

MAIJA-RIITTA JOUHKI

Yhdessä oleminen, toimiminen ja yhteyden tunteminen

Perheen kokemus
lapsen syntymisestä kotona





MAIJA-RIITTA JOUHKI

Yhdessä oleminen, toimiminen
ja yhteyden tunteminen

Perheen kokemus
lapsen syntymisestä kotona



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskuntatieteiden tiedekunnan tiedekuntaneuvoston suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
auditoriossa F115, Lääkärintie 1, Tampere,
28. päivänä huhtikuuta 2017 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

MAIJA-RIITTA JOUHKI

Yhdessä oleminen, toimiminen
ja yhteyden tunteminen

Perheen kokemus
lapsen syntymisestä kotona

Acta Universitatis Tamperensis 2270
Tampere University Press
Tampere 2017

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Ohjaajat

Professori Päivi Åstedt-Kurki
Tampereen yliopisto
Professori Tarja Suominen
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Aune Flinck
Tampereen yliopisto
Dosentti Tytti Raudaskoski
Oulun yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2017 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Taitto
Sirpa Randell

Acta Universitatis Tamperensis 2270
ISBN 978-952-03-0409-6 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1771
ISBN 978-952-03-0410-2 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2017



Tutkimukseen osallistuneille perheille

KIITOKSET

Väitöskirjani valmistuttua tunnen suurta kiitollisuutta kaikesta siitä tuesta, jota useat merkittävät asiantuntijat ja läheiset ihmiset ovat minulle antaneet.

Ensimmäiset ja suurimmat kiitokset kuuluvat väitöskirjatyöni ohjaajille, professori Päivi Åstedt-Kurjelle ja professori Tarja Suomiselle. Haluan koko sydämeistäni kiittää teitä siitä, että sain tehdä väitöskirjani asiantuntemuksenne ja kannustuksenne tukeamana. Kiitos myös siitä, että uskoitte minuun koko pitkän prosessin ajan.

Merkittävät kiitokset kuuluvat myös seurantaryhmäni jäsenille dosentti Marja-Terttu Tarkalle ja TtT Katri Ryttyläinen-Korhoselle.

Suuret kiitokset haluan osoittaa esitarkastajilleni TtT, dosentti Aune Flinckille ja LT, dosentti Tytti Raudaskoskelle. Sydämellinen kiitos ajastanne ja erinomaisista kommenteista ja huomioista, joiden ansiosta työni parani merkittävästi vielä viime metreillä.

Suuret kiitokset kuuluvat myös kanssakirjoittajalleni, psykologi, dosentti Kirsi Peltoselle, joka on tuonut asiantuntemuksensa väitöskirjani lasten aineiston analysointiin.

Haluan kiittää lämpimästi myös muutamia kollegoita ja ystäviä, jotka toimivat alun perin oppaina työni aiheeseen. Sydämelliset kiitokset kättilö Anu Lampiselle ja kättilö, FM Johanna Sarlio-Niemiselle. Erityisesti haluan kiittää kättilö Lea Putus-Taljaa, ilman häntä olisin toisenlainen kättilö. Lämpimät kiitokseni myös Aktiivinen synnytys ry:lle.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitokselta haluan kiittää dosentti Tuovi Hakulista ja entistä esimiestäni, dosentti Reija Klemettiä. Kiitos matkan varrella teiltä saamistani hyvistä neuvoista ja kannustuksestanne. Terveysten ja hyvinvoinnin laitokselta haluan kiittää myös suunnittelija Eija Vuorta ja erityisesti haluan kiittää professori Mika Gissleria, joka on auttanut minua kotisyntytykseen liittyvien tilastojen kanssa.

Suuret kiitokset Kättilöopiston sairaalan osasto 15:n, entisen Haikaranpesän ja kotiosaston henkilökunnalle kaikesta tuestanne. Erityisesti haluan kiittää kättilö Maria Kyytistä, kättilö Marjo Lyyraa sekä entistä esimiestäni Tuija Tuomista.

Haluan kiittää työpaikkani Metropolia Ammattikorkeakoulun opettajakollegoita, erityisesti kaikkia terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksen opettajia. Kättilökoulutuksen opettajat Pirjo Koski, Liisa Rytkönen-Kontturi, Jaana Sillankorva, Leena Hannula, Maarit Sinisaari-Eskelinen ja tutkintovastaava Heli Kondelin ovat olleet työssäni merkittävänä tukena, kannustaneet vaikeina hetkinä ja iloinneet onnistumisistani. Aivan erityisesti haluan kiittää Anna-Kaisa Pienimaata ja huonekaveriani Pirjo Tervoa. Läm-

min erityiskiitos myös Sari Haapiolle, joka jakoi kanssani tämän tutkimusmatkan ilot ja surut ehtien maaliin ensin. Suuret kiitokset kuuluvat Eija Raussi-Lehdolle, joka on jakanut mielenkiinnon aiheeseen ja kannustanut minua koko pitkän matkan. Tuesta ja kannustuksesta haluan kiittää myös Päivi Eskolaa, Anne Nikulaa, Minna Elomaa-Krapua ja Jukka Kesästä. Erityiskiitokset esimiehelleni Päivi Haaralalle.

Iso joukko ystäviä ja rakkaita ihmisiä ansaitsee kiitokset. Kiitokset teille kaikille, jotka olette pysyneet mukana, kulkeneet rinnalla, pitäneet pinnalla ja sanoneet, että tulen onnistumaan. Te olette nauraneet, itkeneet ja halanneet, kaataneet lisää viiniä, tehneet voileivän ja sanoneet, että välillä on nukuttava. Haluan koko sydämestäni kiittää Sari Junnilaista, Sanna Kausalaista, Jaana ja Arto Vuorta, Kati Mäkeä, Mikko Tarvosta, Ville Tuppurasta, Paula Tukiaista, Aino Ruokosta, Tanja Sandellia, Minttu Kinnusta, Inka Simolaa ja Päivi Huotaria. Kiitokset TtT Mira Paloselle viimevaiheen hyvistä neuvoista. Suuret erityiskiitokset hyvälle ystävälleni, dosentti Sari Räisäselle merkittävästä tuesta, kannustuksesta ja viisaista neuvoista, joita ilman tie olisi ollut paljon vaikeampi. Erityisesti haluan kiittää tuesta ja taide-elämyksistä myös TaM Päivi Tuovista, jota kiitän myös kuvioideni grafiikan viimeistelystä.

Lämpimät kiitokset kuuluvat myös perheelleni, äidilleni Siiri Lappalaiselle, ja erityisesti sisarelleni Outi Huomanille ja hänen puolisolleen Juhalle. Kiitokset sisareni pojan Lauri Huomanin perheelle; on ollut huojentavaa, kun oma lääkäri on aina ollut langan päässä. Urho ja Sisu, ajattelemisenne on saanut suupielet hymyyn harmainakin hetkinä. I also owe my warmest gratitude to Sirpa and Michael Mitchell, thank you for your great support and warm messages.

Väitöskirjaani ei olisi ilman kaikkia niitä perheitä, jotka kutsuivat minut kotiinsa ja jakoivat kokemuksensa. Se oli matka, joka muutti minua ihmisenä, kättilönä ja tutkijana. Sydämelliset kiitokseni kaikille teille. Toivon, että väitöskirjani onnistuu välittämään sen, mitä kerroitte.

Parhaat kiitokset väitöskirjatyöni suomen kielen kieliasun tarkastuksesta kuuluvat Spoken Oy:lle ja artikkelien englannin kielen kieliasusta Sees-Editing Ltd:lle (Iso-Britannia). Haluan lopuksi lämpimästi kiittää Tampereen yliopistoa ja Suomen Kättilöliittoa saamastani taloudellisesta tuesta.

Helsingissä 7. maaliskuuta 2017

Maija-Riitta Jouhki

TIIVISTELMÄ

Suomessa muutamien kymmenien naisten valitsee vuosittain lapsensa syntymäpaikaksi oman kotinsa. Kotisyntyminen ei kuulu Suomessa julkisen terveydenhuollon palveluihin, jotka ovat kaikille ilmaisia ja tulostensa perusteella tarkasteltuna laadukkaita. Palvelut eivät kuitenkaan näytä vastaavan kaikkien perheiden tarpeita. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa ja tulkitsevaa tietoa perheen kokemuksesta liittyen lapsen tai sisaruksen kotona syntyemiseen ja muodostaa tästä perheen kokemuksesta kuvaava merkitysrakenne.

Tutkimuksen lähestymistapa oli fenomenologinen, ja sen aineisto koostui äitien (N=14), isien (N= 11) ja lasten (N=7) avoimella haastattelumenetelmällä kerätyistä aineistoista sekä lasten piirustuksista (N=6). Haastatteluaineisto analysoitiin Colaizzin menetelmällä ja lasten piirustukset analysoi lastenpsykologi. Väitöskirja sisältää neljä osajulkaisua, joista osissa II–IV esitetään kuvattujen aineistojen tulokset.

Äitien kokemus lapsen syntymisestä kotona piti sisällään omilla ehdoilla synnyttämisen, haasteiden kohtaamisen ja onnistumisesta iloittamisen. Synnytys oli äideille luonnollinen tapahtuma, he luottivat omaan kehoonsa, ja tuttu kotiympäristö voimaannutti heitä. Lapsen syntymän hetki oli äideille tunteikas ja onnentäyteinen hetki. Äidit kohtasivat myös haasteita, jotka liittyivät huoleen vauvan ja omasta hyvinvoinnista sekä omaan selviytymiseen. Isien kokemus lapsen syntymisestä kotona piti sisällään vastuun jakamisen ja naisen tukemisen. Isät mielsivät naisen toiveen tärkeimmäksi asiaksi synnytyspaikkaa valitessa, mutta he arvioivat myös itse lapsen kotona syntymiseen liittyviä riskejä. Isät mielsivät lapsen syntymän luonnolliseksi asiaksi, ja he kokivat tästä syystä kotiympäristön turvalliseksi. Osa isistä joutui toimimaan kättilönä, mikä oli isille pelottava, mutta myös voimaannuttava kokemus. Isien kokemukseen liittyi myös haasteita, kun he kohtasivat ulkopuolisten kielteisen asenteen valittua synnytyspaikkaa kohtaan. Lasten kokemus sisaruksen syntymään osallistumisesta piti sisällään vaihtelevia tunteita ilosta huoleen, synnytyksessä apuna olemista ja osallistumisesta oppimista. He tekivät yhdessä vanhempiensa kanssa päätöksen osallistumisestaan, uskoivat itsekin synnyttävänsä mahdollisesti kotona ja loukkaantuivat, kun ulkopuoliset eivät uskoneet heidän sisaruksensa syntyneen kotona.

Tuloksista tuotettiin merkitysrakenne, joka kuvaa perheen kokemuksen lapsen kotona syntymisestä. Perheen yhteinen kokemus piti sisällään yhdessä olemisen ja toimimisen sekä yhteyden tuntemisen. Kotiympäristö mahdollisti perheille yhdessä olemisen, ja yhdessä toimiminen tarkoitti sitä, että he auttoivat ja tukivat toisiaan. Perhe koki yhteyttä jakaessaan kokemuksen, ja perheenjäsenten väliset suhteet vahvistuivat. Perheet eivät saaneet omalle valinnalleen tukea lähipiiristään tai julkisesta terveydenhuollosta.

Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset: Perheenjäsenten kokemus lapsen syntymisestä kotona oli pääosin myönteinen. Myönteisyys liittyi yhdessäoloon ja kotiympäristön tuttuuteen ja sen mahdollistamaan monipuoliseen hallinnan tunteeseen. Perheiden kokemat haasteet liittyivät huoliin ja pelkoihin sekä ulkopuolisten kielteiseen suhtautumiseen. Perheet eivät saaneet kotona synnyttämiseen valmentautumisessa tukea äitiyshuollon asiantuntijoilta. Äitiyshuollon asiantuntijoiden kotisyntynnykseen liittyvää tietämystä tulisi parantaa, ja äitiyshuollon palveluissa tulisi huomioida kotisyntynnytyksestä suunnittelevien perheiden erityistarpeet. Tuloksia voivat hyödyntää myös kotona synnyttämistä suunnittelevat perheet.

Asiasanat: kotisyntynnytys, fenomenologia, haastattelu, kvalitatiivinen tutkimus, kättilötyö, perheen kokemus, synnyttäjän kokemus, synnytys

ABSTRACT

In Finland, only a few dozen mothers each year choose to give birth in their own homes. Planned home births are not provided for by the Finnish public health care system, which offers free high quality services to all residents of Finland. However, these services do not seem to meet all families' needs. The purpose of this study was to produce descriptive and interpretive knowledge of family members' experiences regarding giving birth at home or participating in home birth, and to produce a structure of meaning.

The research approach was phenomenological. Data were collected from open interviews with 14 mothers, 11 fathers and seven children. Six children also made drawings of their experiences. The interview data were analyzed using Colaizzi's method, and a child psychologist analyzed the drawings. The key findings of this thesis were originally published in articles II–IV.

For the mothers, the experience meant giving birth on their own terms, facing challenges and experiencing happiness over a successful birth. They saw birth as a natural event, they trusted their bodies, and found that the cozy, familiar home environment empowered them. They also faced challenges in terms of how they themselves and their babies would cope during the birth. For the fathers, the experience meant sharing responsibility and supporting their partner. The fathers had accepted their partners' wishes concerning the choice of birthplace, setting aside their own views. However, they were concerned about some risks associated with home birth. They saw birth as a natural process, and felt safe in their home environment, but found the experience of taking on the midwife's role to be both frightening and empowering. They found other people's negative attitudes to home birth challenging and hurtful. The children reported a range of feelings relating to the experience, ranging from joy to worry, resulting from helping their mother and learning from the experience. The decision to participate in their sibling's birth was their own, however their parents took part in the decision process. They stated that they too might give birth at home when they were older. They were hurt by other people's disbelief upon being told that their sibling was born at home.

Based on the families' experiences a structure of meaning was produced. The experience caused the families to be and act together (i.e. to help and support each other), creating a feeling of connection. The families felt more strongly connected as a result of sharing the experience, strengthening their relationships. However, their decision to give birth at home was not supported by their friends and relatives, or any health care professionals.

The results obtained in this work suggest that the experience of giving birth at home or participating in a home birth is mostly positive. The familiar and cozy home environment allows families to be together, creating a feeling of safety and control. However, the experience also had some negative aspects: the families had to confront outsiders' negative attitudes to home birth, and worried about their ability to cope with the birthing process. The families were responsible for all the birthing arrangements and received no support from the public maternity care system. Maternity care professionals' knowledge regarding home birth seems to be inadequate, causing the needs of families interested in home birth to be unsatisfied. The results presented here will be useful to individuals interested in home birth, as parents or as healthcare professionals.

Key words: home birth, birth, interview, midwifery, phenomenology, qualitative research, families' experience, parturient's experience

ALKUPERÄISARTIKKELIT

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin osajulkaisuihin. Osajulkaisuihin viitataan tekstissä käyttäen roomalaista numerointia:

- I Jouhki M-R. 2012. Choosing homebirth – the women’s perspective. *Women and Birth* 25(4):e56–61.
- II Jouhki M-R, Suominen T, Åstedt-Kurki P. Giving birth on own terms – women’s experience of childbirth at home. Arvioitavana.
- III Jouhki M-R, Suominen T, Åstedt-Kurki P. 2015. Supporting and sharing – Home Birth: Fathers’ Perspective. *American Journal of Men’s Health* 9(5), 421–429.
- IV Jouhki M-R, Suominen T, Peltonen K, Åstedt-Kurki P. 2016. Participation in siblings’ birth at home from children’s viewpoint. *Midwifery* 34, 150–157.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajien lupa. Yhteenveto-osassa esitetään myös artikkeleissa julkaisemattomia tuloksia.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	15
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA	17
2.1	Tiedonhaku	17
2.2	Lapsen syntymä	17
2.3	Äitiyshuollon ohjaus, rakenne ja tulokset Suomessa	18
2.4	Syntymän hoidon lähtökohdat	19
2.5	Suunniteltu kotisyntytyys	20
2.5.1	Suomalaiset kotisyntytystä koskevat suositukset ja käytännöt	21
2.5.2	Kodin valitseminen synnytyspaikaksi	22
2.5.3	Äitien kokemuksia lapsen syntymisestä kotona	23
2.5.4	Isien kokemuksia lapsen syntymisestä kotona	24
2.5.5	Lasten kokemuksia sisaruksen syntymään osallistumisesta kotona	24
2.6	Yhteenvedo tutkimuksen taustasta	25
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	27
4	TUTKIMUSMENETELMÄT	28
4.1	Fenomenologinen lähestymistapa	28
4.2	Tutkijan ihmiskäsitys	29
4.3	Tutkijan ennakkokäsitys ja esiymmärrys	30
4.4	Tutkimuksen osallistujat	31
4.5	Aineiston keruu	32
4.5.1	Haastatteluaineistot	32
4.5.2	Piirustusaineistot	33
4.6	Aineistojen analyysit	34
4.6.1	Haastatteluaineiston analyysi	34
4.6.2	Piirustusaineiston analyysi	36

5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	37
5.1	Äitien merkitykset: omilla ehdoilla synnyttäminen, haasteiden kohtaaminen ja onnistumisesta iloitseminen (Osajulkaisu II)	37
5.2	Isien merkitykset: vastuun jakaminen ja naisen tukeminen (Osajulkaisu III)	40
5.3	Lasten merkitykset: ilon ja huolen tunteminen, äidin auttaminen ja kokemuksesta oppiminen (Osajulkaisu IV)	42
5.4	Tiivistetty kuvaus ja merkitysrakenne perheen kokemuksesta	44
6	POHDINTA	47
6.1	Eettiset kysymykset	47
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	49
6.3	Tulosten tarkastelu ja hyödyntäminen	52
6.4	Johtopäätökset ja suositukset	55
6.5	Jatkotutkimusehdotukset	57
	LÄHTEET	58
	LIITTEET	65
	Liite 1. Kotisynnytystä käsittelevät tutkimukset	65
	Liite 2. Tutkimustiedotteet	69
	Liite 3. Analyysiesimerkki	77
	Liite 4. Suostumuslomakkeet	82
	ALKUPERÄISARTIKKELIT	87

TEKSTISSÄ OLEVAT KUVIOT

Kuvio 1. Yhdessä oleminen, toimiminen ja yhteyden tunteminen – perheen kokemus lapsen syntymisestä kotona	46
---	----

1 JOHDANTO

Lapsen odotus ja syntymä ovat merkittäviä asioita naisen ja hänen puolisonsa sekä koko perheen elämässä. Raskauden edetessä lapsen syntymä konkretisoituu perheelle, joka alkaa valmistautua uuden perheenjäsenen tuloon ja suunnitella tulevaisuutta siten, että lapsi kuuluu siihen. (Paavilainen 2003, Mesiäislehto 2005, Åstedt-Kurki ym. 2008, Sevon 2009.) Suomessa lähes kaikki naiset valitsevat synnytyspaikakseen sairaalan (THL 2016). Synnytys mielletään perhetapahtumaksi, ja melkein kaikki isät tai toiset vanhemmat osallistuvat siihen, tai synnyttäjällä on tukenaan hänen valitsemansa henkilö. Lasten mukanaoloa sairaalasyntytyksessä ei suositella tai sallita Suomessa (Nuutila, henkilökohtainen tiedonanto, 17.10.2016).

Suomessa turvallisuus on synnytysten hoidon lähtökohta (Sariola & Tikkanen 2011, Äitiysneuvolaopas 2013), ja synnytysten päätetapahtumien perusteella tilastoista tarkasteltuna Suomi onkin synnyttäjälle yksi maailman turvallisimpia maita (THL 2016). Turvallisuuden tavoittelun ja teknologian kehittymisen vuoksi synnyttäjille tehtävien toimenpiteiden määrä on lisääntynyt jatkuvasti, kuitenkin maltillisesti kansainvälisiin lukuihin verrattaessa (Euro-Peristat project 2013, Molina ym. 2015, Pallasmaa & Gissler 2016). Hoidon lähtökohtana voivat olla turvallisuuden lisäksi myös toisenlaiset asiat, kuten asiakkaan valinnanvapaus tai synnytyksen fysiologinen luonne. Tällöin painottuu naisen itsemääräämisoikeus ja julkinen terveydenhuolto voi esimerkiksi tarjota vaihtoehtoja synnytyspaikkaan, kuten mahdollisuutta synnyttää omassa kodissa tai kättilöjohtoisessa synnytysyksikössä (birthing center) (Komiteen for Sundhedstyrelsen 2013, NICE 2014). Suomessa julkisessa terveydenhuollossa tarjottu synnytysten hoito ei vastaa kaikkien perheiden tarpeita ja toiveita, ja vuosittain muutamat kymmenet perheet valitsevat synnytyspaikaksi oman kotinsa (THL 2016).

Vuonna 2014 suunniteltuja kotisyntytyksiä ilmoitettiin olleen 29 (THL 2015) ja vastaavasti 45 vuonna 2015 (THL 2016). Suomessa kotona synnyttämistä ei suositella lähtökohtaisesti lainkaan (Sariola & Tikkanen 2011, Äitiysneuvolaopas 2013) eikä se ole osa julkista terveydenhuoltoa, kuten esimerkiksi Tanskassa tai Islannissa (Komiteen for Sundhedstyrelsen 2013, Lindgren ym. 2014). Tämän vuoksi kotisyntytyks-

ten määrä on maassamme huomattavasti vähäisempi kuin monissa muissa Euroopan maissa (Euro-Peristat project 2013). Joissakin maissa, esimerkiksi Englannissa, naiselle tarjotaan tietoa erilaisista mahdollisuuksista liittyen synnytyspaikkaan ja kaikille matalan riskin synnyttäjille suositellaan kotia synnytyspaikaksi (NICE 2014). Vuonna 2010 Englannissa kuitenkin vain noin 3 % naisista synnytti kotona. Myös Hollannissa matalan riskin synnyttäjille suositellaan kotona synnyttämistä, ja vuonna 2010 noin 16 % synnytti kotona (Euro-Peristat project 2013). Tanskassa ja Islannissa kotisyntymysten osuus oli 1–2 %, ja Ruotsissa määrä oli hieman alle 1 % vuonna 2011 (Lindgren ym. 2014).

Kotisyntymykseen liittyy joidenkin tutkimusten mukaan enemmän riskejä kuin sairaalassa synnyttämiseen (Wax ym. 2010, Snowden ym. 2015), mutta äitien ja perheiden näkökulmasta kokemuksen on kuvattu olleen erittäin myönteinen (Zielinski ym. 2015). Isien kokemukset lapsen kotona syntymisestä ovat olleet pääasiassa hyviä (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O’Connell 2015). Myös lasten kokemukset ovat olleet hyviä, mutta voimakkaita tunteita herättäviä (Daniels 1983, Okubo ym. 2008). Kotona synnyttävälle äideille tehdään vähemmän toimenpiteitä kuin sairaalassa synnyttävälle (Lindgren ym. 2008, Wax ym. 2010, Zielinski ym. 2015, Bolten ym. 2016), ja kotona synnyttämiseen on todettu liittyvän vähemmän kustannuksia kuin sairaalasyntymykseen (Schroeder ym. 2012, Janssen ym. 2015).

