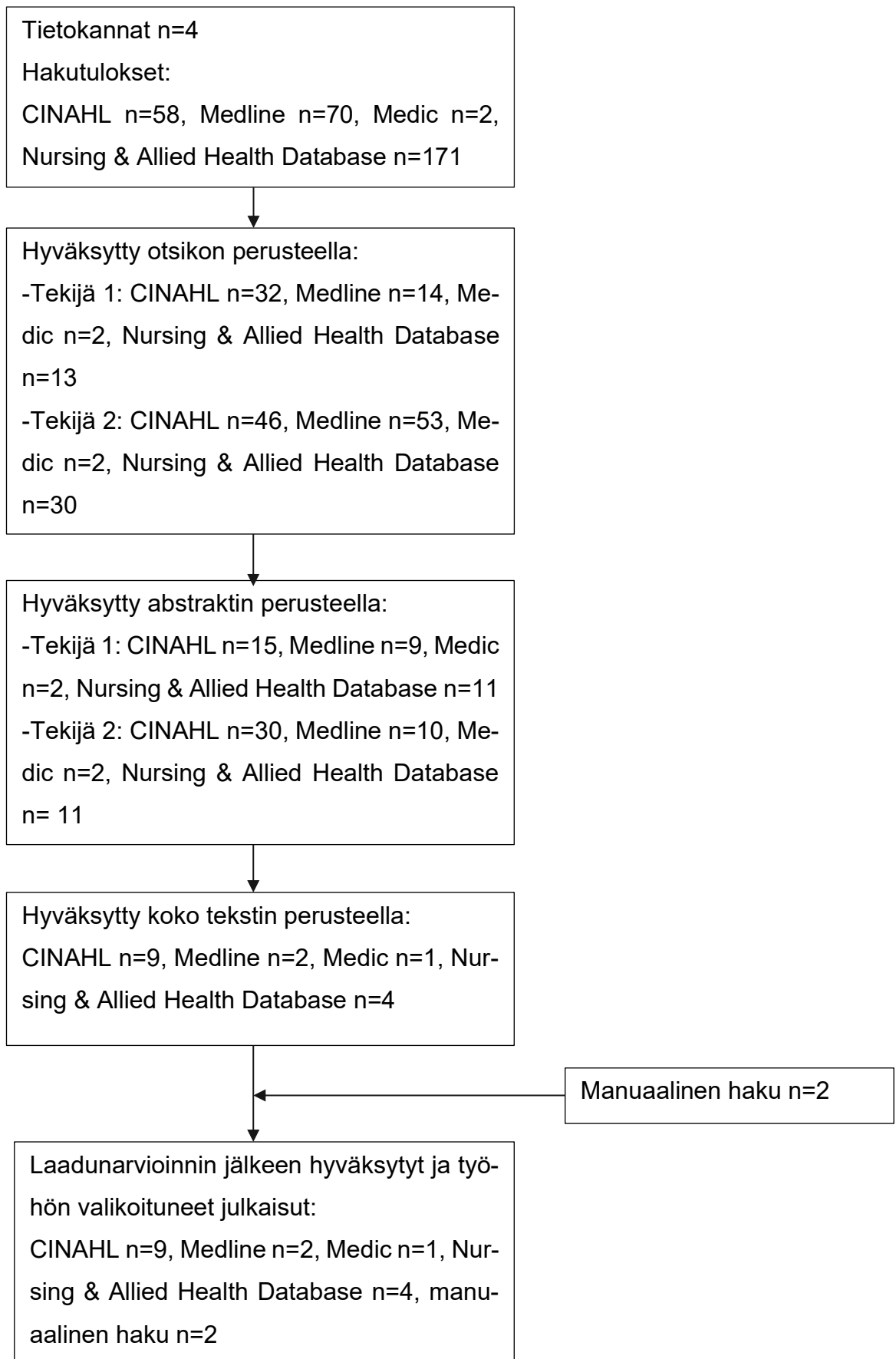
työssä on hyödynnetty. Manuaalinen haku on toteutettu käymällä läpi katsaukseen valikoitujen julkaisujen lähdeluetteloita. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25, 27.)

Opinnäytetyön tärkeimmät käsitteet ovat kotisynnytys ja etiikka, joista käytetyt synonyymit näkyvät taulukossa 1. Synonyymejä on haettu seuraavista sanastoista: YSO, MeSH, FinMeSH ja CINAHL. Lisäksi on käytetty vapaata sanaa englannin - ja suomen kielellä. Koehauissa käytettiin myös sanaa ”moraali”, mutta tämä ei merkittävästi lisännyt tuloksia. Pelkän ”moraali”-sanan käyttö kotisynnytyksen kanssa vähensi tuloksia. Näistä syistä sitä ei käytetty systemaattisessa haussa. Hakusanoista muodostui seuraavanlainen hakulauseke: (“Home Childbirth” OR “Home birth\*” OR “Homebirth\*” OR “Childbirth at home” OR “birth\* at home” OR kotisynnyt\* OR “synnyttäminen kotona” OR “kotona synnyttäminen”) AND (Ethic\* OR “Ethical issue\*” OR “Ethical dilemma\*” OR “Ethical problem\*” OR eetti\* OR etiik\* OR “professional ethic\*” OR “ammatilli\* etiik\*”)

TAULUKKO 1. Hakusanat.

Sanasto	Käsite 1	Käsite 2
YSO	Kotisynnytys, Childbirth at home	Etiikka
MeSH	Home Childbirth	Ethics, Professional Ethics
FinMeSH	Kotisynnytys	Etiikka, Ammatillinen etiikka
Muu sanasto, CINAHL	Home Childbirth	Ethics, Ethical dilemma
Vapaasana englanniksi	Births at home, Childbirth at home, Homebirth	Ethical issue, ethical issues, ethical, ethical dilemma
Vapaasana suomeksi	Kotisynnytys, Kotisynnytykset, synnyttäminen kotona, kotona synnyttäminen, kotisynnyttäminen	Eettisyys, eettinen

Systemaattinen haku on tehty 16.5.2023 seuraaviin tietokantoihin: CINAHL, Medline, Medic, Nursing & Allied Health Database. Työn luotettavuuden lisäämiseksi tekijät ovat käyneet aineiston läpi erikseen, minkä jälkeen keskustellen ja yhteisymmärryksessä on päädytty opinnäytetyöhön valittuun aineistoon. Aluksi aineistoa on karsittu otsikon ja abstraktin perusteella, minkä jälkeen koko teksti on luettu huolellisesti ja lopuksi näistä on keskusteltu yhdessä. Prosessin havainnollistamiseksi on tehty prismakaavio (kuvio 1.) Tietokantojen päällekkäiset tulokset on läpikäynnin yhteydessä poistettu manuaalisesti.



KUVIO 1. Kaavio systemaattisen haun tulosten läpikäynnin havainnollistamiseksi. Tehty mukailien PRISMA Flow Diagram -kaaviota (Page ym. 2020).

Taulukossa 2 näkyvät sisäänotto- ja poissulkukriteerit haun tuloksille. Mukaan opinnäytetyöhön on otettu vuosina 2013–2023 julkaistu suomen- tai englanninkielinen aineisto. Aineistosta on poissuljettu ne julkaisut, jotka eivät vastaa opinnäytetyön kysymykseen, ovat kirjallisuuskatsauksia, ovat maksullisia, käsittelevät korona-aikaa tai kokonaan avustamattomia synnytyksiä sekä mikäli kirjoittajana on ollut opiskelija. Manuaalisella haulla löytyi kaksi hyvää laadullista tutkimusta, jotka ovat vuosilta 2009 ja 2010. Nämä tutkimukset on valittu mukaan niiden opinnäytteeseen tuoman selkeän lisäarvon vuoksi.

TAULUKKO 2. Systemaattisen haun sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

SISÄÄN	ULOS
On julkaistu vuonna 2013-2023.	Otsikon, johdannon tai leipätekstin perusteella ei vastaa opinnäytetyön kysymykseen.
On suomen- tai englanninkielinen julkaisu.	Julkaisu on maksullinen.
	On kirjallisuuskatsaus.
	Käsittelee korona-aikaa.
	Käsittelee vapaasyntystä (ei-avustettua).
	Kirjoittajana on opiskelija.

Lopuksi vielä kaikille valituille tutkimuksille ja artikkeleille on tehty laadunarviointi JBI:n tutkimusten arviointikriteeristön mukaan. Laadullisille tutkimuksille on käytetty niille tarkoitettuja – ja vastaavasti muille artikkeleille niille suunnattuja arviointikriteereitä. (JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 2018; JBI: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 2019.)

## 4.2 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu aineiston analyysin kolmea vaihetta, jotka ovat aineiston tärkeän sisällön kuvaaminen, aineiston lukeminen ja teemojen

muodostaminen sekä tulosten synteesi (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30–31). Koska mukana on muitakin julkaisuja tutkimusten lisäksi, aineiston taulukointi toteutettiin mukailleen ohjetta Niela-Vilénin ja Hamarin tekstistä (2016, 30), siis taulukosta käy ilmi julkaisun tekijät, julkaisuvuosi ja –maa, tutkimuksen otos, aihe tai tutkimuskysymys, menetelmä ja keskeiset tulokset. Taulukko on opinnäytetyön liitteenä (liite 1.)

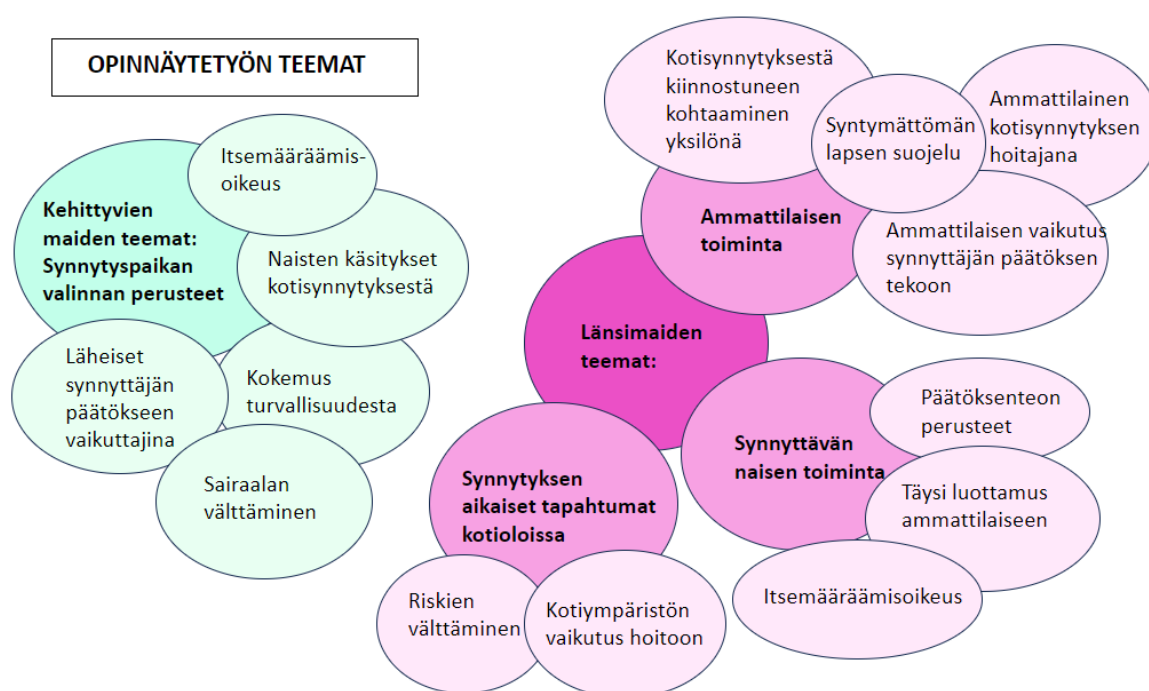
Aineistoa on luettu useaan kertaan ja merkintöjä tehden. Opinnäytetyön kysymykseen vastaavat lauseet on taulukoitu, minkä jälkeen tekijät ovat yhdessä keskustellen yhdistäneet samoihin aihepiireihin kuuluvia lauseita pääteemoiksi. Joidenkin pääteemojen alle muodostui alateemoja. Teemoittelua on vielä käyty lopuksi läpi ja tiivistetty, jotta ne olisivat mahdollisimman selkeät.

Aineistossa on kolme tutkimusta kehittyvistä maista. Näiden tuloksissa havaittiin selkeää kulttuurillista eroavaisuutta länsimaisiin maihin nähden. Kuitenkin nämä tutkimukset on haluttu pitää mukana paitsi mielenkiinnosta, myös siksi, että Suomeenkin tulee yhä enemmän synnyttäjiä vieraista kulttuureista. On hyvä tutustua ja tärkeää ymmärtää niitä mahdollisimman hyvin. Koska nämä tulokset eivät ole yleistettävissä Suomalaiseen tai länsimaiseen synnytyksen hoitoon, kehittyvien maiden tutkimustuloksista on päädytty tekemään oma temaattinen analyysi. Tulokappaleessa länsimaisten – ja kehittyvien maiden teemat on esitetty selkeästi erillään.

Aineiston synteesi tapahtuu usein yhtäaikaisesti muun analyysin kanssa ja siinä muodostetaan aineiston yhtäläisyyksien tai eroavaisuuksien perusteella looginen kokonaisuus (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30–31). Tässä opinnäytetyössä synteesiä on tehty teemoja muodostaessa, mutta varsinaisesti vasta tuloksia auki kirjoittaessa.

## 5 TULOKSET

Viidestätoista länsimaisesta julkaisusta muodostui yhteensä kolme pääteemaa. Nämä ovat ammattilaisen toiminta, synnyttävän naisen toiminta ja synnytyksen aikaiset tapahtumat kotioloissa. Yläteemojen alle muodostui alateemoja, jotka on kuvattu tarkemmin alla. Länsimaisten julkaisujen pääteemat ovat kohdissa 5.1.–5.3. Kehittyvistä maista muodostui yksi pääteema, synnytyspaikan valinnan perusteet, joka on esitetty kohdassa 5.4. Teemoittelua on havainnollistettu kuviossa 2.



KUVIO 2. Aineistosta muodostuneet teemat.

### 5.1 Ammattilaisen toiminta

Tämän pääteeman alle muodostui neljä alateemaa. Nämä ovat ammattilaisen vaikutus synnyttäjän päätöksentekoon, kotisyntytyksestä kiinnostuneen kohtaaminen yksilönä, ammattilainen kotisyntytyksen hoitajana ja syntymättömän lapsen suojeleminen.



