



# SYNNYTTÄJÄN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN TOTEUTUMINEN SYNNYTYKSEN AIKANA

Opinnäytetyö

**Katja Makkonen**

**Hoitotyön koulutusohjelma**

Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

<b>SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU</b> <b>Terveysala, Kuopio</b>	
<b>OPINNÄYTETYÖ</b> <b>Tiivistelmä</b>	
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto, kätilö (AMK)	
Työn tekijä(t): Katja Makkonen	
Työn nimi: Synnyttäjän itsemääräämisoikeuden toteutuminen synnytyksen aikana	
Päiväys: 16.12.2011	Sivumäärä / liitteet: 59/4
Ohjaajat: FT, lehtori Marja Silén-Lipponen	
Työyksikkö / projekti: Kuopion yliopistollinen sairaala, naistentautien ja synnytysklinikka, synnytyssali osasto 2303	
Tiivistelmä: <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata synnyttäjien kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta synnytyksen aikana. Tavoitteena oli saada tietoa itsemääräämisestä synnytyksen eri vaiheissa ja saadun tiedon avulla kehittää kätilötyötä niin, että kätilöt osaavat aiempaa paremmin ohjata ja tukea synnyttäjiä itsenäiseen päätöksentekoon. Itsemäärääminen tarkoittaa synnyttäjän oikeutta osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS). Alateitse synnyttäneitä naisia haastateltiin puolistrukturoidun eli teemahaastattelun avulla. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena synnyttäjän itsemääräämisestä muodostui viisi yläkategoriaa: synnyttäjän käsitys itsemääräämisestä, synnytyksen aikaiset fyysiset oireet, synnyttäjän toiveiden huomiointi, sairaalan ohjeet ja säännöt sekä päätöksenteko synnytyksen aikana, jotka kuvaavat synnyttäjän itsemääräämistä synnytyksen aikana.</p> <p>Synnyttäjät olivat saaneet osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon. Itsemääräämistä edistäviä tekijöitä olivat kokemukset aiemmista synnytyksistä, kätilön kannustava asenne, tukihenkilön läsnäolo ja synnyttäjän halu osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Itsemääräämisoikeuden toteutumista heikensivät synnyttäjän kokemaa kipua, väsymys, liikunnan rajoittaminen ja tiedon puute. Synnyttäjillä ei ollut riittävästi tietoa synnytyksen aikaisista vaihtoehdoista. Lisää tietoa kaivattiin kivunlievityksestä ja varhaisesta kotiutumisesta. Osa synnyttäjistä koki sairaalan ohjeet ja säännöt itsemääräämistä estäviksi.</p> <p>Jatkossa synnyttäjiä tulisi tukea aikaisempaa enemmän itsenäiseen päätöksentekoon kertomalla synnytyksen aikaisista vaihtoehdoista. Tietoa olisi tärkeää antaa jo raskausaikana. Kätilön rooli aktiivisena tiedonantajana korostui, koska synnyttäjät toivoivat saavansa tietoa kysymättä. Sairaaloiden internet-sivuja tulisi myös kehittää, koska synnyttäjät hankkivat entistä enemmän tietoa itsenäisesti internetistä.</p>	
Avainsanat: (1-5) itsemäärääminen, päätöksenteko, synnytys, teemahaastattelu	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/> Salainen <input type="checkbox"/>	

**SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES****Health Professions Kuopio****THESIS****Abstract**

Degree Programme: Degree Programme of Nursing

Option: Midwifery

Authors: Katja Makkonen

Title of Thesis: Women's experiences of self-determination during childbirth

Date: 16.12.2011

Pages / appendices: 59/4

Supervisor: PhD, Senior lecturer Marja Silèn-Lipponen

Contact persons:

Kuopio University Hospital (KUH), Department of Obstetrics and Gynecology

The purpose of this study was to describe the experiences of women's self-determination during birth. The aim of this study was to get information on women's self-determination in different stages of labor and develop midwifery work that midwives are able to better guide and support women in independent decision-making. Self-determination means women's right to participate in their own care-related decision-making.

The study was conducted as a qualitative research at the Kuopio University Hospital (KUH). Women who had given birth were interviewed using a semi-structured theme interview. The data was analyzed using inductive research analysis.

As a result of the study five categories were formed: women's understanding of self-determination, physical symptoms during birth, women's wishes, the hospital guidelines and rules and decision-making during birth. These categories describe the self-determination during childbirth.

Women were allowed to participate in the decision-making during labor. Things that promoted self-determination were experiences of previous births, midwife's support attitude, the presence of a support person and the desire to participate in their own care-related decision-making. Pain, fatigue, limitation of movement and lack of information weakened women's self-determination. Women didn't have enough knowledge about the options during birth. More information of the pain relief and the early postnatal discharge was wished. Some of the women experienced that the hospital guidelines and rules reduce self-determination.

In the future women should be supported towards more autonomous decision-making during birth by telling the different options. Information should be given already during the pregnancy. Midwife's active role as an information giver was highlighted. Women wanted to have information without asking. In addition, hospitals should develop their internet sites because women search for information more and more on the internet.

Keywords: (1-5) self-determination, decision-making, birth, theme interview

Public Secure

*"Mä sanoinkin siitä miehelle, että voi ei jos taas on semmonen tilanne, että joudun taistelemaan.*

*Mutta mä olin päättänyt, että nyt mä taistelen ja otan sen mitä haluan.*

*Mutta nyt ei tarvinnut."*

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	9
2 SYNNYTYS.....	11
2.1 Säännöllinen synnytys.....	11
2.2 Synnytyksen kulku.....	12
2.3 Synnytyskipu.....	14
3 ITSEMÄÄRÄÄMINEN.....	15
3.1 Itsemäärääminen terveydenhuollossa.....	15
3.2 Synnyttäjän itsemäärääminen.....	17
3.3 Syntymättömän lapsen oikeudet.....	20
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	22
5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	23
5.2 Tutkimukseen osallistujat.....	24
5.3 Aineiston hankinta.....	24
5.4 Aineiston analysointi.....	25
5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	27
6 TULOKSET.....	30
6.1 Synnyttäjien käsitys itsemääräämisestä.....	31
6.2 Synnytyksen aikaiset fyysiset oireet.....	32
6.3 Synnyttäjän toiveiden huomiointi.....	33
6.4 Sairaalan ohjeet ja säännöt.....	36
6.5 Synnytyksen aikainen päätöksenteko.....	38
7 POHDINTA.....	41
7.1 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua.....	41
7.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia.....	42
7.3 Tutkimustulosten tarkastelu.....	44
7.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusaiheet.....	50
7.5 Oman ammatillisen kasvun tarkastelu.....	51

## LIITTEET

LIITE 1: Haastatteluiden teemat ja teemoja tarkentavat kysymykset

LIITE 2: Saatekirje tutkittaville

LIITE 3: Suostumuslomake tutkittaville tutkimukseen osallistumisesta

LIITE 4: Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä ja luokittelusta

## KUVIOT

Kuvio 1: Sisällönanalyysin vaiheet

Kuvio 2: Synnyttäjän itsemäärääminen synnytyksen aikana jäsennehtynä yläkategorioiden mukaisesti

Kuvio 3: Fyysisten oireiden vaikutus synnyttäjän itsemääräämiseen synnytyksen aikana

Kuvio 4: Synnyttäjän toiveiden huomiointi

Kuvio 5: Sairaalan ohjeiden ja sääntöjen vaikutus synnyttäjän itsemääräämiseen

Kuvio 6: Päätöksenteko synnytyksen aikana synnyttäjän kokemana

## TUTKIMUKSESSA KÄYTETYT LYHENTEET JA TERMIT

### *Asiakas*

Tässä tutkimuksessa asiakkaalla tarkoitetaan kaikkia terveydenhuollon palveluita käyttäviä ihmisiä. Asiakasta käytetään yleisilmaisuna potilaalle.

### *CTG (Kardiotokografia)*

Synnytyksen aikana sikiön sydänääniä voidaan kuunnella joko ulkoisesti synnyttäjän vatsan päältä tai sisäisesti asentamalla sikiön päähän Scalp-anturi. CTG:n avulla voidaan seurata sikiön sydänääniä, supistusten voimakkuutta ja tiheyttä sekä niiden vaikutusta sikiön vointiin.

### *Episiotomia*

Välilihan leikkaaminen.

### *Hartiadystokia*

Hartiadystokia tarkoittaa tilannetta, jossa sikiö kiilautuu hartioista pään synnyttyä luiseen lantioon ja hartioiden ulosautto vaikeutuu, koska ylempi hartia ei synny sikiön päätä alaspäin painamalla. Ulosauton pitkittyessä vaarana on asfyksian kehittyminen, joka voi johtaa jopa lapsen kuolemaan.

### *Itsemäärääminen*

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan ihmisen oikeutta päättää asioista ja tehdä itsenäisiä päätöksiä ilman ulkopuolelta tulevaa pakkoa. Terveydenhuollossa itsemääräämisellä tarkoitetaan asiakkaan oikeutta osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon ja mahdollisuutta vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun.

### *Hoitohenkilökunta*

Tässä tutkimuksessa käytetään termiä hoitohenkilökunta tarkoittamaan kaikkia terveydenhuollon ammattilaisia kuten kättilöitä, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja lääkäreitä.

### *KYS*

Kuopion yliopistollinen sairaala

### *Medikalisaatio*

Lääketieteellistyminen ja lääketieteen vahvistuminen. Synnytys on medikalisoitunut ja synnytyksen luonnolliseen etenemiseen puututaan joskus tarpeettomasti.

### *Pikku-Haikara*

Pikku-Haikara on sähköinen esitietojärjestelmä, jonne raskaana olevat kirjaavat omia tietojaan raskauden aikana. Pikku-Haikara on käytössä Pohjois-Savon alueella.

### *Synnyttäjä*

Tässä tutkimuksessa synnyttäjällä tarkoitetaan synnyttämään tulevaa ja synnyttäneitä, joita on haastateltu tutkimusta varten.

### *Tutuks-sivusto*

Tutuks on KYS:n virtuaalinen tutustumiskäynti synnytyssairaalaan. Tutuks-palvelussa esitellään odottavan perheen hoitopolut raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeen. (<http://www.synnytystutuksi.fi/tutukspalvelu.html>)



## 1 JOHDANTO

Synnyttäjällä on oikeus osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Synnyttäjällä tulee myös olla mahdollisuus jättää päätöksenteko hoitohenkilökunnalle.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunta (ETENE) on ottanut kantaa synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettisiin periaatteisiin. Kannanotossa määritellään, että jokaisen ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja hoito toteuttaa inhimillisyyttä, yksilöllisyyttä ja yksityisyyttä kunnioittaen. Synnytyksen aikana ohjausta tulee antaa niin, että synnyttäjä voi tehdä tietoisia ja harkittuja valintoja sekä kantaa niistä vastuun. (Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet 2010, 1.)

Uuden terveydenhuoltolain avulla pyritään asiakaskeskeisiin ja saumattomiin palveluihin, terveyden edistämiseen sekä terveyspalveluiden tasavertaiseen saatavuuteen. Lain myötä tavoitteena on asiakkaiden aseman, hoidon ja palveluiden parantaminen tiivistämällä perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Terveydenhuoltolain myötä asiakkaalla on oikeus valita vapaammin häntä hoitava terveydenhoitopaikka ja hoitohenkilöstö. Myös asiakkaan roolia oman hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa korostetaan (THL 2011.) Lain mukaan synnyttäjälläkin olisi jatkossa oikeus valita sairaala, jossa hän synnyttää.

Itsemääräämisoikeutta on tärkeää tutkia, koska itsemääräämisoikeuden toteutuminen on laissakin määritelty asiakkaan oikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Itsemääräämisoikeuden toteutumista potilaan näkökulmasta on tutkittu jonkin verran, mutta synnyttäjän itsemääräämisoikeuden näkökulmasta tutkittua tietoa on melko vähän tai tutkimukset ovat vanhoja. Itsemääräämisoikeus liittyy myös synnyttäjän kokemaan tyytyväisyyteen. Synnyttäjät, joilla oli mahdollisuus osallistua päätöksentekoon, olivat tyytyväisempiä synnytyksen aikaiseen hoitoon kuin ne, jotka eivät saaneet osallistua päätöksentekoon. (Goodman, Mackey & Tavakoli

2004, 212–218; Namey & Drapkin Lyerly 2010, 771–776; Rudman, El-Khouri & Walderström 2006, 482–487.)

Naukkarisen (2008) tutkimuksessa todettiin, että asiakkaat olivat erittäin halukkaita itsemääräämiseen. Asiakkaat olivat kuitenkin saaneet vain vähän tukea hoitohenkilökunnalta omien mielipiteidensä ilmaisuun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tutkimuksessa havaittiin myös, että asiakkailla ei usein ollut tietoa siitä miten he voisivat osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin. (Naukkarinen 2008, 129.) Tätä tutkimustietoa sovellettaessa synnyttäjiin voidaan ajatella, että synnyttäjiä tulisi tukea yhä enemmän itsemääräämiseen ja lisätä heidän tietoaan eri hoitovaihtoehdoista. Lisää tutkimustietoa tarvitaan myös siitä, miten synnyttäjät ymmärtävät itsemääräämisen ja mitkä asiat edistävät tai mitkä estävät itsemääräämisen toteutumista.

Idea opinnäytetyön aiheesta tuli hoitotyön yliopettajalta talvella 2009. Tutkija tiedusteli Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) synnytyssalin kiinnostusta aiheesta ja opinnäytetyön aihe muokkautui yhdessä synnytyssalin osastonhoitajan ja ohjaavan opettajan kanssa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata synnyttäjien kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta synnytyksen aikana. Tutkimuksessa tarkasteltiin synnyttäjän kokemuksia itsemääräämisestä synnytyssaliin tuloon ja synnytyssalista lähdön välisenä aikana. Tavoitteena oli saada tietoa synnyttäjien kokemuksista itsemääräämisestä synnytyksen eri vaiheissa ja saadun tiedon avulla kehittää kättilötyötä niin, että kättilöt osaavat aiempaa paremmin ohjata ja tukea synnyttäjää omien valintojen tekoon. Tavoitteena oli myös parantaa synnyttäjien itsemääräämisoikeuden toteutumista tulevaisuudessa. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena teemahaastattelun avulla haastattelemalla KYS:ssä synnyttäneitä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön laatiminen on yksi osa-alue sairaanhoitajaopinnoissa. Tutkijan omina tavoitteina oli syventää tietoja synnytyksen hoidosta, oppia hankkimaan tutkimustietoa, harjaantua käyttämään näyttöön perustuvaa tietoa sekä työskentelemään pitkäjänteisesti.

## 2 SYNNYTYS

### 2.1 Säännöllinen synnytys

Raskauden kestoksi määritellään 280 vuorokautta, 10 raskauskuukautta tai 40 raskausviikkoa (Sariola & Haukkamaa 2004, 325; Väyrynen 2009, 170). Synnytys on kyseessä, jos lapsi syntyy vähintään 22 raskausviikkoa kestäneen raskauden jälkeen tai lapsen painaessa syntyessään yli 500 grammaa. Ennenaikainen synnytys on silloin, jos synnytys tapahtuu yli kolme viikkoa ennen laskettua aikaa eli ennen kuin 37 raskausviikkoa on kulunut. Yliaikaiseksi synnytystä sanotaan, jos lapsi syntyy yli kaksi viikkoa lasketun ajan jälkeen eli raskauden kestettyä yli 42 raskausviikkoa (Tiitinen 2009b; Uotila 2009b, 430–431).

WHO:n määritelmän mukaan synnytys on säännöllinen, kun se alkaa spontaanisti, siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä ja synnytys etenee matalan riskin synnytyksenä. Matalan riskin synnytyksellä tarkoitetaan sikiön syntymistä alakautta päättilassa 37.–42. raskausviikolla ja synnytyksen jälkeen lapsi sekä äiti ovat hyväkuntoisia. (Raussi-Lehto 2009, 209; WHO 1996, 4.)

The Maternity Care Working Party (MCWP) on määritellyt säännöllisen synnytyksen lähes samalla tavalla kuin WHO. Sen mukaan säännöllisessä synnytyksessä synnyttäjän avautumisvaihe alkaa spontaanisti, synnytys etenee lääkkeettömästi ja synnytys tapahtuu ilman instrumentteja. Säännöllisessä synnytyksessä ei käytetä lääkkeitä synnytyksen käynnistämiseen, epiduraali- tai spinaalipuudutusta kivunlievitykseen, yleisanestesiaa, synnytyksen avustamisessa pihtejä tai imukupia, keisarinleikkausta eikä episiotomiaa (välilihan leikkaamista). (The Maternity Care Working Party MCWP 2007, 3.) WHO:n määritelmän mukaan synnyttäjää tuetaan psykososiaalisesti koko synnytyksen ajan, synnyttäjällä on oikeus valita ponnistusasento eikä synnyttäjää ja lasta erota toisistaan vaan pidetään ihokontaktissa, jotta imetys mahdollistuisi. Lisäksi synnyttäjällä on oikeus liikkua koko synnytyksen ajan vapaasti eikä synnytystä toteuteta rutiinimaisesti vaan pyritään huomioimaan synnyttäjän yksilöllisyys. (Lothian 2004, 1–5.) Suomessa synnytys määritellään säännölliseksi vaikka äiti saisi ei-lääkkeellistä tai lääkkeellistä kivunlievitystä (Sariola & Haukkamaa 2004, 315).

Synnytyksen kulkua voidaan avustaa monin eri tavoin synnytyksen aikana. Ei ole aikaisempia tutkimustuloksia siitä, että synnytyksen luonnolliseen etenemiseen keinotekoisesti puuttuminen tekisi synnytyksestä turvallisempaa. On arveltu, että medikalisaatio lisää riskejä synnytyksessä, koska synnytyksen kulkuun puututaan joskus tarpeettomasti. Terveystieteissä riskien varaudutaan ennakoita, mutta silloin voidaan estää säännöllisen synnytyksen toteutuminen. (Lothian 2004, 1–5.)