Lapsen kotona syntymisen käsittely tässä tutkimuksessa oli perusteltua, koska Suomen äitiyshuollon palvelujärjestelmässä on tapahtunut viime vuosina merkittäviä muutoksia. Turvallisuuden lisäämisen (STM 2014) ja kustannuksissa säästämisen vuoksi synnytysairaaloiden määrää on vähennetty, ja vähennys on koskenut erityisesti pieniä yksiköitä, joissa on tarjottu yksilöllistä ja asiakaslähtöistä hoitoa sekä vaihtoehtoista hoidon sisältöä. Toisaalta lainsäädännön ja suositusten mukaisesti terveydenhuollon palvelujen tulisi olla asiakaslähtöisiä ja myös valinnan mahdollisuutta pidetään tärkeänä (Terveydenhuoltolaki 2010, EU Directive 2011). Lapsen kotona syntymistä perheen näkökulmasta tarkasteleva tutkimus voisi tuoda uutta äitiyshuollon palvelujärjestelmää koskevaa tietoa, jota voidaan hyödyntää palvelujen sisällön kehittämisessä ja alan koulutuksessa sekä kotisyntymystä suunnittelevien perheiden ohjaamisessa ja neuvonnassa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa ja tulkitsevaa tietoa kotona syntyneen lapsen äidin, isän ja sisarusten kokemuksesta ja muodostaa tästä merkitysrakenne.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

2.1 Tiedonhaku

Tutkimukseeni valikoitunut lähdekirjallisuus perustuu useisiin tiedonhakuihin, jotka on tehty eri ajankohtina, koska osajulkaisuissa aihetta on käsitelty eri perheenjäsenten näkökulmista. Olen tehnyt hakuja vuosina 2008–2016 sekä itsenäisesti että Tampereen yliopiston informaatikon avustamana. Informaatikon apua tarvitsin erityisesti etsiessäni tietoa lasten kokemuksista. Hakuja on tehty sekä kansainvälisistä että kansallisista tietokannoista: esimerkiksi Cinahlista, Pubmedistä ja Cochrane Librarystä sekä Medicistä ja Artosta. Olen myös käynyt läpi manuaalisesti alan lehtien sisältöjä. Hakuksinoin olen käyttänyt sanoja kotisynnytys, home birth, homebirth, home childbirth ja birth yhdistettynä sanoihin mother, father, women, men, child, children, sibling ja family sekä experience.

2.2 Lapsen syntymä

Lapsen syntymä ja vanhemmaksi tulo ovat tärkeitä ja elämänmuutoksen tuovia asioita ihmisen elämässä (Nystrom & Öhrling 2004, Broden 2006, Sevon 2009). Lapsen saaminen konkretisoituu vanhemmille raskauden aikana ja syntymän lähestyessä. Syntymä on fysiologinen tapahtuma, jossa lapsi syntyy ja tullaan vanhemmaksi. Syntymään liittyvä kokemus on naiselle merkittävä tapahtuma, jolla on pitkäaikaisia vaikutuksia hänen elämäänsä ja siihen, miten äiti–lapsi-suhde muotoutuu (Lundgren 2005, Dixon ym. 2014, Maimburg ym. 2016). Kokemus syntymästä ei muodostu ainoastaan syntymänaikaisista tapahtumista, vaan siihen vaikuttavat useat erilaiset tekijät, kuten raskauden suunnitelmallisuus, syntymään liittyvät ennakkokäsitykset, asennoituminen äitiyteen, parisuhde, kokemus kivusta ja suhde hoitavaan henkilökuntaan (Rausi-Lehto 2015a). Myös isät ovat kuvanneet kokemustaan syntymään osallistumisesta merkityksellisenä ja monin tavoin heidän elämäänsä vaikuttavana asiana (Johansson ym. 2015).

Fysiologisena ilmiönä syntymällä tarkoitetaan hedelmöityksen tuotteiden, eli siikion, istukan ja kalvojen poistumista kohdusta ulkopuoliseen ympäristöön (Soiva

1973). Kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 raskausviikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa. Synnytystä pidetään täysiaikaisena sen kestänyt vähintään 37 viikkoa ja yliaikaisena, kun kesto ylittää 42 viikkoa (Sariola & Tikkanen 2011). Synnytys jaetaan neljään vaiheeseen, jotka ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe, jälkeisvaihe sekä synnytyksen neljäs vaihe, jonka katsotaan alkavan, kun jälkeiset ovat syntyneet. Neljännellä vaiheella tarkoitetaan noin kaksi tuntia kestävää intensiivisen seurannan vaihetta syntymähuoneessa (Raussi-Lehto 2015b). Normaalin synnytyksen ajatellaan sujuvan itsestään, ja sen kulkuun tulisi puuttua mahdollisimman vähän (Sariola & Tikkanen 2011).

2.3 Äitiyshuollon ohjaus, rakenne ja tulokset Suomessa

Suomessa kaikilla naisilla on ollut oikeus päästä ilmaisten äitiyshuollon palveluiden piiriin vuodesta 1944 alkaen. 1900-luvun puoliväliin asti lähes kaikki synnyttivät kotona, ja 1950-luvulle tultaessa jo yli 90 % synnytyksistä hoidettiin sairaalassa (Paananen 2015, Nieminen 2016). Tämä muutos johtui lääketieteen ja terveydenhuollon kehittymisestä sekä terveystalouden aloittamisesta, mitkä syrjäyttivät synnytyksiin liittyvät kansanomaiset tavat ja käsitykset (Helsti 2000). Muutos johtui myös keskussairaalaverkoston luomisesta ja riskisynnytysten keskittämisestä isompiin synnytysyksiköihin (Pallasmaa & Gissler 2016). Nykyisin yli 99 % naisista synnyttää sairaalassa (THL 2016).

Suomalaisen äitiyshuollon tavoitteena on turvata raskaana olevien naisten ja synnyttävien lasten terveys ja hyvinvointi. Äitiyshuollon toimintaa ohjeistetaan Terveystalousohjeilla (2010), sitä koskevalla asetuksella ja seulo-asetuksella (Valtioneuvoston asetus seulo-asetuksista (339/2011) sekä kansallisilla suosituksilla ja ohjeistuksilla, kuten Äitiysneuvolaoppaalla (2013) ja Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmalla (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Äitiyshuollon palveluja tarjotaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa: perusterveydenhuolto vastaa terveiden naisten raskaudenajan seurannasta, ja riskiraskaudet, synnytykset ja synnytyksen jälkeinen välitön seuranta hoidetaan erikoissairaanhoidossa (Terveystalousohje 2010).

Synnyttäjiä hoidetaan tällä hetkellä 27 synnytyssairaalassa (THL 2016). Näistä viisi on yliopistollisia sairaaloita, joihin on keskitetty riskiraskauksien ja -synnytysten seuranta ja hoito (Terveystalousohje 2010). Synnytyslääkäri vastaa kokonaisuutena sairaalan synnytystoiminnasta ja epäsäännöllisten synnytysten, kuten operatiivisten alatiesynnytysten ja keisarileikkausten, hoidosta (Terveystalousohje 2010). Säännöllisten synnytysten hoidosta vastaa kättilö, joka konsultoi tarvittaessa synnytyslääkäriä. Kättilön tehtäviin kuuluu muun muassa naisen yleinen hoito ja tukeminen, säännöllisen

alatiesynnytyksen hoito, kivunlievityksen riittävyyden arvioiminen ja sikiön voinnin tarkkailu (Council Directive 80/154/EEC, Council Directive 80/155/EEC). Syntymän jälkeen äitiä ja vauvaa hoidetaan keskimäärin parin päivän ajan sairaalan lapsivuodeosastolla (THL 2016), missä kätilö vastaa yhdessä synnytyslääkärin ja pediatriin kanssa perheen hyvinvoinnista ja ohjaamisesta.

Vuonna 2015 Suomessa syntyi 55 759 lasta, ja naiset saavat nykyisin keskimäärin 1,71 lasta. Kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,6 vuotta ja ensisynnyttäjien 28,8 vuotta. Viime vuosina synnytysten määrä on ollut vähitellen laskeva ja synnyttäjien keski-ikä vastaavasti nouseva. Tämä tarkoittaa sitä, että lapsia syntyy yhä vähemmän ja lapset saadaan yhä vanhemmalla iällä. (THL 2016.) Äitiyshuollon tulokset ovat kansainvälisesti vertailtuna erinomaiset, jos niitä tarkastellaan päätetapahtumien perusteella. Vuonna 2015 neonatalikuolleisuus (ensimmäisen 28 vuorokauden aikana kuolleiden määrä) oli Suomessa 2,3 lasta tuhatta lasta kohden (THL 2016), kun globaali keskiarvo oli 19 lasta tuhatta lasta kohden (WHO 2016).

2.4 Syntymän hoidon lähtökohdat

Suomessa syntymän hoidon keskeinen lähtökohta on erityisesti turvallisuus, ja tämän vuoksi kaikkien suositellaan synnyttävän sairaalassa (Äitiysneuvolaopas 2013). Syntymään voi liittyä äkillisesti ilmeneviä komplikaatioita, jotka voivat vaatia välitöntä hoitoa ja lääketieteellisiä toimenpiteitä (Darmstad ym. 2009, Sariola & Tikkanen 2011). Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi sikiön synnytyksenaikainen hapenpuute (Sariola & Tikkanen 2011), synnytyksen etenemisen häiriöt ja synnytyksen jälkeinen voimakas verenvuoto (Uotila & Tuimala 2011).

Synnytysten turvallisuuden lisäämiseksi niiden hoitoa on viime vuosina keskitetty suurempiin yksiköihin, joissa on valmius ympärivuorokautiseen päivystykseen sekä anestesia- että lastenlääkäripalveluiden osalta (STM 2014). Tämä on johtanut synnytyksiä hoitaneiden yksiköiden lakkauttamiseen Suomessa (THL 2016). Lakkautetuisa, synnyttäjämäärältään pienemmissä yksiköissä on mahdollisesti pystytty tarjoamaan yksilöllisempää ja kodinomaisempaa hoitoa kuin suuremmissa yksiköissä. Synnytyssairaalalan lääketieteellistä turvallisuutta korostava ja edustava ympäristö ei tue kaikkien naisten turvallisuuden tunnetta vaan päinvastoin voi synnyttää pelkoja (Nilsson 2014).

Synnytyksen tarkastelu fysiologisena ja luonnollisena tapahtumana edellyttää turvallisuuden lisäksi myös muiden näkökulmien, kuten hoidon yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden, huomioimista. Näistä lähtökohdista tarkasteltuna korostuvat esimerkiksi synnyttäjien itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja synnytyksympäristön viihtyisyys (RCM 2012, Zielinski ym. 2015). Synnyttäjien kokemana synnytyksen

aikaista hallinnantunnetta edistäviä tekijöitä ovat muun muassa riittävä tiedonsaanti, osallistuminen päätöksentekoon ja rauhoittava hoitoympäristö- ja tilanne (Ryttyläinen 2005). Osa naisista kokee, että kotiympäristö on paras synnytyspaikka (Zielinski ym. 2015), ja joissakin maissa, kuten Englannissa, kotona synnyttäminen kuuluu julkisen terveydenhuollon palveluihin (NICE 2014).

2.5 Suunniteltu kotisyntyminen

Suunniteltu kotisyntyminen tarkoittaa sitä, että nainen valitsee oman kotinsa lapsensa synnytyspaikaksi ja järjestää sinne avuksi syntymän hoidon asiantuntijan, eli kätilön tai lääkärin tai molemmat (Äitiysneuvolaopas 2013). Kotona synnyttäminen on Suomessa melko harvinaista, mutta se on ollut pienessä kasvussa: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan vuonna 2014 suunniteltuja kotisyntyä oli Suomessa 29 ja vuonna 2015 niitä oli 45 (THL 2016). Muissa Pohjoismaissa, etenkin Tanskassa, kotona synnyttäminen on jonkin verran yleisempää. Tanskassa kotisyntyä on vuosittain yli 700 (noin 1%) ja muissa Pohjoismaissa sadan molemmin puolin (0,5–2 %). Tanskassa ja Islannissa kotisyntykset ovat osa julkista terveydenhuoltoa, mutta Ruotsissa ja Norjassa tilanne on sama kuin Suomessa eli kotona synnyttäminen ei ole osa julkista terveydenhuoltoa. (Lindgren ym. 2014.)

Koti poikkeaa synnytyspaikkana sairaalasta siten, että siellä ei ole samanlaisia valmiuksia hoitaa synnytykseen mahdollisesti liittyviä hätätilanteita. Jopa 35–45 % ensisyntyjistä ja noin 20 % kaikista synnyttäjistä, jotka aloittavat kotisyntyä, siirtyy sairaalaan joko avautumis- tai jälkeisvaiheessa, harvemmin ponnistusvaiheessa (Snowden ym. 2015, Blix ym. 2016). Joidenkin lähteiden mukaan jopa noin 60 % ensisyntyjistä joutuu siirtymään sairaalaan (Bolten ym. 2016). Kotona synnyttämiseen suhtaudutaankin kielteisesti, jos sitä tarkastellaan turvallisuusnäkökulmasta (Leone ym. 2016). Synnytyslääkärit suhtautuvat kotona synnyttämiseen kätilöitä kielteistemmin turvallisuusnäkökulmien vuoksi. Kätilöt suhtautuvat asiaan yleisesti myönteisemmin ja erityisesti silloin, kun aiheesta on tietoa ja kokemuksia. (Vedam ym. 2009, Vedam ym. 2012, Leone ym. 2016.)

Kotona synnyttämisen turvallisuudesta ei ole olemassa luotettavaa ja näytönasteellään korkeatasoista tutkimusta. Aiheesta ei ole tehty otoskooltaan riittäviä satunnaisesti koti- ja sairaalasyntyksiä vertailevia tutkimuksia. Kotisyntyä turvallisuuksi, komplikaatioita ja etuja on selvitetty yleensä takautuvasti rekisteriaineistoihin perustuvissa kohorttitutkimuksissa, joiden tulokset ovat ristiriitaisia (Liite 1: taulukko 1). Näissä tutkimuksissa kotona ja sairaalassa synnyttäneiden ryhmien välillä voi olla eroja synnyttäjien taustamuuttujissa, kuten pariteetissa ja raskausongelmien ilmaantu-

vuudessa, ja myös päätetapahtumat vaihtelevat eri tutkimuksissa. Tästä syystä päätetapahtumien ilmaantuvuuden vertailu ryhmien välillä on ongelmallista ja tutkimusten yhdistäminen metatutkimuksissa on ongelmallista. (Liite 1: taulukko 1).

Tutkimuksissa on tarkasteltu hyvin monenlaisia päätetapahtumia, joiden vakavuus ja ilmaantuvuus vaihtelevat. Kuolema on päätetapahtumana vakavin, ja joidenkin tutkimusten mukaan kotona synnyttämiseen liittyy suurempi perinataali- (Snowden ym. 2015) ja neonataalikuolleisuus (Wax ym. 2010). Kuolema on päätetapahtumana kuitenkin hyvin harvinainen, ja tästä syystä se on tutkimuksen kannalta haastava, koska tarkastelu päätetapahtumana vaatii hyvin ison otoskoon. Hollannissa kotisyntytykset ovat tavallisia ja lähes viidesosa naisista synnyttää kotonaan (Euro-Peristat project 2013). Hollantilainen aineisto näyttää, että matalan riskin synnyttäjille kotona synnyttäminen ei ole lapsen kannalta riskialttiimpaa kuin vastaavan ryhmän synnyttäessä sairaalassa (de Jonge ym. 2015). NICE:n (2014) suositusten mukaan Englannissa kotona synnyttämistä suositellaan kaikille matalan riskin synnyttäjille.

Kotona synnyttämiseen liittyy monia etuja, esimerkiksi synnytystoimenpiteiden ja infektioiden vähäisempi määrä (Wax ym. 2010, Zielinski ym. 2015). Myös naisten kokemukset kotiympäristöstä olivat miellyttävämpiä kuin kokemukset sairaalaympäristöstä, ja heidän itsemääräämisoikeutensa mahdollistui (Zielinski ym. 2015). Kotona synnyttäminen näyttäisi olevan aikaisempien tutkimusten mukaan sairaalassa synnyttämistä edullisempaa (Schroeder ym. 2012, Janssen ym. 2015), mutta tutkimuksissa ei ole huomioitu pitkäaikaisvaikutuksia. Pitkäaikaisvaikutusten tutkiminen edellyttää pitkittäistutkimusta, mikä on haasteellista. (Liite 1: taulukko 2.)

2.5.1 Suomalaiset kotisyntytystä koskevat suositukset ja käytännöt

Kotona synnyttämiseen otettiin ensimmäisen kerran kantaa kansallisella tasolla Äitiysneuvolaoppaassa vuonna 2013. Lähtökohtaisesti suositellaan kaikkien naisten synnyttävän sairaalassa. Jokainen nainen on kuitenkin vapaa valitsemaan synnytyspaikkansa, ja lainsäädäntö painottaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta (Terveydenhuoltolaki 2010, EU Directive 2011). Suunniteltu kotisyntytyks ei kuulu Suomessa julkisen terveydenhuollon piiriin, ja siksi perheet vastaavat itse kaikista järjestelyistä ja kustannuksista. Mikäli perhe suunnittelee kotisyntytystä, annetaan Äitiysneuvolaoppaassa (2013) seuraavat suositukset: kotona synnyttävän naisen tulisi olla perusterve uudelleensynnyttäjä, jolla ei ole aikaisempia toimenpidesynnytyksiä, kuten keisarileikkauksia tai imukuppisyntytyksiä, ja lisäksi raskauden keston tulisi olla lapsen syntyessä vähintään 38 raskausviikkoa, mutta ei yli 42 raskausviikkoa.

Kotisynnytystä koskevassa suosituksessa otetaan kantaa juridisiin kysymyksiin kättilön synnytyksenaikaisesta ja sen jälkeisestä toiminnasta äidin ja vastasyntyneen hoidossa ja seurannassa ja lapsen syntymiseen liittyvien tietojen ilmoittamisesta viranomaiselle. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kerää tietoa synnyttäjien raskauksien ja synnytysten kulusta sekä vastasyntyneistä lapsista Syntymärekisteriin. (Äitiysneuvolaopas 2013.)

Suomessa toimii yksityisiä kättilöitä, jotka hoitavat synnytyspaikaksi kodin valitsevia perheitä. Synnytystä suunnitteleva perhe ottaa yhteyttä kättilöön, ja tästä alkaa synnytyksen valmistelu. Perhe itse tai synnytykseen mukaan tuleva kättilö (tai kättilöt) tai lääkäri hankkii syntymän hoitoon tarvittavat välineet (Äitiysneuvolaopas 2013). Synnytyksessä avustetaan kättilötyön menetelmin, jotka ovat samanlaisia paikasta riippumatta. Tähän voi sisältyä rajattua lääkehoitoa ja joitakin toimenpiteitä, esimerkiksi suonensisäisesti annosteltavaa nesteytystä tarvittaessa, mutta kotona ei ole mahdollisuutta käyttää vaativia lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä tai lääketieteellisiä interventioita, kuten keisarileikkausta tai muita hätätoimenpiteitä (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, Lampinen, henkilökohtainen tiedonanto 6.9.2016, Sarlio-Nieminen, henkilökohtainen tiedonanto, 6.9.2016). Mikäli jotain odottamatonta tapahtuu, on tärkeää, että matka sairaalaan ei ole liian pitkä: Äitiysneuvolaoppaan (2013) suosituksen mukaisesti sairaalaan tulisi pystyä siirtymään alle 20 minuutissa.

2.5.2 Kodin valitseminen synnytyspaikaksi

Kodin valintaan lapsen syntymäpaikaksi vaikuttavat useat erilaiset syyt, jotka liittyvät perheiden käsityksiin syntymän luonteesta ja perheiden toiveisiin sekä aikaisempiin synnytyskokemuksiin. Tutkimusten mukaan kotona synnyttävät naiset mieltävät synnytyksen luonnolliseksi tapahtumaksi, joka ei ole sairaus ja ei tästä syystä edellytä sairaalahoitoa (Viisainen 2000, Lindgren ym. 2006, Boucher ym. 2009, Catling ym. 2014). Naiset kokevat kodin itselleen turvallisimmaksi vaihtoehdoksi ja haluavat välttää haitallisina ja tarpeettomina pitämiään interventioita (Viisainen 2000, Boucher ym. 2009, Catling ym. 2014). Päätökseen synnyttää kotona vaikuttaa aikaisempi synnytyskokemus, joka saattaa olla joko huono kokemus sairaalassa synnyttämisestä (Viisainen 2000, Boucher ym. 2009, Bernhard ym. 2014) tai hyvä kokemus kotona synnyttämisestä (Viisainen 2000). Koti on perheille tuttu ympäristö, jota he saattavat hallita ja joka varmistaa heidän itsemääräämisoikeutensa toteutumisen. Omaa kotia on mahdollista muokata ja varustella omien mieltymysten mukaan, ja kotona synnyttävillä on myös mahdollisuus valita synnytyksessä läsnä olevat henkilöt (Lindgren ym. 2006, Boucher ym. 2009, Janssen ym. 2009). Kotona synnyttäminen mahdollistaa perheen aikaisem-

pien lasten osallistumisen synnytykseen, mikä on tärkeää, koska synnytys koetaan perhetapahtumaksi (Sjöblom ym. 2006, Murray-Davis ym. 2012, Bernhard ym. 2014). Lisäksi kotisyntyminen mahdollistaa synnytyksessä avustavien henkilöiden valitsemisen (Janssen ym. 2009).

Kodin synnytyspaikaksi valinneet naiset näyttäisivät poikkeavan elämäntyyliltään ja sosioekonomiselta asemaltaan valtaväestöstä. Kotisyntyttäjät ovat yli 30-vuotiaita uudelleensyntyttäjiä, jotka asuvat kaupunkialueella ja ovat vakituudessa parisuhteessa eläviä, korkeasti koulutettuja kotiaiteja. (Allnutt & Smith 2000, Hildingsson ym. 2006, Steel ym. 2015.) Perheille kodin valintaa synnytyspaikaksi edeltää harkitseminen, siihen liittyvien riskien tiedostaminen, tiedonkeruu ja aiheeseen perehtyminen (Murray-Davis ym. 2012). Kotisyntyssuunnitelma voi herättää ympäristössä erilaisia reaktioita sekä terveydenhuollon ammattilaisten että lähipiirin taholta (Andrews 2004a, Lindgren ym. 2010). Kielteisten reaktioiden kohtaaminen tuntuu pahalta ja aiheuttaa huolta ja pelkoja sekä saa naiset kokemaan vieraantumista julkisesta terveydenhuollosta ja etsimään sille muita vaihtoehtoja (Viisainen 2000, Sjöblom ym. 2012). Perheet kertovat kodin valitsemisesta synnytyspaikaksi vain tarkkaan valitsemilleen perheen ulkopuolisille henkilöille tai vaihtoehtoisesti salaavat aikomuksensa synnyttää kotona (Lindgren ym. 2010, Catling ym. 2014). (Liite 1: taulukko 3.)

2.5.3 Äitien kokemuksia lapsen syntymisestä kotona

Tutkimuskirjallisuuden mukaan äitien kokemukset lapsen syntymisestä kotona ovat kokonaisuutena hyviä (Andrews 2004b, Sjöblom ym. 2006, Johnson ym. 2007, Janssen ym. 2009, Lindgren & Erlandsson 2010, McCutcheon & Brown 2012, Bernhard ym. 2014, Larsson ym. 2014). Kokemukseen liittyy itseluottamuksen kohoamista (Sjöblom ym. 2006, Lindgren & Erlandsson 2010, McCutcheon & Brown 2012), itsemääräämisoikeuden toteutuminen (Sjöblom ym. 2006, Johnson ym. 2007, Janssen ym. 2009) ja voimaantuminen (Janssen ym. 2009, Lindgren & Erlandsson 2010, McCutcheon & Brown 2012, Bernhard ym. 2014). Äidit tuntevat luottamusta omaan kehoonsa (Sjöblom ym. 2006, Bernhard ym. 2014, Larsson ym. 2014), ja heillä on mahdollisuus hallita synnytysympäristöä (Johnson ym. 2007, Lindgren & Erlandsson 2010, McCutcheon & Brown 2012). Äidit tuntevat syvää luottamusta omaan kättilöönsä ja hänen osaamiseensa (Sjöblom ym. 2006, Johnson ym. 2007, Janssen ym. 2009, Lindgren & Erlandsson 2010). Koko perheen mahdollisuus osallistua synnytykseen tekee kokemuksesta hyvän (Andrews 2004b, Sjöblom ym. 2006, Janssen ym. 2009, Bernhard ym. 2014). (Liite 1: taulukko 4.)