### 5.1.1 Ammatilaisen vaikutus synnyttäjän päätöksentekoon

Ammattilaisten osalta korostetaan suoraa, mutta kunnioittavaa lähestymistapaa synnyttäjän päätöksentekoa ajatellen. Naisella on oikeus tehdä tietoinen ja vapaaehtoinen päätös itsestään ja synnytyspaikasta. (Chervenak & Grünebaum 2015, 46.) Obstetrikkojen ja muiden ammattilaisten eettiseen vastuuseen kuuluu näyttöön perustuvan asiallisen tiedon jakaminen kotisyntyksestä kiinnostuneille perheille sekä suositus sairaalasyntyksen puolesta ja kotisyntytystä vastaan, mikä ehkäisisi kliinisesti tarpeettomia perinataalisia riskejä (Chervenak & Grünebaum 2015, 46; Jouhki 2019, 62). Ammattilaisten tulisi korostaa kotisyntyksen puitteiden riittämättömyyttä synnytyksen hätätilanteisiin reagoimisen tehokkuudessa ja nopeudessa. Myös obstetrisen terveydenhuollon yhdistysten tulisi suositella suunniteltua kotisyntytystä vastaan. Raskaana oleva tarvitsee näyttöön perustuvaa tietoa toteuttaakseen itsemääräämisoikeutensa tarkoituksenmukaisesti. Näyttöön perustuvat suositukset siis vahvistavat synnyttäjän itsemääräämisoikeutta. (Chervenak, McCullough, Grünebaum, Arabin, Levene & Brent 2013a, 184; Chervenak & Grünebaum 2015, 46; McCullough, Grünebaum, Arabin, Brent, Levene & Chervenak 2016, 222, 225–226.) On selvää, että raskaana olevaa suositellaan pidättäytyvän esimerkiksi alkoholista ja tupakasta: ajatuksena olisi epäjohdonmukaista ja kieltää pienet alkoholiannokset, mutta kannustaa kotisyntykseen. Vähintäänkin näistä tarvitaan lisää tietoa. (De Chrespigny & Savulescu 2012, 809; Chervenak & Grünebaum 2015, 46.)

Toisaalta obstetrikon kuuluu myös selittää, että jos nainen valitsee suunnitellun kotisyntyksen ja tuodaan hätkäkuljetuksena sairaalaan, hänelle ja lapselle tarjotaan tuomitsematonta, erinomaista hoitoa (McCullough ym. 2016, 225). Ehkä paras vaihtoehto olisi tehdä sairaalasyntyksestä enemmän hyväksyttävä vaihtoehto naiselle ja tiedottaa heitä paremmin synnytykseen liittyvistä riskeistä. Toisaalta joissain maissa ammatillaiset saattavat tuoda ilmi, että kotisyntyys voitaisiin hoitaa turvallisesti matalan riskin synnyttäjien kohdalla, mikäli maantieteelliset tekijät, ammattilaisten koulutus ja tarvikkeet sekä niiden huolto ovat organisaation sallimia. (De Chrespigny & Savulescu 2012, 810–811.)

Informoidun päätöksen jälkeistä pakottamista tulee välttää (Handa & Robertson 2014, 37). Naiset kokevat, että joutuvat ”kamppailemaan” ammattilaisten kanssa

koskien synnytyspaikkaa. Keskustelujen koettiin sisältävän pelkoa lisäävää kieltä, lähteiden puutetta ja riskien ylikorostamista tavoitteena saada nainen luopumaan suunnitellusta kotisyntytyksestä. Keskustelut saivat naiset tuntemaan itsensä vastuuttomiksi ja syyllisiksi päätöksestään, kun kotisyntytyksen epäturvallisuutta ja itsekkyyttä korostettiin. Päätöksenteon kuuluisi koskettaa naista yksilönä ja suhteen ammattilaiseen kuuluisi olla luotettava molemmin puolin, jotta naisen olisi mahdollista tuntea olonsa voimaantuneeksi ja tuetuksi ammattilaisten silmissä. (Woodman & Way 2020, 8–10.)

### **5.1.2 Kotisyntytyksestä kiinnostuneen kohtaaminen yksilönä**

Eräs tutkimus käsitteli naisten kokemuksia ammattilaisten kanssa keskustelusta silloin, kun kotisyntytystä ei suositella. Tutkimuksessa yksi esiin noussut tema käsitteli kunnioitusta ja naisten kohtelua yksilönä. Nainen kokee, että ammattilainen ei näe asiakasta tai tiedä edes kuka hän on, jos ei viitsi nostaa katsettaan papereistaan. (Woodman & Way 2020, 7.)

Artikkelissaan Handa ja Robertson (2014, 43) tuovat esiin naisen kohtaamista kätilön näkökulmasta. Heidän mielestään kätilön tulisi olla itsevarma kyvystään ja velvollisuudestaan suositella kotisyntytystä vastaan. Kuitenkin samaan aikaan heidän kuuluisi täysin tukea naisia, jotka päätyvät suunniteltuun kotisyntytykseen. (Handa & Robertson 2014, 43.)

Synnytysterveystenhuollon ammattilaisten tulisi rutiininomaisesti tarjota erinomaista synnytyskäsittelyä kaikille naisille, jotka siirretään sairaalaan suunnitellusta kotisyntytyksestä. Ammatillisen vastuun painopisteenä tulisi olla sellaisen turvallisuuden kulttuurin luominen, johon liittyy raskaana olevan naisen myötätuntoinen ja kunnioittava kohtelu. Tätä turvallisuutta ei voida saavuttaa suunnitellussa kotisyntytyksessä. (Chervenak ym. 2013a, 190.)

### 5.1.3 Ammatilainen kotisynnytyksen hoitajana

Kotisynnytyksen tukemisella voi olla vaikutuksia ammattilaiseen. Kotisynnytyksen päätöksen kieltäminen ja kättilön taakka kielteisen päätöksen antamisesta ajaa heidät jatkamaan kotisynnytyksen suunnittelua sektion jälkeen, vaikka kotisynnytystä ei olisi arvioitu turvallisimmaksi vaihtoehdoksi. (Handa & Robertson 2014, 39, 43.)

On tärkeää huomata, että kotisynnytyksen johtaessa epäedulliseen tulokseen tulee kommunikaatioyhteys sairaalaan olla olemassa. Paine jatkaa kotisynnytyksen hoitamista silloin, kun sitä ei ole suositeltu, saattaa vaikuttaa myös avun hakemiseen. Avun hakeminen ja kommunikaatioyhteys sairaalan ja kodin välillä voi olla hankalaa. Kotisynnytysten turvallisuutta lisäisi avoin ja vapaa kommunikaatio kodin ja sairaalan välillä. Naisille voisikin olla eniten etua siitä, että kotisynnytyks- ja sairaalayhteisöt uudistaisivat välejään paremmiksi. (Cheney, Burcher & Vedam 2014, 3.)

Yksi syy, jolla ammattilaisia vedotaan jättäytymään pois kotisynnytyksen hoitamisesta, on haasteet tiimityöskentelyssä. Sairaalasynnytyksessä hoito on tiimityötä ja kotisynnytyksissä tämä ei toteudu. Tiimityön puuttumisen vuoksi kotisynnytyksen hoitoa ei voida kuvata laadukkaaksi synnytyksen hoidoksi. Artikkelissa mahdollisuutta paremmille väleille ja konsultaatiomahdollisuudelle ei nähdä vaihtoehtona tiimityöskentelyn toteutumiselle. (Chervenak ym. 2013a, 189.) Toisessa artikkelissa tiimityön toteuttamiseksi toivottaisiin sairaalaan avoimia kommunikaatioväyliä ja mahdollisuutta konsultoida tarvittaessa. Tämä parantaisi kotisynnytysten turvallisuutta ja on moniammatillista toimintaa. (Cheney, Burcher & Vedam 2014, 3.)

Chervenakin ja muun kirjoittajaryhmän artikkelissa paneudutaan aiheeseen toisesta näkökulmasta. Heidän mukaansa kotisynnytyksellä ei päästä lapsen edun kannalta parhaaseen lopputulokseen, eikä tähän voida vaikuttaa lisäämällä tai parantamalla vastasyntyneen hoitoa kotona. Suurimmat riskit liittyvät synnytyksen aikaisiin tapahtumiin. Tämän vuoksi kotisynnytykset eivät ole lastenlääkäreiden ammatillisten velvollisuuksien mukaisia. (Chervenak, McCullough, Grünebaum, Arabin, Levene & Brent 2013b, 922.) Toisessa artikkelissa tullaan siihen

johtopäätökseen, että kotisynnytyksen hoitamista ei voida pitää ammatillisena toimintana, eikä täten kotisynnytystä hoitava henkilö voi kutsua itseään ammattilaiseksi. Samasta syystä kotisynnytystä hoitavan henkilön koulutuksella ei artikkelin mukaan ole merkitystä. Tähän liittyen ei myöskään kotona synnyttävää naista voida kutsua potilaaksi. Kotisynnytystä hoitava henkilö ei perinataaliriskeihin vedoten voi artikkelin mukaan ajatella toimivansa raskaana olevan naisen, sikiön ja vastasyntyneen etujen mukaisesti. (Chervenak ym. 2013a, 184, 189–190.) Kliinisesti ei-hyväksyttävät suunnitellun kotisynnytyksen lopputulokset ovat estettävissä vain sairaaloissa (McCullough ym. 2016, 225).

Jouhki (2019, 63) käsitteli kotisynnytystä Suomessa. Turvallisuus nousee usein esiin, kun keskustellaan kotisynnytyksestä. Turvallisuudesta ei ole riittävästi tutkimusta ja tulokset ovat ristiriitaisia. Tapausten vähyyden vuoksi ammattilaisilla ei välttämättä ole rutiinia eikä tietoa erilaisissa tilanteissa toimimiseen. Suomen pitkät välimatkat luovat lisäksi erityistarpeen turvallisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Kotisynnytyksen valintaan johtaneet syyt voisivat olla pohja sen suunnittelulle, minkälaista synnytyksen hoitoa ja millaisia synnytysympäristöjä Suomessa olisi tulevaisuudessa. (Jouhki 2019, 63.) Jokseenkin samanlaiseen tulokseen päästään myös toisessa artikkelissa Chervenakin kirjoitusryhmässä. Heidän mielestään ammattietikkaan vedoten parasta mahdollista hoitoa olisi parantaa synnytyskokemusta sairaalassa. He tiedostavat, että synnytyskokemukseen saattavat vaikuttaa jotkin sairaalan käytännöt ja nimenomaan synnytyskokemusta huonontavina tekijöinä. (Chervenak ym. 2013a, 190.)

Vain hyvin pienessä osassa tuloksia nousi esiin, että kotona synnyttänyt nainen olisi ollut tyytymätön ammattilaisen toimintaan kotisynnytyksen hoitajana. Kuitenkin yhdessä kanadalaisten naisten kotisynnytykokemuksia käsittelevässä tutkimuksessa seitsemän vastaajaa kertoi negatiivisista kokemuksista ammattilaisen toiminnasta. Useimmat näistä negatiivisista kokemuksista liittyivät ammattilaisen antamaan hoitoon, jota kuvailtiin epäorganisoiduksi ja jopa liialti keskusteluun keskittyneeksi. Kotisynnytystä hoitaneen ammattilaisen kuvattiin pelkäävän synnytystä. Negatiivista palautetta tuli myös ammattilaisen riittämättömästä aseptiikasta ja tuen tarjoamisesta. Yhdessä kommenteista mainittiin negatiivisena ammattilaisen ehdotus käyttää synnytyksen hoidossa risiiniöljyä. Tätä ehdotusta synnyttävä nainen piti tarpeettomana. Risiiniöljyn käyttökohdetta synnytyksen

hoitoon ei ollut artikkelissa tarkemmin avattu. Yhteistä kaikille negatiivisen kokemuksen kokeneille naisille oli, että naiset kokivat epämiellyttäväksi puhua kokemuksestaan. (Jansen, Henderson & Saraswathi 2009, 302.)

#### 5.1.4 Syntymättömän lapsen suojeleminen

Kotisyntytyksellä voi olla kuolleisuuden lisäksi myös pitkäaikaisvaikutuksia lapsen terveydelle. Kotisyntytyksiä vastaan argumentoidaan lapsen pitkäaikaisvaikutuksiin vedoten, sillä yhtenä pitkäaikaishaittana lapselle voi kehittyä esimerkiksi pysyvää vammaisuutta. Pitkäaikaisvaikutuksista ei puhuta välittömiin vaikutuksiin verrattuna yhtä paljon ja siksi niitä kuvataan ”hiljaisiksi tragedioiksi”. Artikkelin vetoa ammattilaisen ja synnyttäjän velvollisuuteen huomioida myös nämä pitkäaikaisvaikutukset ja minimoida niiden riski synnytyksen aikana. (De Chrespigny & Savulescu 2012, 807.)

Synnytyksen ajatellaan olevan aina korkean riskin tapahtuma ja vapaaehtoisesti kotona synnyttävän naisen ajatellaan altistavan valinnallaan lapsi pitkäaikaisvaikutuksille. Samassa yhteydessä tuodaan ilmi, että kotisyntytysten edut ovat liian pienet verrattuna riskeihin. Kotisyntytyksessä on käytössä vähemmän resursseja komplikaatioiden havaitsemiseen ja hoitamiseen. Artikkelin kirjoittajien mukaan kotisyntytykseen päätyneen naisen toiveiden toteuttamista ei pidetä riittävänä syynä asettaa syntymätöntä lasta pitkäaikaishaittojen riskin alaiseksi. Pätevässäkin kotisyntytyksessä on suuremmat riskit syntymättömälle lapselle kuin sairaalasyntytyksessä ja kotisyntyttäminen voisi olla hyväksyttävää ainoastaan, jos se asettaisi lapsen minimaaliseen riskiin komplikaatioille. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista kotisyntytyksissä. (De Chrespigny & Savulescu 2012, 808–810.) Kotisyntytyksessä suurentuneet synnytyksen aikaiset riskit ovat sairaalassa vältettävissä ja täten näiden riskien ottaminen on kirjoittajien mukaan tarpeetonta (Chevernak ym. 2013a, 184; Chervenak ym. 2013b, 922).

Chevernak ja muut artikkelin kirjoittajat tuovat ilmi, että lastenlääkärit eivät juurikaan osallistu suunnitellun kotisyntytyksen hoitoon, sillä heidän osallistumisensa loisi kuvan siitä, että kotisyntytyksen aiheuttamat riskit syntymättömälle lapselle olisivat hyväksyttäviä. Lapsen parasta etua ajatellen synnytyksen aikaiset riskit,

joihin kotisynnytys syntymättömän lapsen altistaa, eivät ole hyväksyttäviä. Asiantunteva synnytyksen hoito sairaalassa on ainoa keino välttää synnytyksen aikaisia riskejä merkittävästi. Lastenlääkärin ei tule lapsen parasta etua ajatellen osallistua kotisynnytyksen hoitoon. (Chevernak ym. 2013b, 922.)

## **5.2 Synnyttävän naisen toiminta**

Tämän teeman alle syntyi seuraavat alateemat: päätöksenteon perusteet, täysi luottamus ammattilaiseen sekä itsemääräämisoikeus. Näissä tuloksissa korostuu kotisynnytyksestä kiinnostuneen naisen näkökulma ja kotona synnyttäneen naisen kokemukset.

### **5.2.1 Päätöksenteon perusteet**

Tämän alateeman tuloksissa käsitellään synnyttäjän päätökseen vaikuttavia tekijöitä. Synnytyspaikan valinnan perusteet ja siihen vaikuttavat tekijät nousivat useissa tuloksista esille.

Skotlannissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin syrjäisemmällä alueella asuvien skottinaisten päätöksentekoa synnytyspaikan suhteen. Lähes jokainen haastatelluista naisista oli ainakin miettinyt kotisynnytystä vaihtoehtona. Tässä tutkimuksessa yleinen ajatus oli, ettei synnytyksen tarvitse tapahtua sairaalassa ja päätöstä turvallisuuden suhteen perusteltiin kättilön ammattitaitoon vedoten. (Watson, Bryers, Krucien, Erdem, Burnside & van Woerden 2022, 122.)

Useissa lähteissä valintaa kotisynnytyksestä perusteltiin ajatuksella siitä, että kotisynnytyksissä synnytyksen kulkuun puututaan vähemmän (Boucher, Bennet, McFarlin & Freeze 2009, 123; Jansen, Henderson & Saraswathi 2009, 301; Watson ym. 2022, 122). Naisen luottamus omaan kehoon ja sen pystyvyyteen synnyttää ilman lääketieteellistä apua ohjasi valintaa synnyttää kotona (Boucher ym. 2009, 123). Kotona synnyttämisen kuvattiin tukevan synnyttäjän itsevarmuutta synnytystä kohtaan. Naiset halusivat kotisynnytyksellä välttää synnytyksen luon-

nolliseen kulkuun puuttumista, kuten oksitosiini-infuusiota tai sikiökalvojen puhkaisua synnytyksen edistämiseksi. Lisäksi he halusivat synnyttää ilman epiduraalipuudutusta. Synnyttävät naiset pelkäsivät, että interventioita käytetään sairaaloissa liiankin herkästi turvallisuuteen vedoten. Tässä yhteydessä mainittiin lisäksi, että interventioita tehdään myös ammattilaisten mukavuutta ajatellen eikä niinkään synnyttäjää tai syntymätöntä sikiötä. (Regan & Elroy 2013, 241.) Yhdessä tuloksista tuotiin vahvasti ilmi huoli sairaalasyynnytyksiin liittyvästä aikapaineesta. Sairaalasyynnytykseen liitettiin usein pelko aikapaineesta, että täytyisi saada lapsi syntymään tietyssä ajassa. Kotisyynnytyksen kuvailtiin menneen sujuvasti ja rennosti, sillä kotona synnyttämiseen ei liitetty tätä aikapainetta. Aikapaineen kuvattiin lisäävän riskiä synnytyksen kulkuun puuttumiselle, mikä sai naiset kääntymään kotisyynnytykseen. Synnytyksen luonnolliseen kulkuun ei haluttu puututtavan ajan puitteissa ja interventioiden pelättiin seuraavan toinen toistaan. (Jansen ym. 2009, 302.) Synnytyksen uskottiin myös edistyvän kotona nopeammin kuin sairaalassa (Boucher ym. 2009, 123).

Sairaalasyynnytystä kohtaan ilmenevän luottamuksen puute kuvattiin merkittäväksi syyksi kotisyynnytykspäätökselle. Osa synnyttäjistä pelkäsi jotakin tiettyä interventiota aiemman sairaalakokemuksen vuoksi ja osa taas pelkäsi niitä yleisesti. Aiempi huono kokemus sairaalasyynnytyksestä saattoi ajaa synnyttäjän valitsemaan kotisyynnytyksen seuraavien lastensa kohdalla. Yhdessä kokemuksessa nainen oli sairaalassa synnyttäessään kokenut olonsa ryöstetyksi, kiusatuksi, petetyksi ja pelokkaaksi. Sairaalasyynnytyksessä nainen koki olevansa passiivisessa osassa päätöksen teossa ja koki, ettei synnytystä hoitanut lääkäri kuunnellut synnyttäjää ollenkaan. (Boucher ym. 2009, 123.)

Kotisyynnytyksen kuvailtiin olevan luonnollisempi tapa synnyttää ja kodin olevan ympäristönä yksityisempi. Näiden ominaisuuksien ansiosta kotisyynnytys olisi niin synnyttävälle naiselle, kuin syntymättömälle sikiöllekin sairaalasyynnytystä mukavampi. (Jansen ym. 2009, 301.) Naiset tunsivat olonsa rentoutuneemmaksi kotiympäristössä (Jansen ym. 2009, 301; Borelli, Walsh & Spilby 2017, 1940, 1943). Koti synnytysympäristönä kuvattiin tutuksi ja turvalliseksi sekä rauhalliseksi ja rakastavaksi (Boucher ym. 2009, 124; Jansen ym. 2009, 301; Regan & Elroy 2013, 245; Borelli ym. 2017, 1943). Kotona synnyttämiseen vaikutti myös synnyttäjän

etäisyys sairaalasta. Syrjäisemmässä asuvien naisten keskuudessa kotona synnyttämistä pidettiin hyvänä vaihtoehtona matkustamisen välttämiseksi. (Borelli ym. 2017, 1941.)

Naiset toivat ilmi luottamuksen kätilön ammattitaitoon. Kätilön kuvattiin luovan turvasataman jo tuttuun ympäristöön, jossa nainen saa rentoutua. Vaikka kätilö kotisyntytyksen hoitajana kuvattiin turvalliseksi ja kätilön ammattitaitoa arvostettiin, huomattiin, ettei kätilön valinta tuntunut vaikuttavan synnytyspaikan valintaan. Ensisynnyttäjien kokemuksia synnytyspaikan valinnasta selvittävässä tutkimuksessa eräs haastateltu nainen totesi, ettei kätilön työ eroa synnyttipä nainen sitten kotona tai sairaalassa. (Borelli ym. 2017, 1941.) Kotisyntytyksen valinnut nainen piti kotia kaikista turvallisimpana paikkana synnyttää ja kotona synnyttämisen edellyttävän parempia terveydellisiä lopputuloksia (Boucher ym. 2009, 122).

Naisen päätökseen vaikuttaa TV-sarjoista saatu kuva sairaalasyntytyksissä. Ensisynnyttäjien päätöksentekoon keskittyvässä tutkimuksessa eräs vastaajista kertoi valinneensa kotisyntytyksen halutessaan välttää sairaalasyntytyksen TV-sarjojen luoman kuvan vuoksi. (Borelli ym. 2017, 1941.)

Synnytyspaikan valintaan vaikutti myös synnyttäjän tukihenkilö. Synnyttäjä halusi taata myös tukihenkilölle turvallisen olon hänellekin tutussa ympäristössä. Naisten käsityksiä kotisyntytyksestä selvittävässä tutkimuksessa eräs osallistuja toi ilmi, että oli päätenyt synnyttämään kotona, sillä puoliso oli ujo ja introvertti. Nainen kertoi, ettei olisi saanut puolisoltaan sairaalassa riittävää tukea, sillä jännitys olisi vienyt tilanteesta voiton. (Regan & Elroy 2013, 245.) Myös koko perhe ja syntymättömän sikiön sisarukset vaikuttivat päätöksentekoon. Naisen kokemuksen mukaan uuden sisaruksen syntyminen kotiin helpotti vanhempien sisarusten sopeutumista ja tutustumista sekä vähensi synnyttäjän puolison "pallottelua" sairaalan ja kodin välillä. (Jansen ym. 2009, 31.)

Yksi päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä oli naisten ajatus siitä, että kotisyntytyksessä heillä olisi aktiivisempi rooli synnytystä koskevassa päätöksenteossa. He siis valitsivat synnyttää kotona, jotta saisivat vaikuttaa enemmän kuin sairaalassa olisi mahdollista. Naiset tunsivat olonsa voimaantuneiksi, kun saivat olla



päätöksenteosta vastuussa ja huomion keskipisteenä. Kätilön kuvattiin kotisyntyksissä lisäävän voimaantumisen tunnetta. (Jansen ym. 2009, 31.)

### 5.2.2 Täysi luottamus ammattilaiseen

Kätilö kotisyntytystä hoitavana ammattilaisena miellettiin turvalliseksi ja kätilön ammattitaitoon auttaa lapsi maailmaan turvallisesti luotettiin. Naisen ja kätilön välinen suhde miellettiin merkitykselliseksi ja naiset odottivat kätilön hoitavan synnytyksen täysin synnyttäjän omien toiveiden pohjalta. (Borelli ym. 2017, 1943.)

Kotisyntytysten turvallisuusnäkökulmaa ajatellen naiset luottivat kätilön auttavan lapsen maailmaan turvallisesti. Toiveisiin puuttuminen ja lääketieteelliset interventiot hyväksyttiin kotona kätilön tekeminä, mikäli sikiön tai äidin vointi niin vaati. (Borelli ym. 2017, 1943–1944.) Kätilön uskottiin pystyvän valvomaan synnytystä kotona niin, että mikäli kummankaan voinnissa tulisi puuttumista vaativia muutoksia, kätilö huomaisi ne riittävän ajoissa. Tällaisessa tilanteessa päätöksen teko luotettiin kätilölle ja kätilön uskottiin ajattelevan aina ainoastaan synnyttäjän ja syntymättömän sikiön etua. (Regan & Elroy 2013, 245.)

Synnytystä hoitavan kätilön kunnioitus synnyttäjää ja synnyttäjän päätöksiä kohtaan lisäsi tyytyväisyyttä ammattilaisen toimintaan. Kätilön kuvattiin ymmärtävän, kuuntelevan ja naiset tunsivat olevansa emotionaalisesti tuettuja prosessin aikana. Kätilö nähtiin kotisyntytysten mahdollistajana ja kätilön aikaansaama luottamus ja usko synnyttäjää itseänsä kohtaan olivat tässä merkittävässä osassa. (Jansen ym. 2009, 299.)

Kanadassa kotisyntyttykseen päätyneiden synnyttäjien kokemuksia selvittäneessä tutkimuksessa eräässä haastatteluvastauksessa nainen kiittää kätilöä upeasta tuesta, jota hän ja hänen puolisonsa saivat synnytyksen aikana. Synnytys oli lopulta päätynyt sairaalaan ja sektioon, mutta kotona synnytystä hoitanut kätilö oli kulkenut perheen rinnalla koko matkan. Naisen luotto kätilöön ei horjunut, vaikka alkuperäinen tavoite kotisyntyttyksestä ei toteutunutkaan. (Jansen ym. 2009, 302–304.)

### 5.2.3 Itsemääräämisoikeus

Synnyttäjän itsemääräämisoikeuden vuoksi synnyttäjää saa päättää toisin kuin ammattilainen suosittelee. Ammattilaisten tulisi tällaisessa tilanteessa muistaa tukea synnyttäjää päätöksessään. (Handa & Robertson 2014, 37, 39.)

Vaikka kotisynnytyksen voidaan ajatella olevan vaarallisempaa ja ammattilaisten tulisi suositella sitä vastaan, saa synnyttäjää silti päätyä siihen. Lastenlääkäreiden keskuudessa tämän valinnan ymmärtäminen voi olla hankalampaa. Maissa, joissa sikiöllä ei ole vielä laillisia oikeuksia, päätös on aina äidin. (Walker 2017, 82.)

Naiset ymmärtävät myös itsemääräämisoikeuden asettaman vastuun heille. He olivat halukkaita tekemään päätöksen itse heidän harteilleen asettuvasta elintärkeästä vastuusta huolimatta. Nykyään ajatellaan, että synnytystä koskevissa päätöksissä nainen ei ole pääasiallinen päätöksen tekijä. Tämän vuoksi naiset pohtivat kotona synnytystä. Naiset eivät kuitenkaan aina päätyneet lopulta toimimaan tekemänsä päätöksen mukaisesti. (Regan & Elroy 2013, 244.)

Kotisynnytykseen päätyneet naiset pitivät kotia heille ja syntymättömälle lapselleen turvallisimpana vaihtoehtona. He ymmärsivät kuitenkin, että heidän päätöksensä asetti heidät sosiaalisen marginaalin ja yleisten normien ulkopuolelle ja ymmärsivät, että heitä saatettaisiin helposti syyttää kotisynnytyksen huonosta lopputuloksesta. He olivat myös täysin valmiita ottamaan ”syyt niskoillensa”, mikäli heidän tapauksessaan lopputulos olisi huono. Tällaisessa tilanteessa naiset pelkäsivät muiden ajattelevan, että he eivät olisi tehneet kaikkeansa syntymättömän lapsen eteen. He kuitenkin uskoivat lapselle hengenvaarallisten tapahtumien olevan niin harvinaisia, että olivat valmiita ottamaan myös sen riskin. (Regan & Elroy 2013, 244.)

Itsemääräämisoikeuden nojalla tehtyyn kotisynnytyspäätökseen vaikutti naisten ajatus siitä, että kotona he saivat myös itsemääräämisoikeuteen vedoten tehdä synnytyksen aikaiset päätökset itse. He halusivat pystyä ohjaamaan synnytyksen edistymistä ja uskoivat, että itse päätöksentekijänä heillä olisi enemmän kontrollia

omaan vartaloon. Valintoja tehdessään naiset halusivat, että heidän oma näkemyksensä olisi varmistettu parhaalla mahdollisella tavalla. (Boucher ym. 2009 122–123; Regan & Elroy 2013, 244.)

### **5.3 Synnytyksen aikaiset tapahtumat kotioloissa**

Tämän yläteeman alle muodostui kaksi alateemaa. Nämä ovat kotiympäristön vaikutus hoitoon ja riskien välttäminen.

#### **5.3.1 Kotiympäristön vaikutus hoitoon**

Radikaalina esimerkkinä kotiympäristön vaikutuksesta synnytyksen lopputulokseen on tilanne, jossa kotona tarvittava välineistö puuttuu silloin, kun sitä tarvittaisiin nopeasti. Tällaiset tilanteet, joissa olisi vaadittu nopeaa puuttumista, voivat aiheuttaa syntymättömälle lapselle harmia, jopa neliraajahalvaantumisen. (De Chrespigny & Savulescu 2012, 808.)

Kotisynnytyksen odotetaan aiheuttavan viivästymistä diagnostiikassa ja sairaalasiirroissa akuuttien tilanteiden kohdalla. Tilanteessa, jossa ajalla on merkitys, voi viivästys diagnosoinnissa asettaa syntymättömän lapsen alttiiksi merkittävään riskiin asidoosille, etenevään hypoksiaan ja asfyksiaan, sekä pitkittyneeseen asfyksiaan. (De Chrespigny & Savulescu 2012, 808.)

#### **5.3.2 Riskien välttäminen**

Kohdun repeäminen on harvinainen komplikaatio synnytyksen aikana. Kotisynnytyksien kieltäminen riskeihin vedoten on usein sekä ammattilaisten, että kotisynnytyksestä kiinnostuneiden synnyttäjien keskuudessa hyväksyttävää ja hyvin ymmärretty. Kotisynnytyksen kieltäminen kohdun repeämisen riskin vuoksi on esimerkki tällaisesta tilanteesta, joiden välttämisen vuoksi kotisynnytys voidaan ymmärrettävästi kieltää. (Handa & Robertson 2014, 38.)