Suomessa MCWP:n määritelmän mukaisia säännöllisiä synnytyksiä on alle 10 %:a kaikista synnytyksistä. Tämä johtuu osittain siitä, että Suomessa käytetään epiduraalipuudutusta huomattavasti enemmän kuin Iso-Britanniassa. Suomessa suurimmalla osalla synnyttäjistä supistuksia voimistetaan oksitosiini-infuusiolla, joka lisää kohdun supistumista ja siten synnytyksen edistymistä. Vuonna 2009 Suomessa oksitosiinia käytettiin 37,8 %:ssa synnytyksistä. Suomessa välihihan leikkausprosentti oli 31 %:a, kun Iso-Britanniassa luku oli vain 13 %:a. (Kätilöliitto 2010a, 5; Vuori & Gissler 2010, liitetaulukko 1.) Eri maiden välillä synnytyksen säännöllisyys määritellään eri tavoin ja tämän vuoksi suora vertailu eri maiden synnytystilastoista on vaikeaa.

## 2.2 Synnytyksen kulku

Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen. Synnytys alkaa avautumisvaiheella, jatkuu ponnistusvaiheella vauvan syntymään asti ja päättyy kolmanteen vaiheeseen, jossa jälkeiset poistuvat. Synnytys voi alkaa supistuksilla tai lapsiveden menolla. Säännöllisessä synnytyksessä synnytyksen kulkuun ei varsinaisesti tarvitse puuttua. Synnytyksen aikana seurataan äidin ja sikiön vointia, jotta mahdolliset riskit ja häiriöt voidaan havaita ennakoita. Säännöllisen synnytyksen hoitaa kätilö. (Tiitinen 2009a; WHO 1996, 13.) Synnytyksen hoitoon osallistuu tarvittaessa gynekologi, anestesia- ja lastenlääkäri (KYS 2011). Myös Ruotsissa kätilöt hoitavat itsenäisesti säännöllisen synnytyksen ja riskisynnytyksen yhdessä gynekologin kanssa (Blix-Lindström, Johansson & Christensson 2008, 191).

Avautumisvaiheen kesto on hyvin yksilöllistä. Ensisynnyttäjällä avautumisvaihe kestää noin 7–9 tuntia ja usein uudelleensynnyttäjillä avautumisvaiheen kesto on lyhyempi. Avautumisvaihe on alkanut, kun supistukset ovat säännöllisiä ja kohdunsuu on avautunut 2–4 cm. (Tiitinen 2009a.) Kohdun säännölliseksi supistumiseksi määritellään kohdun supistelu säännöllisesti vähintään kymmenen minuutin välein. Avautumisvaiheen aikana kohdunsuu avautuu täysin 10 senttimetriin,

jolloin lapsen tarjoutuva osa laskee lantion pohjalle. Säännöllisessä synnytyksessä sikiö syntyy takaraivotarjonnassa leuka rintaa vasten, jolloin sikiön pää on koukistunut eteenpäin. (Tiitinen 2009a; Sariola & Haukkamaa 2004, 327.)

Ensisynnyttäjillä voi avautumisvaiheen aikana tulla latentti vaihe, jossa synnyttäjä kokee kivuliaita supistuksia kohdunsuun ollessa vielä osittain jäljellä ja kohdunsuun ollessa lähes kiinni. Tämä vaihe voi kestää yhdestä jopa kahteen vuorokauteen. Avautumisvaiheen eteneminen riippuu supistuksista, joiden tiheyttä, voimaa ja kestoa seurataan. Supistuksia voidaan parantaa antamalla äidille laskimoon oksitosiinia, jos supistukset ovat heikkoja tai supistuksia tulee harvoin. (Sariola & Haukkamaa 2004, 327–328.)

Ponnistusvaihe alkaa kohdunsuun ollessa täysin auki ja sikiön pää ollessa laskeutuneena lantionpohjalle (Sariola & Haukkamaa 2004, 328–329). Synnyttäjälle tulee ponnistamisen tarve sikiön painaessa synnyttäjän peräsuolta ja välilihaa. Lapsi syntyy äidin ponnistaessa supistuksen aikana. (Tiitinen 2009a.) Synnytyksen kolmas vaihe alkaa lapsen synnyttyä ja kestää istukan sekä kalvojen syntymiseen. Syntymän jälkeistä kahden tunnin seuranta synnytyssalissa kutsutaan neljänneksi vaiheeksi. Tässä vaiheessa synnyttäjän ja vauvan hyvinvointia tarkkaillaan tehostetusti. (Raussi-Lehto 2009, 262–267.)

Joskus synnytystä tulee auttaa ulkoisesti. Imukuppisynnytykseen ryhdytään ponnistusvaiheessa joko synnyttäjän tai sikiön hyvinvoinnin turvaamiseksi. Imukupin avulla avustetaan synnyttäjän tai sikiön ahdinkoa tarjoamalla ulkopuolelta tulevaa apua synnytyksen päättämiseksi. Imukuppi on laite, joka kiinnittyy sikiön päähän alipaineella ja josta vetäen voidaan auttaa sikiötä laskeutumaan synnytyskanavassa. Synnyttäjistä johtuvia syitä imukupin käyttöön ovat esimerkiksi pitkittynyt ja tehoton ponnistaminen, väsyminen ja supistusheikkous. Sikiöstä johtuvia syitä ovat tarjontavirheet ja sikiön ahdinko. Imukuppi on syrjäyttänyt pihtien käytön synnytyksen päättämisessä. Pihtisynnytyksiin liittyy enemmän riskejä välilihan repeämiin, jonka vuoksi Suomessa niiden käyttö on vähäistä. Synnytys voidaan missä vaiheessa tahansa päättää keisarinleikkauksella eli sektioilla. Elektiivisen eli suunnitellun sektion indikaatioita ovat muun muassa sikiön poikkeava tarjonta, sikiön ja synnyttäjän lantion epäsuhta, aiempi kohtuun kohdistunut leikkaus, synnyttäjän krooninen sairaus ja synnytyspelko. Päivystyssektion syitä ovat esimerkiksi synnytyksen pitkittyminen tai pysähtyminen, sikiön asfyksia tai vakava komplikaatio tai sen uhka. (Tiitinen 2011; Uotila 2009c, 494–500.)

### 2.3 Synnytyskipu

Naisen elämässä synnytyskipu on yksi voimakkaimpia kipukokemuksia – kipu varoittaa alkavasta synnytyksestä ja ohjaa synnyttäjän hakeutumaan hoitoon (Alahuhta 2006, 129). Lähes kaikki synnyttäjät kokevat synnytyksen kivuliaana, ja noin 20 %:a synnyttäjistä kokee sietämätöntä kipua synnytyksen aikana (Sariola & Haukkamaa 2004, 332). Synnytyskipun kokeminen on kuitenkin yksilöllistä. On todettu, että henkilökunnan arvioimana synnytyskipu on lievempää kuin synnyttäjän arvioimana. Synnytyskipun hoidossa ja kivunlievityksen valinnassa synnyttäjän omat toiveet ovat keskeisessä asemassa. Farmakologinen kivunlievitys ei kuitenkaan vähennä hoitohenkiökunnan empaattisen ja kannustavan asenteen merkitystä synnytyssalissa. (Alahuhta 2006, 130.) Synnytyksen aikainen kipu vähentää synnyttäjien halukkuutta osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon (Piensoho 2001, 141, 147; Styrman & Leino-Kilpi 1993, 68; Vallimies-Patomäki 1998, 35–36). Sitä vastoin Haaramon (1995, 48) tutkimuksessa todettiin, että synnyttäjän kokema kipu ei merkittävästi vähentänyt itsemääräämisen toteutumista.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmän ja WHO:n raporteissa todetaan, että synnyttäjän saama jatkuva psykososiaalinen tuki synnytyksen eri vaiheissa edistää synnytyksen kulkua ja lisää synnyttäjän hyvää synnytyskokemusta. Synnytyksen aikaisen jatkuvan tuen on todettu myös vähentävän synnyttäjän lääkkeellisen kivunlievityksen käyttöä ja instrumentaalisen synnytyksen todennäköisyyttä. Lisäksi on todettu synnytyksen keston lyhenevän ja vastasyntyneen voinnin paranevan Apgar-pisteillä arvioituna. (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala & Weston 2011, 11–14; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä 2007, 66; WHO 1996, 12.) Kokonaisvaltaista tukemista on synnyttäjän emotionaalinen, fyysinen ja itseluottamuksen säilymisen tukeminen (Lothian 2004, 3).

### 3 ITSEMÄÄRÄÄMINEN

#### 3.1 Itsemäärääminen terveydenhuollossa

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan ihmisen oikeutta päättää asioista ja tehdä itsenäisiä päätöksiä ilman ulkopuolelta tulevaa pakkoa (Etene 2001, 13; Naukkarinen 2008, 17; Sirviö ym. 2004, 7). a Itsemäärääminen terveydenhuollossa tarkoittaa asiakkaan oikeutta osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon ja mahdollisuutta vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun (Etene 2001, 13).

Itsemääräämiseen liitetään erilaisia käsitteitä kuten autonomia, itsenäisyys, hallinta, riippumattomuus, vapaus, oikeus ja osallistuminen päätöksentekoon (Haaramo 1995, 3; Pahlman 2003, 182–183). Itsemäärääminen voidaan myös ajatella oikeudeksi päätöksentekoon ja valintoihin, jolloin yksilöllä on oikeus itseään koskeviin vapaisiin tekoihin. Näillä valinnoilla ei kuitenkaan saa loukata toisen yksilön itsemääräämistä. (Launis 2010, 136; Pahlman 2003, 183.) Itsemäärääminen on ihmisen oikeus päättää asioista elämäkatsomuksen, arvomaailman sekä ajatusten mukaisesti. Terveydenhuollossa itsemäärääminen tarkoittaa asiakkaan oikeutta osallistua oman hoitonsa liittyvään päätöksentekoon ja koskemattomuuteen. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää asiakkaan hoitamista yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Etene 2001, 13; Naukkarinen 2008, 17; Vallimies-Patomäki 1998, 35.) Itsemääräävältä yksilöltä vaaditaan kuitenkin riittävää ymmärryskykyä, joka tarkoittaa kykyä tehdä häntä itseään koskevia päätöksiä. Itsemääräämistä oikeutena tulee toteuttaa niin pitkälle kuin on mahdollista. (Pahlman 2003, 183.)

Itsemääräämiseen liittyy myös paternalismi (holhoaminen). Paternalismin tavoitteena on suojella yksilöä vahingolta, jota tämä tietoisesti tai tietämättään uhkaa omalla toiminnallaan aiheuttaa itselleen. Paternalismi voi olla yhteiskunnan, ammattilaisten tai yksittäisen henkilön esimerkiksi asiakkaan omaisen toteuttamaa toimintaa. Heikkoa paternalisimia on yksilön omien etujen vastaiseen toimintaan puuttuminen tilanteissa, joissa asiakas on pysyvästi tai tilapäisesti kykenemätön itsemääräämiseen tai tietämätön uhkaavasta vaarasta. Maltillista paternalismia on tiedon antaminen, koska yksilön ei ole pakko ottaa tietoa vastaan. (Launis 2010, 137.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että asiakkaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (3 §), tiedonsaantioikeus (5 §) ja itsemääräämisoikeus (6 §) (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Asiakkaalle tulee antaa riittävästi tietoa sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista siten, että asiakas ymmärtää nämä ja on saanut riittävästi tietoa omien päätöksiensä tueksi (Etene 2011, 13). Asiakkaan tiedonsaantioikeus tarkoittaa tiedon antamista terveydentilasta, hoidon merkityksestä ja sen laajuudesta, hoidon riskeistä sekä hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Hoitohenkilökunnan tulee antaa tiedot asiakkaalle siten, että hän ymmärtää ne riittävässä määrin ja voi tämän pohjalta tehdä itseään koskevia päätöksiä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä 2007, 17.) Asiakkaan tahtoa on myös kunnioitettava ja hoidettava yhteisymmärryksessä ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. (Etene 2001, 13.) Jos asiakas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on yritettävä hoitaa yhteisymmärryksessä jollakin muulla mahdollisella tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Asiakkaan itsemääräämistä rajoitetaan, jos hänelle ei anneta hänen terveyteensä liittyviä tietoja, ei annetta osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon, ei anneta lupaa kieltäytyä hoidosta tai jättää hoitoa kesken. (Vallimies-Patomäki 1998, 35.) Asiakkaalla ei kuitenkaan ole oikeutta saada mitä tahansa hoitoa, vaikka hoidossa on pyrittävä huomioimaan asiakkaan tarpeet yksilöllisesti. Asiakkaan hoitoa koskeva päätöksenteko perustuu terveydentilaan liittyvään tarveperiaatteeseen ja hoidon tarve arvioidaan lääketieteelliseltä kannalta. Hoidontarpeen sekä hoidon päättää terveydenhuollon ammattilainen ja viime kädessä lääkäri. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä 2007, 17.)

Välimäen ym. (2002) tutkimuksessa havaittiin, että asiakkaat kokivat tiedonsaannin tärkeäksi oman hoitonsa kannalta. Tärkeimpinä tietoina pidettiin tietoa sairaudesta ja diagnoosista, tutkimuksista ja niiden tuloksista sekä toimenpiteistä ja hoidosta. Asiakkaiden tiedonsaanti toteutui näillä osa-alueilla parhaiten. Asiakkaat suhtautuivat kriittisimmin tiedon riittävyteen silloin, kun tieto koski toimenpiteen riskejä. Asiakkaat eivät saaneet riittävästi tietoa hoidon riskeistä, ennusteesta, hoitovaihtoehdoista tai omista oikeuksistaan. Osa tutkittavista olisi toivonut tietoa selviytymistä tukevista asioista kuten jatkohoidosta, kuntoutuksesta sekä sairauden tai toimenpiteen vaikutuksesta toimintakykyyn. (Välimäki ym. 2002, 4729–4733.)

Myös Ruotsissa hoitoon liittyvä päätöksenteko tulee olla asiakkaan ja hoitohenkilökunnan yhteinen. Päätöksenteossa tulee huomioida asiakkaan oikeus itsemääräämiseen ja yksilöllisyyteen. Päätöksen tueksi tulee antaa tietoa, joka on kohdennettu yksilöllisesti asiakkaan tilanteeseen. Asiakkaalle tulee



antaa tietoa myös mahdollisista riskeistä. Lisäksi, jos asiakas kieltäytyy hänelle suunnitellusta hoidosta, tulisi miettiä vaihtoehtoisia asiakkaalle sopivia keinoja. Päätöksenteon tulisi tapahtua niin, että asiakas ymmärtää annetun tiedon. (Blix-Lindström, Christensson & Johansson 2004, 105.)

### 3.2 Synnyttäjän itsemäärääminen

Synnyttäjän itsemääräämisoikeus tarkoittaa synnyttäjän oikeutta osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Jotta synnyttäjällä olisi mahdollista osallistua omaan hoitoonsa ja ottaa vastuuta synnytyksestä, on hänelle annettava riittävästi luotettavaa ja ymmärrettävää tietoa päätöksenteon tueksi. Jos synnyttäjä ei kykene itse päättämään omasta hoidostaan, on kättilöllä velvollisuus tehdä päätöksiä synnyttäjän puolesta parhaan kykynsä mukaan. (Sirviö ym. 2004, 7.) Ryttyläisen (2006, 17) tutkimuksen mukaan synnyttäjät halusivat hallita itseään ja tilannetta raskauden ja synnytyksen aikana, mutta osa synnyttäjistä uskoi raskauden ja synnytyksen olevan tapahtumia, jotka ohjautuvat ulkoisesti ja joita ei voi hallita.

Kättilötyön etiikkaa ohjaavat kansainväliset eettiset ohjeet, lainsäädäntö ja yleiset ohjeet. Kättilön ammattietiikan perusta koostuu ihmisarvosta, ihmiskäsityksestä ja synnyttäjän oikeuksien huomioonottamisesta. Synnyttäjää tulee kohdella yksilöllisesti ainutkertaisena, tietoisena ja toimivana kokonaisuutena. Kättilö sitoutuu synnyttäjän oikeuteen saada asianmukaista tietoa valintojensa pohjaksi sekä antaa mahdollisuuden osallistua omaan ja lapsen hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Synnyttäjällä on vastuu omasta toiminnastaan ja päätöksistään ja kättilön tehtävä on tukea synnyttäjää ottamaan vastuuta omista valinnoista ja niiden seurauksista. Jotta tämä onnistuisi, on kättilön tunnistettava synnyttäjän voimavarat. Vuorovaikutuksessa kättilö ja synnyttäjä ovat tasavertaisia ja aktiivisia osallistujia. Tarvittaessa kättilö toimii synnyttäjän edun valvojana ja puolestapuhujana. (Raussi-Lehto 2009, 207; Sirviö ym. 2004, 6; Väyrynen 2009, 34.) Kättilön on kuitenkin osattava ennakoida tilanteita, joissa synnytyksen edistyminen poikkeaa säännöllisestä (Raussi-Lehto 2009, 207). Synnyttäjän osallistuminen päätöksentekoon ei tarkoita sitä, että synnyttäjä jätettäisiin yksin päättämään hoidostaan vaan asiantuntijan, synnyttäjän ja tukihenkilön vuorovaikutusta sekä asiantuntijan roolia tiedon antajana (Ahonen 2001, 39).

Prosessiajattelun mukaisesti synnytyksen hoidon perustana on hoidon tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Synnytyksen hoito on tavoitteeseen pyrkivää toimintaa, jonka lähtökohdan muodostavat synnyttäjän ja sikiön vointiin liittyvät tarpeet. (Raussi-Lehto 2009, 207.)

Eettisiä ongelmia voi syntyä synnyttäjän itsemääräämiseen ja vaihtoehtojen valintaan liittyvissä tilanteissa. Synnytyksen aikana synnyttäjän toiveita tulee toteuttaa mahdollisuuksien mukaan. Synnyttäjän itsemäärääminen ja omaan hoitoon osallistuminen eivät aina kuitenkaan toteudu. Syyt voivat olla joko sisäisiä tai ulkoisia. Sisäisiä syitä ovat muun muassa synnytyspelko ja ulkoisia syitä voivat olla ahtaat tilat synnytyssalissa, synnytysasentojen ja kivunlievityksen puute, kiire ja kättilön asenne. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 207.)