Kokemukseen liittyy myös huolia ja pelkoa omasta ja lapsen hyvinvoinnista ja synnytyskivun kanssa selviämisestä (Andrews 2004b, Johnson ym. 2007, Lindgren & Erlandsson 2010) sekä terveydenhuollon, ystävien ja omaisten kielteisestä suhtautumisesta (McCutcheon & Brown 2012). (Liite 1: taulukko 4.)

2.5.4 Isien kokemuksia lapsen syntymisestä kotona

Isien kokemuksia lapsen syntymisestä kotona on tutkittu hyvin vähän; aiheesta on kaksi aikaisempaa tutkimusta, joista toinen on tehty Ruotsissa (Lindgren & Erlandsson 2011) ja toinen Irlannissa (Sweeney & O'Connell 2015). Isät tukevat äitejä synnytyspaikkaan liittyvässä päätöksenteossa, ja äidit tekevät lopullisen päätöksen. Isät luonnehtivat valintaa ennakkoluulottomaksi ja erilaiseksi (Lindgren & Erlandsson 2011). Isät näkevät kotisyntymyksen hyvänä vaihtoehtona, koska heillä on huonoja aikaisempia kokemuksia sairaalasyntymykseen osallistumisesta (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O'Connell 2015). Isät kokevat valinnan vuoksi erilaisuuden tunteita suhteessa ympäristöön ja toisiin perheisiin. He eivät saa tukea valinnalleen terveydenhuollosta (Lindgren & Erlandsson 2011), ja myös heidän läheisensä ovat heidän valintaansa vastaan (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O'Connell 2015). Isät ovat tietoisia kotisyntymykseen liittyvistä riskeistä, mutta eivät kuitenkaan näe ongelmaa kotiin jäämisessä (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O'Connell 2015).

Lapsen kotona syntyminen on isille erittäin hyvä ja voimakkaita tunteita sisältävä kokemus, joka mahdollistaa heille synnytykseen osallistumisen ja hallinnan tunteen säilyttämisen itsellä (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O'Connell 2015). Pelkojen ja onnen tunteiden jakaminen lujittaa suhdetta puolisoon (Lindgren & Erlandsson 2011), ja myös perheen muiden lasten osallistuminen on isille tärkeää (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O'Connell 2015). Kokemus vahvistaa isien käsitystä synnytyksestä luonnollisena tapahtumana (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O'Connell 2015) ja antaa heille uuden perspektiivin elämään (Sweeney & O'Connell 2015). (Liite 1: taulukko 5.)

2.5.5 Lasten kokemuksia sisaruksen syntymään osallistumisesta kotona

Lasten kokemuksia sisaruksen syntymään osallistumisesta on tutkittu sekä lasten itsensä että heidän vanhempiansa kuvaamana, ja lasten kokemukset ovat syntyneet sekä koti- että sairaalaympäristöissä. Tutkimusta on tehty Yhdysvalloissa (Anderson 1979, Daniels 1983, Issokson 1990) ja Japanissa (Kuramoto 2008, Okubo ym. 2008).

Lasten kokemukset ovat yleisesti myönteisiä tai neutraaleja, mutta niihin liittyy myös kielteistä (Anderson 1979, Daniels 1983, Issokson 1990, Kuramoto 2008, Okubo ym. 2008). Lapset suhtautuvat synnytykseen kiinnostuneesti, rauhallisesti, kannustavasti ja innostuneesti (Anderson 1979). Toisaalta lapset myös pelkäävät näkemäänsä, kuten verta (Anderson 1979) ja äidin kivuliaisuutta (Daniels 1983, Okubo ym. 2008), mutta tiedon antaminen ja keskustelu rauhoittavat lapsia (Anderson 1979). Lasten kertoman ja heidän käyttäytymisensä havainnoinnin perusteella lapset tuntevat läheisyyttä perheen kanssa, osallisuutta syntymään ja iloa tapahtumasta. Lasten käyttäytymisen ja vanhempien arvioiden perusteella sisarussuhteet uuteen tulokkaaseen lujittuvat, ja lapset myös oppivat kokemuksestaan. (Daniels 1983.) Lapset ovat myös vaikuttuneita ja herkistyneitä syntymästä ja onnellisia siitä, että perhe saa olla yhdessä (Issokson 1990). Kokemusta on kuvattu myös stressaavaksi ja äiti-lapsi -suhdetta ravistelevaksi (Kuramoto 2008). Vaikka kokemus herättää lapsissa voimakkaita tunteita, kokemus on kuvattu ylipäänsä positiiviseksi, ei traumatisoivaksi (Anderson 1979, Daniels 1983, Issokson 1990, Kuramoto 2008, Okubo ym. 2008). (Liite 1: taulukko 6.)

2.6 Yhteenveto tutkimuksen taustasta

Perheille synnytys ja vanhemmiksi tuleminen ovat elämän merkittävimpiä kokemuksia, joihin liittyy paljon odotuksia ja toiveita. Osa perheistä kokee, että oma koti on heille paras mahdollinen synnytyspaikka. Lapsensa syntymäpaikaksi kodin valitsevat mieltävät synnytyksen luonnolliseksi tapahtumaksi ja haluavat välttää synnytyksen kulkuun puuttuvia interventioita (Sjöblom ym. 2006, Lindgren & Erlandsson 2010). Näille perheille tärkeitä asioita ovat myös itsemääräämisoikeuden säilyttäminen, synnytysympäristön hallinta ja perhekeskeisyys. (Nilsson 2014, Zielinski ym. 2015.)

Suunniteltu kotisyntyys ei kuulu Suomessa julkiseen palvelujärjestelmään, ja turvallisuusnäkökohtien vuoksi kaikkien suositellaan synnyttävän sairaalassa (Äitiysneuvolaopas 2013). Suomessa äitiyshuolto on korkeatasoista ja sen tulokset ovat erinomaiset: neonataaliajan kuolleisuus on maassamme kansainvälisesti tarkasteltuna yksi matalimmista (WHO 2016).

Joissakin maissa kotona synnyttämiseen suhtaudutaan myönteisemmin ja kodin ajatellaan olevan sopiva synnytyspaikka kaikille matalan riskin synnyttäjille (NICE 2014). Yksi tällaisista maista on Hollanti, ja siellä tehtyjen tutkimusten perusteella koti on matalan riskin synnyttäjille yhtä turvallinen synnytyspaikka kuin sairaala (de Jonge ym. 2015). Kotisyntytyksen turvallisuuteen liittyvä tieto on kuitenkin ristiriitaista. Aikaisempaa tutkimustietoa systemaattisesti tarkastelevan metatutkimuksen perus-

teella kotona synnyttämiseen näyttäisi liittyvän suurempi neonataalikuolleisuuden riski (Wax ym. 2010).

Kotisynnytyksiä on selvitetty Suomessa 2000-luvun alussa (Viisainen 2000), jolloin kotona synnyttäminen oli hyvin harvinaista. Viisaisen väitöskirjatyön (2000) mukaan kotisynnyttäjän vanhemmat etsivät ympäristöä, jossa nainen voi hallita omaa synnytysprosessiaan ja siihen liittyvää päätöksentekoa. Kotisynnytyspäätöstä edelsi lääketieteellisten riskien kartoitus ja perheet pohtivat myös auktoriteetin vastustamiseen liittyvää moraalista riskiä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen perusteella kotona synnyttämiseen näyttää olevan vuosi vuodelta enemmän kiinnostusta, vaikka kotona synnyttävien perheiden määrä on lukuna pieni. Vuonna 2015 kotisynnytyksiä oli 45 (THL 2016).

Suomessa tehtyjen kotisynnytystä käsittelevien tutkimusten tuloksista ei pystytä tekemään merkittäviä johtopäätöksiä. Tästä syystä kotona synnyttäneiden perheiden tutkimuksesta voisi olla apua suunniteltuun kotisynnytykseen lähtevien perheiden motivaatioiden ymmärtämiseen. Samalla tutkimus voisi tuoda tietoa, jota voidaan hyödyntää äitiyshuollon palveluiden kehittämisessä ja erilaisten perheiden kohtaamisessa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa ja tulkitsevaa tietoa kotona syntyneen lapsen äidin, isän ja sisarusten kokemuksista ja muodostaa tästä merkitys rakenne.

Tutkimustehtävinä oli:

1. kuvata äidin kokemukseen sisältyvät merkitykset lapsen syntymisestä kotona
2. kuvata isän kokemukseen sisältyvät merkitykset lapsen syntymisestä kotona
3. kuvata lapsen tai nuoren kokemukseen sisältyvät merkitykset sisaruksen syntymisestä kotona
4. tuottaa merkitys rakenne liittyen perheen kokemukseen lapsen kotona syntymisestä.

Tulosten avulla voidaan ymmärtää kotona synnyttämisen ja perheen synnytykseen osallistumisen kokemusta ja sen merkitystä perheenjäsenten elämässä. Tutkimuksesta tuotettua tietoa pyritään hyödyntämään kotona synnyttämistä suunnittelevien perheiden neuvonnassa ja ohjauksessa. Tuloksia voidaan hyödyntää kotisyntytykseen liittyvien ohjeiden ja suositusten laatimisessa sekä äitiyshuollon palvelujen kehittämisessä asiakkaiden tarpeita ja toiveita huomioivaan suuntaan.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Fenomenologinen lähestymistapa

Fenomenologiseen filosofiaan pohjautuva fenomenologinen menetelmä kuuluu laadulliseen tutkimusperinteeseen, ja suuntauksen perustajana pidetään saksalaista Edmund Husserlia (1859–1938). Husserlin tavoitteena oli luoda fenomenologiasta ennakko-oletuksista vapaa tiede, jossa tutkimuksen kohteena on puhdas kokemus. (Husserl 1995, Dowling 2007, Niskanen 2009, Nelms 2015.) Fenomenologisen tutkimuksen käyttöalueita ovat tutkimuskohteet, joista ei ole vielä paljon tietoa, tai ilmiöt, joita halutaan tarkastella uudesta näkökulmasta (Burns & Grove 2009, Matua 2015). Fenomenologian suuntauksia ovat deskriptiivinen eli kuvaileva ja hermeneuttinen eli ymmärtävä ja tulkitseva fenomenologia (Niskanen 2009, Dowling & Conney 2012).

Tässä tutkimuksessa tarkastelen perheiden kokemuksia lapsen syntymisestä kotona. Kokemukset muodostuivat kokemuksellisena suhteena heidän omaan todellisuuteensa eli vuorovaikutuksessa heidän eletyn elämänsä kanssa (Laine 2010). Ihmiskäsitykseni mukaisesti ymmärsin osallistujat tajunnallisina, intentionaalisina olentoina, joilla on kyky suuntautua oman toimintansa ulkopuolelle ja kokea elämyksiä. Elämyksissä kohde ilmenee aina jollakin tavoin ja todellisuus ei ole merkityksetöntä vaan tarkoittaa jotakin. Kokemukset muotoutuvat siis niille annettujen merkitysten mukaan (Perttula 2009). Ihmisten merkitysmaailma on yksilöllinen, mutta myös yhteisöllinen eli erilaisissa yhteisöissä asioille annetaan erilaisia merkityksiä (Laine 2010, Wilson 2015). Perheiden kokemukset lapsen syntymästä kotona sisältävät heidän niille antamansa yksilölliset merkitykset, joita kuvaan ja ymmärrän oman tulkintani kautta.

Jotta kokemuksia voitaisiin tutkia, on ne ilmaistava jotenkin ja niihin on voitava palata. Kieli on väline ihmisten väliseen ymmärtämiseen ja kokemusten kuvaamiseen (Gadamer 2004). Kielen avulla kokemukset välittyivät minulle, ja tutkimustulokset ovat tulkintojani osallistujien kielellisesti kuvaamasta todellisuudesta (Gadamer 2004). Kokemusten kuvaustavaksi soveltuu myös piirtäminen, ja tässä tutkimuksessa osallistujat kuvasivat kokemuksensa kielellisesti (haastattelut) ja kuvallisesti (piirustukset) (Perttula 2009).

Fenomenologiseen ajattelutapaan kuuluu, että tieteellisyys perustuu käytetyn menetelmän kykyyn tavoittaa tutkittava ilmiö. Ennako-oletuksista vapaa kokemus voidaan tavoittaa fenomenologisen reduktion avulla, jossa tutkija laittaa tietoisesti syrjään oman esiymmärryksensä, ennakkokäsityksensä ja uskomuksensa eli luonnollisen asenteensa (Husserl 1995, Penner & McClement 2008, Flinck & Åstedt-Kurki 2009, Niskanen 2009, Flood 2010, Pulkkinen 2010). Reduktioon kuuluvat sulkeistaminen ja mielikuvatasolla tapahtuva muuntelu, joita olen kuvannut tämän tutkimuksen osalta tarkemmin haastatteluaineiston analyysin yhteydessä.

Suomessa fenomenologisella lähestymistavalla on aikaisemmin tutkittu lapsen saamista perheen tai perheenjäsenen näkökulmasta muun muassa Paavilaisen (2003) ja Mesiäislehto-Soukan (2005) väitöskirjatöissä.

4.2 Tutkijan ihmiskäsitys

Tutkijana minun on hyvä tunnistaa ja tuoda esiin oma ihmiskäsitykseni (Flinck & Åstedt-Kurki 2009, Lehtomaa 2009, Laine 2010), sillä tutkimus on johdonmukainen, kun se etenee tutkijan ihmiskäsityksen suunnassa. Käsitykseni ihmisestä on yhteneväinen ensisijaisesti eksistentiaalisen fenomenologian kokonaisvaltaisen eli holistisen ihmiskäsityksen kanssa (Rauhala 2014).

Kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan (Rauhala 2014) ihmisen ontologinen perusmuotoisuus voidaan esittää kolmijakoisena. Nämä ulottuvuudet ovat ihmisen tajunnallisuus (psykkis-henkinen olemassaolo), kehollisuus (olemassaolo orgaanisena tapahtumana) ja situationaalisuus (olemassaolo suhteina todellisuuteen). Ihmisen tajunnallisuuden ymmärrän toiminnoiksi, joilla ihminen on olemassa henkisenä ja psyykkisenä olentona. Ihminen tuntee, aistii, havainnoi ja kokee. Ihmisen kehollisuuden ymmärrän siten, että ihminen on olemassa konkreettisesti maailmassa oman kehonsa kautta ja oleminen loppuu kehon kuolemassa. Situationaalisuuden ajattelen tarkoittavan sitä, että ihminen elää omassa elämäntilanteessaan ja on suhteessa ympäröivään maailmaan, mutta myös sen henkiseen ilmapiiriin. Situationaalisuuteen kuuluu, että ihmisen osa määräytyy situationaalisuuden komponenteista, joista osaan ihminen voi itse vaikuttaa. Ihminen voi valita esimerkiksi ystävänsä ja ammattinsa, mutta ei omia vanhempiaan tai kulttuuria, johon syntyy. Ihmisen situationaalisuus määrittää hänen identiteettiään ja on ainutkertaista: situationin komponentit valikoituvat sattumanvaraisesti, ja ihmisen omat valinnat vievät hänen situationaalisuuttaan yksilölliseen suuntaan (Rauhala 2014).

Tässä tutkimuksessa ihmiskäsitykseni ohjasi ajatteluaani siitä, kuinka ymmärsin tutkimukseeni osallistuneet ihmiset. Kotisyntytyksen valinneiden perheiden äidit,

isät ja lapset olivat minulle ainutkertaisia yksilöitä. He olivat tajunnallisia, kehollisia ja situationaalisia olentoja, ja kokemus lapsen tai sisaruksen syntymästä kotona oli yhteydessä näihin kaikkiin ulottuvuuksiin. Lapsen syntymä ei ollut äideille vain kehollinen, fysiologinen tapahtuma, vaan monin tavoin ymmärrettävä ja aistittava kokemus, joka toteutui perheiden omassa elämänpiirissä ja laajemmin heidän situationaalisuudessaan suomalaisen yhteiskuntaan. Perheet ja yksilöt olivat vapaita tekemään itseensä liittyviä valintoja, ja he kantoivat niistä vastuuta.

4.3 Tutkijan ennakkokäsitys ja esiymmärrys

Tutkimusaiheeseen liittyvän ennakkokäsityksen ja esiymmärryksen tiedostaminen on tärkeää fenomenologisessa tutkimuksessa, jossa tarkastellaan ihmisten kokemusmaailmaa (Flinck & Åstedt-Kurki 2009, Lehtomaa 2009, Laine 2010). Jotta tutkija pystyisi tavoittamaan tutkimuksessaan jonkun toisen henkilön kokemusmaailman siten, että oma tutkimusaiheeseen liittyvä esiymmärrys ja ennakkokäsitys eivät vaikuta tutkimuksen tuloksiin, on tutkijan tiedostettava ne ja kirjoitettava ne auki. Omien ennakkokäsitysten ja esiymmärryksen sulkeistamisella (Hamill & Sinclair 2010, Bowie & Wojnar 2015) pyrin siihen, että voisin tarkastella aineistoa sellaisena kuin perheiden kokemuksiin sisältyvät merkitykset ajattelussani paljastuivat.

Oma ennakkokäsitykseni aiheesta oli muotoutunut elämäni aikana. Olin kuullut äitini ja isäni syntyneen kotona, kuten ennen 1950-lukua oli tavallista. Isoäitini kuvaivat tapahtumia varsin realistisesti, mutta niukasti. Muistan ajatelleeni, että kotona synnytettiin, koska muita vaihtoehtoja ei ollut. Ennakkokäsitykseni oli vaikuttanut myös yli kymmenen vuotta kestänyt työskentelyni synnytyssalin kättilönä. Tämän kokemuksen kautta minulle oli muotoutunut käsitys siitä, millaista synnyttäminen oli yleisesti ja millaista se oli sairaalassa. En ollut koskaan hoitanut kotona synnyttävää äitiä tai ollut läsnä kotisyntytyksessä. Sairaalassa synnyttämisessä oleellista on erilaisien riskien mahdollisimman aikainen huomioiminen ja ennakointi ja ensisijaisena tavoitteena on terveet ja hyvinvoivat vastasyntynyt ja äiti. Äidin ja perheen kokemusta ja toiveita pidetään tärkeinä, mutta turvallisuuden tavoittelu ja hoito-ohjeiden sekä suositusten noudattaminen saattavat tehdä niistä toissijaisia. Ennakkokäsitykseni mukaan kotona synnyttäminen oli riskialtista. Olin hämmästynyt siitä, että perheet valitsevat synnytyspaikakseen kodin, vaikka tarjolla oli mahdollisuus sairaalasyntytykseen. Kotisyntytykseen liittyen olin huolissani eniten äitiin ja vauvaan liittyvistä turvallisuuskysymyksistä ja synnytyksivun hallinnasta kotioloissa.

Kuulin tarkemmin kotona synnyttämisestä noin kymmenen vuotta sitten omalta kättilökollegaltani, joka oli hoitanut kotisyntytyksiä. Omista lähtökohdistani käsin

ajatus tuntui vieraalta, mutta samalla kiinnostavalta. Halusin saada tietoa perheiden syistä valita koti synnytyspaikakseen ja perehdyin aiheeseen synnytyspaikan valinnan näkökulmasta. Esiymmärrykseni pohjautuu koko aiempaan elämään, mutta myös osajulkaisu I:een. Osajulkaisu I perustuu tammi-helmikuussa 2008 kymmeneltä lapsensa kotona synnyttäneeltä naiselta teemahaastatteluilla kerättyyn aineistoon, joka analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Kodin valitsemiseen synnytyspaikaksi oli useita syitä, muun muassa itsemääräämisoikeuden säilyttäminen, käsitys synnytyksen luonteesta luonnollisena tapahtumana ja koko perheen osallistumisen mahdollistuminen. Päätökseen liittyi estäviä ja edistäviä tekijöitä. Estäviä tekijöitä olivat esimerkiksi pelot, haasteet kätilön löytämisessä ja kotisyntytykseen liittyvät kustannukset. Edistäviä tekijöitä olivat tieto, saatu tuki, oma terveys ja itseluottamus. Naisten mukaan kokemus oli hyvin positiivinen. Esiymmärrykseni mukaan koti oli perheille paras saatavilla olevista vaihtoehdoista, sillä se mahdollisti heidän toiveensa ja näkemyksensä siitä, miten ja millaisissa olosuhteissa lapsen syntymän tuli tapahtua. Tässä vaiheessa kävin itseni kanssa keskustelun siitä, että toisen ihmisen käsityksiä hyvästä ja turvallisesta syntymästä ei voi määritellä omista lähtökohdistaan käsin. Ajattelen myös, että yksilö on vapaa tekemään itseensä liittyvät valinnat ja tietää, mikä on hänelle parasta, ja hän kantaa valinnoistaan vastuun.

Oman ennakkokäsitykseni ja esiymmärrykseni sulkeistaminen on ollut vaativaa. Olen kerännyt tutkimusaineistot (osajulkaisut II, III ja IV) siten, että osallistujat ovat avoimen haastattelun menetelmän mukaisesti voineet kertoa oman tarinansa ja roolini on lähinnä ollut vastata aihepiirin sisällä pysymisestä. Onnistuin tässä hyvin, mutta aineiston analyysivaiheessa minun piti jatkuvasti pohtia, olivatko tulkinnot lähtöisin aineistosta vai sulkeistamisesta huolimatta esimerkiksi omista kokemuksistani kätilönä (Lehtomaa 2009, Laine 2010).

4.4 Tutkimuksen osallistajat

Tutkimukseen kutsuttiin mukaan henkilöitä, joilla oli omaa kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, kuten fenomenologisessa tutkimuksessa on tapana (Colaizzi 1978, Nelms 2015). Osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilta edellytettiin haastattelujen onnistumista suomen kielellä.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta myönsi puoltavan lausunnon (15.3.2010, ETL-koodi: R09250), minkä jälkeen ryhdyin tavoittelemaan osallistujia Aktiivinen synnytys ry:n ja kotisyntytyksiä hoitavien kätilöiden avulla. Pyysin heitä jakamaan tutkimukseen sopiville henkilöille laatimaani tutkimustiedotetta (Liite 2),

jossa tutkimuksesta kiinnostuneita pyydettiin ottamaan yhteyttä minuun (lumipallo-otanta, Patton 2015).

Tutkimuksesta kiinnostuneiden henkilöiden yhteydenottojen jälkeen jatkoimme keskustelua joko puhelimitse tai sähköpostitse. Pyrin varmistamaan, että yhteydenotaja oli perehtynyt tutkimustiedotteeseen, ymmärtänyt siinä kerrotut asiat ja oli perillä tutkimuksen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta perua osallistumisensa halutessaan vielä myöhemmin. Osallistujilla oli mahdollisuus tutustua varsinaiseen tutkimussuunnitelmaan. Tämän jälkeen sovimme haastattelujen ajankohdat ja paikat.

Kaikki minuun yhteyttä ottaneet yksittäiset henkilöt ja perheet otettiin mukaan tutkimukseen, sillä he täyttivät sovitut kriteerit. Ne muutamat henkilöt, jotka ottivat yhteyttä myöhemmin aineistonkeruun jo loputtua, jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimukseen osallistui 14 äitiä, 11 isää ja seitsemän lasta (5–17-vuotiaat).

4.5 Aineiston keruu

4.5.1 Haastatteluaineistot

Tämän tutkimuksen aineisto (osajulkaisut II, III ja IV) kerättiin avoimella haastattelulla, joka sopii fenomenologiseen menetelmään. Avoimessa haastattelussa osallistujat voivat kertoa omin sanoin kokemuksistaan. Pyysin jokaista osallistujaa kertomaan hänen viimeisimmästä kotisynnytykokemuksestaan, kun hänen lapsensa tai sisaruksensa syntyi kotona. Omaksi rooliksi jäi huolehtia haastattelun aikana aiheessa pysymisestä, ja välillä saatoin pyytää haastateltavaa tarkentamaan jotain asiaa. (Lehtomaa 2009, Patton 2015.) Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Yhdessä tapauksessa perheen isä ja äiti halusivat antaa haastattelun yhtä aikaa. Alle 15-vuotiaiden lasten haastatteluissa oli sovitusti mukana heidän vanhempansa. Toteutin haastattelut vain yhteen kertaan, sillä haastattelujen sopiminen ja järjestäminen oli haasteellista perheellisille osallistujille ja haastattelumatkat veivät paljon aikaa osin pitkienkin välimatkojen vuoksi – haastattelujen toteuttamisympäristönä oli koko Suomi.