Kotisyntytykseen liittyvien riskien ilmaantuvuudella ei ole merkittävää vaikutusta kotisyntytyksen lopputulokselle. Ainoastaan se, miten näihin riskeihin reagoidaan odottamattomien tapahtumien ilmaantuessa, nostaa huonon lopputuloksen riskiä merkittävästi kotisyntytysten kohdalla. (Walker 2017, 83.)

#### **5.4 Kehittyvien maiden tulokset: Synnytyksipaikan valinnan perusteet**

Kehittyvistä maista löytyi kolme tutkimusta, joista muodostui yksi pääteema ja viisi alateemaa. Alateemoja ovat: itsemääräämisoikeus, naisten käsitykset kotisyntytyksestä, kokemus turvallisuudesta, läheiset synnyttäjän päätökseen vaikuttajina ja sairaalan välttäminen.

##### **5.4.1 Itsemääräämisoikeus**

Tutkimuksissa naiset yhdistivät kotisyntytyksen autonomiaan, protagonismiin ja vapauteen, luonnolliseen synnytykseen ja toimenpiteiden välttämiseen (Gardiner, Lai, Khanna, Meza, de Wildt & Beck 2021, 11; Volpato, Costa, Brüggemann, Monguilhott, Messa ja Colossim 2021, 3). Kotisyntytyksessä viehätti se, että voi tehdä jotain täysin eri tavoin kuin aikaisemmassa synnytyksessä. Kotisyntytystä pidettiin saavutuksena ja ylipääsemisenä suhteessa edelliseen synnytykseen. (Volpato ym. 2021, 4.)

Kotona synnyttäminen tarkoitti naisille myös sitä, että he voivat valita itse synnytyksensä. Tätä pidettiin erona sairaalassa, sillä sairaalassa synnyttäjät laitettiin makaamaan. (Gardiner ym. 2021, 11.) Naisten valmiutta päättää kotisyntytyksestä lisäsi sosiokulttuuriset, taloudelliset ja hengelliset tekijät (Abed Saeedi, Ghazi Tabatabaie, Moudi, Vedadhir ja Navidian 2013, 48).

### 5.4.2 Naisten käsitykset kotisynnytyksestä

Naiset liittivät kotisynnytykseen turhien toimenpiteiden tarpeettomuuden ja kunnioituksen luonnollista synnytystä kohtaan. Kotia verrataan suoraan sairaalan tarjoamaan hoitoon ja näiden molempien riskejä vertaillaan keskenään. Nainen kokee, että antaa kotona itsestään enemmän ja häntä tuetaan paremmin, luonto ilmaisee itseään paremmin ja ilman toimenpiteitä synnytys voi seurata omaa kulkuaan paremmin. Kotisynnytys assosioidaan itseluottamukseen ja rauhallisuuteen, mukavuuteen ja tuttuuteen. Nainen kokee olonsa rentoutuneeksi, kun saa olla tuttujen ihmisten ympärillä. (Abed Saeedi ym. 2013, 48, 50; Gardiner ym. 2021, 9, 11; Volpato ym. 2021, 3.)

Naiset keskustelivat kotisynnytyksen normaaliudesta ja aikaisempien onnistuneiden kotisynnytysten rohkaisemana he olivat halukkaampia toistamaan sen (Gardiner ym. 2021, 11). Naisten henkilökohtaiset positiiviset kokemukset oikeuttivat ja rationalisoivat kotisynnytyksen turvallisuutta ja päätöksen asianmukaisuutta. Naisten näkökulmasta lääketieteelliset riskit jäivät joskus heidän skeemojensa, uskomuksiensa ja arvojensa uhkien varjoon. Pyrkimään hallitsemaan mahdollisia riskejä tai jopa kuolemaa, naiset käyttivät erilaisia henkisiä tai psykologisia selviytymismekanismia, mukaan lukien välttäminen. Näyttö osoitti, että tämä välttely perustui positiivisiin kokemuksiin, luottamukseen omaan ja imeväisten terveyteen synnytystä edeltävän hoidon kautta sekä luottamukseen omaan intuition. Toisaalta nainen ei kiellä kaikkia riskejä ja etteikö jotain voisi tapahtua kotisynnytyksen aikana. Kuitenkin naisilla oli käsitys siitä, että koti on synnytyspaikka terveille naisille. (Abed Saeedi ym. 2013 48–49.)

Toisaalta jollekin kotisynnytys näyttäytyi pelottavana kotisynnytystarinoiden vuoksi. Nainen kuvailee, että on nähnyt kotisynnyttäjien saapuvan sairaalaan jo kuolleiden vauvojensa kanssa ja oli varma, että se tapahtuisi myös hänelle. Siis hän valitsi sairaalan synnytyspaikaksi oman ja vauvansa turvallisuuden tähden. (Gardiner ym. 2021, 10.)

### 5.4.3 Kokemus turvallisuudesta

Kotisynnytyksen turvallisuuden mieltäminen korostui tutkimuksessa naisten näkökulmasta etenkin liittyen paikalla oleviin ihmisiin sekä mahdollisiin komplikaatioihin. Naiset kokivat, että kotona voi olla heidän valitsemiaan ihmisiä ja he voivat saada yksilöllistä, yksinomaista huomiota. Kotona on myös mahdollisuus yksityisyyteen ja mahdollisuus sanoa ”ei”. Nämä asiat ja lisäksi kunnioitus naisen rytmia ja samalla luonnollista synnytystä kohtaan loivat turvallisuuden tunnetta kotiympäristössä. (Volpato ym. 2021, 3.)

Abed Saeedin ym. (2013, 48) tutkimuksessa kävi ilmi, että useimmat naisista kokivat kotisynnytyksen olevan turvallinen, sillä se on heidän yhteisössään sosio-kulttuurinen normi. Gardinerin ym. tutkimuksessa (2021, 10) naisella oli vahva usko siihen, ettei mikään menisi vikaan: hän kertoi tähän vaikuttaneen, että hänen äitinsä oli hoitanut kaikki kälyjensä kotisynnytykset. Tietoisuus riskeistä ei ollut yleistä ja naiset eivät uskoneet olevansa ”vaarassa” synnyttäessään kotona. (Gardiner ym. 2021, 10.)

Naiset yhdistivät kokemuksen kotisynnytykseen osallistuvista ammattilaisista synnytyksen turvalliseen seurantaan ja turvallisuuden tunteeseen. He luottivat kotisynnytystä hoitaviin ammattilaisiin ja kokivat olevansa kokeneissa ja hyvissä käsissä. Ammattilaisten jakama informaatio komplikaatioiden hoitamisesta kotona ja kyvystä tunnistaa mahdollinen tarve sairaalaan siirtymiselle rauhoittivat naisia ja he luottivatkin siihen, että ammattilaiset tunnistaisivat ajoissa tarpeen sairaalahoidolle ja että aikaa olisi tarpeeksi siirtyä sairaalaan. (Abed Saeedi ym. 2013, 49; Volpato ym. 2021, 4.) Lääkärin lausunto lapsen hyvinvoinnista ja synnytyksen normaaliudesta toi naiselle tunnetta siitä, ettei mitään komplikaatioita tulisi. Tutkimuksessa naisen kättilön mukaan kotisynnytyksessä ei ole mitään riskejä ja kotona voi helposti synnyttää. Luottamus ammattilaisen lausuntoon oli niin voimakasta, että nainen kertoo hyväksyvänsä mitä tahansa kättilö sanoo. Kättilöiden diagnosointiin ja riskinhallintaan luotetaan ja läheinen suhde naisen ja kättilön välillä valmisteli synnyttäjää seuraamaan kättilöä. Viivästynyt komplikaation diagnosointi voi johtaa (tekstissä äidin) kuolemaan. Naiset kuvailevat, että mikäli kättilö tai lääkäri kertoo ongelmasta, he ovat valmiita menemään sairaalaan ja jopa sektioon. (Abed Saeedi ym. 2013, 49.)

Epävarmuus sairaalaan ajoissa saapumisesta komplikaatioiden sattuessa tuli esille tutkimuksessa. Nainen pelkäsi myös sitä, että jotain tapahtuisi eikä kotona ole lääkäriä saatavilla. (Volpato ym. 2021, 4.) Toisaalta nainen luotti siihen, että komplikaatioiden sattuessa he voisivat hakeutua sairaalaan ja perhe ja sukulaiset olisivat viemässä synnyttäjää sinne. (Abed Saeedi ym. 2013, 50; Gardiner ym. 2021, 10.)

Naiset ilmaisivat pelkoa kotona tapahtuviin komplikaatioihin ja erityisesti vauvaan liittyen. Eräs ongelma kotisyntyöksissä liittyy sellaisten välineiden tarpeeseen, joita on saatavilla vain sairaaloissa. Asioita, jotka naista huoletti eniten, liittyi siihen, että lapsi tarvitsisi syntyessään jotain laitetta mitä ei kotoa löydy. Toisaalta nainen tiesi, että synnytyksen hoitaja toisi mukanaan joitakin varusteita, millä voisi hoitaa tilannetta ensi alkuun vauvan syntyessä huonokuntoisena. (Volpato ym. 2021, 4.)

Nainen toteaa Iranilaisessa tutkimuksessa, että on parempi synnyttää kotona, sillä terveyden ja turvallisuuden kannalta koti on paljon parempi. Naisen varmistuttua lapsensa terveydestä ja käsityksestä kotisyntytyksen mukavuudesta hän ei ajatellut, että jotain voisi yhtäkkiä tapahtua lapselle. Raskaana olevan kuvataan luottavan terveeseen raskausaikaan ja raskauden seurantaan. Raskaana oleva kokee, että kun hänellä ja sikiöllä ei ole mitään ongelmia, koti on paljon parempi paikka synnyttää. Naisella on käsitys siitä, että kun raskautta valvotaan koko yhdeksän kuukauden ajan, on epätodennäköistä kohdata ongelmia synnytyksessä esimerkiksi sikiöön liittyen. (Abed Saeedi ym. 2013, 48–49.) Myös toisessa lähteessä kotisyntytyksen valinneet naiset tunnistivat raskauden seurannan ja turvallisen synnytyksen yhteyden. Terve raskausaika ja normaalit raskaudenaikaiset seurannat tarkoittivat heille, että ei tarvitsisi mennä sairaalaan synnyttämään (Gardiner ym. 2021, 10). Mikäli lääketieteellisiä tai kliinisiä ongelmia diagnosoitiin, naiset toimivat suojellakseen ja parantaakseen terveyttään, jotta voisivat synnyttää kotona (Abed Saeedi ym. 2013, 49).

Terveeseen raskausaikaan luottaminen voi vaarantaa äitien ja imeväisten terveyttä merkittävästi. Terveen raskausajan tuoman turvan synnytykseen ajateltiin takaavaan myös imeväisikäisen terveyden. (Abed Saeedi ym. 2013, 49.)

Naiset eivät kokeneet kroonisen sairauden olevan syy synnyttää sairaalassa. Naisille saatettiin suositella sairaalasynnytystä esimerkiksi massiivivuodon riskin ja korkeiden verenpaineiden vuoksi, mutta he kieltäytyivät vedoten aikaisempiin onnistuneisiin synnytyksiin, vaikka samoja ongelmia oli ollut niissäkin raskauksissa. He toteavat, että ovat vain varovaisempia. Vasta akuuttien tapahtumien, kuten tajunnan menetyksen, koettiin olevan indikaatio sairaalaan hakeutumiselle. (Abed Saeedi ym. 2013, 46, 48–49.)

Naiset kokivat sairaalasyntymisen riskialttiimpana toimenpiteiden, rutiinien ja eettisten näkökohtien vuoksi. Toisaalta vaikka naiset uskoivat sairaalan olevan riskialtis paikka, jota kannattaisi välttää oman ja sikiön terveyden vuoksi, he tunnistivat sairaalan suojelevan roolin. Ja vaikka naiset olivat sitä mieltä, että koti olisi heille turvallinen paikka synnyttää, eivät he kuitenkaan kieltäneet, etteikö sairaalassa olisi paremmat varusteet ja tilat. (Abed Saeedi ym. 2013, 46, 49.)

Lisäksi uskonnollisuus vaikutti synnytyspaikan valintaan. Kohdatessaan mahdollisia riskejä naiset turvautuivat Jumalaan. Naiset kokivat rentoutumista ja rauhaa hyväksymällä Jumalallisen kaitselmuksen ja uskomalla, että riskit ovat riippumattomia synnytyspaikasta. Nainen luotti siihen, ettei todennäköisesti kohtaa mitään ongelmia, mikäli Luoja suo. Naiset uskovat itsensä Jumalan haltuun vaaratilanteissa ja että ihmisen kuolema ja elämä on Jumalan käsissä, joten jos Hän haluaa ihmisen kuolevan, se tapahtuu riippumatta siitä, onko kotona vai sairaalassa. Naiset tiedostivat, että kaikki riskit ja vaikeudet eivät ole ennakoitavissa, mutta luottivat siihen, että nekin ovat Jumalan käsissä. Nainen kokee, että kun on varmistettu äidin ja sikiön terveydestä, loppu on Jumalan käsissä. (Abed Saeedi ym. 2013, 48–49.)

#### **5.4.4 Läheiset synnyttäjän päätökseen vaikuttajina**

Naiset saivat tukea kumppaneiltaan synnytyspaikan valintaa tehtäessä ja tätä luonnehdittiin jaettuna päätöksenä, sitoutumisena päätöksenteon prosessiin tai naisen päätöksen kunnioittamisena. Päätöksenteon alusta synnytyksen loppuun aviomiehen rooli kotisyntymispäätöksen tukemisessa ja toteuttamisessa tai sitten



kotona synnyttämisen estämisessä oli varsin tärkeä. Puolisot toisaalta johtivat naisia kohti sairaalaa, mihin vaikutti miesten korkea käsitys lääketieteellisistä riskeistä. Tutkimuksessa mies ei naisen aikaisemman sektion vuoksi antanut naisen synnyttää kotona. Toisaalta joku toinen mies antaa naiselle tukensa, missä tahansa synnytys tapahtuukaan. (Abed Saeedi ym. 2013, 50; Volpato ym. 2021, 3.) Naisen mukaan kumppanit halusivat heille rohkeutta ja luonnollisen synnytyksen siitakin pelosta, että joutuisivat jättämään naiset yksin, mikäli toimenpiteitä tarvittaisiin (Gardiner ym. 2021, 9).

Tutkimuksissa kävi ilmi, että myös sukulaisilla on merkitystä naisen päätöksenteossa. Naiset käsittivät kodin sopivaksi paikaksi luonnolliselle synnytykselle ja tukeutuivat tässä vahvasti äitiensä positiivisiin kokemuksiin. Tutkimukseen osallistunut kommentoi, että äidit ovat synnyttäneet kotona, joten heillä on hyvä käsitys siitä. Toinen osallistuja nostaa esille, että kukaan sukulaisista ei ole mennyt sairaalaan vaan kaikki synnyttivät kotona, eikä heillä ole ollut mitään ongelmia. Lisäksi erään osallistujan isoäiti on kouluttamaton paikallinen kätilö, mikä saa osallistujan tuntemaan, ettei mitään voisi tapahtua.