Hautaniemi (2007) on tutkinut ensisynnyttäjän hallinnan tunnetta. Tutkimuksessa havaittiin, että synnyttäjät kokivat usein päättäneensä asioista synnytyksen aikana. Tutkimuksessa todettiin, että joskus synnytyksen aikaisen päätöksen teki kättilö tai päätös oli kättilön ja äidin yhteinen. Kaikki synnyttäjät eivät kokeneet päätöksentekoon osallistumista tärkeänä. Osa synnyttäjistä koki, että eivät saaneet osallistua päätöksentekoon, vaikka olisivat halunneet. Piensohon (2001) tutkimuksessa taas havaittiin, että osa synnyttäjistä oli saanut tehdä päätöksiä synnytyksen aikana ja hoitohenkilökunnan toiminnalla ei ollut suurta merkitystä päätöksentekoon. Nämä synnyttäjät tiesivät mitä halusivat synnytyksen aikana ja toimivat pääosin sen mukaisesti. (Piensoho 2001, 150.)

Piensohon tutkimuksessa todettiin, että synnyttäjät olisivat halunneet olla aktiivisia synnytyksen aikana. Synnyttäjät kokivat hoitohenkilökunnan asiantuntijakeskeisyyden ja aseman vähentävän synnyttäjien omaa päätöksentekokykyä. (Piensoho 2001, 148.) Kättilö voi edistää synnyttäjän itsemääräämiskykyä hankkimalla tietoa synnyttäjän arvostuksista ja elämäntyylistä, huomioimalla synnyttäjän yksilölliset tarpeet sekä tukemalla synnyttäjän aktiivista osallistumista ja päätöksentekoa. (Vallimies-Patomäki 1998, 35–36.) Myös synnytyssuunnitelma edistää synnyttäjän itsemääräämisoikeutta ja lisää hallinnan tunnetta synnytyksen aikana. Synnytyssuunnitelmaan kootaan synnyttäjän toivomuksia synnytyksen hoidosta yhdessä synnyttäjän, tukihenkilön ja kättilön kanssa. Synnytyssuunnitelman yhteydessä keskustellaan myös siitä, että synnytyksen tapahtumia ei voi ennustaa etukäteen ja synnytyssuunnitelmaan voi tulla muutoksia. Synnytyssuunnitelma on käytössä vain osassa Suomen sairaaloita. (Raussi-Lehto 2009, 210; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä 2007, 51–52.)

Ensisynnyttäjällä ei aina ole realistista käsitystä siitä, mitä asioita raskauden ja synnytyksen aikana on mahdollista itse kontrolloida ja hallita. Hallinnan tunteen kannalta ensimmäinen synnytyskokemus on keskeinen, koska ensimmäisen synnytyksen perusteella synnyttäjä rakentaa oman käsityksen hallinnasta ja siihen vaadittavista merkittävistä toimista seuraavia synnytyksiä ajatellen. Hallinnan tunteesta tulee pysyvä vasta naisen saatua vahvistavia kokemuksia riittävästi. (Ryttläinen 2005, 16–17.) Styrmanin ja Leino-Kilven (1993, 68) tutkimuksessa todettiin, että synnyttäjät kokivat halun osallistua ja vaikuttaa omaan synnytykseen vaikeaksi. Synnyttäjät kaipasivat lisää tietoa mahdollisuudestaan osallistua omaan hoitoonsa, sillä heillä oli vaikeus ymmärtää kuinka voisivat osallistua sekä epävarmuutta siitä kykenisivätkö osallistumaan hoitoonsa.

Itsemäärääminen ei kuitenkaan ole itseisarvo synnytyksessä vaan keino edistää synnytyksen kulkua ja synnyttäjän hyvää oloa. Joskus kätilö voi joutua rajoittamaan synnyttäjän itsemääräämisoikeutta, jos itsemääräämisoikeuden toteuttaminen olisi vaaraksi joko synnyttäjän tai lapsen terveydelle (Louhivuori 1994, 79–85). Joskus myös sairaalaan määräykset ja ohjeet estävät synnyttäjän itsemääräämisoikeuden toteutumisen. Blix-Lindströmin ym. (2008) tutkimuksessa todettiin, että kätilöt eivät aina toimineet ohjeiden mukaan vaan huomioivat synnyttäjän toiveita ja välttivät toimenpiteitä, jotka voisivat olla haitallisia synnytyksen etenemiselle tai säännölliselle synnytykselle. Osa kätilöistä oli sitä mieltä, että ohjeet ja määräykset estivät myös kätilön omaa päätöksentekoa ja itsemääräämisoikeutta. (Blix-Lindström ym. 2008, 193.)

Blix-Lindströmin ym. (2004, 107) tutkimuksessa synnyttäjien tyytyväisyys synnytyksen keinotekoiseen etenemiseen koostui kätilön antamasta tuesta ja ohjauksesta, tiedon antamisesta, omista ennako-odotuksista synnytykseen liittyen, ystäviltä ja kirjallisuudesta hankitun tiedon määrästä sekä luottamuksesta omiin taitoihin. Synnyttäjän voimavarojen huomiointi, teoreettinen tieto ja luottamus omiin taitoihin synnytyksen aikana lisäsivät synnyttäjien osallistumista päätöksentekoon (Blix-Lindström ym. 2004, 105).

Yhteenvedona voidaan todeta, että synnyttäjät halusivat osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon nykyistä enemmän. Itsemääräämistä estäviä tekijöitä tutkimusten perusteella ovat synnyttäjien tietämättömyys siitä kuinka voisivat osallistua päätöksentekoon, tiedon puute eri vaihtoehdoista, sairaalan byrokraattiset ohjeet ja määräykset sekä kätilön rooli päätöksentekijänä. Myös synnytyskivun havaittiin vähentävän synnyttäjien päätöksentekoon osallistumista. Osa

synnyttäjistä ei kokenut päätöksentekoon osallistumista tärkeänä ja osa ei halunnut osallistua oman hoitonsa suunnitteluun tai sitä koskevaan päätöksentekoon.

### 3.3 Syntymättömän lapsen oikeudet

Kätilön tulee ottaa huomioon synnyttäjän itsemääräämisoikeuden toteutumisessa myös syntymättömän lapsen turvallisuus, koska hoitohenkilökunnalla on ammatillinen vastuu synnyttäjän tekemistä ratkaisuksista. Henkeä uhkaavissa tilanteissa synnyttäjän pelastaminen on tärkeämpää kuin syntymättömän lapsen. Kätilön tulee kuitenkin kaikissa tilanteissa pyrkiä toteuttamaan parasta mahdollista hoitoa ottamalla huomioon sekä synnyttäjän ja sikiön hyvinvointi (Väyrynen 2009, 35–36.)

Syntymättömällä lapsella ei ole oikeuksia lainsäädännössä, vaan oikeudet määräytyvät raskaana olevan kautta (Tapper 2011, 8). Ennen lapsen syntymää voidaan tehdä ennakkollinen lastensuojeluilmoitus, jos on perusteltua epäillä, että syntyvä lapsi tarvitsee lastensuojelun tukitoimia heti syntymänsä jälkeen (Lastensuojelulaki 2007/417, 25 §). Sikiöllä tulee olla oikeus elämään, syntymiseen toivottuna, terveeseen kehittymiseen ja turvalliseen syntymään (Syntymättömän lapsen oikeudet 2008). Hyvän hoidon tavoitteena on, että syntyvän lapsen terveys ja hyvinvointi eivät vaarannu synnytyksessä. Synnytykseen liittyy kuitenkin aina riskejä, jonka vuoksi tulee kuitenkin tukea normaaleja fysiologisia toimintoja samalla varautumalla mahdollisiin riskeihin. Teknologiaa tulee käyttää tarkoituksenmukaisesti, jotta voidaan taata synnyttäjän ja lapsen terveyden kannalta hyvä ja turvallinen synnytys. (Kätilöliitto 2010b, 12.)

Sikiö on osa synnyttäjää ja on raskaana olevan itsemääräämisoikeuden alainen syntymään asti. Kätilötyön suurimmista eettisistä kysymyksistä liittyy raskauteen, etenkin sikiön ja raskaana olevan oikeuksiin. Raskaana olevan oikeudet ovat lähes rajattomat. Sikiön oikeudet on alistettu raskaana olevan oikeudeksi päättää sikiön oikeuksista. (Koski 2010, 14.) Raskaana olevalla on oikeus päättää sikiön kohtalosta omilla elintavoillaan. Raskaana olevan ei ole myöskään pakko hakeutua äitiyspalveluiden piiriin, mutta samalla sikiön terveys voi vaarantua. Synnytyksen aikana raskaana oleva voi heikentää sikiön ennustetta, jos synnytyksen aikaiset toiveet ovat ristiriidassa syntyvän lapsen edun kanssa. Myös synnytyspaikan valinnalla voi olla merkitystä syntymättömän lapsen terveydelle. Esimerkiksi kotona synnyttäessä ei ole hätäsektiovalmiutta tai lastenlääkärin palveluita

tarjolla. (Tammela & Nuutinen 2008, 356–357.) Olsenin ja Jewellin (2009) tutkimuksessa ei voitu osoittaa kotisyntytyksen haittoja tai sairaalassa synnyttämisen etuja matalan riskin synnyttäjällä. Sitä vastoin sairaalasyntytyksen todettiin lisäävän jonkin verran matalan riskin synnyttäjillä komplikaatioita ja tarpeettomia toimenpiteitä. (Olsen & Jewell 2009, 4–14.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata synnyttäjien kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta synnytyksen aikana. Tavoitteena oli saada tietoa synnyttäjien kokemuksista itsemääräämisestä synnytyksen eri vaiheissa ja saadun tiedon avulla kehittää kätilötyötä niin, että kätilöt osaavat aiempaa paremmin ohjata ja tukea synnyttäjää omien valintojen tekoon sekä niiden mukaiseen toimintaan.

Tutkimuksessa pyrittiin saamaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten synnyttäjät ymmärtävät itsemääräämisen?
2. Miten synnyttäjät saavat itse vaikuttaa synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon synnytyksen eri vaiheissa?
3. Millaisia esteitä synnytyksen aikaisessa itsemääräämisoikeuden toteutumisessa esiintyy?

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankkimista ja aineiston kokoaminen tapahtuu luonnollisista, todellisista tilanteista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tarkoituksena on etsiä odottamattomia seikkoja ja tämän vuoksi tutkimuksen lähtökohtana ei ole teorian testaaminen vaan tutkimusaineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen tarkastelu sekä ihmisten omien kokemusten kuvaus. Lähtökohtana voi olla uuden ilmiön käsitteellistäminen ja kuvaaminen. Laadullisen tutkimuksen keskeinen mahdollisuus on lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 155; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57; Vilka 2005, 97.) Laadullista tutkimusmenetelmää on hyvä käyttää silloin, kun tutkimuksen tavoitteena on tutkia huonosti tunnettuja ilmiöitä (Styrman & Leino-Kilpi 1993, 24). Laadullinen tutkimus sopi hyvin tutkimusmenetelmäksi tähän tutkimukseen, koska tutkimuksessa haluttiin saada tietoa synnyttäjien henkilökohtaisista kokemuksista itsemääräämisestä synnytyksen aikana. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta on jonkin verran tutkittua tietoa, mutta itsemääräämisoikeuden toteutumista synnytyksen aikana synnyttäjän näkökulmasta on tutkittu vain vähän.

Tässä tutkimuksessa tiedonhankintamenetelmänä oli teemahaastattelu. Haastattelu on tiedonkeruun menetelmänä joustava. Haastattelu korostaa ihmisen yksilöllisyyttä ja haastattelussa tutkittavalla on mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34–35; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Teema- eli puolistrukturoidussa haastattelussa teema-alueet eli aihepiirit ovat ennalta valittuja, mutta kysymysten tarkka muoto ja esittämisjärjestys puuttuvat (Hirsjärvi ym. 2006, 197; Metsämuuronen 2001, 42). Teemojen käsittelyjärjestyksellä ei haastattelun aikana ole merkitystä vaan tärkeintä on, että haastateltava voi kuvata omin sanoin ajatuksiaan ja kokemuksiaan (Eskola & Suoranta 1998, 87; Hirsjärvi & Hurme 2010, 47; Vilka 2005, 101–102). Teemahaastattelu sopii tutkimuksiin, joiden aiheena ovat intiimit tai arat aiheet. Teemahaastattelu sopii myös tutkimuksiin, joiden tavoitteena on selvittää heikosti tiedostettuja asioita kuten arvostuksia, ihanteita tai perusteluja. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34–35; Metsämuuronen 2001, 42.)

## 5.2 Tutkimukseen osallistujat

Tähän tutkimukseen osallistujat olivat KYS:ssä synnyttäneitä naisia, jotka puhuivat suomea ja, joiden synnytys oli tapahtunut alateitse. Viittä alateitse synnyttäneitä haastateltiin KYS:n lapsivuodeosastolla tai haastateltavien kotona kesäkuun 2011 aikana 1–7 vuorokautta synnytyksestä. Tutkimukseen osallistuneet synnyttäjät olivat ensi- ja monisyntyttäjiä. Osalla synnyttäjistä synnytys oli käynnistetty. Osa uudelleensynnyttäjistä toi haastatteluissa esille myös aiempia synnytyskokemuksiaan.

## 5.3 Aineiston hankinta

Tutkimusaineisto koostui viidestä teemahaastattelusta. Haastattelujen teemat laadittiin kirjallisuuden, aikaisempien tutkimusten ja KYS:n kätilöiden kanssa käytyjen keskustelujen perusteella (liite 1). Aluksi lähdeaineistoon tutustuminen aloitettiin Apeli-tietokannasta. Ensimmäiset aineistohaut tehtiin talvella 2009 ja uusia hakuja tehtiin koko opinnäytetyöprosessin aikana. Näiden lisäksi hyödynnettiin tutkimusartikkeleiden kirjallisuusluetteloita manuaalisesti tutkimuksia etsimällä. Lisäksi tutkimuksen aikana hyödynnettiin synnytyssalin osastonhoitajan työssään saamia tietoja ja kokemuksia synnyttäjän itsemääräämisestä. Aineistohakuja tehtiin tämän jälkeen Cinahlista, Cochranesta, EBSCO:sta, Medicistä ja Pubmedistä. Hakusanoina käytettiin asiasanoja ja fraaseja, kuten itsemäärääminen JA synnytys, päätöksenteko, autonomy, labour, management, self-determination, birth AND decision making sekä labour AND autonomy.

Ennen aineistonhakua tutkija pohti kriteereitä, joiden perusteella tutkimusaineistoa olisi mahdollista rajata. Tutkimusten tuli sisältää tutkimukseen liittyvää tietoa joko otsikossa tai tiivistelmässä. Tutkimusten tuli sisältää tietoa synnytyksen aikaisesta itsemääräämisestä, päätöksenteosta tai hallinnasta joko suomeksi, englanniksi tai ruotsiksi. Aluksi tutkija määritteli tutkimusaineiston julkaisuvuodeksi vähintään vuoden 2000. Tutkimuksia synnyttäjän itsemääräämisen näkökulmasta oli kuitenkin niukasti, jonka vuoksi myös tätä ennen julkaistuja tutkimuksia hyväksyttiin mukaan.

Tutkija kävi pitämässä toukokuussa 2011 synnytyssalin henkilökunnalle osastotunnin opinnäytetyön aiheesta ja sopimassa henkilökunnan kanssa, millä tavoin synnyttäjien rekrytointi olisi henkilökunnalle joustavinta. Tapaamisessa sovittiin, että kätilöt kysyvät synnyttäjiltä tutkimukseen osallistumisesta vasta synnytyksen jälkeen, jotta kätilöt eivät tiedostamattaan huomioisi synnyttäjän



itseääräämistä tavanomaista enemmän. Osastotunti lisäsi kätilöiden innokkuutta rekrytoida synnyttäjiä tutkimukseen. Tutkija teki lisäksi kätilöiden avuksi ohjekansion, jossa oli ohjeita synnyttäjien rekrytointiin liittyvistä asioista. Kätilöillä oli mahdollista ottaa yhteyttä tutkijaan puhelimitse tai sähköpostitse. Synnyttäjien kiinnostusta tutkimukseen pyrittiin lisäämään huolellisesti laaditulla saatekirjeellä (liite 2).

Haastattelujen sopiminen ja pitäminen synnyttäjien sairaalassa olon aikana muodostui haastavaksi synnyttäjien lyhyen sairaalassaoloajan vuoksi. Synnyttäjien tavoitettavuus koitui ajoittain ongelmalliseksi, koska huomioon tuli ottaa synnyttäjien ja tutkijan oma aikataulu. Tämän vuoksi osa haastatteluista toteutettiin synnyttäjien kotona mahdollisimman nopeasti kotiutumisen jälkeen.

#### 5.4 Aineiston analysointi

Tutkimusaineistoa analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysissä etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia ja näitä koskeva tieto ei ole esitettävissä numeerisina tuloksina vaan sanallisina tulkintoina (Vilkkä 2005, 140). Sisällönanalyysiä voi tehdä aineistolähtöisenä tai teorialähtöisenä sisällönanalyysinä. Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä.