Keräsin aineistot (osajulkaisut II, III ja IV) lokakuun 2010 ja toukokuun 2011 välisenä aikana. Tutkimushaastattelut toteutettiin osallistujien toivomissa paikoissa (Åstedt-Kurki ym. 2001). Isät ja lapset haastateltiin heidän omissa kodeissaan, jotka olivat heille tuttuja ja miellyttäviä paikkoja. Äideistä kaksi toivoi, että haastattelut toteutettaisiin minun kodissani, muiden äitien osalta keräsin aineiston heidän omissa kodeissaan. Korvasin kahdelle omassa kodissani haastattelemalleni äidille heidän matkakulunsa.

Varmistaakseni aineiston keruun onnistumisen ja osallistujien tietoisuuden suostumuksen toteutumisen (Kuula 2015) kiinnitin ennen haastatteluja huomiota seuraaviin

asioihin. Lasten kohdalla tietoisien suostumuksen saaminen on vaativaa ja tässä tutkimuksessa lupaa pyydettiin myös huoltajalta alle 15-vuotiaiden osallistujien kohdalla. Varasin haastatteluille runsaasti aikaa ja olin toivonut tätä myös haastateltavilta, mutta etenin aina haastateltavien ehdoilla. Ennen varsinaisen haastattelun alkua esittelin itseni ja kysyin osallistujan ajatuksia ja odotuksia liittyen haastatteluun. Kävin jokaisen haastateltavan kanssa vielä yhdessä läpi tutkimustiedotteen ja suostumuslomakkeen, jonka kaikki osallistajat allekirjoittivat tässä yhteydessä. Käytin runsaasti aikaa varmistukseni, että osallistajat ymmärtäisivät tutkimukseen liittyvät asiat sekä tutkimuksen vapaaehtoisuuden. Pyrin selittämään asiat lapsille heidän ikätasoaan vastaavalla tavalla. Lisäksi kerroin vielä uudelleen haastattelun äänittämisestä sekä äänitetyn ja kirjoitetun materiaalin käsittelystä. Tutkimukseen osallistuvilta kysyttiin ikä, montako kokemusta heillä oli lapsen tai sisaruksen syntymisestä kotona ja sairaalassa ja milloin viimeisin kotiympäristöön liittyvä kokemus oli tapahtunut. Tarkempia tietoja en kysynyt, koska kotisynnyttäjät ovat marginaalinen ryhmä ja tietojen kerääminen ja käyttäminen olisi saattanut vaikuttaa tietosuojan toteutumiseen.

Tutkija on vastuussa osallistujien hyvinvoinnista myös tiedonannon jälkeen, ja erityisen tärkeää tämä on sensitiivisten aiheiden ja tunteita herättävien aiheiden kohdalla (Kuula 2015). Varsinaisen haastattelun jälkeen käytin vielä aikaa keskusteluun ja kysyin haastateltavilta heidän tunnelmiaan ja ajatuksiaan. Oman lapsen tai sisaruksen syntymisen muistelu herätti joissakin osallistujissa voimakkaita tunteita, ja halusin varmistaa heidän voitinsa haastattelun jälkeen. Osallistajat kertoivat joskus asioita vielä haastattelun äänittämisen jälkeen. En käyttänyt näitä asioita tutkimuksen aineistona (Kylmä & Juvakka 2014). Jotkut haastatellut toivat melko voimakkaasti esiin, että he olivat kiitollisia, että olin halunnut kuulla heidän tarinansa.

Jokaisen haastattelun jälkeen kirjoitin tutkimuspäiväkirjaani oman näkemykseni haastattelun sujumisesta, tilanteen yleistunnelmasta ja omasta kokemuksestani. Haastattelujen kuuleminen herätti myös minussa ajoittain muun muassa huolen ja yllätyksen tunteita, joita käsitelin tutkimuspäiväkirjassani. Haastattelupäiväkirja oli hyödyllinen väline tutkimuksen edettyä analyysi- ja pohdintavaiheeseen.

4.5.2 Piirustusaineistot

Tutkimukseen osallistuvien lasten aineistoa kerättiin haastattelujen ohella myös piirustuksina. Piirtäminen on lapsille väline orientoitua tutkittavaan ilmiöön, ja se auttaa lasta ilmaisemaan itseään omilla käsitteillään (Backett-Milburn & McKie 1999, Punch 2002, Eldén 2012). Seitsemästä lapsesta kuusi halusi piirtää kokemuksestaan. Pyysin lapsia yksinkertaisesti piirtämään siitä kokemuksesta, kun he osallistuivat nuoremman

sisaruksen syntymään. Minulla oli mukana piirtämiseen tarvittavia välineitä, mutta lapset olivat vapaita käyttämään myös omia välineitään ja mitä tahansa piirustusmenetelmää.

4.6 Aineistojen analyysit

4.6.1 Haastatteluaineiston analyysi

Haastatteluilla kerättyjen aineistojen analyysimenetelmäksi valitsin Paul Colaizzin (1978) eksistentiaalisen fenomenologian piiriin kuuluvan menetelmän. Menetelmä on alun perin kehitetty psykologian alalle, ja sen avulla voidaan kuvata ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Analyysi etenee seitsemän vaiheen kautta, ja vaiheet ovat osittain päällekkäisiä. (Colaizzi 1978, Burns & Grove 2009, Philips-Pula & Pickler 2011.) Olen soveltanut menetelmää pääosin, mutta tehnyt myös joitakin poikkeuksia, jotka olen kuvannut analyysimenetelmän esittelyn yhteydessä.

Aineiston analyysia edelsi äänimuodossa olevien haastattelujen kuunteleminen läpi useaan kertaan. Tämä oli antoisaa ja herätti minussa ajatuksia ja tunteita, jotka kirjoitin tutkimuspäiväkirjaani. Tämän jälkeen kirjoitin äänittämäni haastatteluaineiston tekstimuotoon yleensä haastattelua seuraavana päivänä tai aivan lähipäivinä. Se, että kirjoitin aineistot itse, oli tärkeää tietosuojasyistä ja se edisti myös aineistoon perehtymistäni. Varsinaisen, sanatarkasti kirjoitetun puheen lisäksi kuvasin tekstiin myös kaikki tunteiden ilmaisut, kuten naurun, itkun, haukkotun ja pitkän hiljaisuuden, sekä haastattelun aikana tapahtuneet keskeytykset ja häiriöt. Haastattelut numeroitiin ja niihin laitettiin sivu- ja rivinumerot, jolloin alkuperäisiin ilmauksiin palaaminen olisi helppoa. Seuraavassa esitän analyysin etenemisen, joka mukailee Colaizzin menetelmässä esitettyjä vaiheita (1978). (Liite 3.)

1. Luin kirjoitetut haastattelut huolellisesti omaksuakseni niiden sisällön. Huomasin, että haastattelujen kuunteleminen ja kirjoittaminen olivat jo perehdyttäneet minua aineistoon, mutta tässä vaiheessa palasin myös tutkimuspäiväkirjaani tavoittaakseni jokaisen haastattelun tapahtumat ja tunnelmat.
2. Keräsin haastatteluista tutkimuksen kannalta merkittävät ilmaisut, jotka olivat tavallisesti lauseen tai useamman lauseen mittaisia. Tämä oli keskustelua aineiston kanssa, jolloin kysyin aineistolta tutkimuskysymyksen: millainen oli kokemus lapsen syntymisestä kotona? Alussa valitsin merkittäviä ilmauksia tiukasti ja rajatusti, mutta myöhemmin ymmärsin, että kokemukseen liittyi muutakin kuin vain varsinainen syntymä. Alussa valintani myös pilkkoivat aineistoa, kunnes ymmärsin, että merkitys oli yleensä hieman isommassa kokonaisuudessa ja

samassa merkittävässä ilmaisussa saattoi olla useampi merkitys. Merkittäviä ilmaisuja kertyi äitien aineistosta 420 kpl isien aineistosta 248 kpl ja lasten aineistosta 86 kpl, eli yhteensä 754 ilmaisua. En poistanut samansisältöisiä merkityksiä, sillä pelkäsin, että jotakin oleellista voi kadota.

3. Seuraavaksi paljastin ilmaisiin sisältyvät merkitykset. Tämä tarkoitti sitä, että yritin tavoittaa osallistujien sanomisista sen, mitä he olivat sanomallaan tarkoittaneet. Vaihe vaati ajattelutyötä ja jatkuvaa palaamista alkuperäisaineistoon kokonaiskäsitteksen ja yleisen tunnelman mieleen palauttamiseksi. Tähän vaiheeseen kuuluu reduktio, joka pitää sisällään sulkeistamisen ja mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun (Lehtomaa 2009). Sulkeistamisen vaiheessa pyrin tietoisesti asettamaan syrjään oman esiyymmärrykseni, käsitykseni ja asenteeni tutkittavasta ilmiöstä eli pyrin tarkastelemaan ilmiötä ilman niitä. Lehtomaan (2009) mukaan sulkeistamisen tavoitteen saavuttaminen on kuitenkin rajallista, sillä kokemuksen tutkimukseen sekoittuu aina tutkijan esiyymmärrystä. Merkitysten löytämiseen osallistujien ilmaisuista käytin mielikuvatasolla tapahtuvaa muuntelua ja intuitiota (Flinck & Åstedt-Kurki 2009, Lehtomaa 2009): yritin päästä käsiksi ilmaisuun sisältyvään merkitykseen miettimällä, mitä ilmaisu piti sisällään, mitä se ei ollut ja mitä se saattaisi olla. Sama ilmaisu saattoi pitää sisällään useita merkityksiä, ja joskus ilmaisuun sisältyvä merkitys vaikutti ensin itsestään selvältä, mutta olikin sitten jotakin muuta.
4. Tässä vaiheessa yhdistin merkitykset teemoiksi ja nimesin teemat. Tämäkin vaihe oli vaativa, sillä nimen tuli kattaa kaikki merkitykset. Mietin teemoja ja niiden nimiä lukuisia kertoja. Teemoja syntyi varsin paljon ja niiden yhdistäminen oli vaikeaa, mutta Colaizzin (1978) mukaan merkityksiä ei saa pakottaa mihinkään ryhmään eikä niitä saa myöskään jättää pois.
5. Tutkimustuloksista muodostin yhteenvedot ja tiivistetyt kuvaukset eri perheenjäsenten kokemuksista liittyen lapsen tai sisaruksen kotona syntymiseen.
6. Muodostin perheen yhteisen merkityksen ja merkitysrakenteen kokemuksesta liittyen lapsen syntymiseen kotona.
7. Tässä vaiheessa poikkesin Colaizzin menetelmästä (1978), jossa tulokset palautetaan tiedonantajille, jotta saataisiin selville, vastaavatko tulokset heidän kokemustaan. Tiedonantajien tuottama uusi tieto tulisi lisätä tutkimustuloksiin. En toiminut näin, sillä näin en ollut alun perin suunnitellut. Tämä johtui osittain myös siitä, että haastattelujen ja tulosten julkistamisen välillä kului paljon aikaa.

4.6.2 Piirustusaineiston analyysi

Lasten piirustuksia käytettiin lähinnä haastattelujen tukena ja apuvälineenä tavoittaa lasten kokemus pienemmän sisaruksen syntymään osallistumisesta. Piirustusten analysoinnissa käytettiin lapsiin erikoistuneen psykologin asiantuntemusta, enkä ole itse osallistunut analyysin tekemiseen. Piirustuksia tarkasteltiin suhteessa haastatteluaineiston teemoihin ja merkitysrakenteeseen. Analyysissä kiinnitettiin erityisesti huomiota siihen, tuliko piirustuksissa esiin samoja synnytystilanteisiin liittyviä asioita kuin lasten puhutuissa narratiiveissa (Backett-Milburn & McKie 1999). Piirustukset toimivat puhuttujen kertomusten verifikaationa. Koska kuvia ja kertomuksia ei ollut mahdollista liittää toisiinsa, tarkastelu tehtiin teemoittain. (Peltonen, henkilökohtainen tiedonanto, 29.9.2016.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kuvaan ensin tiivistetysti eri perheenjäsenten kokemukset erikseen ja sen jälkeen esitän perheen kokemusta kuvaavan merkitysrakenteen. Kunkin ryhmän kokemuksiin sisältyvät merkitykset ja niitä kuvaava merkitysrakenne on esitetty osajulkaisuissa II, III ja IV. Esitän tulosten yhteydessä osallistujien alkuperäisiä ilmauksia, jotka on merkitty kursiivilla.

5.1 Äitien merkitykset: omilla ehdoilla synnyttäminen, haasteiden kohtaaminen ja onnistumisesta iloitseminen (Osajulkaisu II)

Äitien kokemus lapsen syntymisestä kotona sisälsi omilla ehdoilla synnyttämisen, haasteiden kohtaamisen ja onnistumisesta iloittamisen. Kodin synnytyspaikaksi valitseminen liittyi äitien näkemykseen siitä, millainen synnytyksen tuli olla. Äideille synnytys oli luonnollinen asia, osa jokapäiväistä elämää, ja he eivät pitäneet sitä sairautena, jota olisi tarvetta hoitaa sairaalassa. He luottivat lujasti omaan kehoonsa ja sen kykyyn synnyttää sekä omiin hallintakeinoihinsa. Keho miellettiin ikään kuin itsenäiseksi toimijaksi, jolla oli kaikki synnyttämiseen liittyvä tieto ja kyky. Synnyttäminen oli vuoropuhelua oman kehon kanssa. Keho kertoi viesteillään äideille, miten heidän tuli toimia.

”Mä ajattelen niin, että synnytys on hyvin luonnollinen tapahtuma, alkeellisissakin oloissa naiset on synnyttäneet... ei tietenkään aina hyvin tuloksin, mutta se on sitä luonnonmukaisuuden luonnetta...”

”Siinä pitää olla yhtä sen synnytyksen kanssa silleen, että se ei oo mikään erillinen tapahtuma, vaan se tapahtuu minussa ja minun pitää kuunnella omaa kehoani ja antaa sen tapahtuman vietäväksi... sitä ei pidä yrittää hallita, vaan sen pitää antaa tapahtua! Mun keho tiesi, miten se tapahtuu!”

Äideillä oli sairaalasta aikaisempia, huonoja synnytyskokemuksia, jotka olivat vaikuttamassa päätökseen synnyttää kotona. Synnytyskokemukseen sairaalassa liittyi omassa synnytyksessä ulkopuolisena olemisen tunne ja synnytyskokemuksen rikkoutuminen;

äidit kokivat, että heidän itsemääräämisoikeutensa ei toteutunut ja että he olivat toimenpiteiden kohteita. He kokivat myös henkilökunnan asennoitumisen ja käyttäytymisen loukkaavana ja kylmänä.

”En mä itse mistään saanu päättää! Ja siellä tehdään koko ajan sellaisia asioita, jotka niinku estää sitä sun synnytyksen kulkua ja se ei anna niinku sitä mahdollisuutta niille hormoneille jyllätä vapaasti ja siellä syntyy sitä adrenaliinia, joka on sen synnytyksen tiellä!”

”Se kohtelu oli semmosta kauheen tyyliä, että kun mä vaikka sen yhen kerran sanoin, että nyt mua sattuu, niin mulle sanottin, että ’Se on nyt sitä luomisen tuskaa!’ ja se ei ollut semmonen, että mä oon siellä synnyttämässä vaan semmonen, että päästäpä se vauva nyt pihalle sieltä, että päästään tästä kaikki!”

Kotona synnyttäminen mahdollisti äideille kättilön valitsemisen ja lasten osallistumisen synnytykseen, mitkä eivät olisi olleet toteutettavissa sairaalassa. Äidit luottivat lujasti kättilönsä tietämykseen ja osaamiseen, ja kättilön läsnäolo toi heille turvaa. He kokivat kuitenkin oman roolinsa omassa synnytyksessä tärkeimmäksi, ja kättilö oli heidän saatavillaan tarvittaessa. Lasten osallistuminen oli tärkeää, koska äidit eivät halunneet olla erossa lapsista synnytyksen aikana ja he toivoivat lastensa saavan olla läsnä uuden perheenjäsenen syntyessä. Synnytys miellettiin tiiviiksi perhetapahtumaksi, joka kuului kaikille perheenjäsenille. Äidit tunsivat iloa lapsen osallistumisen mahdollistumisesta.

”Se kättilö vaan oli siinä ja hänestä ihan uhku semmonen rauha ja varmuus ja mä taisin ihan itkeä... sillonkin... (niistää) onnesta, että nyt mä olen turvassa tuon ihmisen kanssa!”

”Ja se mun mies sai olla siinä, ja ne meidän lapset ja se meidän mummi! Ett ne kaikki asiat, mistä oli sanottu, että ei käy ja ei onnistu siellä sairaalassa, niin ne onnistu ja mie koin siinä semmosta voimakasta yhteyttä niihin ihmisiin siinä!”

Kodin valitseminen synnytyspaikaksi mahdollisti synnytyksympäristön hallitsemisen, koska se oli ennestään tuttu ja turvallinen ja sitä saattoi muokata omien toiveiden mukaiseksi. Naiset kokivat, että he olivat turvassa omassa kodissaan ja että heillä oli synnytysrauha. Kotiympäristö ja itse valitut avustajat sekä ympärillä olevat perheenjäsenet ja tutut ihmiset mahdollistivat sen, että synnytyksen kulkua ja rauhaa ei häiritty. Syntymä oli äideille intiimi tapahtuma, ja äidit sulkiivat syntymän lähestyessä ulkopuolisen maailman pois kääntymällä omaan sisäiseen maailmaansa. Koti oli äideille voimaannuttava ympäristö.

”Semmonen paikka se koti kyllä on, että täällä mä pystyn rentoutumaan ihan täydellisesti! Mua ei niinku häiritä ja mä saan olla semmonen kun oon!”

”Siinä synnytyksen loppuvaiheessahan mie olen niin keskittynyt itseeni, sinne sisimpään, että en mie siinä muista enää välitä mitenkään...”

Kotona synnyttämistä edelsivät pitkä harkinta ja tiedon hakeminen. Äidit etsivät tietoa toisilta kotisynnyttäjiltä, omalta kättilöltä, kirjallisuudesta ja lehdistä. Päätöksestä kertomiseen liittyi ympäristön, kuten läheisten ihmisten ja terveydenhuollon henkilöstön, negatiivinen suhtautuminen. Äidit eivät saaneet tukea terveydenhuollosta. Tätä ilmeni sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen. Kielteinen suhtautuminen johdi siihen, että äidit salasivat suunnitelmansa synnyttää kotona ja tapahtuma paljastui ulkopuolisille vasta synnytyksen jälkeen. Äidit kokivat myös huolta ja pelkoa omasta ja syntyvän lapsen selviytymisestä. Oma selviytyminen piti sisällään synnytyksen hallitsemisen kotona ja kivun kanssa selviytymisen. Äidit hyväksyivät sen, että kipu kuuluu luonnollisena osana synnytykseen, ja he luottivat siihen, että he pystyvät hallitsemaan sitä omilla keinoillaan, kuten keskittymisellä ja luonnonmukaisilla kivunlievitysmenetelmillä. Hyvin sujunut raskaus ja merkit vauvan hyvinvoinnista lievittivät äitien huolia ja pelkoja.

”...niin, kaveri- ja tuttavapiirissähan tää on herättänyt pabeksuntaa ja kummeksuntaa... ja etukäteenhän me ei sanottu kellekään mitään. Meidän lähimmätkään ei tiennyt sitä, että tässä on kotisynnytys suunnitelmissa... musta alko tuntuu, että se on niinku helpompi, että ne saa tietää sen jälkikäteen! Että en kertonu kellekkään, en ees neuvolassa!”

”Ett tuota... ja... koko ajan mulla oli sitten takarivossa valitettavasti sellasia ajatuksia, mitä mä olin ajatellu, että siellä ei sais olla... No totta kai minä ajattelin, ett kun vedet ei oo mennyt! Ja se huoletti... sanonko... hm... pelottikin.”

”Sitten kun se alko se synnytys, niin sitt mä vasta muistin, ett ai niin, onhan tässä tää kipuasiakin, taas! (nauraa) Siihen kipuun mä en oo koskaan keskittyny, mä ajattelen, että se menee, kun on aina ennenkin mennyt, mutta nyt sai keskittyä enemmän, kun se oli niin nopee, se synnytys, mutta taas selvittiin.”

Syntymän hetki piti sisällään voimakasta riemua ja onnen tunteita. Äidit kokivat, että hetki oli maaginen ja että he olivat yhteydessä syntyvään lapseen, elämän kiertokulkuun ja koko maailmankaikkeuteen. Syntymän jälkeen äidit antautuivat hoidettaviksi ja hemmoteltaviksi, ja he kokivat, että ympärillä olevat ihmiset tekivät niitä asioita, joita he toivoivat ja halusivat. Tunne oli ylellinen ja äidit tunsivat itsensä kuningattariksi. Synnyttä lasta juhliittiin yhdessä perheen ja synnytykseen osallistuneiden henkilöiden kanssa. Äidit iloitsivat onnistumisestaan.

”Ihan mieletön ilo... sitä on aika vaikee kuvata... niinku minä ja se lapsi ois oltu yhtä ja silleen myöskin... osa semmosta isompaa... (pyyhkii silmiään).”

”Ja me juhlittiin vauvan synttäreitä kaikki yhdessä ihan heti siinä! Ja parastahan tässä kaikessa oli se, että se onnistu! Kaikki meni hienosti! Se, että minä sain synnyttää kotona, se oli kaikkein hienointa ja tärkeintä, se, että minä sain synnyttää kotona!”

5.2 Isien merkitykset: vastuun jakaminen ja naisen tukeminen (Osajulkaisu III)

Isien kokemus lapsen syntymisestä kotona sisälsi vastuun jakamisen ja naisen tukemisen. Vastuun jakaminen tarkoitti isille kotisyntytyspäätökseen osallistumista ja vastuun ottamista päätöksestä. Harkintavaiheessa isät kokivat epäilyjä asian suhteen eivätkä olleet varmoja päätöksen järkevyydestä. He miettivät asiaa paljon ja tiedostivat kotisyntytyskseen liittyvät riskit, kuten naisen tai lapsen menettämisen mahdollisuuden. Isät olivat sitä mieltä, että syntymä ja kuolema ovat asioita, joita ei voi itse hallita. Isien näkökulmasta kotisyntytyskseen toteuttamista puolsivat naisen hyvä raskaudenai-kainen vointi ja terveys, ammattitaitoisen ja luotettavan kättilön läsnäolo ja tietoisuus mahdollisuudesta turvautua vaihtoehtoihin hoitomenetelmiin. Kotisyntytyspäätök- sessä naisen toive oli tärkeämpi kuin isien omat näkemykset ja toiveet.

”...mutta olihan ne meidän aikaisemmat kokemukset sieltä sairaalasta vähän semmo- sia ja tämmösiä, että toisaalta ihan ymmärränkin, että X (vaimon nimi) halus olla kotona... itteeni siinä kyllä mietitytti monikin asia, että miten se ylipäätään onnistuu ja onko siinä mitään järkeä... ruveta semmoseen hommaan!”

”No, sitten mä aattelin, että hyvinhän tässä on nyt asiat menneet ja se kättilökin oli niin järkevänolonen, että kai tämä nyt sitten tehdään vaan, kun se oli X:lle (vaimon nimi) niin tärkeitä!”