Myös perhe, sukulaiset, tuttavat ja naapurit vaikuttivat päätökseen. He toivat riskejä esiin ja jotkut pitivät suunniteltua kotisynnytystä riskialttiina. (Abed Saeedi ym. 2013, 47–49; Volpato ym. 2021, 4.) Tutkimukseen osallistuja kertoo, että kaikki olivat todella peloissaan kotisynnytyksestä ja ajattelivat, että hän oli tekemässä jotain hullua ja epäjohdonmukaista. Erään osallistujan lastenlääkäriytär kommentoi, että äiti saisi tehdä miten haluaa, mutta hän ei tue sitä (kotisynnytystä). (Volpato ym. 2021, 4.) Toiseen tutkimukseen osallistuja kuvailee, että hänen täytyy synnyttää sairaalassa, sillä muualla synnyttäessään hänen äitinsä pelkäisi jotakin tapahtuvan, että vauva tai äiti kuolisi (Gardiner ym. 2021, 10).

Naiset kuitenkin puolustivat päätöstään. Eräs nainen lähetti äidillensä videon, jonka jälkeen hän ei enää epäillyt tyttärtään. Nainen ajatteli, että päätös on hänen ja moni luopuu siitä muiden mielipiteiden tähden. (Volpato ym. 2021, 4.) Abed Saeedin ym. tutkimuksessa (2013, 49–50) naiset käyttivät useita erilaisia metodeja poistaakseen päätöksensä vastustamisen, kun kokivat kodin olevan sairaalaa turvallisempi paikka synnyttää. Miehensä tuen saaminen oli tärkeä näkökulma kotisynnytyksessä. Nainen vakuutti miestään sairaalan ongelmista ja siitä,

että tuntee olonsa mukavammaksi kotona ja koti on parempi paikka hänelle. Myös miehen perheen tulisi suostua kotisynnytykseen. Lisäksi luottamus koulu-tettuun kätilöön tuli ilmi ja luottamus siihen, että kätilö veisi naisen sairaalaan ongelmien ilmetessä. (Abed Saeedi ym. 2013, 49–50.)

#### 5.4.5 Sairaalan välttäminen

Syitä naisten sairaalasyntymisestä kieltäytymiselle on monia. Naiset välttivät sairaaloita aikaisempien traumaattisten sairaalasyntymiskokemusten vuoksi ja valitsivat kotisynnytyksen päästäkseen yli kokemastaan. Naisilla oli huoli myös siitä, että joutuessaan siirtymään sairaalaan hänet hylättäisiin sinne tai hän kohdaisi valmistautumattoman tiimin. Toisaalta nainen saattoi pelätä sitäkin, ettei ole koskaan ollut sairaalassa, jopa ainoana pelkona saattoi olla sairaalaan joutuminen. Jollekin sairaalan nimi itsessäänkin tuntui kamalalta. Naiset pelkäsivät sairaalaa enemmän kuin kotisynnytyksen riskejä. (Abed Saeedi ym. 2013, 48; Gardiner ym. 2021, 8; Volpato ym. 2021, 4.)

Naiset pelkäsivät lapsen kuolemista tai eroa lapsesta sairaalassa ollessa, toimenpiteitä ja autonomian menetystä, leikkausta, koskemista ja toistuvia tutkimuksia. Naiset tunsivat epämukavuutta sairaalan tiloista ja välineistä sekä miespuolisista ammattilaisista. Osalla naisista oli negatiivisia kokemuksia hoidon ammattilaisiin liittyen. Osaa naisista huomioitiin puutteellisesti tai kohdeltiin muutoin huonosti. (Gardiner ym. 2021, 8–10.) Tällaiset kokemukset voivat vaikuttaa myös muiden naisten päätöksiin. Naiset oppivat sairaalasyntymisen riskeistä muilta ihmisiltä. (Abed Saeedi ym. 2013, 47; Gardiner ym. 2021, 9.)

Sairaalahoitoa pidetään myös riskialttiina ja ei-hyväksyttävänä. Sen perusteella, mitä naiset olivat lukeneet, kuulleet ja kokeneet, he päättivät olla menemättä sairaalaan erityisesti ensimmäistä lasta synnyttäessään, sillä he uskoivat, että tulisivat satutetuiksi, sairaiksi tai vuotaisivat. Naiset välttelivät riskialtista ympäristöä eli sairaalaa synnyttämällä kotona. He perustelivat asenteitaan ja päätöksiään sairaalan potentiaalisilla riskeillä. (Abed Saeedi ym. 2013, 47–48.)

Naiset olivat päättäväisiä kotisynnytyksen suhteen, osaksi myös siksi, että lääkäri ei ollut suositellut sairaalasyntytystä. Vasta kun kaikki pyrkimykset kotisynnytykselle epäonnistuivat, naiset lähtivät sairaalaan. Nainen toivoi mukavaa ja turvallista synnytystä ja päätti siksi pysyä kotona, sillä hän koki kodin turvallisemmaksi. (Abed Saeedi ym. 2013, 48–49.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tämän työn teossa on tutustuttu ja noudatettu ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia sekä hyvää tieteellistä käytäntöä. Nämä perustuvat lainsäädäntöön sekä tiedeyhteisön tunnustamiin hyviin toimintatapoihin. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023). Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry (2020) on tehnyt opiskelijoille ja ohjaajille muistilistan työn eettisyyden varmistamiseksi, mitä työssä on noudatettu soveltuvin osin.

Menetelmänä on käytetty kirjallisuuskatsausta, eli tekijät eivät ole keränneet aineistoa itse haastatellen, videoimalla, kyselylomakkeella tai muulla tavoin käsitelleet henkilötietoja. Systemaattisessa haussa ja aineiston valinnassa on pyritty puolueettomuuteen. Tekijät ovat tämän varmistamiseksi käyneet aineiston läpi ensin yksin ja sen jälkeen yhdessä keskustellen. Kaikki aineisto on vertaisarvioitua, mikä lisää luotettavuutta. Aineistossa on yksi artikkeli Suomesta ja muut ovat ulkomaisia eri puolilta maailmaa. Kehittyvien maiden tutkimuksista on tehty teemaattinen analyysi erikseen, jotta niiden tulokset eivät vaikuttaisi luotettavuutta huonontavasti muuhun analyysiin – tai toisin päin.

Aineistoon on otettu mukaan alkuperäistutkimuksien lisäksi myös alan ammattilaisten kirjoittamia artikkeleita. Tämä vaikuttaa luotettavuuteen positiivisesti, sillä se sopii opinnäytetyön kysymykseen ja menetelmään sekä rikastaa näkökulmaa. Toisaalta länsimaisessa aineistossa on mukana useampi julkaisu samoilta kirjoittajilta. Opinnäytetyön tekijät ovat tietoisia siitä, että tämä saattaa toisaalta yksipuolistaa näkökulmaa. Kaikki aineisto on kuitenkin hyväksytty mukaan laadunarvioinnin kautta (JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 2018; JBI: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 2019). Suomalaista artikkelia lukuun ottamatta muut julkaisut olivat englanninkielisiä. Molem-

mat tekijät ovat englanninkielentaitoisia, mutta siitä huolimatta julkaisujen vieras-kielisyyden vuoksi täytyy ottaa huomioon mahdolliset virheet suomennoksessa ja tulkinnassa. Tämä tietysti huonontaisi luotettavuutta. Kuitenkin molemmat tekijät ovat erikseen ja yhdessä läpikäyneet aineistoa toisiltaan apua kysyen, joten virheiden mahdollisuus on pyritty minimoimaan.

Aineistoa ja tuloksia tuli lopulta melko paljon. Erityisesti yhteisen ajan puute opinnäytetyön tekijöiden kesken aiheutti sen, että työtä on tehty paljon erikseen. Sen vuoksi tulosten teemoitteluun ja synteesiin on kulunut paljon aikaa ja työ on ollut osittain hankalaakin. Tähän vaiheeseen ja muutoinkin opinnäytetyöhön on saatu ohjausta ja vertaisarviointia, mikä lisää luotettavuutta. Toisaalta tekijät olisivat voineet karsia aineistosta pois esimerkiksi kehittyvien maiden tutkimukset, mikä olisi kenties helpottanut aineiston hallintaa ja prosessia kokonaisuudessaan.

Tekijät ovat pyrkineet tulosten esittämisessä ja tarkastelussa siihen, että teksti on puolueetonta eikä siis värity tekijöiden omilla mielipiteillä. Kaikkeen lainattuun tekstiin on viitattu asianmukaisesti. Opinnäytetyön valmistuttua se käy läpi plagioinnintunnistusohjelman. Opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa, jossa se on kaikkien vapaasti luettavissa.

## 6.2 Tulosten tarkastelu

Tuloksista nousi esiin useita suunniteltuun kotisyntytykseen liittyviä eettisiä tekijöitä eri näkökulmista. Eniten tuloksista löytyi ammattilaisen – ja synnyttäjän näkökulmaan liittyviä seikkoja. Näiden kahden vastakkainasettelu ja asian erilaiset lähestymistavat ovat huomattavia. Lisäksi kotia synnytyksympäristönä, sikiöön liittyviä tekijöitä ja läheisten näkökulmaa käsiteltiin useissa julkaisuissa. Opinnäytetyön kysymystä ajatellen länsi- ja kehittyvien maiden välillä oli toisaalta huomattavia eroavaisuuksia, mutta myös paljon samankaltaisuutta.

Tulokset keskittyivät paljon niihin asioihin, joilla ammattilaiset ja synnyttäjät sekä läheiset pyrkivät raskausaikana vaikuttamaan toistensa sekä omiin päätöksiin. Ammattilaiset ja synnyttäjät lähestyvät suunniteltua kotisyntytystä hyvin erillä tavoin ja tulosten perusteella karkeasti jaoteltuna onkin niin, että ammattilaiset ovat

enemmän suunniteltua kotisynnytystä vastaan ja kotona synnyttävät naiset sen puolella. Ammattilaiset katsoivat suunniteltua kotisynnytystä riskien, tilastojen ja omien eettisten ohjeiden läpi. Näkökulma keskittyi raskaana olevan päätöksentekoon vaikuttamiseen ja syntymättömään sikiöön. He suosittelivat kotisynnytystä vastaan ja tekivät töitä kotisynnytysilmiötä hillitäkseen. Toisaalta tässä näkyi myös eroja länsi- ja kehittyvien maiden välillä, sillä kehittyvissä maissa ammattilaiset olivat selvästi sallivampia suunniteltua kotisynnytystä kohtaan.

Tuloksissa esiintyi ristiriitaisuutta ammattilaisten ohjeiden suhteen. Suurimmassa osassa ammattilaisia kehoitettiin suosittelemaan kaikille suunniteltua sairaalasyntytystä. Toisaalta kotisynnytyspäätöksen tehneelle kehoitettiin antamaan tukea. Ammattilaiset kokivat ristiriitaisuutta tai taakkaa erityisesti silloin, kun joutuivat tukemaan epäturvallisempaa vaihtoehtoa, eli esimerkiksi kotisynnytystä aikaisemman sektorin jälkeen. Ammattilaisilla ei välttämättä ole suunnitellun kotisynnytyksen osalta rutiineja, ja he voivat kokea siihen liittyvissä tilanteissa epävarmuutta. Tämän lisäksi ammattilaisia suositeltiin miettimään sitä, minkälaisen signaalin kotisynnytysten hoitaminen antaa ympäristöön.

Naiset katsoivat kotisynnytystä enemmän omasta – sekä vauvan kanssa yhteisestä näkökulmasta. Päätökseen suunnitellusta kotisynnytyksestä vaikutti aikaisemmat kokemukset, mielikuvat ja toiveet synnytyksestä ja mielikuvat sairaalasta. Lisäksi ammattilaiset ja läheiset vaikuttivat päätökseen. Usein kotisynnytykseen päätyneellä naisella saattoi olla taustalla pelko sairaalasyntytystä kohtaan. Tähän liittyi pelkoa turhista interventioista ja luonnollisen prosessin medicalisoimisesta sekä mahdollisesta sairaalan aikapaineesta. Kehittyvissä maissa sairaala nähtiin vielä enemmän riskialttiina ja jopa ei-hyväksyttävänä paikkana. Sairaalaan mentiin useimmiten vain, jos oli pakko. Koti puolestaan nähtiin normaalina synnytyspaikkana terveelle naiselle. Tämänkaltaisia tuloksia nousi esille eniten. On kuitenkin huomionarvoista mainita, että naisilla oli myös edellisistä poikkeavia näkemyksiä: osa pelkäsi kotia synnytyspaikkana.

Naiset pitivät kotisynnytyspäätöstä parhaana ratkaisuna itselleen ja vauvalleen ja seisoivat vahvasti päätöksen takana. Naisen itsemääräämisoikeus oli tuloksissa yleisesti vahva näkökulma. Kotisynnytys edusti naisille asuinmaasta riippumatta vapautta, luonnollisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa itse enemmän synnytyksen

aikaisiin päätöksiin. He kuitenkin tiedostivat sen riskit ja käsittelivät niitä eri tavoin. Kehittyvissä maissa naisilla oli hyvin erilainen käsitys riskeistä, esimerkiksi riskiraskauden ja perussairauksien mahdollisista vaikutuksista synnytykseen. Naiset eivät nähneet näitä esteenä kotisyntytykselle.

Kotiolojen puutteellisuus hätätilanteissa nousi esiin synnyttäjien ja ammattilaisten näkökulmasta sekä länsi- että kehittyvissä maissa. Kaikille maille yhteistä oli, että naiset luottivat synnytystä hoitavaan ammattilaiseen ja olivat valmiita seuraamaan tätä. Kehittyvien maiden tuloksissa nousi esiin myös uskonnollisuuden merkitys synnytystapahtuman kannalta, sillä naiset uskoivat kaiken olevan Jumalan käsissä. Lisäksi länsimaita enemmän korostui puolison, sukulaisten ja muiden läheisten vaikutus päätöksentekoon. Läheisten vaikutus näkyi suorana kannustuksena koti- tai sairaalasyntytykseen sekä epäsuorasti esimerkiksi sen kautta, että läheiset olivat synnyttäneet tietyssä paikassa tai olivat itse hoitaneet synnytyksiä. Naiset olivat valmiita puolustamaan päätöstään ja vakuuttamaan muut sen oikeellisuudesta sekä toimimaan itsekin mahdollistaakseen suunnitellun kotisyntytyksen.