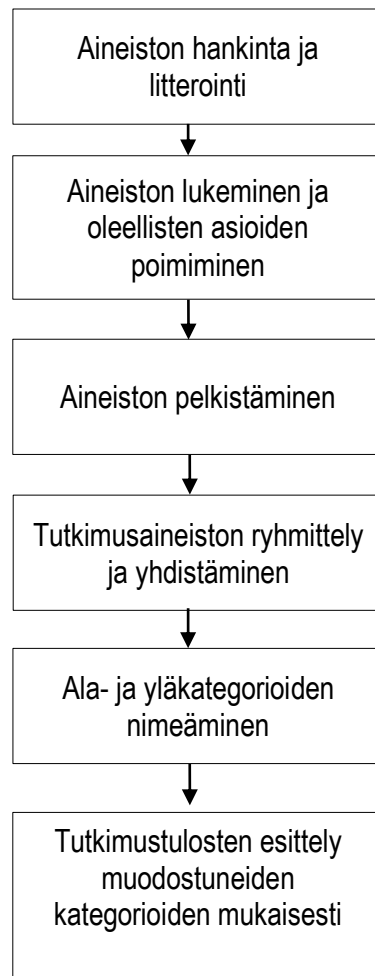
Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kategoriat muodostuvat aineistosta ja tutkimuskysymykset ohjaavat analyysiä. Analyysin avulla pyritään muodostamaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus niin, että aiemmat tutkimukset eivät ohjaa tutkijan analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Tässä tutkimuksessa teemahaastattelun aihealueet hahmottuivat aikaisempien tutkimusten perusteella. Teema-alueet laadittiin kuitenkin mahdollisimman laajoiksi, jotta kysymykset eivät rajaisi tutkittavien vastauksia ja näin saataisiin mahdollisimman monipuolista kokemuksellista tietoa aiheesta.

Aineistoa luettiin litteroinnin jälkeen ja käytiin läpi useita kertoja, jotta tutkimusaineisto tulisi tutkijalle tutuksi. Litterointi tarkoittaa aineiston kuuntelua ja puhtaaksi kirjoittamista sana sanalta (Hirsjärvi ym. 2005, 210). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan ajatella koostuvan kuudesta eri vaiheesta: aineiston hankinnasta ja litteroinnista, pelkistämisestä, tiivistämisestä ja pilkkomisesta osiin, aineiston uudelleenryhmittelystä ja yläkategorioiden nimeämisestä sekä tutkimustulosten esittämisestä

kategorioiden mukaisesti. Sisällönanalyysissä tulee valita myös analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla sana, ajatuskokonaisuus, lause tai sen osa. (Vilka 2005, 140.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä olivat haastateltavien kokemukset, jotka ilmenivät lauseina.

Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysiä ohjasivat aluksi tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymysten mukainen ryhmittely helpotti aineiston alustavaa jäsentämistä. Tämän jälkeen aineistoa pelkistettiin eli tutkimusaineistosta etsittiin tutkimuskysymysten kannalta oleellisia asioita ja tutkimusaineistoa tiivistettiin ja pilkottiin osiin. Näiden vaiheiden jälkeen tutkimusaineistoa ryhmiteltiin uudeksi kokonaisuudeksi sen mukaan, mitä asioita tutkimusaineistosta näytti nousevan luonnollisesti esille. Ryhmittelyn jälkeen jokainen ryhmä nimettiin sen sisältöä parhaiten kuvaavalla nimellä, joista myöhemmin muodostui yläkategorioita. (Vilka 2005, 140.) Kategorioita voi joutua pilkkomaan ja yhdistelemään uudelleen (Hirsjärvi & Hurme 2010, 147–149). Näin tapahtui myös tässä tutkimuksessa, kun kategorioita muodostettiin.

Tässä vaiheessa analyysiä tulee myös miettiä tarkastellaanko aineistosta ilmisältöä vai piilosisältöjä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136; Vilka 2005, 140). Alkuperäiset teemat itsemäärääminen käsitteenä, itsemääräämistä estävät tekijät sekä itsemääräämistä edistävät tekijät eivät aineiston kannalta tuntuneet sisällöllisesti tarpeeksi kuvaavilta, jonka vuoksi analyysin edetessä teemat vaihtuivat. Yläkategorioiksi muodostuivat synnyttäjien käsitys itsemääräämisestä, synnytyksen aikaiset fyysiset oireet, synnyttäjän toiveiden huomiointi, sairaalan ohjeet ja säännöt sekä päätöksenteko synnytyksen aikana. Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysiä tehtiin ilmisällöistä ja synnyttäjien ilmeitä tai eleitä ei huomioitu analyysissä vaan keskityttiin haastateltavien kertomuksiin. Esimerkki sisällönanalyysin luokittelusta on esitetty liitteessä 4. Aineiston sisällönanalyysin vaiheet on kuvattu kuviossa 1.



**Kuvio 1.** Sisällönanalyysin vaiheet mukailen Hirsjärvi, Metsämuuronen ja Vilka (Hirsjärvi ym. 2006, 210–215; Metsämuuronen 2001, 54; Vilka 2005, 140).

### 5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy eettisiä kysymyksiä ja ratkaisuja tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa tärkeimpinä eettisinä periaatteina pidetään tutkimuksen informointiin perustuvaa suostumusta, luottamuksellisuutta, tutkimuksen aiheuttamia seurauksia tutkittavalle sekä tutkittavien yksityisyyden takaamista. Tutkijan eettisiä kysymyksiä ovat rehellisyys, tutkimusaineiston kerääminen ja tutkimusaineiston julkaisu rehellisesti. (Eskola & Suoranta 1998, 52–53; Hirsjärvi & Hurme 2010, 19–20). Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkijan tulisi

mieltä, mikä on tutkimusaiheen merkitys yhteiskunnallisesti ja miten tutkimus vaikuttaa tutkimukseen osallistuviin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.)

Tutkimuskohteiden suostumus on hankittava ennen tutkimuksen suorittamista ja tutkittaville on kerrottava, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää missä tahansa vaiheessa. Aineiston keräämisessä on tärkeää ottaa huomioon anonymiteetin takaaminen ja se, että tutkimukseen osallistuja ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2006, 26–27.) Tutkittaville on kerrottava tutkimusta suorittava laitos, perustelut miksi juuri hänet on valittu tutkimukseen, selvitettävä tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, korostettava tutkimuksen luottamuksellisuutta sekä kuinka pitkään tutkimukseen osallistuminen vie aikaa. (Eskola & Suoranta 1998, 93–94; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174–175.) Nämä edellä mainitut asiat huomioitiin tässä tutkimuksessa.

Pietarinen (2002) on laatinut tutkijoille eettisen listan apuvälineeksi, jonka avulla tutkijan on helpompi tarkastella tutkimuksen eettisyyttä. Listan mukaan tutkijan tulisi olla kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa aiheesta, kunnioittamaan ihmisarvoa sekä julkaisemaan tutkimustulokset mahdollisimman luotettavasti ja rehellisyyttä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Lisäksi tutkijan tulee aiheita valittaessa välttää tutkimuksia, jotka voivat tuottaa kohtuutonta vahinkoa. Tutkijan tulee varmistaa tutkimustulosten käytön eettisyys ja kirjoittaa omaa tutkimusta niin, että toisten tutkimustuloksia ei vääristellä tai vähätellä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Luotettavuuden arviointia on tehtävä koko ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan sekä tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokittelun, tulkinnan ja johtopäätösten aikana. Tutkija on kyettävä kuvaamaan ja perustelemaan tutkimustekstissä, mistä joukosta valinnat on tehty, mitkä olivat vaihtoehdot ja miten lopullisiin ratkaisuihin päädyttiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–161; Vilka 2005, 159.)

Uskottavuus edellyttää tutkijalta tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää kuinka analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet. Tällöin samaan aikaan on mahdollista tarkastella tutkimuksen analyysiprosessin ja tulosten validiteettia. Tutkijan tulee myös arvioida ratkaisujen tarkoituksenmukaisuutta tai toimivuutta tavoitteiden kannalta. Tutkijan on kyettävä dokumentoimaan, miten on päätyttyä luokittelemaan ja kuvaamaan tutkittavien kokemuksia ja pystyttävä perustelemaan menettely uskottavasti. Tällä tavoin lukijan on mahdollista nähdä

analyysiprosessin ja tulosten luotettavuutta. Tutkimusaineiston kategorioiden muodostaminen kertoo, kuinka kattavasti tutkija on hahmottanut tutkimusaineiston. Analyysin etenemisestä on hyvä muodostaa taulukoita ja liitteitä, jolloin analyysi tulee kuvattua mahdollisimman tarkasti ja monipuolisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–161; Vilka 2005, 159.)

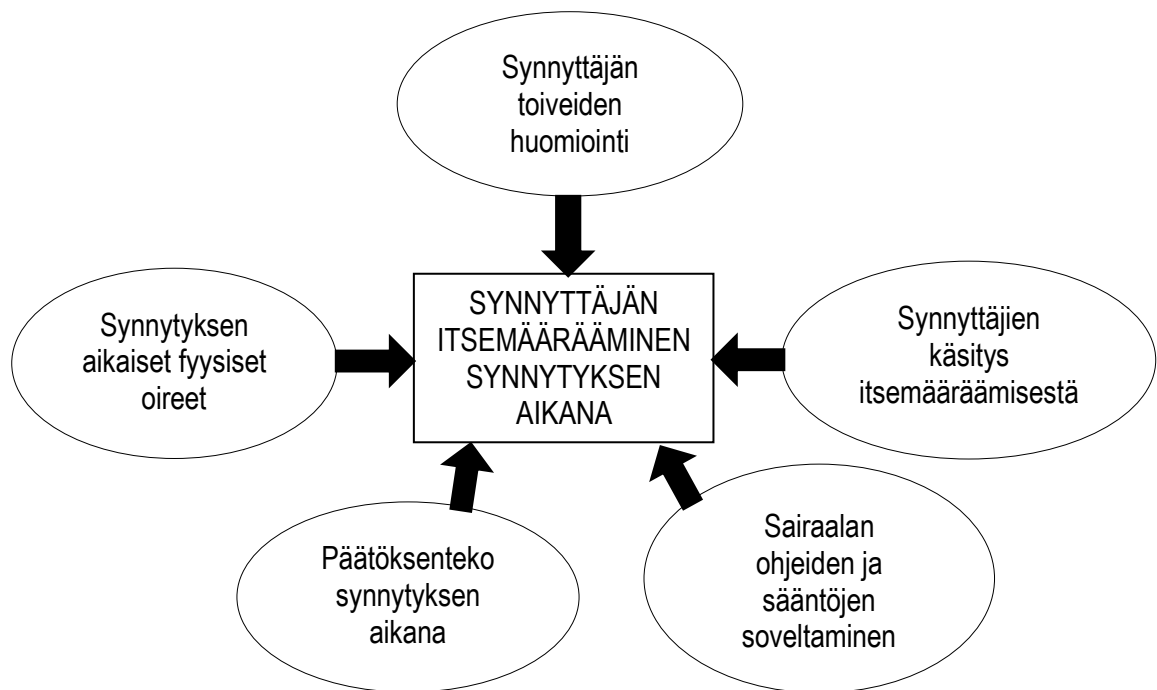
Siirrettävyys edellyttää tutkimuksen taustan, osallistujien valinnan, aineiston keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta raportissa. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä esittämällä raportissa suoria lainauksia haastatteluteksteistä. Tutkijan on kuitenkin varmistuttava lainauksia käyttäessään, että tutkittava ei ole tunnistettavissa. Alkuperäisilmaukset tulisi muokata yleiskielelle ja lainausten pituus on tärkeää pitää kohtuullisina. Toinen tutkija voi päätyä erilaisiin tuloksiin ja se ei tarkoita välttämättä, että tutkimusmenetelmä tai tutkimus itse olisi heikko. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–161; Vilka 2005, 159.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineiston osallistujien määrää ei määrittele sen koko vaan laatu. Tavoitteena on, että tutkimusaineisto toimii apuna asian tai ilmiön ymmärtämisessä tai teoreettisesti mielekkään tulkinnan muodostamisessa. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole myöskään yleistettävyys kuten määrällisessä tutkimuksessa vaan ilmiön kuvaaminen tai selittäminen ymmärrettävästi niin, että se antaa mahdollisuuden ajatella toisin. (Vilka 2005, 126.) Laadullisessa tutkimuksessa käytetään aineiston riittävydestä käsitettä saturaatio eli aineiston kylläntyminen. Aineiston määrä on riittävä ja aineisto on saturoitunut, kun aineistoa on olemassa sen verran, että se tuo esiin teoreettisesti merkittävän tuloksen eikä lisääaineiston analysointi tuo tutkimusongelmiin uutta tietoa. (Hirsjärvi ym. 2006, 171; Vilka 2005, 127). Tässä tutkimuksessa haastateltiin viittä synnyttänyttä. Osa haastateltavista oli uudelleensynnyttäjiä ja osa heistä kertoi myös aiemmista synnytyksistä, joten synnytyskokemuksia voidaan ajatella olevan enemmän kuin viisi varsinaista haastattelua.

Haastattelun hyviä puolia voidaan ajatella myös haastattelun ongelmiksi. Haastattelijalla tulisi olla kokemusta ja taitoa haastatteluista, jotta aineiston keruu onnistuisi joustavasti. Haastattelut vievät paljon aikaa. Aikaa kuluu haastateltavien etsimiseen, haastatteluiden sopimiseen ja haastatteluiden pitämiseen ja litterointiin. Haastatteluiden toteuttamiseen liittyy useita virhelähteitä, virhelähteitä voivat aiheuttaa niin tutkija kuin tutkittava. Haastatteluiden luotettavuutta voi heikentää haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34–35.) Tämän tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden toteutumista tarkastellaan pohdinnassa luvussa 7.

## 6 TULOKSET

Tässä luvussa esitetään tulokset synnyttäjän itsemääräämisoikeudesta synnytyksen aikana. Yläkategorioiksi muodostuivat synnyttäjien käsitys itsemääräämisestä, synnytyksen aikaiset fyysiset oireet, synnyttäjän toiveiden huomiointi, sairaalan ohjeet ja säännöt sekä päätöksenteko synnytyksen aikana, jotka on kuvattu kuviossa 2. Tulosten kuvaamisen apuna käytetään haastattelujen autenttisia lainauksia tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi, jotta tutkijan tekemää sisällönanalyysin prosessia on mahdollista seurata.



Kuvio 2. Synnyttäjän itsemäärääminen synnytyksen aikana jäsenneiltyä yläkategorioiden mukaisesti.

## 6.1 Synnyttäjien käsitys itsemääräämisestä

**Itsemäärääminen yleisenä käsitteenä.** Synnyttäjien mielestä itsemäärääminen yleisesti tarkoitti toiveiden kuuntelua, eri hoitomuodoista kertomista ja päätöksentekoon osallistumista. Osa synnyttäjistä kuvasi itsemääräämisen kuuluvan jokaiselle, mutta itsemääräämisen halun vaihtelevan eri ihmisillä.

**Itsemäärääminen synnytyksen aikana.** Synnyttäjät ymmärsivät itsemääräämisen synnytyksen aikana synnyttäjän toiveiden kuunteluksi, toiveiden toteuttamiseksi ja itsenäisen päätöksenteon tukemiseksi. Osa synnyttäjistä määritteli itsemääräämisoikeuden olevan synnytyksen aikaista päätöksentekoa niistä vaihtoehdoista, joita sillä hetkellä oli saatavilla. Synnytyksen etenemisestä sekä kivunlievityksestä päättäminen koettiin myös synnytyksen aikaisena itsemääräämisenä. Osa synnyttäjistä määritteli, että itsemäärääminen on synnyttäjän oikeus päättää synnytyksen aikana kaikista hoitoonsa liittyvistä asioista. Osa koki synnytyksen aikaisen itsemääräämisoikeuden määrittelyn vaikeaksi.

*”No just sitä, että kuunnellaan ja mitä toinen toivoo. Ja miltä hänestä tuntuu. Ku äitihän se sitä hommaa siinä tekee.”*

*”Tietenkin kyllähän sitä jonkinasteista itsemääräämistä täytyy ihmisellä olla. Mut onhan se tietysti niinkin, että synnytys on tapahtuma, että kyllähän siinä ulkopuolinen apu on paikallaan.”*

## 6.2 Synnytyksen aikaiset fyysiset oireet

**Kipu ja väsymys.** Synnyttäjän omien voimavarojen väheneminen kivun ja väsymyksen kautta vähensi synnyttäjien halukkuutta osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon. Kivun ja väsymyksen myötä synnyttäjät luovuttivat päätöksenteon hoitohenkilökunnalle ja osallistuivat vain vähän synnytyksen aikana oman synnytyksen suunnitteluun.

*”Ja sitten toivoin jakkarasynnytystä mut sit loppupelissä mulla oli niin kipee lonkka, että en enää päässyt siitä sängyltä ylös...Kyllä he tarjos säkkituolia ja kaikkea muuta. Ei vaan enää jaksanut nousta siitä.”*

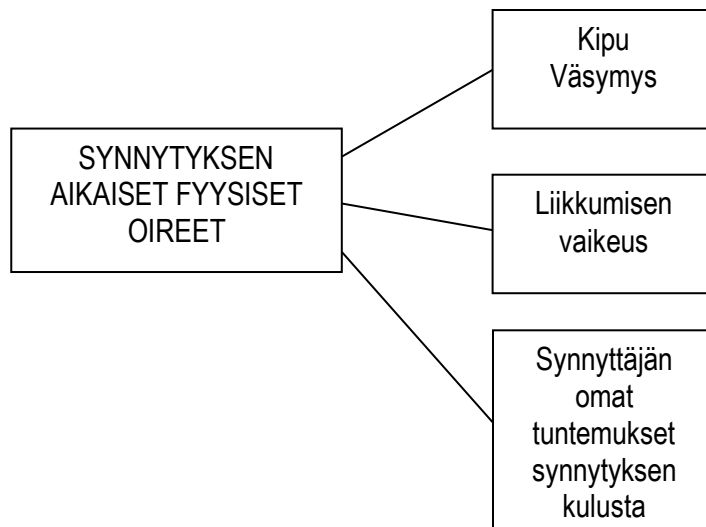
**Liikkumisen vaikeus.** Liikkuminen ja liikkumisen vaikeus nousi esille synnyttäjien haastatteluissa. Liikkumisen rajoittaminen synnytyksen aikana koettiin kipua lisäävänä. Joskus kättilö rajoitti synnyttäjän liikkumista esimerkiksi istukan syntymisen aikana. Aina synnyttäjät eivät kuitenkaan ymmärtäneet, miksi liikkumista rajoitettiin. Liikkumista rajoittavina laitteina mainittiin infuusioteline, infuusioletkut ja CTG-laite.