Isien päätökseen valita koti synnytyspaikaksi vaikuttivat heidän aikaisemmat huonot kokemuksensa osallistumisesta sairaalasyntytyskseen. Sairaalasyntytyskessä koettiin huonoksi se, että isien oma osallistuminen ei toteutunut: he kokivat, että heidät ikään kuin suljettiin pois oman lapsen syntymästä. Asiaan vaikuttivat sairaalan rutiinit ja kii- re, ja lisäksi isien mielestä henkilökunta halusi tehdä kaiken itse. Isät kokivat, että nai- set menettivät sairaalassa itsemääräämisoikeutensa ja että naisten toiveita ja ajatuksia ei kuultu. Sairaalaympäristö koettiin naista kontrolloivana ja synnytystä häiritsevänä. Isät uskoivat synnytyskseen luonnollisuuteen ja sen luonnolliseen kulkuun, jota toimen- piteet häiritsivät ja jopa vaaransivat. Isien mielestä koti oli sairaalaympäristön vastakoh- ta, joka edusti heille turvaa ja mahdollisuutta omassa rauhassa synnyttämiseen ilman rutiineja ja aikatauluja. Isät kuvasivat näitä asioita muun muassa näin:

”...ja se ensimmäinen synnytys siellä sairaalassa (paikkakunnan nimi), se oli semmoinen hyvin vanhanaikaisella tavalla hoidettu synnytys, missä kaikki meni oikeestaan väärin... että X (vaimon nimi) joutu olemaan pakosta ihan luonnottomassa asennossa ja mut ajettiin pois välillä... siis kokonaan ulos...”

“...jaa... että mitäkö tarkoitan? Sillä mä tarkoitan, että normaali on sitä, että osa sitä jokaista päivää, niinku syöminen tai nukkuminen tai muu... minun on tietysti helppo tässä miehenä sanoa, että kaikki on mennyt helposti, mutta se on se minun kokemus (sanoo lastensa määrän) lapsen isänä... se menee niinku omalla painollansa, ei siihen synnytykseen puututa!”

”Se tunnelma kotona oli silleen hyvin rauhallinen, tai rento... erilaista, ku sairaalassa... hm...”

Isille oli tärkeää, että aikaisemmat lapset saattoivat osallistua sisaruksensa syntymään, mikä mahdollistui vain kotiympäristössä. Isät käyttivät paljon aikaa lasten valmistamiseen synnytykseen kertomalla synnytyksestä. He ajattelivat, että kokemus vahvistaisi lapsia ja lähentäisi heitä syntyvään sisarukseen.

”Ja oli niinku hieno homma, että lapset pääsi siihen heti mukaan, niille ei tule sellasta tunnetta, ett se on vauva on tuotu jostain ja vanhemmat on ollu poissa, vaan se on syntyny täällä kotona ja on heti siinä niitten toisten kanssa!”

Lapsen syntymiseen kotona liittyi ympäristöstä tulevaa kielteistä palautetta. Isät olivat erityisen loukkaantuneita lähipiirin taholta tulevasta palautteesta. Onnittelujen sijaan perheet kohtasivat kritiikkiä ja tuomitsemista. Sen sijaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamaan palautteeseen isät eivät suhtautuneet raskaasti vaan pyrkivät jopa ymmärtämään heitä. Aikaisempien, huonojen kokemustensa vuoksi isät eivät edes olettaneet saavansa tukea terveydenhuollosta.

”Ja sitten on tullu näitäkin, että miten te voitte riskeerata teidän lapsen hengen ja näin pois päin, ett se on se toinen ääripää...”

”No, mä arvelen, että se (lääkäri) halus vaan hyvää ja olihan se oikeesti hirveen huolisaaan, sen huomaa kaikesta!”

Isien osallistuminen lapsen syntymään kotona konkretisoitui heille synnytysympäristön ja kodin valmisteluina, kuten remontointina ja välineiden hankkimisena. He tukivat naista suunnittelussa, valmisteluissa ja olemalla läsnä synnytyksen hetkellä tukien ja rohkaisten. Syntymään osallistuminen sisälsi isille odottamattomia tapahtumia, kuten kätilön rooliin joutumista. Isät kokivat ylpeyttä ja voimaantumista siitä, että he olivat hoitaneet synnytyksen, mutta kokemus oli myös pelottava. Isät toivoivat, että he eivät joutuisi samaan tilanteeseen uudelleen. Isien pelot ja huolet väistyivät lapsen syntymän

jälkeen ja korvaantuivat onnen tunteilla lapsen syntyessä elävänä ja hyvävointisena. Isille syntymä oli unohtumaton hetki täynnä tunteita.

”Keskeisenä asiana oli siinä varmaan se synnytyksämme, jonka pystyttämistä ja kaasaamisesta mä sitten huolehdin ja tota... mitäs muuta... (hm...) ...mun aika oikeestaan meni siinä, että sain kasattua sen synnytyksaltaan ja tietysti mun pääasiallinen tehtäväni oli tukea X:aa (vaimon nimi) siinä synnytyksen aikana.”

”...että sehän meni niin, että kun se H-hetki lähestyi, niin minä olin siinä sitten ottamassa meidän lasta vastaan! (nauraa) ...ja pitää kyllä sanoa, että olin kyllä pikkusen ihmeissäni, en niinkään siitä, että se syntyi, mutta siitä, että se syntyi niin äkkiä! Ja vaimo siinä sano vaan, ett nyt se on ulkona, mitäs tässä muuta, kun auta mut istumaan! Jälkikäteen vähän mietitytti kyllä monta kertaa, mutta ei silloin siinä!”

”Ja se syntymä siellä kotona... mun on vaikee kuvata sitä... mutt se on semmonen... tietenkin kun uus elämä alkaa... oma lapsi syntyy... se... oli niin hienoa... (liikuttuu ja pyyhkii silmiään) ...pidetäänkö tauko?”

5.3 Lasten merkitykset: ilon ja huolen tunteminen, äidin auttaminen ja kokemuksesta oppiminen (Osajulkaisu IV)

Sisaruksen syntymään osallistuminen piti sisällään vaihtelevia tunteita ilosta huoleen, synnytyksessä apuna olemista ja osallistumisesta oppimista. Lapsilla oli oma tahto osallistua sisaruksensa syntymään kotona, ja päätös oli heidän omansa, vaikka se tehtiin yhdessä vanhemman kanssa. He pitivät osallistumisesta luonnollisena ja itsestäänselvytenä. Sisaruksen syntymän hetkeä odotettiin malttamattomasti, ja lapset toivoivat vauvan syntyvän heti. Lapset kokivat turhaantumista ja pitkästy mistä, jos he joutuivat odottamaan syntymän hetkeä. Joskus syntymän odottaminen vei koko päivän, ja lapsia käskettiin rauhoittumaan ja heitä kiellettiin tekemästä asioita, joita he olisivat halunneet tehdä. Heitä kiellettiin esimerkiksi menemästä synnytyksaltaaseen.

”...sitten Y:n (sisaruksen nimi) kanssa se oli jo ihan niinku itsestäänselvyys, että totta kai ja se oli mulle tosi tärkeetä, että mä sain olla siinä mukana!”

”Me ei oltu ihan koko aikaa siinä, vaan me käytiin ain vähän välii kattomassa, ett joko se on syntyny... ja se ei vaan tullu ja piti niinku odottaa... se oli silleen... niin, sitt äiti käski meidät vähäks aikaa rauhottumaan tonne toiseen huoneeseen...”

Lapset iloitsivat siitä, että he olivat avuksi synnytyksessä monin tavoin. He hakivat äidille hänen tarvitsemiaan tavaroita, viihdyttivät äitiä laulamalla ja leikkasivat syntymän jälkeen napanuoran. Isommat sisarukset kertoivat, että he huolehtivat syntymän

hetkellä pienemmistä sisaruksistaan ja kertoivat ja selittivät näille syntymään liittyviä asioita.

”...äiti piti taluttaa vessaan, kun se ei meinannut jaksaa itse kävellä, me autettiin ja äiti sanoi, että me oltiin iso apu!”

Vanhemmat ja kätilö antoivat lapsille raskauteen ja synnytykseen liittyvää tietoa raskauden ja synnytyksen aikana. Syntymänaikaiset tapahtumat yllättivät ja aiheuttivat lapsissa hämmästyksiä. Lapsista oli ihmeellistä, että napanuoran leikkaaminen ei ollut vauvalle kivuliasta ja että akupunktioneulat lievittivät kipua. Lapset myös luulivat, että vauvan itku syntymän jälkeen tarkoittaisi sitä, että vauvalla olisi hätä. Lapset luottivat näissä tilanteissa aikuisten ja kätilön antamaan tietoon. Luottamus aikuisia kohtaan näkyy myös lasten piirustuksista, joissa lapset piirsivät itsensä lähelle omia vanhempiaan. Piirustuksista välittyy, että lapset luottivat vanhempien antaman tiedon lisäksi myös vanhempien läsnäoloon ja tukeen syntymän hetkellä. Lapset oppivat raskauteen ja synnyttämiseen liittyviä asioita, joita ei ole mahdollista oppia kirjoista. Lapset myös hyötyivät osallistumisesta, ja se vahvisti heidän käsitystään syntymän luonnollisuudesta.

”...ja sitten katkastiin se sen napa! X (sisaruksen nimi) sai katkasta sen. Se ei koske siihen yhtään, vaikka leikataan saksilla! Me luultiin, että se koskee, mutta isä sano, että se ei koske!”

”Mä oon niinku oppinu, että miten ne syntyy, silleen oikeesti, ei vaan niinku vaikka koulussa!”

Syntymän aikana lapset olivat huolissaan äidin, vauvan ja sisarusten hyvinvoinnista. Äidin valitus ja ääntely sekä hoitotoimenpiteet, kuten akupunktioneulat, herättivät heissä huolta. Lapset esimerkiksi epäilivät, että akupunktioneulat satuttivat äitiä. Lapset olivat huolissaan myös vauvasta, ja he esimerkiksi epäilivät, että vauva saattaisi hukua synnytysammeeseen. Piirustuksista kuvastuu, että lapset olivat annetusta tiedosta huolimatta myös huolissaan syntymän hetkellä.

”Äitille laitettiin semmosia... neuloja... se oli... en muista sitä... se ei ollut kivaa, mutta äiti tykkäsi siitä, kun se auttoi...”

”No... mä tiedän, ett se voi sattua paljon, mutt se ei oo vaarallista, vaan se kuuluu siihen... se huuto, mutta se ei oo kivaa, jos sattuu...”

Syntymän hetkellä lapsia kiinnosti erityisesti sisaruksen sukupuoli, joka oli heille tärkeä asia. Lapset huomioivat sukupuolen heti syntymän jälkeen. Syntymän hetkeen liityi voimakasta iloa, ja hetki kuvattiin hyvin tunteikkaaksi. Lapset kuvasivat, että he eivät välttämättä muista hetkeä aivan tarkasti sen sisältämän tunnelatauksen vuoksi.

Sisaruksen syntymäpäivä rikkoi tavallisen arjen, ja lapset saattoivat tehdä asioita, jotka eivät olleet tavallisesti sallittuja. He söivät paljon herkkuja, ja heidän ei tarvinnut men-
nä aikaisin nukkumaan, tai he saivat valvoa läpi yön. Sisaruksen syntymää juhlittiin
perheen ja läheisten kanssa. Kotona oli koristeita, kynttilöitä, musiikkia ja herkkuja.

”Mä yritin niinku heti kattoo, että kumpi se on!”

*”Se... on ollu aivan ihanaa! (nyyhkäisee... odotetaan hetki) ...ja se on ollu niinku ihan
ekasta, ton A:n (sisaruksen nimi) syntymästä, kyllä mä sain olla sielläkin mukana,
vaikka mä olin niin pieni...”*

”Ja sitten meillä oli heti ne vauvan synttärit!”

Vanhemmat lapset kokivat, että koti on hyvä ja turvallinen paikka synnyttää, jos nai-
nen on terve. Sairaala edusti lapsille tuntematonta ja epäilyttävää paikkaa, jossa syn-
nyttäviä naisia ei hoideta hyvin. Sairaalaa ja siellä annettavaa hoitoa koskeva näkemys
perustui heidän kirjoista lukemaansa ja televisiosta katsomaansa. He voisivat itsekin
harkita synnyttävänsä kotona tulevaisuudessa.

*”Ja ite jos mä saan joskus saan lapsen, niin mä ehkä mieluiten haluisin synnyttää ko-
tona, jos se on terve ja syntyy niinku... siis ei liian aikaisin... tai siis oo niinku liian
pieni...”*

*”No mä oon lukuun paljon noit äitin kirjoja ja lehtiä, niissä on paljon semmosia muitten
naisten synnytyskokemuksia ja niissä on ollu semmosia sairaalasyntymyksistä kertovia
juttuja kanss ja mä muistan semmosen yhen kauheen, missä se ei ite saanu niinku
päättää mistään ja se synnytys ei ollu tuntunu sen omalta ollenkaan!”*

Lapset halusivat kertoa ulkopuolisille, kuten naapureilleen, välittömästi syntymän jäl-
keen, että vauva oli syntynyt. Lapsia loukkasivat ulkopuolisten henkilöiden epäilyt sii-
tä, että vauva olisi syntynyt kotona. Lapset kokivat, että heidän kertomaansa ei uskottu.

”Ne sano, että nyt mä en varmaan puhu totta, että ei voi olla, että kotona on syntynyt!”

5.4 Tiivistetty kuvaus ja merkitysrakenne perheen kokemuksesta

Lapsen kotona syntymiseen liittyvä perheen kokemus on esitetty merkitysrakenteena
kuviossa 1. Tulokset on saatu oman ymmärrykseni ja tulkintani kautta, ja täydellisesti
toisen ihmisen kokemusta vastaavaa kuvausta on mahdotonta tehdä (Perttula 2009,
Lehtomaa 2009).

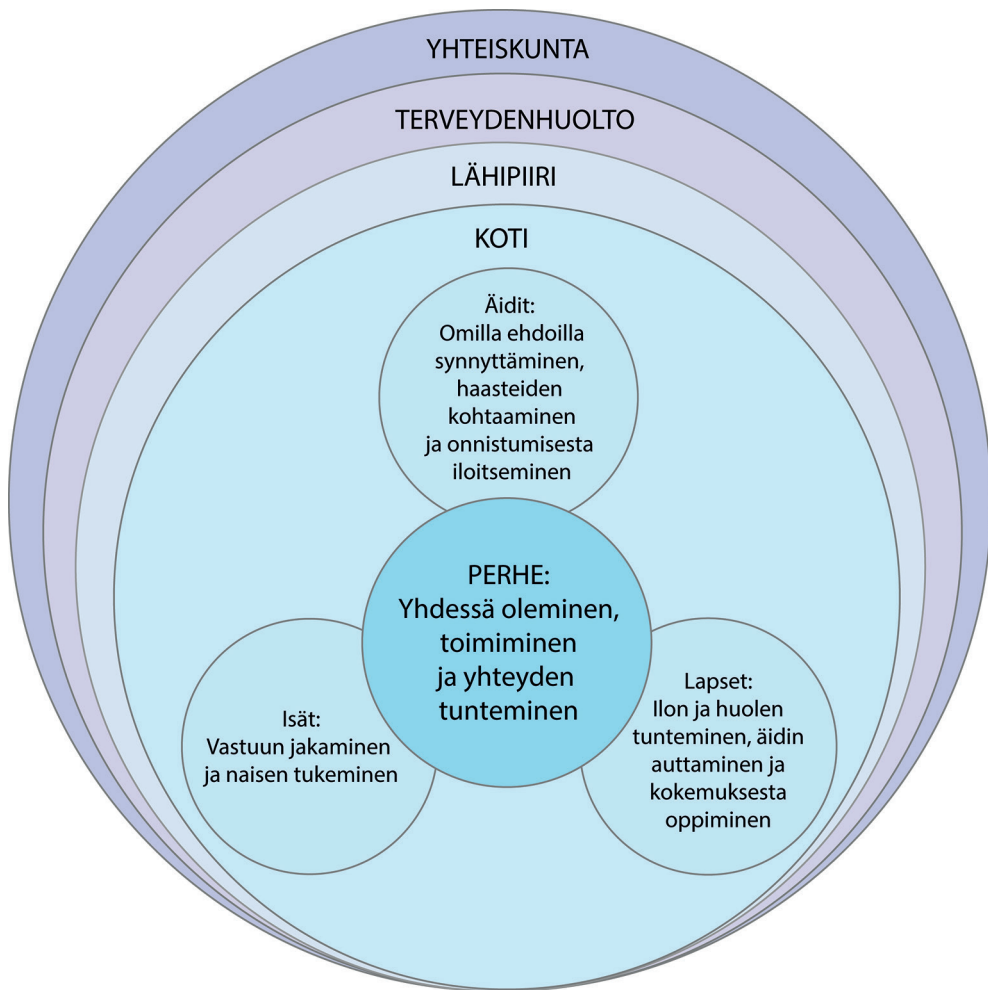
Kuvion sisällä on keskiössä perhe ja perheen yhteisen kokemuksen merkitys, johon
sulautuvat eri perheenjäsenten kokemusten merkitykset. Perhe on sijoitettu kuvion lai-

dalle, sillä kotisyntyys oli marginaalinen valinta yhteiskunnassa, joka muodostaa kuvion uloimman kehän ja on osa kontekstia.

Uuden perheenjäsenen syntymään sisältyivät yhdessä oleminen ja toimiminen sekä yhteyden tunteminen. Situationaalisuutensa kautta perheenjäsenet olivat suhteessa omaan kotiinsa, jossa synnyttäminen mahdollisti heidän toiveensa yhdessä olemisesta lapsen tai sisaruksen syntyessä. Koti oli heidän itsensä valitsema paikka, johon he saattoivat vaikuttaa, ja he tunsivat olevansa siellä turvassa. Perhe toimi yhdessä yhteisen asian hyväksi, ja perheenjäsenet tukivat ja auttoivat toisiaan. Perhe koki yhteyttä jakaessaan kokemuksen sekä siihen liittyviä tapahtumia ja tunteita, ja se vahvisti perheenjäsenten välisiä siteitä.

Eri perheenjäsenten kokemusten merkitykset sulautuvat yhteiseen kokemukseen. Lapsen tai sisaruksen syntyminen koettiin kaikissa ihmisenä olemisen ulottuvuuksissa. Se oli tajunnallisesti aistittava ja ymmärrettävä kokemus, johon liittyi muun muassa iloa, onnea ja oppimista, mutta myös jännitystä, pelkoa ja turhautumista. Syntymä oli äideille myös kehollinen tapahtuma, johon liittyi oman kehon hallitsemista ja onnistumista, mutta myös kipua ja kärsimystä.

Situationaalisuudessaan perheet olivat suhteessa myös lähipiiriinsä, terveydenhuoltoon ja suomalaiseen yhteiskuntaan. Heidän lähipiiriinsä kuuluivat sukulaiset, ystävät, tuttavat ja naapurit. Näiden ihmisten antama tuki tai sen puute sekä heidän näkemyksensä ja mielipiteensä olivat perheille tärkeitä ja osa heidän kokemustaan. Terveydenhuolto ja yhteiskunta vaikuttivat osaltaan kokemukseen saatavilla olevien palveluiden, lainsäädännön ja ilmapiirin kautta: perheet eivät saaneet tukea ja apua terveydenhuollosta.



Kuvio 1. Yhdessä oleminen, toimiminen ja yhteyden tunteminen – perheen kokemus lapsen syntymisestä kotona

6 POHDINTA

6.1 Eettiset kysymykset

Ihmistieteissä tutkimusetiikan keskiössä ovat ihmistä kunnioittavat arvot (Kuula 2015), ja tutkimuseettiset periaatteet, joita ovat tietosuoja, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yksityisyys ja vahingoittamisen välttäminen. Olen noudattanut koko tutkimusprosessin ajan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksia (2012).

Tietosuoja eli osallistujien tunnistettavuuden estäminen tarkoittaa sitä, että julkaisuista ei ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä osallistujia. Suomessa kotisyntyttäjät ovat marginaalinen ryhmä: vuonna 2015 vain 45 perhettä synnytti suunnitellusti kotona (THL 2016) ja siksi osallistujien suojeluun tunnistettavuuden näkökulmasta kiinnitettiin erityistä huomiota. Alaikäiset, raskaana olevat ja imettävät äidit ovat tutkimukseen osallistujina erityistä suojelua tarvitsevia ryhmiä, joihin tutkimusta voi kohdentaa vain siinä tapauksessa, jos asiaa ei ole mahdollista selvittää muilla tavoilla (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488). Ennen tutkimuksen aloittamista pyydettiin eettisen toimikunnan lausunto. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon 15.3.2010. Tutkimuksen tavoitteena oli saada näiden perheiden ääni kuuluviin heidän valintansa ymmärtämiseksi ja auttaa äitiyshuollon palvelujen kehittämisessä siten, että ne tukisivat mahdollisimman hyvin myös kotonaan synnyttäviä perheitä.

Tutkimukseen osallistujien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen lähtee siitä, että he saavat mahdollisuuden päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tämä edellyttää sitä, että tutkittavalle annetaan riittävästi tietoa tutkimuksesta (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488, TENK 2009, Kuula 2015). Laadin tutkimuksesta sisällöltään kattavat, kirjalliset tutkimustiedotteet (Kuula 2015, Patton 2015) ja suostumuslomakkeet (Kylmä & Juvakka 2014) sekä aikuisille (äidit, isät, huoltajat) että lapsille ikäryhmittäin (6–10-vuotiaat, 10–14-vuotiaat ja 15–17-vuotiaat) (Liite 4). Ikäryhmien määrittelyssä käytettiin FinPedMedin (2009) ohjeistusta. Riittävä tiedonsaanti tarkoittaa myös sitä, että tutkimukseen osallistuvat ymmärtävät saamansa tiedon. Kun tutkittavat osaavat lukea, tulee heille tarjota mahdollisuus itse perehtyä

tutkimukseen, ja mikäli lapsi ei ole lukutaitoinen, hänelle selitetään osallistumiseen liittyvät asiat hänen kehitystasonsa mukaisesti (Kuula 2015.) Lasten tiedotteiden laadinnassa oli haasteena tavoittaa sellainen kielellinen tyyli, jolla kunkin ikäinen lapsi asiat ymmärtää. Testasin tutkimustiedotteiden ymmärtämistä samanikäisillä vapaaehtoisilla tutuilla lapsilla ja tämän jälkeen muutin tekstiä joiltakin osin. Pyrin varmistamaan sekä aikuisilta että lapsilta ennen haastattelun alkua, että he olivat ymmärtäneet muun muassa tutkimustiedotteen sisällön eikä epäselvyyksiä tai kysymyksiä ollut mielessä.

Tutkimukseen osallistuvilla oli myös mahdollisuus tutustua tutkimussuunnitelmaani, ja kaksi aikuista henkilöä toivoi voivansa tutustua siihen. Tutkimussuunnitelmani oli laadittu tutkimuksen kielellä, joten en voi olla varma siitä, miten osallistujat ymmärsivät asian. Tavatessamme myöhemmin katsoimme tutkimussuunnitelmaani yhdessä ja keskustelimme osallistujille epäselvistä asioista.

Kaikilta haastatteluihin osallistuvilta pyydettiin tietoinen suostumus kirjallisena (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488), kun olin saanut parhaan mahdollisen varmuuden siitä, että tutkimukseen osallistuja oli tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta ja vapaaehtoisuudesta sekä muista keskeisistä, tutkimukseeni liittyvistä asioista. Lapsilta ja nuorilta pyydettiin omat suostumukset, mutta myös huoltajan suostumus, mikäli lapsi oli alle 15-vuotias (n=6). Kiinnitin erityistä huomiota lapsilta hankittuun tietoiseen suostumukseen, koska he ovat tutkimusryhmänä erityistä suojelua tarvitseva ryhmä (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488, Lambert & Glacken 2011).