### **6.3 Suositukset kätilötyöhön**

Suomalaisen kätilötyön kannalta tuloksista nousee esiin mielenkiintoisia pohdinnanaiheita, kuten sairaalapelon ja naisten itsemääräämisoikeuden vaikutukset päätöksentekoon synnytyspaikkaa ajatellen sekä synnytyksen lopputulokseen. Tuloksista ei voida päätellä, onko suunniteltu kotisyntytyys oikein eettisesti vai ei, eikä se ollut tämän opinnäytetyön tarkoituksaan. Tämä mielessä pitäen on mielenkiintoista pohtia, miten kotisyntytyksiin pitäisi kätilönä suhtautua. Kuten jo opinnäytetyön alussa esitettiin, kotisyntytykset lisääntyvät Suomessa. Pitäisikö sairaalan ja kotisyntytyksentän kehittää yhteistoimintaa, jotta suunnitelluista kotisyntytyksistä saataisiin mahdollisimman turvallisia? Vai pitäisikö kätilöiden toimia aktiivisesti sen puolesta, että kaikki tulisivat sairaalaan synnyttämään?

Lisäksi tulosten pohjalta nousee esiin kysymykset siitä, onko suunniteltujen kotisyntytysten hoitaminen ammatillisesti eettistä ja onko oikein jatkaa kotisyntytyks-

ten suunnittelua tilanteessa, jossa sairaalasyntyminen olisi parempi vaihtoehto. Tuloksissa mainittiin, että raskaana oleville suositellaan päihteettömyyttä ja samalla ajatuksella voitaisiin myös suositella sairaalasyntymistä. Tätä ajatusta voi lähteä soveltamaan. Ammatillaiset eivät suosittele päihteidenkäyttöä, mutta siitä huolimatta Suomessa on päihdekliniikoita ja päihteidenkäyttäjät hoidetaan kuten muitakin terveydenhuollon asiakkaita. Tästä päästään siihen, että kotisyntyjätkin täytyy hoitaa, vaikka kotisyntymistä ei voitaisi suositella. Toisaalta tämä ajatus on ongelmallinen eikä täysin aukoton Suomessa, sillä suunniteltuja kotisyntyksiä hoitaa vain yksityiset kättilöt ja Suomessa ei ole muita julkisen sektorin synnytyspaikkoja sairaalan lisäksi. Myöskään kättilöitä ei voida velvoittaa suunniteltujen kotisyntymisten hoitoon.

Aineistosta nousi esiin vahvasti naisten pelko sairaalaa kohtaan, mihin oleellisesti liittyi pelko turhista interventioista. Aiheista löytyy jonkin verran näkökulmia tukevaa tutkimustietoa aineiston ulkopuoleltakin. Aiempi negatiivinen synnytyskokemus tai aiemman synnytyksen päätyminen hätäsektioon lisäävät erään ruotsalaisen tutkimuksen mukaan synnytyspelkoa (Hildingsson, Haines, Karlström & Nystedt 2017, 246). Interventioiden mahdollista tarpeettomuutta on ehkä vaikea tutkia, mutta sen sijaan toisin päin aiheesta löytyy tutkimusta. Imukuppisyntyminen ja sektio ovat hengenpelastavia interventioita tilanteessa, jossa sikiötä uhkaa esimerkiksi paheneva asfyksia (Darmstadt, Yaakob, Haws, Menezes, Soomro & Bhutta 2009, 4–6). Yhden tutkimuksen mukaan vielä naisen etnisuus, maantieteellinen sijainti ja taloudellinen tilanne voivat vaikuttaa interventioiden määrään. Tutkimuksessa nousi esiin, että interventioiden määrä oli hieman korkeampi eri etnisten ryhmien edustajien ja ei-paikallisten naisten kohdalla. Lisäksi interventioiden määrä oli suurempi pienituloisten kohdalla. (Fox, Callander, Lindsay & Topp 2019, 5.) Eettinen ongelma pelosta muodostuu silloin, kun se estää synnyttäjää valitsemasta turvallisemman vaihtoehdon. Eettisyyden kannalta huomio kiinnittyy myös pelon aiheuttajiin. Interventioiden tarpeellisuuden tarkasteleminen on erittäin tärkeä eettinenkin näkökulma kättilölle. Synnytyksenaikaisilla tapahtumilla on kauaskantoiset vaikutukset naisen ja lapsen elämässä.

Lisäksi Suomessakin lisääntyvä monikulttuurisuus tuo haasteita kättilötyöhön, mikä on selvää tulosten perusteella. Erityisesti kehittyvissä maissa naisilla on il-



meistä tiedonpuutetta esimerkiksi siitä, miten riskiraskaus voi vaikuttaa synnytykseen. Lisäksi kotisyntyminen on näissä maissa enemmän sosiokulttuurinen normi länsimaihin verrattuna. Se että naiset ovat valmiita synnyttämään kotona suuris-takin riskeistä huolimatta, on eettinen ongelma erityisesti sikiön kannalta. Toi-saalta tiedonpuute ja asenteet riskejä kohtaan tuovat esille myös laajemman eet-tisen näkökulman esimerkiksi naisten oikeuksista maailmalla ja miten koulun-käynnin ja tasavertaisuuden edistämällä voitaisiin vaikuttaa myös edellä mainit-tuihin asioihin. Kuitenkin kättilötyön näkökulmasta on tärkeintä ymmärtää erilaisia kulttuureja ja niitä juurisyitä, miksi naiset päätyvät synnyttämään kotona tai toi-saalta myös sairaalassa.

Tämä tuo eettisen pohdinnan aiheeksi myös naisten itsemääräämisoikeuden. Yleisesti nainen tekee päätöksiä myös vielä syntymättömän sikiön puolesta. Kaikkialla maailmassa naisen itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan toteudu. Tä-mäkin on monisyinen eettinen ongelma, sillä mukana on naisen lisäksi myös si-kiö. Eettinen kysymys on toisaalta se, tukeeko naisen itsemääräämisoikeus si-kiön etuja. Toisaalta taas kysymykseksi muodostuu, mitä eettisiä ongelmia nai-sen itsemääräämisoikeuden toteutumattomuus tuo sikiön kannalta?

Tämän opinnäytetyön suositukset kättilötyöhön ovat:

- Kättilöillä olisi hyvä olla yleiskuva eri kulttuureista ja maista tulevien synnyttäjien käsityksistä synnytystä ja eri synnytyspaikkoja kohtaan. Esimerkiksi kehittyvistä maista tulevat synnyttäjät saattavat ajatella, että sairaala on jopa kotia vaarallisempi paikka synnyttää.
- Kättilöiden tulisi tarkastella aina interventioiden tarpeellisuutta ja perustella se mahdollisuuksien mukaan synnyttäjälle hyvin. Sairaalasta ympäristönä ei saada samanlaista kuin koti, mutta näillä keinoin voidaan vaikuttaa nais-ten turvallisuudentunteeseen.
- Kättilön tulee ohjata raskaana olevaa näyttöön perustuen. Korkean riskin synnyttäjille tulee suositella sairaalasyntymistä. Kättilön tulisi ohjailematta ottaa selvää kotisyntymispäätöksen takana olevista syistä ja vastata kysy-myksiin sekä hoitaa mahdollisesti taustalla olevaa pelkoa.

## 6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi useita eettisiä näkökulmia kotisynnytykseen liittyen. Aineistosta nousi esiin toisiaan tukevien tulosten lisäksi myös ristiriitaisuutta. Ymmärrettävästi naisten kokemuksissa ja ajatusmaailmoissa esiintyi huomattavia eroavaisuuksia. Kuitenkin ristiriitaisuutta esiintyi myös ammattilaisten suosituksiin ja toimintaan liittyen. Opinnäytetyön tuloksista voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

- Suunnitellun kotisynnytyksen eettiset näkökulmat liittyvät raskaana olevaan, sikiöön, ammattilaiseen, kotiympäristöön synnytyspaikkana ja raskaana olevan läheisiin.
- Suunniteltuun kotisynnytykseen liittyy paljon erilaisia asenteita ja ristiriitaisia suosituksia.
- Suhtautuminen suunniteltuun kotisynnytykseen ja sen yleinen hyväksyttävyyden vaihtelee eri maissa ja kulttuureissa.

Jatkotutkimusehdotuksia nousi tämän aiheen pohjalta melko paljon. Opinnäytetyötä tehdessä tekijät huomasivat, kuinka näin laajan aiheen käsitteleminen lähtee helposti työtä tehdessä ajautumaan myös ohi aiheen. Tämän opinnäytetyön pohjalta jatkossa voisi olla hyvä tutkia ja pohtia ainakin seuraavia asioita:

- Synnytyspelon, aiempien huonojen sairaalakokemusten ja kotisynnytysten yhteys
- Tehdäänkö sairaalassa turhia interventioita sekä kuinka helposti ja millä perusteilla niitä tehdään?
- Miten sairaalaympäristöstä saataisiin tehtyä kaikille synnyttäjille turvallinen ja mukava ympäristö synnyttää?
- Vaikuttaako synnytyssairaalassa kättilön vaihtuvuus synnytyskokemukseen? Kotisynnytyksiä hoitavat kättilöt tapaavat asiakkaitaan useamman kerran jo raskausaikana.

## LÄHTEET

\* Mukana opinnäytetyön aineistossa.

Abed Saeedi, Z., Ghazi Tabatabaie, M., Moudi, Z., Vedadhir, A.A. & Navidian, A. 2013. Childbirth at home: a qualitative study exploring perceptions of risk and risk management among Baloch women in Iran. *Midwifery* 29 (1), 44–52. \*

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Verkkosivu. Viitattu 30.12.2023. <https://arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Borelli, S.E., Walsh, D. & Spiby, H. 2017. First-time mothers' choice of birthplace: influencing factors, expectations of the midwife's role and perceived safety. *Journal of advanced nursing* 73 (8), 1937–1946. \*

Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B. & Freeze, R. 2009. Staying Home to Give Birth: Why Women in United States Choose Home Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health* 54 (2), 119–125. \*

Brigante, L. 2022. How birthplace and outcomes are evolving in England & Wales. Royal College of Midwives: 19.1. 2022. Verkkosivu. Viitattu 7.5.2023. <https://www.rcm.org.uk/news-views/rcm-opinion/2022/how-birthplace-and-outcomes-are-evolving-in-england-wales/>

Chervenak, F.A. & Grünebaum, A. 2015. Home birth. The obstetrician's ethical response. *Contemporary OB/GYN* 60 (5), 44–46, 50. \*

Chervenak, F.A., McCullough, L.B., Grünebaum, A., Arabin, B., Levene, M.I. & Brent, R.L. 2013a. Planned Home Birth in the United States and Professionalism: A Critical Assessment. *The Journal of Clinical Ethics* 24 (3), 184–191. \*

Chervenak, F.A., McCullough, L.B., Grünebaum, A., Arabin, B., Levene, M.I. & Brent, R.L. 2013b. Planned Home Birth: A Violation of the Best Interests of the Child Standard? *Pediatrics* 132 (5), 921–923. \*

Cheyney, M., Burcher, P. & Vedam, S. 2014. A Crusade Against Home Birth. *BIRTH* 41 (1), 1–3. \*

de Crespigny, L. & Savulescu, J. 2014. Homebirth and the Future Child. *Journal of Medical Ethics* 40 (12), 807–812. \*

DAC List of ODA Recipients. Effective for reporting on 2024 and 2025 flows. n.d. OECD. Verkkosivu. Viitattu 21.12.2023. <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/DAC-List-of-ODA-Recipients-for-reporting-2024-25-flows.pdf>

Darmstadt, G.L., Yaakob, M.Y., Haws, R.A., Menezes, E.V., Soomro, T. & Bhutta, Z.A. 2009. Reducing stillbirths: interventions during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth* 9 (1).

Fischbein, S.J. & Freeze, R. 2018. Breech birth at home: outcomes of 60 breech and 109 cephalic planned home and birth center births. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18 (397), 1–12.

Fox, H., Callander, E., Lindsay, D. & Topp, S. 2019. Evidence of overuse? Patterns of obstetric interventions during labour and birth among Australian mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19 (226), 1–8.

Galcova, G., Böhm, P., Hon, Z., Herman, T., Doubrava, R. & Navatril, L. 2022. Comparison of frequency of Home births in the Member States of the EU between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health* 22.1.2022.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8796104/>

Garces, A., McClure, E.M., Espinoza, L., Saleem, S., Figueroa, L., Bucher, S. & Goldenberg, R.L. 2019. Traditional birth attendants and birth outcomes in low-middle income countries: A review. *Seminars in Perinatology* 43 (5), 247–251.

Gardiner, E., Lai, J.F., Khanna, D., Meza, G., de Wildt, G. & Beck, T. 2021. Exploring women's decisions of where to give birth in the Peruvian Amazon; why do women continue to give birth at home? A qualitative study. *PLoS One* 16 (9), 1–20. \*

Grünebaum, A., McCullough, L.B., Arabin, B., Dudenhausen, J., Orosz, B. & Chervenak, F.A. 2017. Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: home births versus hospital births in the United States. *Journal of perinatal medicine* 45 (3), 349–357.

Handa, M. & Robertson, A. 2014. Vaginal Birth After Cesarean Section: Ethical Considerations for Midwives. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice* 13 (2), 36–46. \*

Harvala, U. & Väyrynen, P. 2021. Kätilötyön etiikka. Teoksessa Harvala, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö - raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita.

Hildingsson, I., Haines, H., Karlström, A. & Nystedt, A. 2017. Presence and process of fear of birth during pregnancy—Findings from a longitudinal cohort study. *Women and Birth* 30 (5), e242-e247.