*”Nyt oli myös kiva, että ku mä viimeks menin ambulanssilla niin laittoivat automaattisesti tipan niin se tippateline oli koko ajan mukana niin sekin rajoitti. Mä olin ihan yllättynyt, että nyt ei tarvinnut laittaa.”*

**Omat tuntemukset.** Synnyttäjät kokivat tärkeäksi synnytyksen aikana oman kehon viestien kuuntelun. Synnyttäjät kuvailivatkin, että heillä oli synnytyksen aikana paras tieto omista tuntemuksista ja synnytyksen etenemisestä. Kättilön toivottiin kuuntelevan ja kunnioittavan synnyttäjän omia tuntemuksia. Osa synnyttäjistä toimi synnytyksessä tilanteen mukaan eivätkä he olleet tehneet erityisiä suunnitelmia synnytykseen liittyen. Etenkin uudelleensynnyttäjät kuuntelivat kehoaan ja sen tuomia tuntemuksia synnytyksen aikana.

*”Mä olin muka 4 cm auki ku tultiin ja mä sanoin [kättilölle], että ei voi olla mahdollista ku nämä tuskat on jo niin hirveet. Ku ne kivut oli ihan ku loppuvaiheessa minun mielestä.”*





Kuvio 3. Fyysisten oireiden vaikutus synnyttäjän itsemääräämiseen synnytyksen aikana.

### 6.3 Synnyttäjän toiveiden huomiointi

**Aiemmat synnytykset.** Uudelleensynnyttäjät kokivat aiempien synnytysten kasvattaneen itseluottamusta ja itsemääräämisen vahvistuneen omien kokemusten myötä. Aikaisempien synnytyskokemusten myötä oppi tuntemaan omaa kehoa ja tietämään miten halusi asiat tehtävän synnytyksen aikana. Synnytysten myötä synnyttäjien rohkeus myös osallistua päätöksentekoon lisääntyi. Osa uudelleensynnyttäjistä toi esille, että ensisynnyttäjällä ei voi synnytyskokemuksen puutteen vuoksi olla yhtä selkeää kuvaa itsemääräämisestä kuin uudelleensynnyttäjällä. Aiemmat negatiiviset kokemukset kasvattivat myös itseluottamusta ja synnyttäjät olivat valmistautuneet omien oikeuksien vaatimiseen henkisesti jo raskausaikana.

*”No tietysti ensimmäisellä kerralla ei voinut tietää mitä on edessä vaan tavallaan teorioita esimerkiksi kivunlievityksestä mitä voi saada. Tokalla oli jo selvät sävelet ja nyt kolmannella ehkä vielä selvemmat.”*

**Valmistautuminen synnytykseen.** Synnyttäjät hankkivat itse tietoa ennen synnytystä internetistä ja kirjallisuudesta sekä saivat tietoa neuvolasta ja synnytysvalmennuksesta. Tutuks-palvelu internetissä nousi esille haastatteluissa, mutta sivuston tiedon vähyyttä kritisoitiin. Tutuks on internetissä oleva KYS:n virtuaalinen tutustumiskäynti synnytyssairaalaan. Osa synnyttäjistä kertoi valmistuneensa

synnytykseen harrastamalla liikuntaa kuten raskausajan joogaa. Lisää tietoa kaivattiin kivunlievityksestä ja varhaisesta kotiutumiseen alle 48 tuntia synnytyksestä (LYSY).

Oma aktiivisuus edisti itsemääräämistä. Osa synnyttäjistä oli ottanut asioista etukäteen selvää, jotta omat toiveet olisi mahdollista toteuttaa synnytyksen aikana. Tällaisia valmisteluja olivat tutustuminen KYS:n synnytyssaliin internet-sivujen kautta sekä yhteydenotto synnytyssaliin jo raskausaikana. Valmisteluja tehtiin kivunlievitykseen, synnytyksen käynnistymiseen ja LYSY:yn liittyen. Etukäteisvalmistelut olivat kuitenkin haastavia järjestää ja vaativat paljon työtä synnyttäjältä.

*”Mut sen takia soittelinkin, koska mä halusin esimerkiksi ammeeseen...Musta se oli vähän harhaanjohtavasti siellä netissä, että oli kuvia ammeesta ja ei kuitenkaan kerrottu missään, että amme on vain yhdessä seitsemästä salista. Että ei se mitenkään itsestään selvää ole, että sinne pääsee.”*

**Pikku-Haikara.** Toiveiden huomioidussa Pikku-Haikara koettiin hyväksi välineeksi synnytykseen valmistautumisessa. Pikku-Haikara on sähköinen esitietojärjestelmä, jonne raskaana olevat voivat kirjata synnytyksen aikaisia toiveitaan raskauden aikana. Myös hoitohenkilökunta voi täyttää Pikku-Haikaraa raskaana olevan puolesta. Jokainen haastateltavista oli kirjannut toiveitaan Pikku-Haikaraan. Toisaalta Pikku-Haikara koettiin etäiseksi ja puutteelliseksi järjestelmäksi, koska siitä puuttui keskusteluyhteys kättilön kanssa.

*”..kyllä toi jollain tavalla toi nettilähestyminen aika etäiseltä tuntuu suhteessa siihen, että [paikkakunta] on molemmilla kerroilla saanut kättilön kanssa käydä etukäteen läpi asiaa.”*

**Vaihtoehtojen esittäminen.** Vaihtoehtojen esittäminen osana synnytyksen aikaista tiedonsaantia koettiin tärkeänä. Eri vaihtoehtojen avulla synnyttäjillä oli mahdollisuus asioihin, joita eivät olisi itse osanneet ajatella. Vaihtoehtojen antaminen oli tärkeää etenkin sellaisissa tilanteissa, joissa ensisijaista toivetta ei ollut mahdollista toteuttaa. Synnyttäjät toivoivat saavansa tietoa eri vaihtoehtoista ilman, että joutuu kysymään niistä. Vaihtoehtojen merkitys korostui kivunlievityksessä. Osassa synnytyksissä kättilö kertoi synnyttäjällä eri kivunlievitysmenetelmistä ja ponnistusasennoista ilman synnyttäjän pyyntöä.

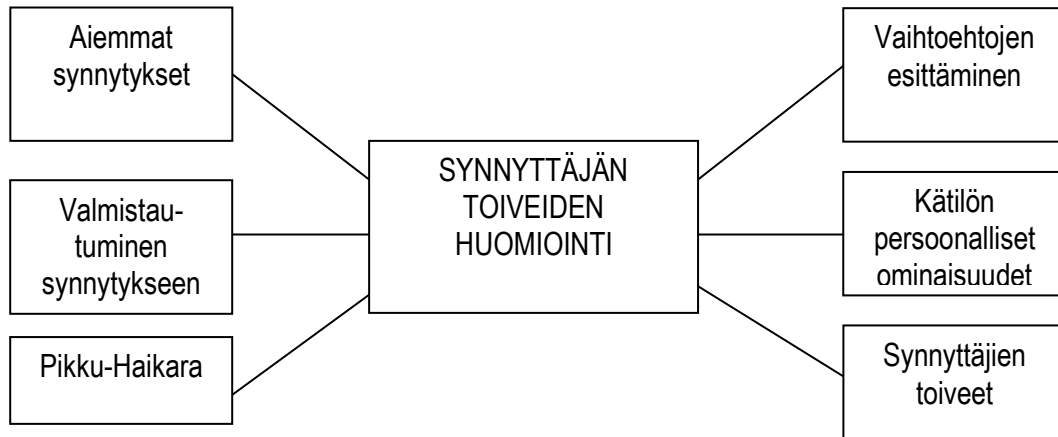
*”..en mä sitä älynnyt kysyä enkä rueta vaatimaan jotakin semmosta, mistä ei ole omakohtaista kokemusta.”*

**Kätilön persoonalliset ominaisuudet.** Kätilö koettiin monessa synnytyksessä itsemääräämistä edistäväksi. Kätilön persoonalliset ominaisuudet vaikuttivat synnyttäjän mahdollisuuteen osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Kätilön itsemääräämistä edistävänä luonteenpiirteinä pidettiin kannustavaa asennetta, tukihenkilön huomiointia, neuvottelutaitoja yhteisessä päätöksenteossa ja kätilön halua synnyttäjän toiveiden toteuttamiseen. Synnyttäjät kuvasivat negatiivisiksi piirteiksi kätilön välinpitämättömyyttä ja määräilevää asennetta sekä synnyttäjän omien tunteiden kyseenalaistamista. Osa synnyttäjistä kertoi, että aiemmissa synnytyksissä yhteistyö kätilön kanssa oli ollut hankalaa eikä kätilö ollut kuunnellut synnyttäjän toiveita. Synnyttäjät arvostivat myös kätilön ammattitaitoa ja sen tuomaa käytännön kokemusta. Kätilön läsnäolo synnytyksen aikana lisäsi synnyttäjien turvallisuudentunnetta. Synnyttäjät kokivat tärkeäksi, että kätilö ei pakottanut synnyttäjiä asioihin, mitä synnyttäjät eivät itse halunneet. Osa synnyttäjistä koki, että kätilön kanssa oli mahdollista neuvotella synnytyksen aikana toiveista ja niiden toteuttamisesta.

*”Mä sanoin sen siitä miehelle, että voi ei jos taas on semmonen tilanne, että mä joudun taistelemaan. Mutta mä olin päättänyt, että nyt mä taistelen itteni ja otan sen mitä haluan. Mutta nyt ei tarvinnut.”*

**Synnyttäjien toiveet.** Toiveiden toteutuminen koettiin tärkeäksi synnytyksenaikaiseen tyytyväisyyteen liittyen. Synnyttäjien toiveita kuunneltiin ja niitä toteutettiin mahdollisuuksien mukaan. Kaikkien haastateltavien toiveista oli keskusteltu lähes heti synnytyssaliin saapumisen jälkeen. Synnyttäjät esittivät toiveita kivunlievityksestä, synnytyksen aikaisesta liikkumisesta, peräruiskeen annosta sekä ponnistusasennon valinnasta. Osa esitti toiveita synnytyksen kolmannen ja neljännen vaiheen aikaiseen hoitoon, kuten ensi-imetykseen ja napanuoran myöhäisempään katkaisemiseen liittyen. Osa synnyttäjistä halusi synnytyksen etenevän mahdollisimman luonnonmukaisesti ja välttää toimenpiteitä kuten oksitosiinin käyttöä. Osassa synnytyksissä synnyttäjän oli mahdollista esittää toiveita koko synnytyksen ajan. Kaikkia toiveita ei ollut mahdollista toteuttaa, jos synnytys eteni nopeasti. Synnyttäjät kuitenkin ymmärsivät, että nopea synnytys tuo toiveiden toteuttamiseen haasteita ja esteitä.

”...meille olis hirmu tärkeää että sisarukset pääsis mahdollisimman pian vauvaan tutustumaan. Niin mulle ei olis tullut ollenkaan mieleen, että kätilö sitten ehdotti, että sisarukset pääsi synnytyssaliin jo heti 1,5 tuntia vauvan syntymän jälkeen.”



Kuvio 4. Synnyttäjän toiveiden huomiointi.

#### 6.4 Sairaalan ohjeet ja säännöt

**Synnyttäjien tiedon puute.** Osa synnyttäjistä kritisoi sairaalan sääntöjä ja niiden byrokraattisuutta. Osa toi esille että sairaalan ohjeet olivat epäselviä ja ne vaihtelivat eri synnytyksissä. Synnyttäjillä ei myöskään ollut riittävästi tietoa ohjeista ja säännöistä. Raskausaikana tiedon hankkiminen synnytykseen liittyvistä asioista koettiin vaikeaksi. Kaikilla synnyttäjillä ei ollut tietoa synnytykseen liittyvistä asioista kuten kivunlievityksestä, jonka vuoksi he kokivat joutuneensa aktiivisesti kyselemään asioista kätilöiltä. Etukäteen ei ollut mahdollista saada tietoa KYS:n hoito-ohjeista, LYSY:stä ja polikliinisestä synnytyksestä.

”...se [varhainen kotiutuminen] oli semmonen kellokysymys. Lääkäri oli tuntia liian aikaisin tarkastanut vauvan ja minusta se oli jo aika naurettavaa, koska ei mitkään refleksit ja heijasteet ole mistään kellosta kiinni...että se oli ihan byrokratiaa.”

**Äidin ja sikiön hyvinvoinnin turvaaminen.** Synnytyksen aikana synnyttäjän ja sikiön turvallisuuden varmistamiseksi ja turvaamiseksi oli sairaalassa erilaisia ohjeita ja sääntöjä. Joskus synnyttäjän itsemääräämistä synnytyksen aikana jouduttiin rajoittamaan synnyttäjän tai sikiön hyvinvoinnin turvaamiseksi. Hoitohenkilökunta ei kertonut tai perustellut synnyttäneille tarpeeksi, miksi itsemääräämistä rajoitettiin tai minkä vuoksi jotakin asiaa ei ollut mahdollista toteuttaa synnyttäjän tai syntymättömän lapsen hyvinvointia vaarantamatta. Jos synnyttäjät olisivat saaneet tietoa kätilöiltä, toiminnan rajoittaminen olisi ollut helpompi ymmärtää. Osassa synnytyksissä kätilö kysyi synnyttäjältä aiemmista synnytyksistä ja varautui jo etukäteen mahdollisiin ongelmiin kuten aiemmassa synnytyksessä olleeseen istukan irtoamattomuuteen tai verenvuotoon.

*”Mä olin niinku toivonut ammettakin kivunlievitykseen mut sitä ei voinut, koska lapsi oli kakannut lapsiveteen.”*

*”...pyysin ku mulla kramppas alaselkä ja pakara siinä ponnistuvaiheessa, että saanko laittaa jalat suoraks. Sit [kätilö] sanoi, että ei voi vielä laittaa ku pitää odottaa, että jälkeiset syntyy...Ja juomista en saanut. Mä pyysin, mutta mä en saanut ku piti oottaa et se istukka on syntynyt ja sitten saa vasta juoda.”*

**Kätilö ohjeiden soveltajana.** Osa kätilöistä sovelsi sairaalan sääntöjä ja ohjeita synnyttäjän toiveiden toteuttamiseksi. Suurin osa synnyttäjistä tyytyi noudattamaan sairaalan sääntöjä ja ohjeita. Osa synnyttäjistä esitti kritiikkiä sääntöjä ja ohjeita kohtaan, koska ne eivät olleet loogisia. Tällöin osa synnyttäjistä neuvotteli asioista kätilön kanssa ja osassa synnyttäjät saivat oman tahtonsa osittain läpi esimerkiksi osittain ammeessa synnyttämisessä ja napanuoran leikkaamisen vasta myöhäisemmässä vaiheessa.

*”...hyvänen aika kiinteistöyksikön ja ties mitkä sähköturvamääräykset...Että en voi mitenkään käsittää, että eikö niitä asioita vois ratkaista ja selvittää. Etteikö sinne löytyis sellainen turvallinen paikka ja pystyttäis rakentamaan sellainen lisäammeelle.”*

*”Ku se on minusta tosi vaikeeta siinä ku alkaa ponnistuttamaan tulla sieltä pois [ammeesta]. Niin saatiin niinku käytyä läpi, että ei tartte kokonaan tulla pois vaan voi olla siinä reunalla ku siinä on semmonen rappunen...”*



Kuvio 5. Sairaalan ohjeiden ja sääntöjen vaikutus synnyttäjän itsemääräämiseen.

## 6.5 Synnytyksen aikainen päätöksenteko

**Hoitohenkilökunnan tekemät päätökset.** Terveystenhoitaja, kätilö ja lääkärit tekivät päätöksiä synnyttäjän puolesta. Lääkärit tekivät päätöksiä synnytyksen käynnistämisen suhteen päättämällä synnytyksen käynnistämisen ajankohdasta ja siitä, millä tavoin synnytys käynnistetään. Synnytyksen käynnistämiseen liittyvään päätöksentekoon synnyttäjillä, joiden synnytys käynnistettiin, ei ollut mahdollisuutta osallistua. Kätilöt tekivät synnytyksen aikana päätöksiä kivunlievitykseen liittyen esimerkiksi päättämällä epiduraalipuudutuksesta, jos synnyttäjä ei kivun vuoksi voinut osallistua päätöksentekoon. Kätilö teki itsenäisen päätöksen episiotomian leikkaamisesta. Osa synnyttäjistä koki, että kätilö oli tehnyt päätöksen peräruiskeen antamisesta, vaikka synnyttäjä ei ollut kokenut suolen toiminnan edistämistä tarpeelliseksi. Terveystenhoitaja osallistui synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon neuvolakäynnin yhteydessä ohjaamalla synnyttäjää lähtemään sairaalaan heti supistusten alkamisen jälkeen aiempien nopeiden synnytysten vuoksi. Synnyttäjät luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon, jos he tekivät päätöksiä itsenäisesti ilman synnyttäneen osallistumista.

*”Että se oli ku oli tosi iso lapsi tulossa, niin se [episiotomia] oli sitten päätetty mun puolesta. Mut tota täytyy luottaa, että tehdään niinku mun parhaaksi.”*

*”Mut sitten mulle aluks taidettiin ehottaa et kokeiltaisiiinko ekaks sitä kohdunkaulan puudutusta. Mut sit mulla on vähän hämärä mielikuva et miksi sitä ei kuitenkaan tehty. Sit vaan kuulin ku soitettiin anestesia lääkäriä tekemään epiduraali.”*

**Synnyttäjän päätöksentekoon osallistuminen.** Osa synnyttäjistä sai päättää synnytyksen aikana itsenäisesti kaikista asioista. Osassa synnytyksissä päätöksentekoon oli osallistunut kättilö tai lääkäri joko itsenäisesti tai keskustelemalla asioista yhdessä synnyttäjän kanssa. Joskus synnyttäjät eivät tajunneet, että hoitohenkilökunta oli tehnyt päätöksiä synnyttäjän puolesta. Synnyttäjät kokivat, että he olivat aina voineet neuvotella päätöksistä yhdessä kättilön kanssa.