Ihmistieteellisellä tutkimuksella aiheutetaan harvoin fyysisiä vahinkoja tutkimukseen osallistuville, mutta seurauksena voi kuitenkin olla henkisiä, sosiaalisia tai taloudellisia vahinkoja (Kuula 2015). Henkisen vahingon välttämiseen kuuluu se, että tutkimukseen liittyvässä vuorovaikutuksessa toimitaan osallistujia kunnioittaen ja huomioidaan tutkimukseen osallistumisen mahdollisesti herättämät tunteet. Haastattelutilanteissa pyrin kohtaamaan osallistujat arvokkaasti, yksilöllisesti sekä heidän toiveensa ja ajatuksensa huomioiden. Tämä tarkoitti muun muassa sitä, että haastattelut tapahtuivat osallistujien ehdoilla ja heidän aikataulujensa ja elämäntilanteidensa mukaisesti. Alle 15-vuotiaiden haastatteluihin osallistuivat myös heidän vanhempansa tai toinen vanhemmista, jotta tilanne olisi haastateltavalle lapselle mahdollisimman turvallinen. Oman lapsen tai sisaruksen syntymän muistelu herätti useimmissa osallistujissa vaihtelevia tunteita. Haastattelun jälkeen keskustelin haastateltavan kanssa ja kysyin hänen ajatuksiaan ja vointiaan. Huolehdin, että tutkimukseen osallistujat olivat tietoisia jälkihoidon mahdollisuudesta. Minulla oli mahdollisuus konsultoida psykologian alan asiantuntijaa, mikäli haastateltavat olisivat sitä toivoneet, mutta kukaan ei kokenut tarvitsevansa tätä. Asiasta kerrottiin myös tutkimustiedotteissa.

Osallistujien yksilönsuoja säilyi paremmin yksilöhaastattelussa, kun muita ei ollut lisäksi läsnä. Yksi pariskunta halusi antaa haastattelun yhdessä, ja kunnioitin heidän valintaansa. Osallistajat saivat päättää itse haastattelupaikan, mikä mahdollisti heidän kannaltaan mahdollisimman sopivan ja turvallisen paikan valinnan (Kylmä & Juvakka 2014). Kirjoitin itse kaikki haastattelut äänimuodosta tekstimuotoon, mikä mielestäni vahvisti osallistujien tietosuojaa. Haastattelut yksilöitiin koodaamalla, eivätkä äänitetyt tai tekstimuodossa olevat materiaalit sisältäneet suoria tunnistetietoja. Tekstimuotoon kirjoittamisen vaiheessa poistin äänitettyjen haastatteluiden sisällöistä haastateltavien puheessaan mainitsevat henkilöiden, organisaatioiden, paikkakuntien ja maiden nimet ja korvasin ne kirjaimilla. Säilytin haastattelumateriaalia, sekä äänitettyä että tekstiksi kirjoitettua, siten, ettei ulkopuolisilla ollut mahdollisuutta päästä siihen käsiksi. Laadin henkilötietoja sisältävästä haastatteluaineistosta asianmukaisen rekisteriselosteen, joka yksilöi aineiston sisällön sekä käsittelyn ja säilyttämisen tutkimusprosessin aikana ja sen jälkeen (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2014). Piirustuksen nimettömään käyttöön osajulkaisussa III on lupa lapselta ja perheeltä.

Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen kulun mahdollisimman avoimesti, jotta lukijat saavat mahdollisimman hyvän käsityksen siitä, miten esitetyt tutkimustulokset ja johtopäätökset pohjautuvat aineistoihin. Tutkimusaineistojen avaaminen tulosten varmentamista ja jatkoahyödyntämistä varten ei ole mahdollista, koska ne sisältävät arkaluonteista haastattelumateriaalia ja tämän lisäksi osallistujille on kerrottu tutkimustiedotteessa, että tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Fenomenologisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin lähtökohta on se, kuinka hyvin tutkija pystyy tavoittamaan ilmiön juuri sellaisena, kuin se tutkimukseen osallistujalle ilmenee. Ymmärrän, että fenomenologiaan perustuva tutkimukseni oli ihmisten välisten merkityssuhteiden kohtaamista, ja tiedostan, että edellä kuvattujen tavoitteiden täydellinen saavuttaminen on mahdotonta (Perttula 1995).

Tarkastelen tämän tutkimuksen luotettavuutta mukailien Perttulan (1995) sekä de Wittin ja Ploegin (2006) kuvaamia fenomenologisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun kriteereitä.

Tutkimuksen johdonmukaisuus ja avoimuus

Johdonmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen menetelmällisten valintojen, tutkimusaineiston, tulosten ja tutkimusraportin välillä on looginen yhteys (Perttula 1995, de Witt & Ploeg 2006). Tutkimuksessa tehdyt valinnat ja eteneminen sekä reflektiiviset pohdinnat on kuvattu läpinäkyvästi, totuudenmukaisesti ja mahdollisim-

man tarkasti avoimuuden saavuttamiseksi (Perttula 1995, de Witt & Ploeg 2006). Tutkimukseni kohteena olivat perheenjäsenten kokemukset lapsen syntyisestä kotona, joten fenomenologinen lähestymistapa ja menetelmä olivat sopivia valintoja. Tutkimuksen aineisto kerättiin avoimen haastattelun menetelmällä, joka myös sopii fenomenologiseen tutkimukseen (Lehtomaa 2009, Perttula 2009, Patton 2015). Kuvasin analyysin etenemisen yksityiskohtaisesti luvussa 4 ja sitä kuvaavan esimerkin liitteessä 3. Kuvasin myös omat aiheeseen liittyvät ennakkokäsitykseni ja esiymmärrykseni, jotta lukija voisi arvioida analyysiin liittyvän sulkeistamisen onnistumista (Colaizzi 1978).

Tutkimuksen aineistolähtöisyys ja vahvistettavuus

Aineistolähtöisyys tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset perustuvat ilmiön tarkastelua varten kerättyyn aineistoon (Perttula 1995, de Witt & Ploeg 2006, Patton 2015). Tarkastelin aineistoa induktiivisista lähtökohdista. Aineisto kerättiin osallistujilta, joilla oli omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta ja jotka halusivat kertoa siitä vapaaehtoisesti (Kylmä & Juvakka 2014). Aineistonkeruun aikana pidin tutkimuspäiväkirjaa, johon kuvasin aineistonkeruun kulkua, omia tuntemuksiani ja ajatuksiani. Kuvaukset olivat erityisen tärkeitä aineistoon perehtyessä ja analyysin sulkeistamisen vaiheessa. (Lehtomaa 2009, Hamill & Sinclair 2010.)

Tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus

Tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus tarkoittaa tutkimusprosessin sidonnaisuutta tutkimustilanteeseen eli sitä, että tulokset ovat sidoksissa siihen todellisuuteen, joka tutkimustilanteessa on olemassa (Perttula 1995). Tässä tutkimuksessa tutkimustilanteita olivat aineistonkeruutilanteet eli haastattelu- ja piirtämistilanteet, joissa osapuolina olivat minä tutkijana sekä osallistujat. Tässä tutkimuksessa kontekstina on myös suomalainen terveydenhuolto ja yhteiskunta, sillä ne olivat sidoksissa perheiden synnytyspaikan valintaan, mahdollisuuksiin ja resursseihin. Pysin varmistamaan haastattelutilanteiden muodostumisen osallistujille rauhallisiksi, miellyttäviksi ja turvallisiksi, ja tähän liittyi muun muassa se, että osallistujat saivat valita aineistonkeruun paikan ja ajankohdan (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Lehti 2001). Haastattelujen jälkeen kysyin osallistujien vointia ja tuntemuksia sekä annoin heille mahdollisuuden vapaaseen keskusteluun, jota ei tallennettu tutkimusaineistoksi.

Toiseksi kontekstisidonnaisuudella viitataan ihmisten koettuun maailmaan, tässä tutkimuksessa kotona syntyneen lapsen perheenjäsenten kokemusmaailmaan. Toisen ihmisen kokemusmaailmaa voidaan tutkia vain hänen koetun maailmansa todellisuudessa, mikä tekee fenomenologisesta tutkimuksesta haasteellisen (Perttula 1995). Minulla tutkijana oli omat ennakkokäsitykseni ja esiymmärrykseni aiheesta sekä oma todellisuuteni ja vastaavasti osallistujilla omansa. Esiymmärrykseni tiedostaminen ja

pyrkimys sulkeistamiseen mahdollistivat osallistujien todellisuuden tavoittelun sellaisena kuin se oli (Perttula 1995).

Tavoiteltavan tiedon laatu

Tiede etsii totuutta etsimällä asioiden välisiä yhteyksiä ja vaikutusmekanismeja (Penner & McLement 2008). Laadullinen tutkimusperinne pyrkii paljastamaan yksilöiden ja ryhmien kokemuksia sekä heidän asioille antamia merkityksiä, mikä tarkoittaa sitä, että on olemassa monenlaisia totuuksia (Perttula 1995, Penner & McClement 2008). Totuus on riippuvainen yksilön kokemuksista ja näkemyksistä, jotka ovat yhteydessä aikaan ja paikkaan eli kontekstiin. Tässä tutkimuksessa persoonakohtaiset kokemukset ja merkitykset muodostivat osallistujien yhteisen kokemuksen. Yksilöiden kokemukset voivat olla erilaisia, eivätkä ne välttämättä sisällä ilmiön kaikkia ulottuvuuksia. Tästä syystä fenomenologisen tutkimuksen tuloksia ei voida eikä ole tarkoituskaan yleistää. Tämä tarkoittaa sitä, että tämän tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää kaikkiin kotona synnyttäneisiin perheisiin, ei Suomessa eikä varsinkaan muissa maissa, joissa terveydenhuollon ja yhteiskunnan konteksti voi olla täysin erilainen kuin Suomessa.

Metodien yhdistäminen

Tässä tutkimuksessa haastatteluiden ohella lapsilta kerättiin aineistoa piirustuksina. Piirtäminen on lapsille tapa orientoitua tutkittavaan ilmiöön, ja he saattoivat ilmaista itseään omilla käsitteillään (Backett-Milburn & McKie 1999). Piirustuksia käytettiin analyysivaiheessa haastattelujen verifikaationa (Backett-Milburn & McKie 1999).

Lapsia koskeva informaatio kerättiin tässä tutkimuksessa kokonaan heiltä itseltään toisin kuin joissakin aikaisemmissa tutkimuksissa (Anderson 1979, Kuramoto 2008), mikä vahvistaa tulosten luotettavuutta. Vanhempien kuvatessa lastensa kokemuksia ne välittyvät toisen ihmisen todellisuuden kautta, mikä heikentää tulosten luotettavuutta.

Tutkimustyön subjektisuus

Fenomenologisessa tutkimuksessa tuloksiin vaikuttaa aina tutkijan subjektiiivisuus (Perttula 1995, Penner & McClement 2008), mikä tarkoittaa omassa tutkimuksessani sitä, että oma elämähistoriani, kokemukseni ja arvoni, kättilönä, tutkijana ja kättilötyön opettajana, olivat läsnä tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa ja tutkimuksen tulokset suodattuivat niiden kautta. Tämän tutkimusprosessin aikana kuvasin ja raportoin oman ihmiskäsitykseni, ennakkokäsitykseni ja esiyymmärrykseni mahdollisimman avoimesti. Sulkeistamisen vaiheessa näiden asioiden tiedostaminen oli oleellisen tärkeää, jotta tulokset pohjautuisivat mahdollisimman aidosti osallistujien kokemuksiin ja heidän niille antamilleen merkityksille (Penner & McClement 2008). Sulkeistamisen täydellinen onnistuminen tai sen onnistumisen arvioiminen lienee kuitenkin mah-

dotonta, joten sulkeistamispyrkimyksistä huolimatta fenomenologisessa tutkimuksessa tutkimuksen tuloksiin vaikuttaa aina jossain määrin tutkijan oma tajunnallisuus.

Tutkijan vastuullisuus

Pyrin läpi koko tutkimusprosessin toimimaan vastuullisesti ja systemaattisesti sekä noudattamaan tutkimuseettisiä ohjeita. Kuvasin tutkimusprosessin ja tekemäni ratkaisut ja pyrin esittämään tulokset siten, että lukija voisi ymmärtää tutkimuksessa tekemäni valinnat ja seurata sen etenemistä mahdollisimman tarkasti ja helposti. Tutkija ei kuitenkaan koskaan pysty esittämään kaikkia tutkimukseen liittyviä asioita siten, että toinen ihminen voisi ymmärtää tutkimuksen kulun täysin samalla tavalla kuin se tapahtui. (Perttula 1995.)

6.3 Tulosten tarkastelu ja hyödyntäminen

Tähän tutkimukseen osallistuneet äidit kokivat kotona synnyttämisen kokonaisuutena hyvin myönteisenä asiana, mikä vahvistaa aikaisempien tutkimusten tuloksia (Andrews 2004b, Sjöblom ym. 2006, Johnson ym. 2007, Janssen ym. 2009, Lindgren & Erlandsson 2010, McCutcheon & Brown 2012, Bernhard ym. 2014, Larsson ym. 2014). Äidit kokivat erityisen positiivisena lapsen syntymän hetken ja lapseen liittyvät onnen tunteet sekä elämän kiertokulkuun kokemansa yhteyden. Äidit iloitsivat myös omasta onnistumisestaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa Sjöblom ym. (2006) ja Johnson ym. (2007) raportoivat lähes vastaavanlaisia äitien kokemuksia kuin edellä kuvatut tämän tutkimuksen positiiviset tulokset. Tässä tutkimuksessa, samoin kuin Lindgrenin ym. (2010) tutkimuksessa, kotiympäristössä synnyttämiseen liittyi myös kielteisiä tunteita, kuten huoli vauvasta ja omasta synnytyksenaikaisesta selviytymisestä.

Osallistuminen oman lapsen syntymään kotona oli isille voimakkaita tunteita herättävä ja onnellinen kokemus. Kodin valitseminen synnytyspaikaksi ei ollut isille itsestään selvää, mutta naisen toive merkitsi heille eniten. Isät jakoivat vastuun ja tukivat naista koko prosessin ajan, kotisyntytyksen suunnittelusta sen toteutukseen. Isät tiedostivat ja hyväksyivät kotisyntytykseen liittyvät riskit ja kantoivat huolta asiasta. Nämä tulokset ovat vastaavia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa on raportoitu (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O'Connell 2015). Osa tähän tutkimukseen osallistuneista isistä joutui itse toimimaan kättilön roolissa ja auttamaan lapsen maailmaan, mitä ei ole kuvattu aikaisemmissa tutkimuksissa. Kättilö ei ehtinyt paikalle, koska synnytys eteni nopeasti tai perhe ymmärsi esittää kättilölle kutsun paikalle saapumisesta liian myöhään. Kotisyntytyks ei kuulu Suomessa julkiseen terveydenhuoltoon, ja kotisyntytyksiä hoitavia kättilöitä ei ole paljon, joten kättilö saattaa saapua toiselta paik-

kakunnalta pitkän matkan päästä. Kokemus oli isille odottamaton ja pelottava, mutta myös heitä voimaannuttava.

Lapset olivat halukkaita osallistumaan sisaruksen syntymään, ja kokemus oli heille pääosin myönteinen. Aikaisemmat tutkimustulokset samasta aiheesta vahvistavat tätä tulosta (Anderson 1979, Daniels 1983, Issokson 1990, Kuramoto 2008, Okubo ym. 2008). Lasten kokemuksia käsittelevä aikaisempi tutkimus on osittain varsin vanhaa. Osassa tutkimuksia tiedonantajina ovat olleet vain lasten vanhemmat (Anderson 1979) tai lasten itsensä lisäksi myös heidän vanhempansa (Kuramoto 2008). Tähän tutkimukseen osallistuneet lapset kuvasivat myös kielteisiä kokemuksia: lapset kokivat huolta äidin ja vauvan voinnista, mutta myös pitkästy mistä ja turhautumista syntymän kestäessä. Vastaavia kielteisiä tuloksia raportoitiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Anderson 1979, Daniels 1983, Okubo ym. 2008). Lapset kokivat aikuisten raskauden ja synnytyksen aikana antaman tiedon ja tuen hyvänä ja turvallisuutta tuovana asiana, mikä raportoitiin myös Andersonin (1979) tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan näyttää siltä, että lapset hyötyisivät synnytykseen valmentautumisesta ja synnytyksenaikaisesta, aikuisen henkilön antamasta jatkuvasta tuesta.

Koti ympäristönä mahdollisti perheiden toiveiden mukaisen syntymän. Kotona kaikkien perheenjäsenten osallistumisen oli mahdollista, minkä isät ja äidit ovat kuvanneet myös aikaisemmissa tutkimuksissa heille tärkeäksi asiaksi (Sjöblom ym. 2006, Janssen ym. 2009, Lindgren & Erlandsson 2011, Bernhard ym. 2014). Perheet kokivat kotiympäristön turvallisena ja hallittavana: ympäristöä saattoi muokata haluamallaan tavalla synnytystä varten, mikä lisäsi turvallisuuden tunteita ja viihtyisyyttä, ja kotona saattoi myös olla oma itsensä. Tämä asia on raportoitu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Johnson ym. 2007, Lindgren & Erlandsson 2010, Lindgren & Erlandsson 2011, Bernhard ym. 2014, Larsson ym. 2014). Kotiympäristö voimaannutti äitejä ja mahdollisti omaan kehoon liittyvän hallinnan kokemuksen, samoin kuin Lindgren ja Erlandsson (2010) kuvaavat. Kotona synnyttäminen mahdollisti isille aktiivisen roolin ottamisen, mikä on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Lindgren & Erlandsson 2011, Sweeney & O'Connell 2015). Sekä isät että äidit mielsivät synnytyksen luonnolliseksi tapahtumaksi, jota ei tarvinnut hoitaa sairaalassa, kuten myös Lindgren ja Erlandsson (2011) ja Johnson ym. (2007) ovat omissa tutkimuksissaan kuvanneet.

Perheiden kokemus lapsen syntymisestä kotona oli yhteydessä suomalaisen terveydenhuollon kontekstiin. Äideillä ja isillä oli aikaisempia, kielteisiä kokemuksia sairaalassa synnyttämisestä, mikä vaikutti heidän päätökseensä valita koti synnytyspaikaksi. Vastaavia kokemuksia ovat raportoineet myös Viisainen (2000), Lindgren ja Erlandsson (2011), McCutchen ja Brown (2012) sekä Sweeney ja O'Connell (2015) omissa tutkimuksissaan. Huonoja kokemuksia kertyi myös kotisyntymykseen päätyneen raskauden aikana. Perheitä hoidettiin raskauden aikana äitiysneuvolassa ja äitiyspoliklinikalla, ja

he kokivat, etteivät saaneet tietoa kotona synnyttämisestä ja tukea liittyen päätöksentekoon, mikä on samansuuntainen tulos kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Lindgren & Erlandsson 2011, McCutchen & Brown 2012). Tuen ja ohjauksen puute ja kielteinen suhtautuminen aiheuttivat perheille pahaa mieltä ja tunnetta erilaisuudesta. Tästä johdettua tuen perheet salasivat päätöksensä ulkopuolisilta, kuten terveydenhuollon asiantuntijoilta, samoin kuin Lindgren ym. (2010) ovat omassa tutkimuksessaan raportoineet.

Suomessa terveydenhuollon asiantuntijat eivät suosittele turvallisuuteen liittyvien syiden vuoksi kotona synnyttämistä (Äitiysneuvolaopas 2013). Kotona synnyttämistä ei ole nähty vaihtoehtoksi myöskään taloudellisista syistä, vaikka kotona synnyttäminen on sairaalasyntytystä huomattavasti halvempi vaihtoehto, jos asiaa arvioidaan pelkästään synnytykseen liittyvien kulujen perusteella (Schroeder ym. 2012, Janssen ym. 2015). Koska kotona kuitenkin synnytetään ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella se on osalle perheistä sairaalasyntytystä parempi vaihtoehto, on perusteltua, että maahamme laaditaan juridisesti pätevä kotisyntytysuudistus. Tällä hetkellä kotona synnyttämisen hoitoon voi liittyä epäselvyyksiä esimerkiksi vastasyntyneen lääkärintarkastuksen, seulontanäytteiden käsittelyn ja kotisyntytysessä tarvittavien lääkkeiden osalta. Kotisyntytysissä mahdollisesti ilmenevien hätätilanteiden ja sairaalaan siirtymisen tarpeen vuoksi tarvitaan myös alueelliset toimintamallit. Tällaisen suosituksen olemassaolo lisää kotona synnyttämisen turvallisuutta ja luo perustan terveydenhuollon henkilöstön koulutustarpeeseen ja ilmiön tunnistamiseen. Tämä mahdollista perheille laadukkaana ohjauksen ja tuen saamisen sekä edistää perheiden turvallisuuden tunnetta. Tämän hetkinen Äitiysneuvolaoppaan (2013) suositus antaa toiminnalle vain yleisluonteiset linjaukset.

Tutkimukseen osallistuneet perheet elivät suomalaisessa yhteiskunnassa, jonka tarjoamat palvelut ja lainsäädäntö olivat kontekstina heidän kotisyntytyskseen ja kokeukselleen. Perheiden toivomaa vaihtoehtoa ei ollut tarjolla osana virallista palvelujärjestelmää, ja he vastasivat itse kaikista kotisyntytyskseen liittyvistä järjestelyistä ja kustannuksista, mikä asetti heidät eriarvoiseen asemaan suhteessa toisiin perheisiin. Suomessa on viime vuosina karsittu äitiyshuollon palveluita siten, että synnytyspalveluita tarjoavien sairaaloiden määrää on vähennetty päivystysasetuksen asettamien kriteereiden perusteella (STM 2014). Tämä on johtanut pienempien alue- ja keskussairaalatason yksiköiden sulkemiseen, minkä seurauksena jäljelle jääneissä yksiköissä hoidetaan yhä enemmän synnyttäjiä. Isojen yksiköiden haasteena voi olla yksilöllisen ja kodinomaisen ympäristön tarjoaminen, joiden on tutkimuksissa todettu olevan myönteisen synnytyskokemuksen kannalta tärkeitä (Crowther ym. 2014). Uudistus aiheuttaa todennäköisesti myös resurssien kiristymistä, mikä saattaa heikentää mahdollisuutta tarjota jatkuvaa synnytysenaikaista tukea synnyttäjille naisille. Jatkuvan tuen on todettu satunnaistetuissa, kontrolloiduissa kokeissa lisäävän synnyttäjien tyytyväisyyt-

tä synnytyskokemukseen ja vähentävän synnytystoimenpiteiden määrää (Hodnett ym. 2013).

Synnytyspaikan luonteen ja ilmapiirin on todettu olevan yhteydessä siihen, miten synnytykseen suhtaudutaan ja miten naisia hoidetaan synnytyksen aikana. Sairaaloitten synnytysympäristöissä teknologia on usein vahvasti esillä, ja synnyttäjä asetetaan helpommin toimenpiteiden kohteena olevan objektin rooliin kuin itseään koskevia päätöksiä tekeväksi subjektiksi (Crowther ym. 2014, Nilsson 2014). Kodinomaisissa synnytysympäristöissä synnytys sen sijaan mielletään useammin fysiologiseksi tapahtumaksi ja naisen itsemääräämisoikeutta pidetään tärkeänä (Crowther ym. 2014, Nilsson 2014). Suomessa terveydenhuollon palveluissa painotetaan lainsäädännön näkökulmasta asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja valinnanmahdollisuuden toteutumista (Terveydenhuoltolaki 2010). Kansallisen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaisesti synnyttäjien hoidon pitäisi olla myös yksilöllisistä lähtökohdista kokonaisvaltaista ja voimaantumista tukevaa (Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Nämä ovat hyviä lähtökohdita synnytyksen hoidon kehittämiseksi. Tuleva sote-uudistus voi lisätä myös synnyttäjien valinnanvapautta ja tuoda mukanaan lisää vaihtoehtoja.

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella teen seuraavat johtopäätökset ja ehdotan seuraavia äitiyshuoltoa ja alan koulutusta koskevia suosituksia:

1. Perheille synnyttäminen on yhteinen tapahtuma. Vaihtoehtoisista synnyttämiin liittyvistä malleista ja asiakkaiden yksilöllisistä toiveista tulisi voida keskustella terveydenhuollossa ja yhteiskunnallisesti.
2. Synnytys on perheille luonnollinen ja fysiologinen tapahtuma. Sairaalaympäristössä olevan synnytystilan teknisyyt ja kylmyys sekä intimitettisuojan puute voivat häiritä synnyttäjän rentoutumista ja synnytytrauhaa. Synnytystilojen suunnittelussa tulisi huomioida viihtyisyys ja kodinomaisuus. Synnyttäjille tulisi tarjota monipuolisia hoito- ja auttamismenetelmiä sekä vaihtoehtoisia synnytysympäristöjä.
3. Naiselle lapsen syntymään liittyvä kokemus on tärkeä, ja hyvään kokemukseen liittyviä tekijöitä ovat oman kehon, kivun ja ympäristön hallinta. Naisille on tärkeää myös luottamuksellinen suhde kätilöön ja kätilöltä saatu tuki. Naiseen tulisi suhtautua tasa-arvoisesti, ja tuen tulisi olla jatkuvaa ja voimaannuttavaa.