Home Births in the U.S. Increase to Highest Level in 20 Years. 2022. Centers for disease control and prevention. Verkkosivu. Viitattu 7.5.2023.  
[https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs\\_press\\_releases/2022/20221117.htm](https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2022/20221117.htm)

Informed Choice. n.d. NCDHHS. Verkkosivu. Viitattu 30.11.2023.  
<https://www.ncdhhs.gov/about/department-initiatives/competitive-integrated-employment/informed-choice>

Interventions during labour. n.d. Pregnancybirth&baby. Verkkosivu. Viitattu 30.11.2023. <https://www.pregnancybirth&baby.org.au/interventions-during-labour>

Isojärvi, J., Lukin, P., Mäkelä, S. & Peltonen, T. 2023. Systemaattinen tiedonhaku: aloita tästä. Tampereen yliopiston kirjasto. Verkkosivu. Viitattu 1.12.2023. <https://libguides.tuni.fi/systemaattinen-tiedonhaku>

Itsemääräämisoikeuden varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. n.d. Valvira. Verkkosivu. Viitattu 30.11.2023 <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/itsemaaraamisoikeus>

Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset. n.d. Suomen Lääkäriliitto. Verkkosivu. Viitattu 30.11.2023. <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-etiikka/potilas-laakari-suhde/itsemaaraamisoikeus-ja-sen-poikkeukset/>

Janssen, P.A., Henderson, A.D. & Saraswathi, V. 2009. The Experience of Planned Home Birth: Views of the first 500 Women. BIRTH 36 (4), 297–304. \*

JBI: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstile. 2019. The Joanna Briggs Collaboration. Verkkosivu. Viitattu 18.12.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-ja-selosteosa-asi-antuntijoiden-nakemys-ja-narratiivinen-teksti.pdf>

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. 2018. The Joanna Briggs Collaboration. Verkkosivu. Viitattu 18.12.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf>

Jouhki, M-R. 2019. Kotisynnytys valintana Suomessa. Kättilölehti - Tidskrift för barnmorskor 124 (6), 62–63. \*

Jääskeläinen, R. & Vierimaa, K. 2017. Kotisynnytys Suomessa – opas perheille ja ammattilaisille. Aktiivinen synnytys ry. Verkko-opas. Viitattu 21.12.2023. [https://aktiivinensynnytys.fi/wp-content/uploads/2017/03/aksy\\_kotisynnytys.pdf](https://aktiivinensynnytys.fi/wp-content/uploads/2017/03/aksy_kotisynnytys.pdf)

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas: 29. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>

Kotisynnytys. 2020. Tays. Verkkosivu. Viitattu 21.12.2023. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Raskaus\\_ja\\_synnytys\\_hoitoohjeet/Kotisynnytys\(76649\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Raskaus_ja_synnytys_hoitoohjeet/Kotisynnytys(76649))

Kättilöt Suomessa. n.d. Suomen Kättilöliitto ry. Verkkosivu. Viitattu 30.11.2023. <https://suomenkatiloliitto.fi/suomen-katiloliitto/katilot-suomessa/>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 30.11.2023 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

McCullough, L.B., Grünebaum, A., Arabin, B., Brent, R.L., Levene, M.I. & Chervenak, F.A. 2016. Ethics and professional responsibility: Essential dimensions of planned home birth. Seminars in Perinatology 40 (4), 222–226. \*

- Montagu, D., Yamey, G., Visconti, A., Harding, A. & Yoong, J. 2011. Where Do Poor Women in Developing Countries Give Birth? A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Survey Data. *PLoS One* 6 (2).
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt M., Axeli, A, Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto; 2016. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C. & Mulrow, C.D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Verkkosivu. Viitattu 28.12.2023. <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
- Pakkotila. 2021. Opuslex. Verkkosivu. Viitattu 30.11.2023 <https://www.opuslex.fi/artikkelit/rikos/pakkotila>
- Regan, M. & McElroy, K. 2013. Women's perceptions of childbirth risk and place of birth. *The Journal of Clinical Ethics* 24 (3), 239–252. \*
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-349-3>
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Scrimshaw, S.C. & Backes, E.P. 2020. Birth Settings in America: Outcomes, Quality, Access, and Choice. E-kirja. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555484/>
- Sirviö, E-L., Aumo, O., Korkiamäki, K., Lunabba, M., Nurminen, L., Närvä, H., Pajukangas, M. & Palmqvist, S. 2004. Laatusuhteiden kättilötyöhön. Kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Raportti. Viitattu 9.1.2023. [https://suomenkatiloliitto.fi/wp-content/uploads/2021/01/tiedolla\\_taidolla\\_tunteella1-1.pdf](https://suomenkatiloliitto.fi/wp-content/uploads/2021/01/tiedolla_taidolla_tunteella1-1.pdf)
- Smith, P.G., Morrow, R.H. & Ross, D.A. 2015. Field Trials of Health Interventions: A Toolbox. E-kirja. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305514/>
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A: 73/2016
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2023. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022. Joka viides synnytys päättyy keisarileikkaukseen. TILASTORAPORTTI 60/2023. Viitattu 21.12.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20231103143200>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2021. Synnyttäjien keski-ikä nousee yhä. TILASTORAPORTTI 41/2022. Viitattu 21.12.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022112867358>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Perinataalitalasto : synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. TILASTORAPORTTI 16/2016. Viitattu 5.1.2024. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016101024921>

Torraco, R.J. 2005. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review* 4 (3), 356–367.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Verkkosivu. Viitattu 22.4.2023. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

Utz, B., Siddiqui, G., Adegoke, A. & Van Den Broek, N. 2013. Definitions and roles of a skilled birth attendant: a mapping exercise from four South-Asian countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 92 (9), 1063–1069.

Volpato, F., Costa, R., Brüggemann, O.M., Monguilhott, J.J.C., Messa, I.E. & Colossim, L. 2021. Information that (de)motivate women's decision making on Planned Home Birth. *Revista Brasileira de Enfermagem* 74 (4), 1–8. \*

Walker, J.J. 2017. Planned home birth. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology* 43, 76–86. \*

Watson, V., Bryers, H., Krucien, N., Erdem, S., Burnside, M. & van Woerden, H.C. 2022. The Perception of Women in Rural and Remote Scotland About Intrapartum Care: A Qualitative Study. *The Patient – Patient-Centered Outcomes Research* 16 (2), 117–125. \*

What is a Midwife? n.d. GraduateNursingEDU.org. Verkkosivu. Viitattu 30.11.2023. <https://www.graduatennursingedu.org/careers/certified-nurse-midwife/what-is-a-midwife/#main>

Woodman, J. & Way, S. 2020. A qualitative study exploring women's experiences of conversations with maternity professionals when home birth is not recommended. *MIDIRS Midwifery Digest* 30 (3), 285–292. \*

## LIITTEET

## Liite 1. Opinnäytetyön aineiston keskeisimmät asiat

Tekijät, vuosi, maa	Aineisto/Otos	Tarkoitus/Aihe	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Chervenak, F.A., McCullough, L.B., Grünebaum, A., Arabin, B., Levene, M.I. &amp; Brent, R.L. 2013.</p> <p>Planned Home Birth in the United States and Professionalism: A Critical Assessment.</p> <p>The Journal of Clinical Ethics 24 (3), 184–191.</p> <p>Yhdysvallat</p>	-	<p>Arvioi kriittisesti väitteen “suunniteltu kotisyntyminen on ‘sopuisuudessa’ potilaan hoidon ammatillisen vastuun kanssa” eettistä ja tieteellistä oikeutusta sekä osoittaa sen olevan perusteeton. Arvioi kriittisesti synnytyslääkäreiden ammatillisten yhdistysten lausuntoja, joista toinen hyväksyy ja toinen tukee kotisynnytystä.</p>	Artikkeli.	<p>Kliinisesti ja eettisesti suunniteltu kotisyntyminen ei vastaa ammatillista velvollisuutta raskaana olevaa, sikiötä ja vastasyntyntä kohtaan. Synnytysterveystieteiden yhdistyksien ei tulisi hyväksyä suunniteltua kotisynnytystä, vaan suositella sitä vastaan. Ammattilaisten tulisi kertoa suunnitellusta kotisynnytyksestä kiinnostuneille, että se on lisännyt merkittävästi ehkäistävissä olevia, kliinisesti tarpeettomia perinataalisia riskejä ja suositella voimakkaasti suunniteltua kotisynnytystä vastaan sekä suunnitellun sairaalasyntyksen puolesta. Synnytysterveystieteiden tulisi tarjota rutiniinista erinomaista hoitoa kaikille, jotka siirretään kotoa sairaalaan synnyttämään. Lääketieteen etiikan konseptissa on ristiriitaista, että kotisynnytystä hoitavat edustavat itseään terveysalan ammattilaisena. Ammatillisen vastuun painopisteenä tulisi olla kokonaisvaltaisen ja kestävä, turvallisen kulttuurin luominen, johon liittyy raskaana olevan myötätuntoinen ja kunnioittava kohtelu: tätä ei kuitenkaan voida saavuttaa suunnittelussa kotisynnytyksessä.</p>
<p>Chervenak, F.A., McCullough, L.B., Grünebaum, A., Arabin, B., Levene,</p>	-	<p>Artikkeli kyseenalaistaa, onko AAP:n (The American</p>	Kommentti.	<p>AAP:n lausunnossa todetaan aivan oikein, että sairaalasyntyminen on turvallisin synnytysmuoto. Lausunnon vaikutus on kuitenkin, että se</p>



<p>M.I. &amp; Brent, R.L. 2013.</p> <p>Planned Home Birth: A Violation of the Best Interests of the Child Standard?</p> <p>Pediatrics 132 (5), 921–923.</p> <p>Yhdysvallat</p>		<p>Academy of Pediatrics) lausunto pediatriksen etiikan perusstandardin mukainen. Lausuntoon kuuluu siis: “— että sairaalat ja synnytyskeskukset ovat turvallisimpia syntymäpaikkoja Yhdysvalloissa samalla kunnioittaen naisten oikeutta tehdä tietoon perustuva päätös synnytyksestä” ja “jokaisessa synnytyksessä tulisi olla läsnä vähintään yksi henkilö, jonka ensisijainen vastuu on vastasyntyneen lapsen hoito”</p>		<p>sallii ja tahattomasti mahdollistaa suunnitellun kotisynnytyksen, jos tietyt olosuhteet täyttyvät. Näiden olosuhteiden täyttäminen ei kuitenkaan poista ennalta ehkäistävissä olevaa, lisääntyntä perinataalista riskiä suunnitellusta kotisynnytyksestä. AAP:n tulisi harkita tämän seuraamisen peruuttamista ja sen korvaamista lastenlääkäreiden ammatillisella vastuulla ohjata vahvasti suunniteltua kotisynnytystä vastaan ja toisaalta suunnitellun sairaalasyntymisen puolesta. AAP:n tulisi myös korostaa lastenlääkäreiden ammatillista vastuuta olla osallistumatta suunniteltuun kotisynnytykseen lukuun ottamatta tässä artikkelissa kuvattuja hyvin rajallisia olosuhteita. Lastenlääkäreiden tulisi tukea kotia muistuttavien tilojen luomista sairaalassa ja synnytyskeskuksissa, jotka ovat sairaaloissa tai niiden läheisyydessä.</p>
<p>McCullough, L.B., Grünebaum, A., Arabin, B., Brent, R.L., Levene, M.I. &amp; Chervenak, F.A. 2016.</p> <p>Ethics and professional responsibility: Essential dimensions of planned home birth.</p> <p>Seminars in Perinatology 40 (4), 222–226.</p> <p>Yhdysvallat</p>	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yhteenveto viimeaikaisista analyyseistä koskien hoitajia ja syntymätuloksia Yhdysvalloissa.</li> <li>2. Kuvataan synnytysetiikan ammatillinen vastuumalli.</li> <li>3. Tunnistetaan mallin vaikutukset perinatologin rooliin sellaisten naisten neuvonnassa, jotka ilmaisevat kiinnostusta tai kysyvät suunnitellusta kotisynnytyksestä.</li> </ol>	Artikkeli.	<p>Tekijät ovat osoittaneet, että suunniteltu kotisynnytyks on paradigma etiikan ja ammattimaisuuden merkityksestä nykyajan perinatologiassa. Synnytysetiikan ammatillisen vastuun malli luo joukon ammatillisia vastuita, joiden tulisi ohjata perinatologeja vastaamaan suunnitellun kotisynnytyksen kiinnostuksenilmaisuihin tai sitä koskeviin kysymyksiin raskaana olevilta naisilta. Perinatologien tulisi ottaa näyttöön perustuva lähestymistapa ja selittää suunnitellun kotisynnytyksen dokumentoidut, ehkäistävissä olevat lisääntyneet perinataaliset riskit ja kyseenalainen laatu. Kun ote-</p>

				<p>taan huomioon nämä todisteet suunnitellun kotisynnytyksen riskin lisääntymisestä, joita ei voida hyväksyä, perinatologien ei pitäisi epäröidä olla suora neuvonnassaan. Tämän ammatillisen vastuun täyttämiseksi perinatologien tulisi suosittelulla suunniteltua kotisynnytystä vastaan, korostaen kotisynnytyksympäristön riittämättömyyttä vastatakseen nopeasti ja tehokkaasti synnytyksen hätätilanteisiin. Perinatologeilla on ammatillinen vastuu luoda ja ylläpitää vahvaa turvallisuuskulttuuria, joka on sitoutunut kotisynnytyksen kaltaiseen kokemukseen sairaalassa. Täyttämällä rutiininomaisesti nämä ammatilliset vastuut perinatologit voivat auttaa estämään dokumentoidut, lisääntyneet riskit suunnitellusta kotisynnytyksestä.</p>
<p>Walker, J.J. 2017. Planned home birth. Best practice &amp; research. Clinical obstetrics &amp; gynaecology 43, 76–86.</p> <p>Yhdistynyt kuningaskunta</p>	-	<p>Jotkin tulokset viittaavat siihen, että kotisynnytyksessä voi olla suhteellisen turvallinen oikeissa olosuhteissa. Tähän tarvitaan kattava äitiyshuollon verkosto, joka kannustaa ja reagoi. Pitäisikö tätä tukea kotisynnytyksien turvallisuuden parantamiseksi vai vastustaa, koska kotisynnytyksessä on monissa tilanteissa luonnostaan turvatonta?</p>	Artikkeli.	<p>Ei ole suoraa vastausta kysymykseen "onko suunniteltu kotisynnytyksessä turvallinen?" Se riippuu. Se voi olla turvallista, mutta sen täytyy olla osa täysin integroitua palvelua, jotka tarjoavat siirron ja pelastamisen.</p>
<p>Chevernak, F.A. &amp; Grünebaum A. 2015.</p>		<p>Tutkimusryhmän tilastokat-</p>	Artikkeli	<p>Tutkimusryhmä osoittaa, että näyttöön perustuvan</p>

<p>Home birth. The obstetrician's ethical response.</p> <p>Contemporary OB/GYN 60 (5), 44–46, 50.</p> <p>Yhdysvallat</p>		<p>saus kotisynnytyksiin liittyvästä ammattilaisten eettisestä vastuusta. Ammattilaisilla on velvollisuus kertoa kotisynnytysten riskeistä, mutta myös varoa ohjailemasta synnyttäjää. Tuodaan ilmi tämän päivän ajattelumalli siitä, kuinka synnyttäjillä on määrätty oikeus päättää asioistaan.</p>		<p>hoitotyön periaatteiden mukaan obstetrikon tulisi aina näyttöön perustuen suositella kotisynnytystä vastaan. Kotisynnytystä vastaan suosittelun pitäisi olla yhtä lailla normi, kuin esim. Raskaana olevan suosittaminen päihitteettömyyteen.</p>
<p>Watson, V., Bryers, H., Kruvien, N., Erdem, S., Burnside, M. &amp; van Woerden, H.C. 2022.</p> <p>The Perception of Women in Rural and Remote Scotland About Intrapartum Care: A Qualitative Study.</p> <p>The Patient – Patient-Centered Outcomes Research 16 (2), 117–125.</p> <p>Skotlanti.</p>	<p>14 skotlantilaista naista. 13 naisista oli nuoria lapsia, ja yksi vastaajista oli raskaana.</p>	<p>Laadullinen tutkimus Scotlannin syrjäseuduilla asuvien naisten synnytyspaikan valinnasta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Tutkivat vaikuttaako pidempi etäisyys sairaalasta (1-3h) synnytyspaikan valitsemiseen, ja kuinka.</p>	<p>Laadullinen tutkimus Maateriaali kerätty puhelinhaastattelulla ja tulokset tarkasteltiin teematisen analyysin avulla.</p>	<p>Maaseuduilla ja syrjäseuduilla asuvilla on suurempi paine valita synnytyspaikaksi jokin muu, kuin (yliopisto)sairaala. Tuloksista kävi ilmi, että kaikki tutkimukseen haastatellut äidit olivat miettineet myös kotisynnytyksen mahdollisuutta.</p>
<p>Woodman, J. &amp; Way, S. 2020</p> <p>A qualitative study exploring women's experiences of conversations with maternity professionals when home birth</p>	<p>Viisi naista, jotka valittiin tutkimukseen vapaaehtoisuuden perusteella. Tutkimusta maionostettiin sosiaalisessa mediassa ja sen tarkoituksena oli</p>	<p>Naisten kokemuksia keskusteluista ammattilaisten kanssa, silloin, kuin naiselle ei terveydenhuollon ammattilaisten toimesta suositella kotisynnytystä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastattelulla ja tuloksista tehtiin teemaattinen analyysi.</p>	<p>Tutkimuksessa haastateltiin lopulta 5 naista. Esiin nousseet teemat käsittelivät naisten kokemaa kamppailua oman päätöksensä puolustamiseksi, sitä, kuinka naista ei kohdattu yksilönä tilanteissa, sitä, kuinka naiset itse olivat ottaneet asi-</p>