*”Kyllä kaikki oli niinku omia taikka yhteisiä päätöksiä.”*

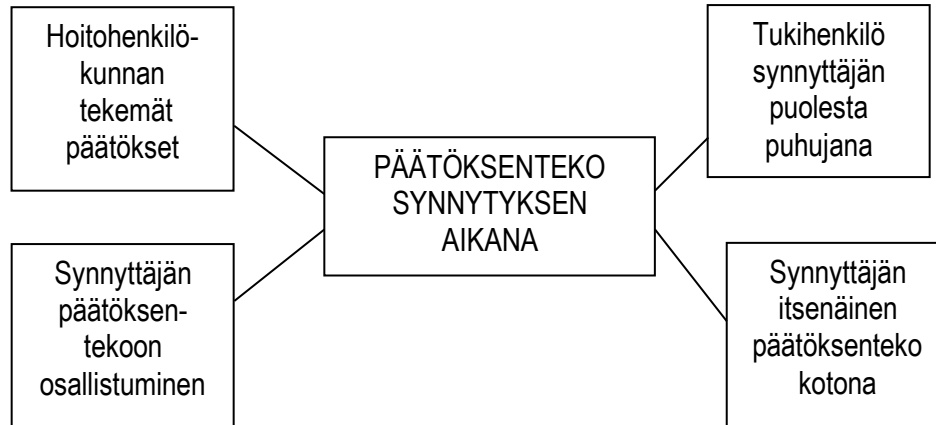
**Tukihenkilö synnyttäjän puolestapuhujana.** Puoliso kuvattiin synnyttäjän puolestapuhujana osassa synnytyksissä. Synnyttäjät olivat näissä tapauksissa keskustelleet omista toiveistaan miehen kanssa jo ennen synnytystä. Toisaalta osa haastateltavista toi esille, että puoliso ei ymmärtänyt mitään synnytyksestä tai synnytyksen aikaisista toiveista. Osassa synnytyksissä kättilö otti puolison mukaan synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon.

*”Niin hän [puoliso] on ollut onnellisesti niinku saanut olla mukana niin siinä on ollut ehkä sen itsemääräämisoikeuden suhteen semmoinen apu. Ku hän kumminkin tietää mitä mä kans haluan.”*

**Synnyttäjän itsenäinen päätöksenteko kotona.** Osa haastateltavista toi esille, että oli miettinyt raskausaikana kotona synnyttämistä. Tähän liittyi synnyttäjän toive päästä synnytyksen aikana ammeeseen ja raskausaikana oli selvinnyt, että KYS:ssä ammeita oli vain yksi. Synnyttäjä oli yrittänyt tehdä tähän liittyen valmisteluja etukäteen synnytyssalin kanssa vara-ammeen järjestämisestä, mutta tämä ei ollut onnistunut. Ennen synnytyssaliin menoa osa synnyttäjistä teki päätöksen sairaalaan lähdöstä mahdollisimman myöhäisessä vaiheessa, jotta sairaalassa oloaika jäisi lyhyeksi ja synnytys olisi tuolloin varmasti käynnissä.

*”...Minä ootan kotona niin kauan, että se on varmasti käynnissä...Minua ei sitten passiteta kotiin tai pistetä sitten jonnekin odottamaan, että jotakin tapahtuu...”*

”... siitä huolimatta niin ois se varmaan ollut katkera pala ku sitä etukäteen tosiaan niinku koetti järjestää [ammetta]. Ja ku siinä sitten tuli niinku vastaan se [kiinteistöyksikkö], että kyllä mä oisin ihan oikeesti ehkä käyttänyt itsemääräämistä siihen, että jos meillä ois täällä ollut yhtään erikoisempi kylppäri ku tuo, niin mä oisin ruennut mieltii jo kotisynnytystä..”



Kuvio 6. Päätöksenteko synnytyksen aikana synnyttäjän kokemana.



## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua

Ennen tutkimuksen varsinaista aloittamista tutkija tutustui tutkimuksen eettisyyden eri osa-alueisiin tutkimusmenetelmien -opintojaksoilla, lukemalla kirjallisuutta aiheesta sekä tutustumalla hyvään tieteelliseen käytäntöön (Hirsjärvi ym. 2006; Metsämuuronen 2001; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; TENK 2011; Vilka 2005). Tällä tavoin tutkija pyrki ottamaan eettisyyden huomioon heti tutkimuksen alkuvaiheessa.

Tähän tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujia ei valittu etukäteen vaan tutkittavat saivat itse päättää haluavatko saatekirjettä ja osallistuvatko tutkimukseen. Synnytyssalin kätilöt kysyivät synnytyksen jälkeen synnyttäjiltä haluavatko he osallistua tutkimukseen ja antoivat saatekirjeen tutkimuksesta (kts. liite 2). Jos synnyttäneet halusivat osallistua tutkimukseen, kätilö antoi kirjallisen suostumuslomakkeen (kts. liite 3). Synnytyssalista siirtymisen jälkeen tutkija otti yhteyttä synnyttäneeseen puhelimitse ja tiedusteli uudelleen haluaako synnyttänyt osallistua vielä tutkimukseen. Haastatteluiden alussa tutkittaville kerrottiin tutkimuksesta ja käytiin läpi saatekirje ja suostumuslomake. Tutkittaville korostettiin vielä tässäkin vaiheessa tutkimuksen vapaaehtoisuutta. Tutkittavilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta ennen haastattelua, haastattelun aikana ja haastattelun jälkeen. Tutkimuslupa saatiin naistentautien ja synnytysklinikan ylihoitajalta toukokuussa 2010.

Tutkimuksessa on huomioitava, että tutkittavan henkilöllisyys ei tule tutkimuksen missään vaiheessa esille (Hirsjärvi ym. 2006, 26–27). Haastattelut olivat luottamuksellisia ja tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut ulkopuolisille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksesta saatuja tietoja käytettiin vain tutkimuksessa sovittuun tarkoitukseen. Haastattelut ja litteroitu materiaali säilytettiin tietokoneella, johon vain tutkija tiesi salasanan. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastattelut ja litteroidut tekstit tuhottiin. Yksilöhaastattelut lisäsivät tutkittavien yksityisyyttä.

Tutkijan tulee pyrkiä minimoimaan tarpeettomia haittoja. Haitat voivat olla emotionaalisia, fyysisiä, sosiaalisia tai taloudellisia. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan usein kiinnostuneita herkistä

aiheista, jotka voivat aiheuttaa tutkittavissa voimakkaita tunnereaktioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 177.) Tässä tutkimuksessa käsiteltiin synnyttäjien itsemääräämistä synnytyksen aikana lähes heti synnytyksen jälkeen. Aiheena synnytyskokemukset ovat herkkä ja henkilökohtainen asia. Toisaalta haastattelu saattoi toimia oman synnytyksen läpikäymisen työvälineenä ja auttaa synnyttäjiä jäsentämään omia kokemuksiaan.

Tutkija pyrki olemaan huolellinen ja tarkka tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimustulokset on kuvattu todenmukaisesti. Tämä tutkimus on pyritty tekemään hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja ottamaan huomioon tutkimusraportissa huolellinen ja todenmukainen raportointi. (TENK 2011.)

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Tutkijan tulee arvioida koko tutkimuksen ajan tekemiään valintoja ja ratkaisuja. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa tutkimuksen uskottavuudella ja tutkimustulosten siirrettävyydellä. Laadulliseen tutkimukseen liitetään myös käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten tulosten pysyvyyttä ja validiteetti sitä, onko tutkimuksessa tutkittu sitä mitä on ollut tarkoitus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–161.)

Tutkimuksen uskottavuutta on tutkimustulosten ja analyysiprosessin tarkka ja selkeä kuvaus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Teoreettinen toistettavuuden periaate tarkoittaa, että tutkimuksen prosessia on mahdollista seurata ja tutkimus on kuvattu tarkasti ja rehellisesti (Vilka 2005, 33). Tutkimuksen toteutusta sekä vaihtoehtoja ja valintoja on kuvattu koko tutkimuksen ajan.

Tutkimuksen tulee myös noudattaa tutkimuksen avoimuutta ja kontrolloitavuutta, joka tarkoittaa tutkimuksen rahoituslähteiden kertomista (Vilka 2005, 33). Tämän tutkimuksen kustannukset olivat pienet ja ne koostuivat monistuskuluista sekä artikkeleiden lainaamisesta. Tutkija vastasi kaikista tutkimuksen kustannuksista itse.

Tämän tutkimuksen teemahaastattelut toteutettiin alkuperäisen suunnitelman mukaisesti yksilöhaastatteluina. Aloittelevan tutkijan oli mielekkäämpää keskittyä yhteen haastateltavaan kerrallaan, koska ryhmähaastattelussa tutkijan on osattava huomioida kaikkia haastateltavia

samanaikaisesti. Myös aineiston purkamisen yhteydessä ryhmähaastatteluissa on vaara, että haastateltavien äänet sekoittuvat keskenään. (Hirsjärvi ym. 2005, 210.) Yksilöhaastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi erityisen hyvin, jos aihe on herkkä ja tutkittava ei välttämättä haluaisi keskustella aiheesta ryhmässä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95). Synnytyskokemukset ovat henkilökohtaisia kokemuksia ja tämän vuoksi yksilöhaastattelu sopi hyvin tähän tutkimukseen.

Ennen varsinaisia haastatteluja testattiin nauhurin toimivuutta, omia haastattelutaitoja ja suunniteltua teemahaastattelurunkoa tuttavalla, joka oli synnyttänyt. Tämän jälkeen tutkija muutti hieman teemahaastattelun runkoa ja kävi läpi omia haastattelutaitojaan nauhoitetun aineiston perusteella. Tutkijan haastattelutaidot kehittyivät varsinaisia tutkimushaastatteluja tehdessä ja jokaisen haastattelun jälkeen tutkija pohti kuinka voisi kehittyä seuraavaa haastattelua varten. Haastattelutaidot olivat kuitenkin tutkijan heikkous, koska tutkijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta haastattelijana olemisesta. Voi olla, että kokenut haastattelija olisi saanut tutkittavilta enemmän tietoa.

Haastattelujen alussa tutkija kertoi tutkimuksesta ja suostumuslomakkeen sisältö käytiin synnyttäjän kanssa läpi. Haastattelut tapahtuivat lapsivuodeosastolla joko haastateltavan omassa huoneessa, jos huoneessa ei ollut muita synnyttäneitä tai lapsivuodeosaston keskusteluhuoneessa. Osa haastatteluista tehtiin tutkittavien kotona noin viikko synnytyksen jälkeen. Haastattelutila oli suurimmaksi osaksi rauhallinen. Kotona ollessa haastattelutilaan ei ollut mahdollista vaikuttaa. Tutkittavat pitivät haastattelun aikana mukana vastasyntyntä ja tarvittaessa vauvan herätessä pidettiin haastattelussa taukoja. Tutkija ja haastateltavat eivät tunteneet toisiaan, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta haastattelun alussa tutkijan tuli luoda luottamuksellinen suhde haastateltavaan, jotta haastattelutilanne olisi ollut luonteva ja ilmapiiri hyvä.

Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla ja purettiin tekstiksi haastattelupäivänä. Litteroinnin lisäksi tutkija piti haastatteluiden aikana oppimispäiväkirjaa. Tutkija kirjasi heti haastatteluiden jälkeen haastatteluiden ilmapiiriä ja sille nousseita asioita. Tämä helpotti sisällönanalyysiä myöhemmässä vaiheessa. Lyhin haastattelu kesti 25 minuuttia ja pisin 75 minuuttia. Suostumuslomakkeita yhteystietoineen jätettiin tutkijalle yhteensä 12 kappaletta. Tutkijan tiedusteltaessa uudelleen halukkuutta osallistua tutkimukseen viisi synnyttänyttä halusi osallistua haastatteluun.

Sisällönanalyysi tehtiin aineistolähtöisesti aiemmin tutkimuksen toteutusosiossa kuvatulla tavalla. Sisällönanalyysissä saattaa olla puutteita, koska analyysi oli tutkijan ensimmäinen. Analyysin tuloksissa voi olla jonkin verran päällekkäisyyttä ja epäselvyyttä yläkategorioiden muodostamisessa. Laadullista tutkimusta ei voi suoraan toistaa täysin samanlaisena uudestaan, koska jokainen laadullinen tutkimus on kokonaisuutena ainutkertainen. Muut tutkijat voivatkin päätyä joiltakin osin eri tuloksiin vaikka tutkimuksen vaiheet olisi kuvattu tarkasti. (Vilkkä 2005, 159.) Aineistoa analysoitaessa tutkija luokitteli aluksi sisältöä teemahaastattelun teemojen mukaisesti, mutta lopulta teemoiksi muodostuivat tutkittavien haastatteluista nousseet teemat. Tuloksissa käytettiin alkuperäisiä ilmauksia lisäämään analyysin luotettavuutta.

Tutkimuksen uskottavuutta lisää tutkimusten heikkouksien ja vahvuuksien kuvaaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tutkimuksen vahvuus ovat kansainväliset tutkimusartikkelit, joita on käytetty tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen yksipuolisuus on se, että tähän tutkimukseen valikoituivat synnyttäjät olivat pääasiassa uudelleensynnyttäjiä. Edelleen haastatteluun valikoitui synnyttäjiä, joiden synnytys eteni nopeasti. Näin ollen tutkimustulokset kuvaavat tutkimukseen valikoituneiden kokemuksia itsemääräämisestä ja tulokset eivät ole hyödynnettävissä tarkasteltaessa kaikkia synnyttäneitä.

### 7.3 Tutkimustulosten tarkastelu

**Itsemäärääminen synnyttäjien määrittelemänä.** Synnyttäjien käsitys itsemääräämisestä oli tämän tutkimuksen mukaan päätöksentekoon osallistumista, toiveiden toteuttamista ja synnytyksen aikaisista vaihtoehdoista kertomista. Osa koki itsemääräämisoikeuden määrittelyn vaikeaksi. Myös Nameyn ja Drapkin Lyerlyn (2010, 771–772) tutkimuksessa synnyttäjät määrittivät itsemääräämisen samalla tavoin.

Tässä tutkimuksessa ensi- ja uudelleensynnyttäjien näkemykset synnytyksen aikaisesta itsemääräämisestä erosivat jonkin verran toisistaan. Ensisynnyttäjillä oli vain teoriatietoa synnytyksestä, kun taas uudelleensynnyttäjillä oli aikaisempi omakohtainen kokemus synnytyksestä. Tällä on ilmeisesti suuri merkitys, millä tavoin synnyttäjät ymmärtävät synnytyksen aikaisen itsemääräämisen. Snowdenin ym. (2011) tutkimuksessa omakohtaisen kokemuksen puutteen todettiin vähentävän hallinnan tunnetta ensisynnyttäjillä. Tämän tutkimuksen perusteella synnyttäjien

halukkuus itsemääräämiseen kasvoi synnytysten myötä. Uudelleensynnyttäjät kokivat, että aikaisemmat synnytykset kasvattivat itseluottamusta ja rohkeutta osallistua päätöksentekoon. Myös Haaramon (1995, 36) tutkimuksessa todettiin aikaisempien synnytysten lisäävän synnyttäjien päättämishalukkuutta. Tämän vuoksi kättilön tulisikin huomioida synnytyksen hoidossa ensi- ja uudelleensynnyttäjien erot itsemääräämisen toteutumisessa. Ensisynnyttäjät tarvitsevat enemmän tietoa päätöksen tueksi ja kättilön rohkaisua itsemääräämiseen.

Lisäksi Haaramon (1995, 39–43) tutkimuksessa synnyttäjät uskoivat, että mitä enemmän halusi päättää asioista synnytyksen aikana, sitä enemmän tuli myös ottaa vastuuta tekemistään päätöksistä. Voikin olla, että iän lisäksi kokemuksen lisääntymisen myötä synnyttäjien kyky ottaa vastuuta kasvaa. Persoonalliset tekijät voivat vaikuttavaa synnyttäjien haluun tehdä itsenäisiä päätöksiä. Kyky osata pohtia omien päätöksiensä vaikutuksia on vaikeaa, jos synnyttäjille ei ole annettu riittävästi tietoa vaihtoehtojen seurauksista.

Synnyttäjät kokivat itsemääräämisen liittyvän mahdollisuuteen esittää toiveita ja toiveiden toteuttamiseen. Toiveet liittyivät pääosin kivunlievitykseen. Tässä tutkimuksessa synnyttäjien toiveet otettiin huomioon hyvin. Merkittävää on, että vain osa synnyttäjistä esitti toiveita synnytyksen kolmanteen tai neljänteen vaiheeseen liittyen. Tämä voi johtua siitä, että synnyttäjän kiinnostus on jo siinä vaiheessa täysin vastasyntyneessä. Osallistuminen omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon ponnistusvaiheen jälkeen vaatisi synnyttäjältä paljon tietoa, jotta osaisi esittää toiveita.

**Synnyttäjien mahdollisuus osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon.** Tässä tutkimuksessa kaikki synnyttäjät kokivat saaneensa osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon ja osallistuminen päätöksentekoon koettiin tärkeänä. Tämä tulos eroaa huomattavasti aiemmista tutkimustuloksista, joissa on tullut esille, että synnyttäjät eivät saa osallistua riittävästi omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon (Haaramo 1995, 39–43; Maputle & Nolte 2008, 59; Styman & Leino-Kilpi 1993, 70). Piensohon (2001) tutkimuksessa taas havaittiin, että osa synnyttäjistä oli saanut tehdä päätöksiä synnytyksen aikana ja hoitohenkilökunnan toiminnalla ei ollut suurta merkitystä synnyttäjän itsemääräämiseen. Nämä synnyttäjät tiesivät mitä halusivat synnytyksen aikana ja toimivat pääosin sen mukaisesti. (Piensoho 2001, 150.) Nameyn ja Drapkin Lyerlyn (2010, 771–772) tutkimuksessa vain osa synnyttäjistä halusi päättää itsenäisesti asioista synnytyksen aikana. Voi olla, että nykypäivänä ihmiset ovat yhä tietoisempia itsemääräämisestä ja

omista oikeuksistaan. Tämä lisää ihmisen halukkuutta osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon myös synnytyksen aikana. Myös hoitotyön hierarkia Suomessa on vähentänyt, mikä on vienyt valtaa hoitohenkilökunnalta, mutta lisännyt asiakkaan mahdollisuutta osallistua hoitoonsa.