4. Lapsen kotona synnyttäminen on sitä haluaville naisille myönteinen ja voimaannuttava kokemus. Oman kehon ja synnytysympäristön hallinta ovat kotisyntyäjille myönteisen synnytyskokemuksen perusta. Synnyttäjien hoidon lähtökoh- tana itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden mahdollistaminen on tärkeää.
5. Lapsen kotona syntymiseen liittyvät kokemukset ovat isille myönteisiä. Isän osallisuus ja aktiivisessa roolissa toimiminen ovat myönteisyyden perusta. Äi- tiyshuollon tulisi mahdollistaa isille passiivisen läsnäolon sijaan aktiivinen osal- lisuus rohkaisemalla heitä osallistumaan ja antamalla isille tilaa oman lapsen synnytyksessä. Isien osallisuutta tulisi tukea tarjoamalla heille informaatiota raskauden ja synnytyksen aikana.
6. Lapsen osallistuminen sisaruksensa syntymään on voimakkaita tunteita herättä- vä tapahtuma ja aihetta tulisi tarkastella ja tutkia lisää.
7. Kotona synnyttämistä suunnittelevat perheet eivät näyttäisi saavan äitiyshuol- losta tukea, ohjausta ja neuvontaa. Terveysthuollon henkilöstölle on tarpeen tarjota asiaan liittyvää asiallista informaatiota ja koulutusta. Kotisyntyästä koskevan kansallisen suosituksen tarkennukset voisivat lisätä kotona synnyttä- misen turvallisuutta. Kotona synnyttämistä suunnittelevien perheiden erityis- tarpeet tulisi huomioida perhe- ja synnytysvalmennuksessa.
8. Terveysthuollon asiantuntijoiden suhtautuminen perheiden kotisyntyty- valintaan oli tässä tutkimuksessa kielteinen ja tuomitseva, mikä saattaa johtaa perheet pois äitiyshuollon palveluiden piiristä. Itsemääräämisoikeuden ja valin- nanvapauden toteutuminen edellyttää asiantuntijoilta neutraalia suhtautumista ja asiallisen tiedon antamista.

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen perusteella esitän seuraavia jatkotutkimusaiheita:

1. Synnyttäjien valinnanvapautta ja itsemääräämisoikeutta ja niiden yhteyttä synnytyskokemukseen tulisi tarkastella erilaisin tutkimuksellisin menetelmin.
2. Isien lapsen syntymään osallistumisen kokemuksia ja heidän kokemaansa osallisuutta on tutkittu vain vähän, ja lisätutkimus aiheesta on tarpeellista, jotta isiä osataan tukea ja käytänteitä voidaan kehittää.
3. Lasten kokemuksia osallistumisesta sisaruksen syntymään tulisi tutkia lisää, koska aiheesta erittäin vähän tietoa.
4. Suomalaisten synnytysyksiköiden toimintakulttuuri sekä henkilöstön ja synnyttäjien välinen vuorovaikutus on vähän tutkittu tärkeä aihe.
5. Erilaisten synnyttämiseen liittyvien, vaihtoehtoisten mallien mahdollisuutta terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tulisi tarkastella hoidon turvallisuuden ja resurssien näkökulmasta.

LÄHTEET

- Allnut J & Smith, L. 2000. Homebirth in the 90s: characteristics and outcomes. *Birth Issues* 9 (1), 5–11.
- Anderson S. 1979. Siblings Birth: Survey and Study, *Birth and the Family Journal* 6 (2), 80–87.
- Andrews A. 2004a. Home birth experience 1: decision and expectations. *British Journal of Midwifery* 12 (8), 518–523.
- Andrews A. 2004b. Home birth experience 2: births /postnatal reflections. *British Journal of Midwifery* 12 (9), 552–556.
- Backett-Milburn K & McKie L. 1999. A critical appraisal of the draw and write technique. *Health Education Research* 14 (3), 387–98.
- Bernhard C, Zielinski R, Ackerson K & English J. 2014. Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health* 59 (2), 160–166.
- Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard HK, Ólafsdóttir ÓÁ, Øian P & Lindgren H. 2016. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 95(4), 420–428.
- Bolten N, de Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart JJ & Geerts CC. 2016. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* 28;16(1):329.
- Boucher D, Bennett C, McFarlin B & Freeze R. 2009. Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health* 54 (2), 119–126.
- Bowie BH & Wojnar D. 2015. Using Phenomenology as a Research Method in Community-based Research. Teoksessa Chesnay MD. (Ed.). *Nursing Research Using Phenomenology, Qualitative Designs and Methods in Nursing*. Springer Publishing Company, New York, 145–155.
- Broden M. 2006. Raskausajan mahdollisuudet. *Therapeia-säätiö*, Helsinki.
- Burns N & Grove S. 2009. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, synthesis and generation of evidence*. 6. painos. Saunders Elsevier, Missouri, USA.
- Catling C, Dahlen H & Homer C. 2014. The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia. *Midwifery* 30 (7), 892–898.
- Colaizzi PF. 1978. Psychological research as phenomenologist views it. Teoksessa Valle RS & King M. *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. Oxford University Press, New York, 48–71.
- Council Directive 80/154/EEC. Saatavissa: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0154:EN:HTML> (luettu 21.10.2016).
- Council Directive 80/155/EEC. Saatavissa: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0155:EN:HTML> (luettu 21.10.2016).

- Crowther S, Smythe E & Spence D. 2014. The joy at birth: An interpretive hermeneutic literature review. *Midwifery* 30(4), 157–165.
- Daniels MB. 1983. The Birth Experience for the Sibling: Description and Evaluation of a Program. *Journal of Nurse-Midwifery* 28(5), 15–22.
- Darmstadt GI, Yakoob MY, Haws RA, Menezes EV, Soomro T & Bhutta ZA. 2009. Reducing stillbirths: interventions during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth* 9(Suppl 1):S6
- de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BV, Buitendijk SE & Nijhuis JG. 2015. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*, 122 (5) 720–728.
- De Witt L & Ploeg J. 2006. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *Methodological Issues in Nursing Research* 55(2), 215–229.
- Dixon L, Skinner J & Foureur M. 2014. The emotional journey of labour – Women’s perspectives of the experience of labour moving toward birth. *Midwifery* 30 (3), 371–377.
- Dowling M. 2007. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies* 44 (1), 131–142.
- Dowling M & Cooney A. 2012. Research approaches related to phenomenology: negotiating a complex landscape. *Nurse Researcher* 20 (2), 21–27.
- Eldén S. 2012. Inviting the messy: Drawing methods and ‘children’s voices’. *Childhood* 20 (1), 66–81.
- EU Directive 2011/24/eu of the european parliament and of the council. Saatavissa: DIRECTIVE 2011/24/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 9 March 2011 on the application of patients’ rights in cross-border healthcare (luettu: 21.10.2016).
- Euro-Peristat project with SCPE and Eurocat. 2013. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. <http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml> (luettu 23.10.2016).
- FinPedMed. Kansallinen lastenlääkkeiden tutkimusverkosto. 2009. Tutkimustiedotteet ja suostumusasiakirjat. Saatavissa: <http://www.finpedmed.fi/index.php?page=1255&lang=1> (luettu 22.10.2016).
- Flinck A & Åstedt-Kurki P. 2009. Analyysimenetelmän problematiikka fenomenologisessa tutkimuksessa. *Hoitotiede* 21(1), 67–77.
- Flood A. 2010. Understanding phenomenology. *Nurse Researcher* 17(2), 7–15.
- Gadamer H. 2004. Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. 3. painos. Vastapaino, Tampere.
- Halfdansson B, Olafsdottir OA, Hildingsson I, Smarason AK & Sveinsdottir H. 2016. Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study. *Midwifery* 34, 95–104.
- Hamill C & Sinclair H. 2010. Bracketing – practical considerations in Husserlian Phenomenological research. *Nurse Reseracher* 17(2), 16–24.
- Helsti H. 2000. Kotisynnytysten aikaan. Etnologinen tutkimus äitiyden ja äitiysvalituksen konflikteista. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Hildingsson IM, Lindgren HE, Haglund B & Rådestad JI. 2006. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: A national register study *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 195(5), 1366–1372.
- Hodnett E, Gates S, Hofmeyr GJ & Sakala C. 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Library*. Issue 7, CD003766.

- Hollowell J, Puddicombe D, Rowe R, Linsell L, Hardy P, Stewart M, Newburn M, McCourt C, Sandall J, Macfarlane AJ, Silverton L & Brocklehurst P. 2011. The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth Birthplace in England research programme. Report No. Final report part 4. Southampton, HMSO, Englanti.
- Husserl E. 1995. Fenomenologian idea. Loki kirjat, Helsinki.
- Hutton K, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C & Ahmed RJ. 2016. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. Canadian Medical Association Journal 188(5), E80–E90.
- Issakson D. 1990. A Phenomenological Study of Children Who Witness the Birth of a Sibling. Akateeminen väitöskirja. Massachusetts School of Professional Psychology, Massachusetts, USA.
- Janssen PA, Henderson AD & Vedam S. 2009. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. Birth 36(4), 297–304.
- Janssen PA, Mitton C & Aghajanian J. 2015. Costs of Planned Home vs. Hospital Birth in British Columbia Attended by Registered Midwives and Physicians. PloS One 10(7), e0133524.
- Johansson M, Fenwick J & Premberg Å. 2015. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. Midwifery 31(1), 9–18.
- Johnson TR, Callister LC, Freeborn DS, Beckstrand RL & Huender K. 2007. Dutch women's perceptions of childbirth in The Netherlands. MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing 32(3), 170–177.
- Klemetti R & Raussi-Lehto E (toim.). 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33/2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>.
- Komiteen for Sundhedsoplysning. 2013. Anbefalinger for svangreomsorgen. Saatavissa: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/~media/D76304BDB11F48BBB1E83CBC8E0AD85B.ashx> (luettu 21.10.2016).
- Kuramoto N. 2008. Children present at the birth a younger sibling, and the meaning of experience. Journal of Japan Academy Midwifery 22(2), 124–135. (Vain abstrakti englanninkielinen.)
- Kuula A. 2015. Tutkimuseetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.
- Kylmä J & Juvakka T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. 1.–3. painos. Edita, Helsinki.
- Laine T. 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, A & Valli R. (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. painos, PS-kustannus, Juva, 28–45.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488> (luettu 22.10.2016).
- Lambert V & Glacken M. 2011. Engaging with children in research: Theoretical and practical implications of negotiating informed consent/assent. Nursing Ethics 18(6), 781–801.
- Lampinen, A. Kättilö, yrittäjä. Suunnitellun kotisynnytyksen hoitaminen. Henkilökohtainen tiedonanto, sähköpostikeskustelu. 6.9.2016.
- Larsson Å, Lundgren I & Bondas T. 2014. Fördjupad hälsa – kvinnors upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma. Hoitotiede 26(1), 2–10.
- Lehtomaa M. 2009. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa Perttula J & Latomaa T. (toim.). Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. 3. painos. Lapin yliopistokustannus ja kirjoittajat, Rovaniemi, 163–194.

- Leone J, Mostow J, Hacney D, Gokhale P, Janata J & Greenfield M. 2016. Obstetrician Attitudes, Experience, and Knowledge of Planned Home Birth: An Exploratory Study. *Birth* 43(3), 220–225.
- Lindgren H, Hildingsson I & Rådestad I. 2006. A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. *Midwifery* 22(1), 15–22.
- Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K & Hildingsson IM. 2008. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 87(7), 751–759.
- Lindgren H & Erlandsson K. 2010. Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study. *Birth* 37(4), 309–317.
- Lindgren H & Erlandsson K. 2011. She leads, he follows – Fathers' experiences of a planned home birth. A Swedish interview study. *Sexual and reproductive healthcare* 2(2), 65–70.
- Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Wally-Bystrom K & Hildingsson IM. 2010. Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery* 26(2), 163–172.
- Lindgren H, Kjaergaard H, Olafsdottir OA & Blix E. 2014. Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – An overview. *Sexual & Reproductive Healthcare* 5(1), 3–8.
- Lundgren I. 2005. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* 21(4), 346–354.
- Maimburg RD, Væth M & Dahlen H. 2016. Women's experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial". *Women and Birth*. In Press. Doi: 10.1016/j.wombi.2016.02.003.
- Matua GA. 2015. Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. *Nurse Reseacher* 22(4), 30–34.
- McCutcheon R & Brown D. 2012. A qualitative exploration of women reflections upon giving birth at home. *Evidence Based Midwifery* 10(1), 23–28.
- Mesiäislehto-Soukka H. 2005. Perheenlisäyksen isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto.
- Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, Shah N, Semrau K, Berry WR, Gawande AA & Haynes AB. 2015. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *JAMA* 314(21), 2262–2270.
- Murray-Davis B, McNiven P, McDonald H, Malott A, Elarar L & Hutton E. 2012. Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery* 28 (5), 576–581.
- Nelms T. 2015. *Phenomenological Philosophy and Research*. Teoksessa de Chesnay M. (Ed.). *Nursing Research using Phenomenology. Qualitative Designs and Methods in Nursing*. Springer Publishing Company, New York, USA, 1–23.
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence. 2014. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Saatavissa: nice.org.uk/guidance/cg190 (luettu 21.10.2016).
- Nieminen K. 2016. Synnytysten keskittäminen lisää turvallisuutta. *Lääkärilehti* 71(25–32), 1875–1878.
- Nilsson C. 2014. The delivery room: is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare* 5(4), 199–204.

- Niskanen S. 2009. Hermeneuttisen psykologian tieteenfilosofinen traditio. Teoksessa Perttula J & Latomaa T. (toim.). Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. 3. painos. Lapin yliopistokustannus ja kirjoittajat, Rovaniemi, 89–114.
- Nuutila M. Ylilääkäri, HUS. Henkilökohtainen tiedonanto. 17.10.2016.
- Nyström K & Öhrling K. 2004. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46(3), 319–330.
- Okubo C, Sankai C, Yanigasawa H & Kano N. 2008. Witnessing the birth a sibling – Looking at drawings to understand the possible effects on children. *Journal of Japan Academy of Midwifery* 22(2), 233–248.
- Paananen U. 2015. Kättilötyön historia. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E & Äimälä A-M. Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Edita, Helsinki, 16–25.
- Paavilainen R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen: äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 906, Tampereen yliopisto. Tampere. urn:isbn:951-44-5544-4.
- Pallasmaa N & Gissler M. 2016. Synnytysten trendejä Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 25–32(71), 1860–1866.
- Patton MQ. 2015 *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 4. painos. SAGE, California.
- Peltonen K. Psykologi, tutkijatohtori, Tampereen yliopisto. Henkilökohtainen tiedonanto. 29.9.2016.
- Penner JL & McClement SE. 2008. Using Phenomenology to Examine the Experiences of Family Caregivers of Patients with Advanced Head and Neck Cancer: Reflections of a Novice Researcher. *International Journal of Qualitative Methods* 7(2), 92–101.
- Perttula J. 1995. Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* 1, 39–47.
- Perttula J. 2009. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula J & Latomaa T. (toim.). Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. 3. painos. Lapin yliopistokustannus ja kirjoittajat, Rovaniemi, 115–162.
- Phillips-Pula L & Pickler R. 2011. Understanding Phenomenological Approaches to Data Analysis. *Journal Of Pediatric Health Care* 25(1), 67–71.
- Pulkkinen S. 2010. Husserlin fenomenologinen menetelmä. Teoksessa Miettinen T, Pulkkinen S & Taipale J. (toim.). Fenomenologian ydinkysymyksiä. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki, 25–44.
- Punch S. 2002. Research with children: The same or different from research with adults? *Childhood* 9(3), 321–341.
- Rauhala L. 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. 3. painos. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki.
- Raussi-Lehto E. 2015a. Syntymänaikainen kättilötyö. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E & Äimälä A-M. Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Edita, Helsinki, 217–220.
- Raussi-Lehto E. 2015b. Syntymänhoidon tarve. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E & Äimälä A-M. Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Edita, Helsinki, 221–243.
- Raussi-Lehto E & Jouhki M-R. 2015. Suunniteltu kotisyntyminen. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E & Äimälä A-M. Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Edita, Helsinki, 286–288.
- RCM, The Royal College of Midwives. 2012. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Birth Environment. Saatavilla: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20Environment.pdf> (luettu 23.10.2016).

- Ryttyläinen K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Akateeminen väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Sariola A & Tikkanen M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala O & Tapanainen J. (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim, Kariston kirjapaino oy, Hämeenlinna, 315–325.
- Sarlio-Nieminen J. Kätilö, yrittäjä. Suunnitellun kotisyntytyksen hoitaminen. Henkilökohtainen tiedonanto, sähköpostikeskustelu 6.9.2016.
- Sevón E. 2009. Maternal responsibility and changing relationality at the beginning of motherhood. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 365, Jyväskylän yliopisto. Urn:ISBN:973-951-39-3639-6.
- Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M & Brocklehurst P on behalf of the Birthplace in England Collaborative Group. 2012. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 344, e2292.
- Sjöblom I, Nordström B & Edberg AK. 2006. A qualitative study of women's experiences of homebirth in Sweden. *Midwifery* 22(4), 348–355.
- Sjöblom I, Idvall E, Rådestadt I & Lindgren H. 2012. A provoking choice – Swedish women's experiences of reactions to their plans to give birth at home. *Women and Birth* 25(3), e11-e18.
- Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB & Cheng Y. 2015. Planned Out-of-Hospital and Birth Outcomes. *New England Journal of Medicine* 373(27), 2642–2653.
- Soiva K. 1973. Synnytysopin oppikirja kätilöille. WSOY, Porvoo.
- Steel A, Adams J, Frawley J, Broom A & Sibbritt D. 2015. The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: A study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women. *Sexual & Reproductive Healthcare* 6(3), 133–137.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. 782/2014. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782> (luettu 21.10.2016).
- Sweeney S & O'Connell R. 2015. Puts the magic back into life: Fathers' experience of planned home birth. *Women and Birth* 28(2), 148–153.
- TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf> (luettu 22.10.2016).
- TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Luettu: 22.10.2016.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Luettu: 21.10.2016.
- THL, Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2015. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015093014230> (luettu 22.10.2016).
- THL, Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2016. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016101024921> (luettu 22.10.2016).

- Tietosuojavaltuutetun toimisto. 2014. Rekisteriseloste. Saatavissa: <http://www.tietosuoja.fi/fi/index/useinkysyttya/rekisteriseloste.html> (luettu 22.10.2016).
- Uotila J & Tuimala R. 2011. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkala O & Tapanainen J. (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim, Helsinki, 460–467.
- Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339> (luettu 21.10.2016).
- Vedam S, Schummers L, Stoll K, Rogers J, Klein MC, Fairbrother N, Dharamsi S, Liston R, Chong GK & Kaczorowski J. 2012. The Canadian Birth Place Study: Describing maternity practice and providers' exposure to home birth. *Midwifery* 28(5), 600–608.
- Vedam S, Stoll K, White S, Aaker J & Schummers L. 2009. Nurse-midwives' experiences with planned home birth: impact on attitudes and practice. *Birth* 36(4), 274–282.
- Viisainen K. 2000. Choices in Birth Care – The Place of Birth. Akateeminen väitöskirja. National Reserach and Development Centre for Welfare and Health Reserach Report 115, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A & Blackstone J. 2010. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203;243.e1–8.
- WHO, World Health Organization. 2016. Child Mortality. Saatavissa: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/whs2016_AnnexA_ChildMortality.pdf?ua=1&ua=1 (luettu 22.10.2016).
- Wilson A. 2015. A guide to phenomenological research. *Nursing Standard* 29(34), 38–43.
- Zielinski R, Ackerson K, Low LK. 2015. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health* 7, 361–377.
- Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY, Helsinki.
- Åstedt-Kurki P, Paavilainen E & Lehti K. 2001. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 288–293.
- Äitiysneuvolaopas, Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. 2013. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (kirj.), Klemetti R & Hakulinen-Viitanen T. (toim.). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.

LIITTEET

Liite 1. Kotisynnytystä käsittelevät tutkimukset

Taulukko 1. Kotisynnytyksen turvallisuutta käsittelevät tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimusasetelma	Tulokset
<i>Kohorttitutkimukset</i>		
Halfdansson B ym., 2016 Islanti	Etenevä kohorttitutkimus, 809 raskauden aikaiseen seurantaan osallistunutta naista, joilla vakaa näkemys kotisynnytyksestä <i>Aineisto:</i> 164 naista suhtautui positiivisesti kotisynnytykseen 645 naista suhtautui negatiivisesti kotisynnytykseen	Kotisynnytyksissä vähemmän synnytystoimenpiteitä ja vastasyntyneillä tehostetun seurannan tarvetta.
Hutton EK ym., 2016 Kanada	Takautuva syntymärekisteripohjainen kohorttitutkimus, Ontarion maakunta <i>Aineisto:</i> 11 493 suunniteltua kotisynnytystä 11 493 suunniteltua sairaalasyntytystä	Ei eroja vakavissa neonataaliajan komplikaatioissa. Kotisynnytyksissä vähemmän synnytystoimenpiteitä.
de Jonge A ym., 2015 Hollanti	Takautuva kohorttitutkimus kansallisista syntymärekistereistä <i>Aineisto:</i> Matalan riskin synnyttäjät 466 112 suunniteltua kotisynnytystä 276 958 suunniteltua sairaalasyntytystä	Synnytyksipaikkojen välillä ei ollut eroja perinataali- ja neonataaliajan päätapahtumissa. Tuloksia voidaan yleistää vain konteksteihin, joissa kotona synnyttäminen on osa äitiyshuoltoa.
Snowden JM ym., 2015 Yhdysvallat	Takautuva syntymärekisteripohjainen kohorttitutkimus, Oregonin osavaltio <i>Aineisto:</i> 3203 suunniteltua kotisynnytystä 75 923 suunniteltua sairaalasyntytystä	Sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä korkeampi perinataaliajan kuolleisuus ja vähemmän synnytystoimenpiteitä.
Hollowell J ym., 2011 Englanti	Etenevä kohorttitutkimus <i>Aineisto:</i> Matalan riskin synnyttäjät 16 840 suunniteltua kotisynnytystä 19 706 sairaalasyntytystä	Kotisynnytyksissä enemmän perinataali- ja neonataaliajan ongelmia, mutta vähemmän synnytystoimenpiteitä kuin sairaalasyntytöksissä.
<i>Meta-analyysit</i>		
Wax JR ym., 2010	12 tutkimusta: 342 056 suunniteltua kotisynnytystä 207 551 suunniteltua sairaalasyntytystä	Kotisynnytyksissä enemmän ennenaikaisia, pienipainoisia ja yliaikaisia Ei eroa perinataalikuolleisuudessa Kotisynnytyksissä kaksinkertainen neonataalikuolleisuus ja vähemmän synnytystoimenpiteitä.

Taulukko 2. Kotisynnytyksen kustannusvaikuttavuutta käsittelevät tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimusasetelma	Tulokset
Janssen PA ym., 2015 Kanada	Takautuva rekisteritutkimus, suunniteltu kotisynnytys vs. suunniteltu sairaalasyntyminen <i>Aineisto:</i> N= 9 864 matalan riskin synnyttäjää	28 vuorokautta synnytyksen jälkeen huomioitujen kustannukset olivat \$ 2 338–2 541 matalammat kotisynnytyksessä verrattuna sairaalasyntytykseen.
Schroeder E ym., 2012 Englanti	Etenevä kohorttitutkimus <i>Aineisto:</i> 64 538 matalan riskin synnyttäjää kotisynnytys, kättilöjohtoinen synnytysyksikkö vs. obstetrinen synnytysyksikkö	Ensisynnyttäjillä koti edullisin synnytyspaikka, mutta siihen liittyi enemmän epäedullisia perinataalijärjestelyjen päätapahtumia. Uudelleensynnyttäjillä kotona synnyttäminen oli halvin vaihtoehto.