<p>is not recommended.</p> <p>MIDIRS Midwifery Digest 30 (3), 285–292.</p> <p>Yhdistynyt kuningaskunta</p>	<p>myös tarjota vertaistukea naisille raskauden ja synnytyksen aikana.</p>	<p>Kysyttiin myös, miltä kotisynnytyksen kieltämisen naisista tuntui ja mitä ajatuksia se herätti.</p>		<p>asta paljon selvää, syyllisyyden ja itsekkyyden tunnetta, ja pohdintaa siitä, voiko ammattilainen kuitenkaan estää kotisynnytyksen, vaikka keskusteluissa näennäisesti kieltää.</p>
<p>Borelli, S., Walsh, D., Spiby, H. 2017.</p> <p>First-time mothers' choice of birthplace: influencing factors, expectations of the midwife's role and perceived safety.</p> <p>Journal of advanced nursing 73 (8), 1937–1946.</p>	<p>Tutkimusdataa on kerätty kesäkuusta 2013, tammikuuhun 2014. Haastatellut naiset olivat raskauden viimeisellä kolmanneksella, ja yhteensä haastateltuja naisia oli 14.</p>	<p>Tavoitteena oli ymmärtää, min-kälaiset tekijät vaikuttavat ensisynnyttäjien synnytyspaikan valintaan. Vaihtoehtoina tutkimuksessa olivat synnytyskeskukset, sairaala ja kotisynnytykset. Samalla tutkittiin, myös odotuksia kättilöltä riippumatta synnytyksistä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Tulokset kerätty kasvokkain tapahtuvissa haastatteluisissa, jotka nauhoitettiin.</p>	<p>Tärkeänä tutkimuksessa nousi esiin, että odotukset kättilöltä ovat samankaltaisia riippumatta synnytyspaikasta. TV-ohjelmien vaikutus synnytyspaikkaan nostettiin esiin, osaa se oli rohkaissut synnyttämään kotona tai synnytyskeskuksessa interventioiden välttämiseksi, osa taas hakeutui TV:ssä näytettyjen riskien vuoksi ehdottomasti sairaalaan. Kodin synnytyspaikaksi valinneilla valintaan vaikutti ympäristön turvallisuus ja tuttuus, sekä luotto kättilön ammattitaitoon.</p>
<p>De Chrespigny, L. &amp; Savulescu J. 2014.</p> <p>Homebirth and the future child.</p> <p>Journal of Medical Ethics 40 (12) 807–812.</p> <p>Yhdistynyt kuningaskunta.</p>	<p>-</p>	<p>Asiantuntijat argumentoivat kotisynnytystä vastaan sillä verukkeella, että kotisynnytyksen pitkäaikaisvaikutuksista tulevaa lasta kohtaan on liian vähän tietoa ja tutkimusta. Artikkelissa vedotaan siihen, että kotisynnytykset on altistaa syntymättömän lapsen kohtuuttoman suureen riskiin ja on vastuutonta synnyttäjältä ja ammattilaiselta puolustaa sitä.</p>	<p>Artikkeli</p>	<p>Kotisynnytystä verrattiin ajamiseen ilman turvavöitä, sekä tuotiin esille, kuinka myös alkoholin käyttö kielletään raskaana olevilta tulevaa lasta ajatellen. Asiantuntijat eivät suoraan kokonaan kieltäisi kotisynnytystä, mutta vahvasti siihen viittaavat ja kannustavat ammattilaisia puhumaan kotisynnytystä vastaan.</p>

Handa, M. & Robertson, A. 2014.  Vaginal Birth After Cesarean Section: Ethical Considerations for Midwives.  Canadian Journal of Midwifery Research and Practice 13 (2), 36–46.  Kanada	-	Kotisyntyksen jälkeen, kohtuarven repämisen vaara ja kohonnut riski ylipäänsä synnyttää alateitse. Tässä tuodaan ilmi kätilöiden näkökulmaa, kätilöiden tulisi olla itsevarmoja kieltäytyessään hoitamasta kotisyntymästä seksion jälkeen.	Artikkeli	Kätilöiden tulisi itsevarmasti kieltäytyä hoitamasta kotisyntymästä seksion jälkeen. Tuodaan esille myös fakta siitä, että naisella on oikeus toimia myös suosituksia vastaan ja päättää synnyttää kotona, kun päätöksen taustalle on annettu riittävästi tietoa (informed choice)
Cheney, M., Burcher, P. & Vedam, S. 2014.  A Crusade Against Home Birth.  BIRTH 41 (1), 1–3.  Yhdysvallat.	-	Ammattilaisten vaste Grunebaumin ja Chevernakin ”ristiretkelle” kotisyntymästä vastaan.	Artikkeli	Sen sijaan, että synnytykset tulisi medicalisoida ja keskittää ainoastaan sairaaloihin, tulisi Yhdysvalloissa uudelleen aloittaa ja tukea kätilöiden ja lääkäreiden yhteistyötä synnytyksen hoidossa.
Regan, M. & McElroy, K. 2013.  Women's perceptions of childbirth risk and place of birth.  The Journal of Clinical Ethics 24 (3), 239–252.  Yhdysvallat	49 ensimmäistä lastansa odottavaa naista, joiden katsottiin kriteerien mukaan olevan matalan riskin synnyttäjiä. Heillä katsottiin olevan matala riski joutua seksioon. (haastatteluhetkellä osallistujat olivat 21–36-vuotiaita ja raskausviikoilla 28–36)	Laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin useamman puhelimen välityksellä tapahtuneen haastattelun avulla. (ensimmäiset haastattelut jo raskausaikana, seuraava haastattelu 6 viikkoa synnytyksen jälkeen)	Laadullinen tutkimus. Tulosten tarkastelu temaattisen analyysin perusteella.	Tulokset oli jaettu temaattisesti. Tuloksia oli mm. Ammattilaisiin luottava ryhmä naisia, jotka kokivat interventiot kuuluvaksi synnytykseen, lasten näkökulmasta katsovat äidit, jotka pelkäsivät riskejä, sekä ryhmä äitejä, jotka uskoivat kehoon ja luottivat siihen.
Volpato, F., Costa, R., Brüggemann, O.M., Monguillott, J.J.C., Messa, I.E. & Colossim, L. 2021.	14 Santa Catarinaista naista haastateltiin semi-strukturoidulla haastattelulla, joka	Tavoitteena on ymmärtää, miten tieto suunnitellusta kotisyntymästä motivoi tai	Kuvaileva tutkimus, kvalitatiivinen lähestymistapa.	Kotisyntymänsä valintaan motivoivia tekijöitä ovat: autonomian kunnioittaminen, luonnollinen synnytys- ja lapsen syntymäprosessi, kumppanin tuki ja luottamus

<p>Information that (de)motivate women's decision making on Planned Home Birth.</p> <p>Revista Brasileira de Enfermagem 74 (4), 1–8.</p> <p>Brasilia</p>	<p>nauhoitettiin. Naisten synnytyksestä tuli olla vähintään 30 päivää, mutta enintään yksi vuosi. He olivat ilmaisseet kiinnostusta suunniteltuun kotisyntymykseen raskausaikana. Naisia haasteltiin riippumatta siitä, missä hän lopulta synnytti. Kaikki olivat yli 18-vuotiaita.</p>	<p>“epämotivoi” naisten päätöksiä tästä synnytyspaikasta.</p>		<p>ammattilaisiin. Valintaan epämotivoivia tekijöitä ovat: komplikaatioiden pelko, tarve sairaalan lääketieteelliselle “tuelle”, ja riskeihin keskittyvät mielipiteet.</p>
<p>Gardiner, E., Lai, J.F., Khanna, D., Meza, G., de Wildt, G. &amp; Beck, T. 2021.</p> <p>Exploring women's decisions of where to give birth in the Peruvian Amazon; why do women continue to give birth at home? A qualitative study.</p> <p>PLoS One 16 (9), 1–20.</p> <p>Peru</p>	<p>25 naista haasteltiin semi-strukturoidulla haastattelulla. Naiset olivat synnyttäneet viimeisten 18 kuukauden aikana. He puhuivat englantia tai espanjaa, asuivat pysyvästi Loretoissa ja olivat yli 18-vuotiaita. Kaikki olivat kykeneviä osallistumaan. Poissuljettiin naiset, joiden vauvoilla ilmeni vakava sairaus tai kuolema.</p>	<p>Tavoitteena tutkia laitossyntymien mahdollisuuksia ja esteitä sekä tutkia naisten kokemuksia synnytyksen aikaisesta hoidosta Amazonian Perussa. Tavoitteena on tutkia, miksi Loreton naiset päättävät synnyttää kotona tai terveydenhuollossa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Aineistosta nousi viisi teemaa: 1) Taloudelliset esteet, 2) hoitoon pääsy, 3) hoitopaikkojen pelko, 4) hoidon hakemisen tärkeys ja 5) kodin mukavuudet ja perinteet. Usein osallistujat ymmärsivät hoidon hakemisen tärkeyden, mutta esteet säilyivät. Havaittuja esteitä olivat mm. pelko terveydenhuollon tiloja ja interventioita kohtaan, suorat ja epäsuorat kustannukset, päivittäisten toimien jatkuvuus, etäisyys ja kuljetusten saavuus. Terveydenhuollon laitoksissa synnyttäneillä oli vaihtelevia kokemuksia: monet raportoivat hyvästä huomiosta, mutta osa koki huonoa kohtelua sisältäen loukkaavaa/väkivaltaista käytöstä.</p>
<p>Abed Saeedi, Z., Ghazi Tabatabaie, M., Moudi, Z., Vedadhir, A.A. &amp; Navidian, A. 2013.</p> <p>Childbirth at home: a qualitative study exploring perceptions of risk and risk</p>	<p>21 Baloch-naista haasteltiin perusteellisesti ei-strukturoidulla haastattelulla. Kaikki naiset olivat synnyttäneet suunnitellusti kotona. Naiset olivat 13-</p>	<p>Tavoitteena selvittää, miten naiset, jotka päättävät synnyttää kotona, hahmottavat ja hallitsevat synnytykseen liittyviä riskejä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Naiset pitivät sairaalasyntymystä riskialttiina lääketieteellisten toimenpiteiden, rutiinien ja eettisten näkökohtien vuoksi. Kotisyntymyksen riskiksi koettiin akuutit lääketieteelliset tilat. Naiset tekivät päätöksen kotisyntymyksestä olemassa olevan sanallisen, visuaalisen ja</p>

management among Baloch women in Iran.  Midwifery 29 (1), 44–52.  Iran	39-vuotiaita ja olleet raskaana 1-8 kertaa aikaisemmin.			intuitiivisen tiedon perusteella. Kaksi riskinhallintaan liittyvää luokkaa tunnistettiin: psykologinen valmistelu (1) sekä lääketieteellinen ja logistinen valmistelu (2). Naiset luottivat intuitioonsa, kättilönsä ja perheidensä sosiopsykologiseen tukeen ja että heidät siirrettäisiin sairaalaan komplikaatioiden ilmaantuessa.
Jansen, P., Henderson, A. & Saraswathi, V. 2009.  The Experience of Planned Home Birth: Views of the first 500 Women.  BIRTH 36 (4), 297–304.  Kanada	559 naista, jotka olivat kahden vuoden ajan jakson aikana suunnitelleet kotisynnytystä. Kyselykaavake lähetettiin 862 naiselle. Osa kaavakkeista ei tavoittanut mahdollisia osallistujia, ja useampi jätti lomakkeen palauttamatta.	Haastattelu ja tulosten teemaattinen analysointi naisista, jotka ovat valinneet Kanadassa kotisynnytyksen. Haastattelu tapahtui kyselykaavakkeiden avulla.	Laadullinen tutkimus, tulosten teemoittelu.	Suurinosa tuloksista keskittyi siihen, kuinka tyytyväisiä naiset olivat kättilön hoitamiin kotisynnytyksiin. Kanadassa vain 6% synnytyksistä (olivat ne sitten kotona tai sairaalassa) on kättilön hoitamia ja loput lääkärin.
Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B. & Freeze, R. 2009.  Staying Home to Give Birth: Why Women in United States Choose Home Birth.  Journal of Midwifery & Women's Health 54 (2), 119–125.  Yhdysvallat.	160 yhdysvaltalaisista naista, jotka olivat ainakin kerran suunnitelleet kotisynnytystä. Tutkimukseen osallistujia haettiin nettikyselyn kautta.	Kyselykaavakkeella naisten vastauksia kysymykseen, miksi he päättivät synnyttää kotona. Kyselykaavakkeessa oli ainoastaan yksi kysymys: eessee muotoinen vastaus kysymykseen "Miksi valitsit kotisynnytyksen?".	Kuvaileva, laadullinen tutkimus Tulosten tarkastelu teemaattisen analyysin avulla.	Tässä tutkimuksessa ainoastaan positiivisia kokemuksia, yksilöllisyys, päätöksentekokyky ja luottamus omaan kehoon nousivat esiin. Sekä myös pelko synnytykseen puuttumisesta ja turhista toimenpiteistä.
Jouhki, M-R. 2019.  Kotisynnytys valintana Suomessa.	-	Käsittelee kotisynnytystä ja sen taustalla olevia syitä Suomessa.	Artikkeli	Kotisynnytyksien määrä nousee Suomessa. Perhe vastaa itse järjestelyistä, mutta ammattilaisella on velvollisuus antaa näyttöön

Kättilölehti - Tidskrift för barnmorskor 124 (6), 62–63.  Suomi			perustuvaa tietoa. Kotisynnytysten taustalla voi olla esimerkiksi toiveet ja tarpeet synnytysympäristöön liittyen, eri perheenjäsenten mahdollisuus olla läsnä synnytyksessä, aiemmat synnytyskokemukset, luonnonmukaisuuden tavoittelemisen ja toive siitä, että voi itse vaikuttaa synnytyksen tapahtumiin sekä toive tietystä synnytyksen hoitajasta ja huoli siitä, että lapsi syntyy matkalla.
---	--	--	---