On kuitenkin huomioitava, että aina synnyttäjät eivät halua osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon (Blix-Lindström ym. 2008, 193–194; Sinivaara ym. 2004, 37–38; Styrman & Leino-Kilpi 1993, 71–72). Synnyttäjällä tulisikin olla halutessaan mahdollisuus siirtää päätöksenteko hoitohenkilökunnalle. Blix-Lindströmin ym. (2004, 108–109) tutkimuksessa havaittiin, että synnyttäjät, jotka eivät halunneet osallistua päätöksentekoon, saivat vähemmän tukea, tietoa ja ohjausta kättilöltä. Halu siirtää päätöksenteko hoitohenkilökunnalle ei saisi vaikuttaa synnyttäjän saamaan hoitoon, vaan kaikkia synnyttäjiä tulisi hoitaa yksilöllisesti ja tasa-arvoisesti.

Haaramon (1995) tutkimuksessa synnyttäjistä yli puolet toivoi, että lääkäri tekee tärkeät päätöksen synnyttäjän puolesta etenkin poikkeavissa tilanteissa. Synnyttäjät eivät halunneet päättää synnytyksen kulusta, sektioista tai poikkeavan CTG:n aiheuttamista toimenpiteistä. (Haaramo 1995, 39–43.) Tässä tutkimuksessa synnyttäjät luottivat kättilön ammattitaitoon ja hänen tekemiinsä päätöksiin, jos kättilö teki itsenäisen päätöksen kysymättä synnyttäjältä. Tässä tutkimuksessa ei voida todeta, kuinka paljon synnyttäjillä olisi ollut halukkuutta tai valtaa itsemääräämiseen poikkeavissa tilanteissa, koska haastatellut synnyttäjät olivat synnyttäneet säännöllisesti alateitse.

Seiboldin (2004) tutkimuksessa havaittiin, että synnyttäjiä kannustettiin päätöksentekoon raskausaikana, mutta tilanteiden muuttuessa päätökset tehtiin synnyttäjän puolesta. Synnyttäjät mukautuivat tällaisissa tilanteissa toisten tekemiin päätöksiin. (Seibold 2004, 178.) Myös Sinivaaran ym. (2004) tutkimuksessa havaittiin, että on tilanteita, joissa hoitohenkilökunnan on tärkeää ottaa vastuu ja tehdä päätöksiä nopeasti. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi sikiön tai synnyttäjän henkeä uhkaavat tilanteet. Hoitohenkilökunnan vallankäyttö ei aina ole huono asia. (Sinivaara ym. 2004, 33.) Joskus kättilö voi joutua rajoittamaan synnyttäjän itsemääräämisoikeutta, jos itsemääräämisoikeuden toteuttaminen olisi ollut vaaraksi joko synnyttäjän tai lapsen terveydelle (Louhivuori 1994, 79–85). Tämän vuoksi synnyttäjät saattavat kokea sairaalan säännöt ja ohjeet byrokraattisiksi, kuten tässä tutkimuksessa osoittautui, jos ohjeiden merkitystä hyvinvoinnin turvaamiseksi ei perustella synnyttäjälle.

Seiboldin (2004, 172–176) tutkimuksessa synnyttäjien itseluottamus kasvoi synnytyksen aikaisen tiedon määrän lisääntyessä. Aiemmissä tutkimuksissa on tullut esille, että synnyttäjät saavat tietoa raskaudesta ja synnytyksestä televisiosta, kirjoista, lehdistä, hoitohenkilökunnalta, erilaisista valmennusryhmistä ja ohjelehtisistä (Blix-Lindström ym 2004; Haaramo 1995, 41; Mäki-Kojola 2009, 27; Seibold 2004, 172–176). Lisäksi Seiboldin (2004, 172–176) tutkimuksessa synnyttäjät saivat tietoa omalta äidiltä ja ystäviltä, joilla oli lapsia. Tiedon saanti omalta äidiltä ei noussut tässä tutkimuksessa esille. Syynä voi olla se, että haastatellut synnyttäjät olivat aikuisia ja Seiboldin tutkimuksessa tutkittiin nuoria australialaisia synnyttäjiä. Tässä tutkimuksessa tietoa hankittiin lisäksi internetistä, mutta tiedon hankkiminen koettiin ajoittain vaikeaksi. Tutuks-palvelun tiedon niukkuutta kritisoitiin. Jatkossa sairaanhoitopiirien tulisi huomioida internet-sivujen kehittäminen, koska tietoa hankitaan yhä enemmän internetistä. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on laadukkaasti ja kattavasti laaditut raskaus- ja synnytyksen aikaiseen liittyviin hoitoon liittyvät sivustot. Internet-palveluiden ei kuitenkaan tarvitse korvata kokonaan hoitotyön ammattilaisen antamaa ohjausta, vaan toimia täydentävänä palveluna.

Kätilön rooli tiedonantajana synnytyksen aikana korostui. Synnyttäjät toivoivat, että kätilö antaa tietoa ilman, että synnyttäjän tarvitsee erikseen kysyä. Tämä tulos on aiemmin havaittu myös Haaramon (1995, 36–37), Homerin ym. (2009, 673–681) ja Sinivaaran ym. (2004, 36–38) tutkimuksessa. Sinivaaran ym. (2004, 36–38.) tutkimuksessa kätilöt antoivat tietoisesti niukasti tietoa vain erityistilanteissa, kuten hoidettaessa synnyttäjää, joka oli aggressiivinen, päihteiden vaikutuksen alainen tai ahdistunut. Maputlen ja Nolten (2008, 60) tutkimuksessa havaittiin, että synnyttäjät voimaantuivat tiedonannon ja vaihtoehdoista kertomisen jälkeen. Synnyttäjät kokivat kuulluksi tulemisen, omaan hoitoonsa osallistumisen ja tilanteen ajan tasalla olon antavan voimaa ja uskoa selviytymiseen (Mäki-Kojola 2009, 32). Näihin tutkimustuloksiin vedoten synnyttäjälle tulisi antaa synnytyksen aikana riittävästi tietoa eikä tiedon saantia tulisi rajoittaa.

Tässä tutkimuksessa synnyttäjät tekivät yhteisiä päätöksiä kätilön kanssa, mutta gynekologin osallisuutta säännöllisen synnytyksen hoidossa ei pidetty merkittävänä. Tässä tutkimuksessa gynekologi kuitenkin päätti synnytysten käynnistämisestä ja eivätkä synnyttäjät osallistuneet siihen liittyvään päätöksentekoon. van der Hulstin ym. (2007) tutkimuksessa havaittiin myös, että kätilöillä oli suuri vaikutus synnyttäjien päätöksentekoon ja vain kivunlievityksessä gynekologien rooli oli kätilöä merkittävämpi. Sekä kätilöt että lääkärit kokivat, että he saivat vaikuttaa synnyttäjien päätöksentekoon enemmän, jos synnyttäjä oli alle 30-vuotias. (van der Hulst ym. 2007, 276–283.)

Sitä vastoin Haaramon (1995, 38) tutkimuksessa synnyttäjät kunnioittivat lääkärin auktoriteettia, vaikka eivät aina olleet samaa mieltä lääkärin tekemistä päätöksistä. Iän merkitystä itsemääräämiseen ei tutkittu tässä tutkimuksessa. Iällä on kuitenkin myös merkitystä siihen millä tavoin synnyttäjät saavat tai haluavat osallistua päätöksentekoon. Sinivaaran ym. (2004, 36–37) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan todettiin osallistuvan enemmän päätöksentekoon, jos synnyttäjä oli hiljainen, kehitysvammainen, mielenterveysongelmainen tai ulkomaalainen. Tässä tutkimuksessa todettiin vain, että synnyttäjän kipu ja väsymys lisäsivät kättilön päätöksentekoa synnytyksen aikana. Toisaalta synnyttäjien tiedon puute vähensi synnyttäjien osallistumista päätöksentekoon, mutta tämän tutkimuksen perusteella ei voi todeta antoivatko kättilöt tietoisesti niukasti tietoa oman hallinnan lisäämiseksi.

Tässä tutkimuksessa tukihenkilö lisäsi synnyttäjien itsemääräämistä synnytyksen aikana. Tällöin synnyttäjä ja tukihenkilö olivat keskustelleet synnytyksen aikaisista toiveista raskausaikana. Tukihenkilön läsnäolo voi lisätä synnyttäjän rohkeutta kertoa omista toiveistaan, koska vierellä on henkilö, jonka synnyttäjä tuntee hyvin. Tarvittaessa tukihenkilö voi toimia synnyttäjän puolestapuhujana, jos synnyttäjä ei jaksa tai saa omaa ääntänsä kuuluviin päätöksenteossa.

Eräs synnyttäjä toi esille, että oli raskausaikana miettinyt kotisyntytystä omien synnytysten aikaisten toiveiden etukäteisvalmistelujen vaikeutuessa. Kotisyntyys edustaa synnyttäjän halua valita paikka, jossa hän synnyttää ja siten se on osa itsemääräämistä. Suomessa kättilöt suhtautuvat kotisynttyykseen varauksella ja yleisin syy kieltäytyä kotisynttyyksistä liittyy kättilöiden oikeusturvaan (Lipponen 2010, 24–31). Toisaalta ei ole voitu osoittaa, että kotona synnyttäminen olisi vaarallisempaa kuin sairaalassa synnyttäminen. Olsenin ja Jewellin (2009) tutkimuksessa ei voitu osoittaa kotisynttyyksen haittoja tai sairaalassa synnyttämisen etuja matalan riskin synnyttäjällä. Sitä vastoin sairaalasynttyyksen todettiin lisäävän jonkin verran matalan riskin synnyttäjillä komplikaatioita ja tarpeettomia toimenpiteitä. (Olsen & Jewell 2009, 4–14.) Kotona synnyttäessä itsemäärääminen ja hallinnan tunne on todettu säilyvän synnyttäjällä (Olsen & Jewell 2009, 6–7; Sjöblom ym. 2006, 348–355).

**Itsemääräämisoikeuden toteutumisen esteet synnytyksen aikana.** Tässä tutkimuksessa tuli esille, että tiedon ja vaihtoehtojen puute, kättilön kielteiset persoonalliset ominaisuudet, kipu ja väsymys, liikkumisen rajoittaminen, sairaalan ohjeet sekä säännöt estivät synnytyksen aikaista itsemääräämistä.



Synnyttäjän kokema kipu ja väsymys sekä liikkumisen rajoittaminen vähensivät synnyttäjien itsemääräämistä. Useissa eri tutkimuksissa on todettu, että kipu vähentää synnyttäjän itsemääräämistä (Leino-Kilpi 1993, 68; Piensoho 2001, 141; Vallimies-Patomäki 1998, 35–36). Lisäksi Vallimies-Patomäen (1998, 35–36) tutkimuksessa todettiin, että itsemäärääminen vähentyi, jos synnyttäjällä oli tiedonpuutetta, pelkoa tai väsymystä.

Tässä tutkimuksessa liikkumisen rajoittamisen koettiin lisäävän synnytyksen aikana kivun kokemista. Joskus kättilö joutui rajoittamaan synnyttäjän liikkumista esimerkiksi istukan syntymisen aikana. Liikkumisen mahdollistaminen synnytyksen aikana on tärkeää synnyttäjän hyvinvoinnin, mutta myös itsemääräämisen kannalta. Lisäksi WHO:n suosituksessa (1996, 21) säännöllisestä synnytyksestä korostetaan synnyttäjän liikkumisen vapautta. Mäki-Kojolan (2009, 32–33) tutkimuksessa liikkumisen ja erilaisten asentojen käyttö vähensi kivun kokemista, ja synnyttäjät välttivät tietoisesti makuuasentoa oman kontrollin säilyttämiseksi. Synnyttäjän liikkumisen mahdollistaminen synnytyksen aikana on tärkeää synnyttäjän hyvinvoinnin, mutta myös itsemääräämisen kannalta. Myös kivun hoito eri menetelmin lisää synnyttäjien itsemääräämistä, joten kättilön tulisi hoitaa synnyttäjän kipua säännöllisesti ja arvioida kivunhoidon vaikuttavuutta.

Synnyttäjien tiedonpuute synnytykseen liittyvissä asioissa nousi tässä tutkimuksessa esille. Tietoa toivottiin lisää kivunlievitysmenetelmistä, LYSY:stä ja synnytyksen hoitoon liittyvistä vaihtoehdoista. Synnyttäjät kaipasivat lisäksi tietoa siitä, miksi joissakin tilanteissa liikkumista rajoitettiin, koska saadun tiedon avulla toiminnan rajoittaminen olisi ollut helpompi ymmärtää. Tiedonpuute synnytyksen aikana on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa. Haaramon (1995, 46) tutkimuksessa synnyttäjät eivät saaneet tarpeeksi tietoa erilaisista toimenpiteistä synnytyksen aikana sekä Maputlen ja Nolten (2008, 60) tutkimuksessa synnyttäjillä oli tiedonpuutetta tarjolla olevista vaihtoehdoista. Tulevaisuudessa synnyttäjälle tulisi tarjota riittävästi tietoa. Kättilö hoitotyön ammattilaisena voi tarjota synnyttäjälle tietoa vaihtoehdoista, joita synnyttäjä ei osaa itse ajatella, kuten tässä tutkimuksessa havaittiin. Kättilön tulee olla läsnä ja kertoa asioista niin, että synnyttäjä osaa punnita eri vaihtoehtojen merkityksiä. Lisäksi tässä tutkimuksessa todettiin kättilön läsnäolon lisäävän turvallisuutta.

#### 7.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa synnyttäjät saivat osallistua synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon. Kuitenkin esteitä synnytyksen aikaiseen päätökseen osallistumisessa havaittiin myös tässä tutkimuksessa. Päätöksentekoon osallistumista heikensivät synnyttäjien tiedonpuute eri vaihtoehdoista synnytyksen aikana, synnyttäjän kokema kipu ja väsymys, liikkumisen rajoittaminen sekä sairaalan ohjeet ja säännöt.

Tässä tutkimuksessa tuli esille synnyttäjien tiedonpuute synnytyksen aikaisista eri vaihtoehdoista kuten kivunlievityksestä. Synnyttäjille tulisi jatkossa antaa entistä enemmän tietoa eri vaihtoehdoista ja ottaa heidät mukaan oman hoitonsa suunnitteluun. Tietoa olisi tärkeää antaa jo raskausaikana. Tällä hetkellä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella synnyttävien käytössä on Pikku-Haikara, jonne synnyttäjät voivat täydentää raskausaikana synnytyksen aikaisia toiveitaan. Lisäksi käytössä on Tutuks-palvelu, jonka avulla synnyttäjät voivat tutustua synnytyssaliin virtuaalisesti tietokoneelta. Jatkossa sairaaloiden ylläpitämiä internet-palveluja tulisi kehittää, koska synnyttäjät hankkivat yhä enemmän tietoja internetistä.

Opinnäytetyöstä saatuja tietoja on tarkoitus hyödyntää pitämällä KYS:n synnytyssalin henkilökunnalle osastotunti aiheesta. Tällä tavoin on mahdollista tukea kättilöiden jatkuvaa oppimista ja ammatillista kasvua synnyttäjän itsemääräämisen osalta. Jatkossa aiheesta on myös tarkoitus kirjoittaa artikkeli Kätilöliiton lehteen, jotta ymmärrys itsemääräämisen tukemisen tärkeydestä edelleen laajenee suomalaisten kättilöiden keskuudessa

Jatkotutkimusaiheita tämän tutkimuksen perusteella ovat:

- Tässä tutkimuksessa tuli esille ensi- ja uudelleensynnyttäjien ero itsemääräämisen kokemisessa. Jatkossa olisi tärkeää selvittää, mitkä asiat edistävät erityisesti ensisynnyttäjien itsemääräämistä ja löytää yhä enemmän keinoja tukea erilaisten synnyttäjien itsemääräämistä ja päätöksentekoa. Tässä tutkimuksessa ei tutkittu iän tai koulutuksen merkitystä itsemääräämiseen, mutta aiempien tutkimusten perusteella näillä voi olla merkitystä itsemääräämisen kokemiseen. Tämän vuoksi olisi tärkeää tutkia myös eri-ikäisten synnyttäjien käsitystä itsemääräämisestä.

- Osalla synnyttäjistä synnytys oli käynnistetty. Synnyttäjät eivät olleet saaneet osallistua synnytyksen käynnistämiseen liittyvään päätöksentekoon. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen huomiointia tulisi kehittää myös synnytyksen käynnistämisessä ottamalla synnyttäjät mukaan käynnistykseen liittyvään päätöksentekoon kertomalla käynnistykseen eri vaihtoehdoista, jotta synnyttäjällä olisi tarpeeksi tietoa oman päätöksenteon tueksi.
- Jatkossa olisi tärkeää tarkastella kuinka kätilöt kokevat synnyttäjän itsemääräämisen synnytyssalissa ja tutkia eroavatko heidän kokemuksensa synnyttäjien kokemuksista. Synnyttäjä usein keskittyy ja saakin keskittyä itseensä synnytyksen aikana, mutta kätilön tulee pitää huolta myös syntyvän lapsen hyvinvoinnista ja turvallisuudesta. Siksi kätilön näkökulma on tärkeä.
- Mielenkiintoista olisi tutkia sitä, kuinka itsemääräämisoikeus toteutuu synnyttäjän halutessa sektiota ilman selkeää lääketieteellistä syytä tai synnyttäjän halutessa synnyttää kotona, koska näissä tilanteissa synnyttäjä käyttää merkittävästi itsemääräämisoikeuttaan. Näissä tilanteissa voisi tarkastella paternalismin merkitystä.

## 7.5 Oman ammatillisen kasvun tarkastelu

Opinnäytetyön laatiminen on yksi osa-alue sairaanhoitajaopinnoissa. Tutkijan omina tavoitteina oli lisätä tietoja synnytyksen hoidosta, oppia hankkimaan tutkimustietoa ja käyttämään näyttöön perustuvaa tietoa sekä työskentelemään pitkäjänteisesti.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluopinnoista (2003/352, § 7) määrittelee, että ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen tavoitteena on antaa opiskelijalla laaja-alaiset käytännölliset perustiedot ja -taidot asiantuntijatehtävissä toimimista varten, edellytykset alan seuraamiseen ja edistämiseen, valmiudet jatkuvaan kouluttautumiseen sekä riittävät viestintä- ja kielitaidot. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää opiskelijan valmiuksia soveltaa tietoja ja taitoja ammattiopintoihin liittyvässä käytännön asiantuntijatehtävässä. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluopinnoista 2003/352, § 7.) Opinnäytetyön laatimisen jälkeen tutkijan tiedot synnytyksen aikaisesta itsemääräämisestä lisääntyivät ja tietojen avulla synnyttäjän itsemääräämisoikeuden tukeminen tulevaisuudessa kätilön ammatissa on helpompaa. Lisäksi tutkijan innostus kätilötyön ajankohtaiseen seuraamiseen ja edistämiseen lisääntyi.

Opinnäytetyön laatiminen alkoi keväällä 2009. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti tutkimuksen oli tarkoitus valmistua syksyllä 2010, mutta opinnäytetyön aikataulu venyi yli vuodella, koska opinnäytetyön laajuus yllätti tutkijan. Toisaalta koulutuksen edetessä kättilön ammattitaitoa edistävän harjoittelun aikana tutkijan käsitys itsemääräämisestä kehittyi synnyttäjiä hoidettaessa sekä kättilöidenkin kanssa aiheesta keskustelemalla. Tämä lisäsi tutkijan opinnäytetyön aiheen syvällisempää ymmärtämistä. Myös tutkimusaiheeseen perehtyminen lisäsi ja tuki omaa ammatillista kehittymistä.

Yhteistyö opinnäytetyön ohjaajan kanssa oli joustavaa, sujuvaa ja helppoa. Opinnäytetyön ohjaajan kanssa käydyt keskustelut olivat antoisia, uusia ajatuksia herättäviä ja toivat opinnäytetyöhön selkeyttä. Ilman ohjaajan kannustusta ja motivointia opinnäytetyö ei olisi valmistunut. Ohjausta oli mahdollista saada myös loma-aikoina. Ohjausta sai aina, kun sitä tarvitsi.

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä prosessi ja se opetti pitkäjänteisyyttä. Tutkijan omana tavoitteena oli oppia hankkimaan tutkimustietoa. Tiedonhankinnassa tutkija kehittyi prosessin aikana. Synnyttäjän itsemääräämisestä ei ollut paljon tutkittua tietoa, jonka vuoksi ajoittain tiedonhankinta aiheutti ongelmia ja vei aikaa. Tutkija kehittyi myös muissa tutkimukseen liittyvissä taidoissa kuten haastattelun tekemisessä ja opinnäytetyön kirjallisessa toteuttamisessa. Jälkeenpäin prosessin eri vaiheita tarkasteltaessa, asioita olisi voinut tehdä eri tavalla. Esimerkiksi aikataulua olisi ollut järkevä suunnitella enemmän. Opinnäytetyöprosessia taaksepäin tarkasteltaessa, prosessi on välillä edennyt eteenpäin ja välillä ottanut takapakkia. Tällaista on myös hoitotyön ammatillinen kasvu. Ammatti-identiteetin kehittäminen vaatii myös vastoinkäymisiä. Opinnäytetyöprosessi on ollut jonkinlaista kantapään kautta oppimista.

Tutkimuksen aikana tutkija on joutunut tekemään lukuisia päätöksiä itsenäisesti. Myös tulevassa ammatissa joutuu tekemään päätöksiä ja pohtimaan päätöksien aiheuttamia seurauksia. Tutkimuksen myötä oma päätöksienkyky ja arviointitaidot ovat lisääntyneet, joista on hyötyä myös työelämässä kättilönä toimiessa.

## LÄHTEET

- Ahonen, P.** 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja C 167. Väitöskirja.
- Alahuhta, S.** 2006. Puudutukset synnytyskivun ja keisarinleikkauksen hoidossa. Teoksessa Kokki, H. & Pitkänen, M. (toim.) Puudutusopas. Helsinki: Astra Zeneca, 129–130.
- Blix-Lindström, S., Christensson, K. & Johansson, E.** 2004. Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery* 20 (1), 104–112.
- Blix-Lindström, S., Johansson, E. & Christensson, K.** 2008. Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery* 24 (2), 190–198.
- Goodman, P., Mackey, M. & Tavakoli, A.** 2004. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46 (2), 212–219.
- Eskola, J & Suoranta, J.** 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Etene.** 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Helsinki. Viitattu 2.2.2010. <http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>
- Haaramo, M.** 1995. Riittääkö tahto ja tieto? Kuvaus synnyttäjän itsemääräämisestä, synnytystä koskevasta tiedosta ja päättämishalukkuudesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Hautaniemi, S.** 2007. Sisäinen hallinta normaalisynnytyksessä ensisynnyttäjän kokemana. Tiivistelmä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.** 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H.** 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. & Weston, J.** 2011. Continuous support for women during childbirth (Review). Cochrane-katsaus.
- Homer, C., Passant, L., Brodie, P., Kildea, S., Leap, N., Pincombe, J. & Thorogood, C.** 2009. The role of the Midwife in Australia: Views of Women and Midwives. *Midwifery* 25 (6), 673–681.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K.** 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.
- Koski, K.** 2010. Mietteitä ETENEn kannanotosta. *Kättilölehti* 115 (6), 14–15.
- KYS.** 2011. Tutuks. Virtuaalinen tutustumiskäynti synnytyssairaalaan. Kuopion yliopistollinen sairaala. Viitattu 30.09.2011. <http://www.synnytystutuksi.fi/tutukspalvelu.html>
- Kättilöliitto.** 2010a. Kättilöjärjestöt haluavat lisää normaalisynnytyksiä. *Kättilölehti* 115 (1), 5.
- Kättilöliitto.** 2010b. Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet. *Kättilölehti* 115 (6), 12–14.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.** 1992. 1992/785. Finlex. Viitattu 24.1.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lastesuojelulaki.** 2007. 13.4.2007/417. Finlex. Viitattu 29.10. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Launis, V.** 2010. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010 (47), 136–139. Viitattu 28.10.2011. [ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/download/2821/4137](http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/download/2821/4137)
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M.** 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Lipponen, S.** 2010. Suomalaisten kättilöiden suhtautuminen kotisynnytyksiin. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

- Louhivuori, T.** 1994. Kätilöiden ammatillinen kasvu ja hoidon humanistiset periaatteet synnyttäjän hoidossa. Helsingin sairaanhoito-opisto. Opinnäytetyö.
- Lothian, J.** 2004. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth. *The Journal of Perinatal Education* 13 (2), 1–5.
- Maputle, M. & Nolte, A.** 2008. Mothers' experiences of labour in a tertiary care hospital. *Healts SA Gesondheid* 13 (1), 55–62.
- Mäki-Kojola, T.** 2009. Naisten kokemuksia synnytyksestä ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käytöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Metsämuuronen, J.** 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologia* -sarja 4. Viro: International Methelp.
- Namey, E. & Drapkin Lyerly, A.** 2010. The meaning of "control" for childbearing women in the US. *Social Science & Medicine* 71 (4), 769–776.
- Naukkarinen, E-L.** 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 157. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Olsen, O. & Jewell, D.** 2009. Home versus hospital (Review). *Cochrane-katsaus*, 1–14.
- Pahlman, I.** 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.
- Piensoho, T.** 2001. Äitiyden alkumetrit. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Tutkimuksia 176. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.
- Raussi-Lehto, E.** 2009. Syntymän hoito. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita, 207–267.

- Rudman, A., El-Khoury, B. & Walderström, U.** 2006. Womens' satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing* 59 (5), 474–487.
- Ryttyläinen, K.** 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Sariola, A. & Haukkamaa, M.** 2004. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 315–332.
- Seibold, C.** 2004. Young single women's experiences of pregnancy adjustment, decision-making and ongoing identity construction. *Midwifery* 20(2), 171–180.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä.** 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 83. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.3.2010. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali\\_ja\\_lisaantymisterveyden\\_edistaminen\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali_ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf)
- Sinivaara, M., Suominen, T., Routasalo, P. & Hupli, M.** 2004. How delivery ward staff exercise power over women in communication. *Journal of Advanced Nursing* 46 (1), 33–41.
- Sirviö, E-L. ym.** 2004. Laatusuhteita kättilötyöhön - kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Suomen Kättilöliitto. Viitattu 24.1.2010. [http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla\\_taidolla\\_tunteella.pdf](http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf)
- Sjöblom, I., Norström, B. & Edberg, A-K.** 2006. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery* 22 (4), 348–455.
- Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J. & Hollins Martin, C.** 2011. Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BCM Pregnancy Childbirth*. Viitattu 07.11.2011. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/40>
- Styrman, M. & Leino-Kilpi, H.** 1993. Synnyttäjän hyvä hoito säännöllisessä synnytyksessä ensisynnyttäjän kokemana. *Hoitotyön julkaisusarja A 1*. Turun yliopistollinen sairaala.



- Syntymättömän oikeudet.** 2008. Suomen Lääkäriliitto. Viitattu 01.11.2011.  
[http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/syntymaton.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/syntymaton.html).
- Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet.** 2010. Kannanotto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Viitattu 3.5.2011. [http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Hyva\\_synnytys\\_250310.pdf](http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Hyva_synnytys_250310.pdf)
- Tammela, O. & Nuutinen, M.** 2008. Onko sikiöllä oikeuksia? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 124 (4), 356–357. Viitattu 01.11.2011.  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97057.pdf>
- Tapper, A-M.** 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:8. Helsinki: STM. Viitattu 24.10.2011.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=3320152&name=DLFE-15645.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-15645.pdf)
- TENK.** 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö -ohje 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 29.11.2011. [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html)
- The Maternity Care Working Party (MCWP).** 2007. Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party. Raportti. Viitattu 1.2.2010.  
<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatmentNormalBirth2007.pdf>
- Tiitinen, A.** 2009a. Normaali synnytys. Helsinki: Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 31.1.2010.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00160](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160)
- Tiitinen, A.** 2009b. Uhkaava enneaikainen synnytys. Helsinki: Duodecim. Viitattu 31.1.2010.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00177](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00177)
- Tiitinen, A.** 2011. Imukuppisynnytys. Helsinki: Duodecim. Viitattu 05.12.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00871](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00871)

- THL.** 2011. Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.08.2011. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A.** 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Uotila, J.** 2009a. Ennenaikainen synnytys. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 430–431.
- Uotila, J.** 2009b. Yliaikainen raskaus. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 430–431.
- Uotila, J.** 2009c. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 494–500.
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista.** 2003/352. Finlex. Viitattu 11.11.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352>
- Vallimies-Patomäki, M.** 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64. Kuopion yliopisto. Väitöskirja
- van der Hulst, L., van Teijlingen, E., Bonsel, G., Eskes, M., Birnie, E. & Bleker, O.** 2006. Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery* 23 (3), 279–286.
- Vilka, H.** 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vuori, E. & Gissler, M.** 2010. Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. Terveys 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Välimäki, M.; Suhonen, R.; Nenonen, H.; Tamminen, A. & Viikinkoski, P.** 2002. Potilaan tiedonsaannin kehittäminen – ratkaisu informaatioteknologiassa? Suomen Lääkärilehti 46 (57), 4729–4733.
- Väyrynen, P.** 2009. Kätilötyön etiikka. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 34-36.
- Väyrynen, P.** 2009. Raskauden toteaminen. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 170.
- WHO.** 1996. Care normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. World Health Organization. Geneve. Verkkodokumentti. Viitattu 18.3.2009.  
[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_frh_msm_9624/en/)

LIITE 1. Haastatteluiden teemat ja teemoja tarkentavat kysymykset.

**Teema 1: Itsemääräminen.**

Miten synnyttäjät ymmärtävät itsemäärämisen synnytyksen aikana?

Mitä itsemääräminen yleisesti tarkoittaa?

Mitä itsemääräminen tarkoittaa synnytyksen aikana?

**Teema 2: Päätöksenteko synnytyksen aikana**

Miten synnyttäjät saavat itse vaikuttaa synnytyksen aikaiseen päätöksentekoon synnytyksen eri vaiheissa?

Tehtiinkö synnytyssuunnitelmaa? Missä vaiheessa?

Miten sait osallistua avautumisvaiheessa?

Miten sait osallistua ponnistusvaiheessa?

Miten sait osallistua jälkeisvaiheessa?

Tekikö joku päätöksiä puolestasi?

**Teema 3: Itsemääräämistä estävät tekijät.**

Millaisia esteitä synnytyksen aikaisessa itsemääräämisoikeuden toteutumisessa esiintyy?

Mitkä asiat estivät itsemääräämisoikeuden toteutumista?

**Teema 4: Itsemääräämistä edistävät tekijät.**

Millaisia edistäviä tekijöitä synnytyksen aikaisessa itsemääräämisoikeuden toteutumisessa esiintyy?

Mitkä asiat edistivät itsemääräämisoikeuden toteutumista?

LIITE 2. Saatekirje tutkittaville.



Arvoisa synnyttänyt nainen!

Olen neljännen vuoden kättilöopiskelija ja teen opinnäytetyötä Savonia ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyöni aiheena on itsemääräämisoikeuden toteutuminen synnytyksen eri vaiheissa synnyttäjän kokemana. Ohjaavana opettajana on FT, lehtori Marja Silèn-Lipponen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata synnyttäjän itsemääräämisoikeuden toteutumista synnytyksen aikana avautumisvaiheesta jälkeisvaiheeseen. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa synnyttäjien kokemuksista itsemääräämisestä synnytyksen eri vaiheissa. Tiedon avulla pyritään kehittämään kättilötyötä ja tavoitteena on, että kättilöt osaavat aikaisempaa paremmin ohjata, neuvoa ja tukea synnyttäjän omia valintoja. Opinnäytetyön tilaaja on Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) synnytyssali naistentautien ja synnytysklinikasta.

Tutkimuksessa tietoa kerätään teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu on keskustelutilanne, jossa haastateltava kertoo aihepiiriin kuuluvia omasta mielestään tärkeitä asioita. Teemahaastattelussa ei ole valmiita kysymyksiä, mutta aihealueet ovat ennalta määriteltyjä ja ne ovat ohessa nähtävänä (Liite 1). Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin tunti. Tärkeintä on kertoa kokemuksistasi omin sanoin. Asiaan ei ole olemassa oikeaa tai yksiselitteistä vastausta ja siksi sinun mielipiteesi on tärkeä.

Haastattelut nauhoitetaan aineiston myöhempää analysointia varten. Vastausten analysointi tapahtuu luottamuksellisesti. Tutkimusaineiston analysoinnin jälkeen tuhoan nauhat.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistuminen on mahdollista keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistuessasi henkilöllisyytesi ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa.

Jos kiinnostuit aiheesta ja haluat osallistua tutkimukseen, täytä kättilön antamana suostumislomake ja jätä puhelinnumerosi. Olen yhteydessä sinuun synnytyssalista siirron jälkeen. Tarkoituksena on, että haastattelu pidetään lapsivuodeosastolla sinulle sopivana ajankohtana ennen kotiutumistanne.

Tarvittaessa annan lisätietoja sähköpostitse tai puhelimitse.

Ystävällisin terveisin

Katja Makkonen  
Kättilöopiskelija TK7S  
Savonia ammattikorkeakoulu, Terveysala Kuopio  
katja.makkonen(at)edu.savonia.fi  
Puhelinnumero: XXX-XXXXXXX  
LIITE 3. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

LIITE 3. Suostumuslomake tutkittaville tutkimukseen osallistumisesta.

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkimuksen nimi: Synnyttäjän itsemääräämisoikeuden toteutuminen synnytyksen eri vaiheissa säännöllisessä alatiesynnytyksessä.

Tutkimuspaikka ja tutkimuksen toteuttaja: Kuopion yliopistollinen sairaala, naistentautien ja synnytysklinikka, synnytyssali ja lapsivuodeosasto. Kättilöopiskelija Katja Makkonen, Savonia ammattikorkeakoulu.

Minua on pyydetty osallistumaan vapaaehtoisena yllämainittuun tutkimukseen. Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteuttamisesta sekä tutkimuksen hyödyistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävät vastaukset kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Tutkittavana minulla on mahdollisuus peruuttaa suostumus milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Peruutukseni ei vaikuta kohteluuni tai saamaan hoitooni millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

---

Aika ja paikka

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

---

Puhelinnumero

Tiedot tutkimuksesta antoi: \_\_\_\_\_(nimi ja aika)

Suostumuslomakkeita tehdään kaksi samanlaista. Toinen suostumuslomake jää tutkittavalle ja toinen tutkijalle.

## LIITE 4. Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä ja luokittelusta.

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
<p>”Mä oon myös ollut kanssa raskausajan joogassa, johon kans liittyy just tämmönen synnytyspalvelijan kanssa olo.”</p> <p>”Mä sit etukäteen kyselin mahdollisuudesta tuoda omaa ammetta ja siinä tuli ehkä yks semmonen kohta, että en nyt ihan usko niitä selityksiä mitä sieltä annettiin.”</p> <p>”Ja ehkä se ku siellä sivustolla (<a href="http://www.tutuks.fi">www.tutuks.fi</a>) puhutaan jopa polikliinisestä synnytyksestä niin se jää ja ilmeisesti halutaankin, että se jää aika epäselväksi kuinka se on mahdollista.”</p>	<p>Fyysisestä kunnosta huolehtiminen</p> <p>Asioiden selvittäminen etukäteen</p> <p>Tutustuminen internet-sivujen kautta synnytyssaliin</p>	<p>Valmistautuminen synnytykseen</p>	<p>Synnyttäjän toiveiden huomiointi</p>	<p><b>Synnyttäjän itsemäärääminen synnytyksen aikana</b></p>