Taulukko 3. Kotisynnytyksen valintaan johtaneita tekijöitä käsittelevät tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimusasetelma	Tulokset: <i>Kotisynnytyksen valintaan johtaneet tekijät</i>
Murrays-Davis B, ym., 2012 Kanada	Grounded theory -menetelmä, puolistrukturoitu haastattelu <i>Aineisto:</i> 34 kotona synnyttänyttä naista	Luonnollisen synnytyksen mahdollistuminen ja perheen mukanaolo
Boucher D, ym., 2009 Yhdysvallat	Laadullinen menetelmä, kyselytutkimus, sisällönanalyysi <i>Aineisto:</i> 160 kotona synnyttänyttä naista	Kotisynnytyksen turvallisuus, interventioiden välttäminen, kielteinen edellinen sairaalasyntyminen, hallinnantunteen tavoittelemisen ja mukava kotiympäristö.
Andrews A, 2004a Englanti	Fenomenologinen menetelmä, puolistrukturoitu haastattelu <i>Aineisto:</i> Kahdeksan naista	Aikaisempi huono synnytyskokemus, halu synnyttää tutussa ympäristössä ja huoli lastenhoidon järjestymisestä. Naiset odottivat synnytykseltä normaaliutta, rauhallista tunnelmaa ja hallinnantunnetta.
Viisainen K, 2000 Suomi	Laadullinen menetelmä, teemahaastattelu <i>Aineisto:</i> 21 naista ja 12 miestä	Perheet etsivät ympäristöä, jossa he voisivat hallita synnytysprosessia ja tehdä itseään koskevia päätöksiä. Perheet huomioivat kotisynnytykseen liittyvät lääketieteelliset riskit, mutta näkivät riskejä myös liittyen sairaalaan. Kotisynnytyksvalintaan liittyi lääketieteen edustajien vastustamista, minkä he mielsivät moraaliseksi riskiksi.

Taulukko 4. Naisten kotisynnytyskokemuksiin liittyvät tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimusasetelma	Tulokset
Bernhard C, ym., 2014 Yhdysvallat	Laadullinen menetelmä, ryhmähaastattelu, sisällönanalyysi <i>Aineisto:</i> 20 naista	Aikaisempi huono sairaalasyntytykokemus johti kotisynnytykseen. Valintaan liittyi haasteita, mutta kokemus oli kokonaisuutena positiivinen.
Larsson Å ym., 2014 Ruotsi	Haastattelututkimus, fenomenologis-hermeneuttinen menetelmä <i>Aineisto:</i> 10 naista	Naiset tiesivät omat tarpeensa ja päättivät synnyttää kotona vastustuksesta huolimatta. Kokemus oli voimaannuttava ja terveyttä edistävä sekä persoonallisuuden kokonaisuutta tukeva.
McCutcheon R & Brown D, 2012 Englanti	Laadullinen menetelmä, grounded theory, puolistrukturoitu haastattelu <i>Aineisto:</i> Yhdeksän naista	Naisten kotisynnytyskokemus oli voimaannuttava ja positiivinen ja edisti hallinnan tunnetta. Haasteet liittyivät negatiivisiin asenteisiin ja kotisynnytyksen turvallisuuskysymyksiin.
Janssen PA ym., 2009 Kanada	Laadullinen menetelmä, kyselytutkimus, tulkinnallinen analyysi <i>Aineisto:</i> 559 naista	Kotisynnytyskokemus oli hyvin positiivinen ja voimaannuttava, ja kotiympäristö edisti itsemääräämisen toteutumista.
Johnson TR ym., 2007 Hollanti	Laadullinen menetelmä, temaattinen analyysi <i>Aineisto:</i> 14 naista	Kokemus oli positiivinen ja voimaannuttava. Kätilön antama tuki koettiin tärkeänä.
Sjöblom I ym., 2006 Ruotsi	Fenomenologis-hermeneuttinen menetelmä, avoin haastattelu <i>Aineisto:</i> 12 naista	Kokemus oli erittäin positiivinen. Kokemuksessa tärkeätä omilla ehdoilla synnyttäminen.
Andrews A, 2004b Englanti	Fenomenologinen menetelmä, puolistrukturoitu haastattelu <i>Aineisto:</i> Kahdeksan naista	Kotisynnytys oli naisille myönteinen kokemus, johon liittyi voimaantumisen. Perheen osallistuminen oli tärkeää.

Taulukko 5. Miesten kokemukseen liittyvät tutkimukset

Tutkimus, vuosi, maa	Tutkimusasetelma	Tulokset
Sweeney S & O'Connell R, 2015 Irlanti	Fenomenologinen menetelmä, tulkitseva analyysi (Interpretative phenomenological analysis, IPA.) <i>Aineisto:</i> Kahdeksan isää	Lapsen syntyminen oli miehille hyvä kokemus. Kokemus vahvisti isien käsitystä synnytyksen luonnollisuudesta ja antoi heille uuden perspektiivin elämään. Isät kokivat perhesuhteiden vahvistuvan.
Lindgren H & Erlands-son K, 2011 Ruotsi	Laadullinen menetelmä, syvähaastattelu, induktiivinen sisällönanalyysi <i>Aineisto:</i> Kahdeksan isää	Miehet myötäilivät äitien päätöstä synnyttää kotona ja kokivat vallinnan vuoksi erilaisuuden tunteita suhteessa ympäristöön ja perheisiin. Syntymä oli heille voimakas ja ylitsevuotavia tunteita sisältävä tapahtuma, jonka aikana he kokivat onnea ja perhesuhteiden vahvistumista.

Taulukko 6. Lasten kokemuksiin liittyvät tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimusasetelma	Tulokset
Kuramoto, N, 2008 Japani (vain englanninkielinen abstrakti saatavilla)	Laadullinen menetelmä, synnytyksen aikainen tarkkailu, puolistrukturoitu äitien haastattelu <i>Aineisto:</i> Kahdeksan lasta ja heidän äitinsä	Kokemus oli lapsista kiinnostava, herätti heissä empatiaa ja lujitti perheen välejä, mutta oli myös stressaava ja ravisteli äiti-lapsi-suhdetta.
Okubo C, ym., 2008 Japani	Laadullinen menetelmä, piirustusten analyysi ja osin haastattelu <i>Aineisto:</i> 24 lasta	Kokemus oli yleisesti hyvä. Lapset tunsivat iloa ja ylpeyttä osallistumisesta. Kokemus herätti myös voimakkaita tunteita, kuten pelkoa.
Issokson D, 1990 Yhdysvallat	Fenomenologinen menetelmä, strukturoitu haastattelu ja piirustukset. <i>Aineisto:</i> 24 lasta	Lasten kokemukset sisärsivät syntymään osallistumisesta vaihtelivat neutraalista positiiviseen.
Daniels MB, 1983 Yhdysvallat	Laadullinen menetelmä, haastattelu ja leikki-menetelmä <i>Aineisto:</i> 35 lasta	Lapset tunsivat läheisyyttä, osallisuutta ja iloa sekä oppivat kokemastaan paljon.
Anderson S, 1979 Yhdysvallat	Laadullinen menetelmä, teemahaastattelu <i>Aineisto:</i> 43 lapsen vanhemmat	Lasten kokemukset olivat yleisesti positiivisia ja he suhtautuivat kokemukseen rauhallisesti, kiinnostuneesti, tukien, mutta myös jännittäen.

TIEDOTE TUTKITTAVALLE

ÄITI, ISÄ TAI TOINEN VANHEMPI

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA/CHILDBIRTH AT HOME 24.11.2010

Arvoisa vastaanottaja

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa tutkitaan lapsen syntymistä kotona. Olette aikaisemmin ilmaisseet halukkuutenne osallistua ottamalla yhteyttä allekirjoittaneeseen tutkijaan. Lapsen odotus ja syntymä ovat merkittäviä asioita naisen elämässä, mutta myös puolisoiden ja koko perheen yhteisenä kokemuksena. Lapsen syntymistä kotona on aikaisemmin tutkittu lähinnä synnytysolosuhteiden turvallisuuden, naisen synnytyskokemuksen ja synnytyspaikan valintaan liittyvistä näkökulmista. Sen sijaan perheen ja hoitavien ammattihenkilöiden näkökulmasta tutkimusta on niukasti. Tämän vuoksi aihe on tärkeä ja perusteltu.

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa kuvailevaa ja tulkitsevaa tietoa kotona syntyneen lapsen perheen ja kotiolosuhteissa lapsen syntymää hoitaneiden kätilöiden ja lääkäreiden kokemuksesta. Perheellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa äitiä, isää/toista vanhempaa ja pienemmän sisaruksen syntymään osallistuneita lapsia.

Tuotetun tiedon avulla voidaan ymmärtää perheen ja kotioloissa synnytyksiä hoitavien ammattihenkilöiden kokemusta ko. ilmiöstä, kehittää äitiyshuollon palveluita sekä tuottaa tietoa kotona synnyttämistä harkitseville perheille. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Teille esitetty tutkimuspyyntö koskee tutkimuksen aineiston keruun osion haastattelua ja haastattelukertoja tulee olemaan yhdestä kahteen. Haastattelun sisältö koskee kokemustanne lapsen syntymisestä kotona. Tutkimuksen aineiston keruu toteutetaan avoimina haastatteluina, mikä tarkoittaa, että saatte vapaasti, omin sanoin kertoa kokemuksestanne. Haastattelut nauhoitetaan ja ne voidaan toteuttaa toivomassanne paikassa. Tutkimukseen osallistumisesta ei aiheudu teille kuluja. Mikäli matkustatte minun luokseni haastateltavaksi, korvaan matkakulunne matkalippua tai kuittia vastaan. Toivoisin, että voisitte varata aikaa itse haastattelun toteuttamiseen vähintään 60–120 minuuttia. Aikaa tulisi varata myös haastattelutilanteen valmisteluun, mm. suostumuslomakkeen allekirjoitukseen, keskusteluun ja nauhoitusvälineiden valmisteluun nauhoitusta varten. Mikäli lapsenne osallistuvat tutkimukseen, he voivat haastattelun lisäksi tai sen tilalla piirtää kokemuksestaan.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille välitöntä hyötyä, mutta tutkimus tarjoaa Teille mahdollisuuden kertoa oman ainutlaatuisen kokemuksenne.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Osallistujien anonymiteetistä (=nimettömyys, nimen ja muiden henkilötietojen säilyminen salassa) huolehditaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Muilla, kuin tutkija Maija-Riitta Jouhkillä ei ole pääsyä aineistoon missään tutkimuksen vaiheessa. Lasten piirustuksien analysoinnissa käytetään psykologin asiantuntemusta, mutta piirustukset käsitellään ilman nimiä tai muita tunnisteita. Tietokoneelle talletettu materiaali säilytetään salasanalla ja käyttäjätunnuksella suojattuina tutkijan kodissa. Aukikirjoitetut, tulostetut haastattelumateriaalit säilytetään lukollisessa kaapissa tutkijan kodissa kuten myös tutkittavien henkilötietoja sisältävät suostumusasiakirjat. Allekirjoitettuja suostumuslomakkeita ei tulla julkaisemaan valmiissa väitöskirjatyössä. Tutkimuksen päätyttyä kaikki Teitä koskeva aineisto hävitetään pysyvästi.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä/lapsellanne on mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta niin halutessanne, jolloin Teitä/lastanne koskeva tieto poistetaan tutkimuksesta, mikäli niin toivotte. Tutkimukseen osallistuvat allekirjoittavat kirjallisen suostumuslomakkeen, jota jää yksi kappale Teille itsellenne ja yksi tutkija Maija-Riitta Jouhkillä. Mikäli alaikäinen, alle 15-vuotias lapsenne osallistuu tutkimukseen, lapsi allekirjoittaa oman suostumuslomakkeensa ja huoltaja/huoltajat allekirjoittavat oman suostumuksensa lapsen osallistumiseksi. Suomessa yli 15-vuotias voi antaa oman tietoisensa suostumuksensa, mutta huoltaja tulee tiedottaa osallistumisesta.

Tuloksista tiedottaminen

Tutkimus liittyy väitöskirjatyöhöni. Väitöskirjani ohjaajina toimivat THT, professori Päivi Åstedt-Kurki ja THT, professori Tarja Suominen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta.

Lisätiedot

Mikäli olette kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen, olkaa ystävällinen ja ottakaa yhteyttä minuun tässä tutkimustiedotteessa mainittujen yhteystietojeni avulla. Kerron mielelläni lisää tutkimukseen liittyvistä seikoista ja vastaan kysymyksiinne. Lisätietojen kysyminen ei edellytä osallistumista. Teillä on myös halutessanne mahdollisuus tutustua väitöskirjatyöni tutkimussuunnitelmaan. Mikäli haastatteluun osallistuminen ja kokemuksen muistelu herättää voimakkaita tunteita Teissä tai lapsissanne, Teillä on mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan. Halutessanne tutkija ottaa yhteyttä psykologian alan asiantuntijaan, jonka avulla voidaan kartoittaa mahdollista jälkihoidon tarvetta. Myös oman kuntanne terveyspalvelut ovat käytettävissänne.

Ystävällisin terveisin,

Maija-Riitta Jouhki, kättilö, terveystieteiden maisteri, jatko-opiskelija

TIEDOTE TUTKITTAVALLE 15–17-VUOTIAS NUORI

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA / CHILDBIRTH AT HOME 15.2.2010

Hyvä pienemmän sisaruksen syntymään osallistunut sisarus

Pyydän Sinua osallistumaan tutkimukseen, jossa tutkitaan lapsen syntymistä kotona. Lapsen odotus ja syntymä ovat merkittäviä asioita äidille, mutta myös isän ja äidin ja koko perheen yhteisenä kokemuksena. Lapsen syntymistä kotona on tutkittu aikaisemmin sellaisista näkökulmista, että onko se turvallista, millainen kokemus synnyttäneellä äidillä oli ja miksi hän halusi synnyttää vauvan kotona. Perheen, esimerkiksi syntyneen vauvan sisarusten kokemuksia tai vauvan syntymää hoitaneiden lääkäreiden ja kättilöiden kokemuksia ei ole tutkittu paljon. Tämän vuoksi on tärkeää tutkia tätä asiaa lisää.

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa lapsen syntymisestä kotona. Uuden tiedon avulla voidaan ymmärtää vauvan syntymään osallistuneiden ihmisten kokemuksia. Lisäksi saadaan uutta tietoa perheille, jotka haluavat lapsensa syntyvän kotona eikä sairaalassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Sinulle esitetty tutkimuspyyntö koskee tutkimuksen haastattelua. Haastattelun sisältö koskee kokemustasi siskon tai veljen syntymisestä kotona. Tutkimuksen aineiston keruu toteutetaan avoimina haastatteluina, mikä tarkoittaa, että saat vapaasti, omin sanoin kertoa kokemuksestasi. Haastattelut nauhoitetaan ja ne voidaan toteuttaa toivomassasi paikassa, esimerkiksi Sinun tai minun kodissa, tai jossakin muussa paikassa, joka sopii Sinulle ja vanhemillesi. Tutkimukseen osallistumisesta ei aiheudu Sinulle kuluja. Jos matkustat minun luokseni haastateltavaksi, korvataan matkakulut matkalippua tai kuittia vastaan. Toivoisin, että varaisit aikaa hyvin haastattelun toteuttamiseen, vaikka haastattelu kestää vain niin kauan, kuin Sinulla on kerrottavaa. Aikaa tulisi varata myös haastattelutilanteen valmisteluun, mm. suostumuslomakkeen allekirjoitukseen, keskusteluun ja nauhoitusvälineiden valmisteluun nauhoitusta varten. Jos haluat, voit haastattelun lisäksi tai sen tilalla piirtää kokemuksestasi. Voit toteuttaa piirustuksen haluamallasi menetelmällä ja välineillä, mutta voin tuoda välineitä myös mukanani, jos niin toivot.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Sinulle välitöntä hyötyä, mutta tutkimus antaa sinulle mahdollisuuden kertoa oman, ainutlaatuisen kokemuksesi.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kaikki kertomasi asiat ja piirtämäsi kuva käsitellään luottamuksellisesti, mikä tarkoittaa sitä, että muut ihmiset eivät voi niitä käsitellä. Piirtämäsi kuvaa katsoo psykologian alan asiantuntija, mutta piirustusta käsitellään ilman nimeäsi. Tutkimuksen loputtua Sinua koskeva aineisto hävitetään pysyvästi.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Sinulla on mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta niin halutessasi, jolloin kaikki Sinua koskeva tieto poistetaan tutkimuksesta, jos niin haluat. Tutkimukseen osallistuvat allekirjoittavat kirjallisen suostumuslomakkeen, jota jää yksi kappale sinulle ja yksi minulle. Koska olet 15-vuotias tai yli, saat itse päättää osallistutko tutkimukseen. Vanhempiasi kuitenkin tiedotetaan tutkimuksesta ja olisi hyvä, jos he olisivat osallistumisestasi samaa mieltä.

Tuloksista tiedottaminen

Tämä tutkimus liittyy väitöskirjatyöhöni Tampereen yliopistossa.

Lisätiedot

Mikäli olet kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen, voit ottaa yhteyttä minuun tässä tutkimustiedotteessa mainittujen yhteystietojeni avulla. Kerron mielelläni lisää tutkimukseen liittyvistä seikoista ja vastaan kysymyksiisi. Lisätietojen kysyminen ei edellytä osallistumista. Jos haastatteluun osallistuminen tai piirtäminen herättää Sinussa voimakkaita tunteita, Sinulla on mahdollisuus ottaa yhteys tutkijaan eli minuun, joka Sinun halutessasi keskustelee psykologian alan asiantuntijan kanssa, jotta mahdollinen jälkihoidon tarve voidaan kartoittaa. Edellä mainitussa tilanteessa on hyvä keskustella ensisijaisesti omien vanhempien kanssa. Myös oman kuntasi terveystieteiden palvelut ovat käytettävissäsi.

Ystävällisin terveisin,

Maija-Riitta Jouhki, kättilö, terveystieteiden maisteri, jatko-opiskelija

TIEDOTE TUTKITTAVALLE 10–14-VUOTIAS LAPSI/NUORI

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA / CHILDBIRTH AT HOME 15.12.2009

Hyvä pikkusiskon tai veljen syntymään osallistunut sisarus

Pyydän Sinua osallistumaan tutkimukseen, jossa tutkitaan lapsen syntymistä kotona.

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa lapsen syntymisestä kotona. Uuden tiedon avulla voidaan ymmärtää kotona syntyneen vauvan syntymään osallistuneiden ihmisten kokemuksia. Lisäksi saadaan uutta tietoa perheille, jotka haluavat lapsensa syntyvän kotona eikä sairaalassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Mitä tutkimuksessa tapahtuu

Toivoisin, että kertoisit minulle oman kokemuksesi pikkuveljen tai siskon syntymästä. Jos haluat olla mukana tutkimuksessa, tapaamme paikassa, joka sopii Sinulle ja vanhemmillesi. Se voi olla minun tai Sinun koti, tai jokin muu paikka, jonka vanhempasi katsovat sopivaksi. Tutkimus toteutetaan siten, että saat kertoa vapaasti omin sanoin kokemuksesi. Haastattelu nauhoitetaan, jotta voin myöhemmin kuunnella sen uudelleen. Haastattelu kestää niin kauan, kuin Sinulla on kerrottavaa, mutta toivoisin, että voisit varata siihen hyvin aikaa. Jos itse haluat, voit myös piirtää kokemuksesta kuvan, joko haastattelun tilalla tai sen lisäksi. Tuon Sinulle tarvikkeet piirtämistä varten mukanani. Voit piirtää juuri sellaisen kuvan kuin itse haluat. Isäsi ja/tai äitisi tulee mukaan haastatteluun.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja haitat

Tutkimuksesta ei ole Sinulle sellaista hyötyä, että saisit esimerkiksi palkkion, mutta saat kertoa oman ainutlaatuisen kokemuksesi.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kaikki kertomasi asiat ja piirtämäsi kuva käsitellään luottamuksellisesti, mikä tarkoittaa sitä, että muut ihmiset eivät voi niitä käsitellä. Piirtämäsi kuvaa katsoo psykologian alan asiantuntija, mutta piirustuksessa ei ole nimeäsi. Tutkimuksen loputtua Sinua koskeva aineisto hävitetään pysyvästi.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eli voit itse päättää haluatko osallistua tutkimukseen. Osallistumisen edellytyksenä on se, että myös vanhempasi antavat Sinulle luvan osallistua. Tutkimukseen osallistuvat allekirjoittavat kirjallisen suostumuslomakkeen ja myös vanhempasi antavat kirjallisesti luvan sinun osallistumisesi. Allekirjoitettuja papereita jää Sinulle, minulle ja vanhemmillesi kaikille omat kappaleet.

Tuloksista tiedottaminen

Tämä tutkimus liittyy väitöskirjatyöhöni Tampereen yliopistossa.

Lisätiedot

Jos haluat kertoa oman kokemuksesi ja/tai piirtää kuvan, vanhempasi ottavat minuun yhteyttä. Ohessa yhteystietoni. Mikäli haastatteluun osallistuminen tai piirtäminen herättää voimakkaita tunteita, on jälkihoidon mahdollisuuksista kerrottu tarkemmin huoltajan tiedotteessa.

Ystävällisin terveisin,

Maija-Riitta Jouhki, kätilö, terveystieteiden maisteri, jatko-opiskelija

TIEDOTE TUTKITTAVALLE 6–10-VUOTIAS LAPSI

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA / CHILDBIRTH AT HOME 15.2.2010

Hyvä pikkusiskon tai veljen syntymään osallistunut sisarus

Pyytäisin Sinua tulemaan mukaan tutkimukseen, jonka avulla saadaan uutta tietoa vauvan syntymisestä kotona.

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena on, että saadaan uutta tietoa vauvan syntymisestä kotona. Uuden tiedon avulla voidaan paremmin ymmärtää, minkälaiselle vauvan syntymässä mukana olleista ihmisistä tuntui. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Mitä tutkimuksessa tapahtuu

Tutkimuksen haastattelussa Sinä kerrot minulle siitä, kun olit mukana siskon tai veljen syntyessä. Tapaamme Sinun tai minun kodissa, tai jossakin muussa vanhempiesi valitsemassa paikassa ja voit omin sanoin kertoa siitä, kun sisko tai veli syntyi. Haastattelu kestää niin kauan, kuin Sinulla on kerrottavaa. Jos haluat, voit haastattelun lisäksi tai sen tilalla piirtää kuvan siskon tai veljen syntymästä. Tuon Sinulle mukanaani piirustuspaperia ja värikyniä. Isäsi ja/tai äitisi on mukana haastattelussa ja piirtäessäsi kuvaa.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja haitat

Sinulle ei ole tästä tutkimuksesta sillä tavalla hyötyä, että voisit saada vaikka jonkin palkkion, mutta saat kertoa oman kokemuksesi.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kaikki kertomasi asiat ja piirtämäsi kuva käsitellään luottamuksellisesti, mikä tarkoittaa sitä, että muut ihmiset eivät voi niitä käsitellä. Piirtämäsi kuvaa katsoo psykologian alan asiantuntija, mutta piirustuksessa ei ole nimeäsi. Tutkimuksen loputtua Sinua koskeva aineisto hävitetään pysyvästi.

Vapaaehtoisuus

Osallistuminen on vapaaehtoista eli saat itse päättää haluatko kertoa siskon tai veljen syntymästä tai piirtää kuvan, mutta tarvitaan myös vanhempiesi lupa. Jos haluat osallistua, kirjoitat itse oman nimesi suostumuslomakkeelle, jollaisia jää yksi kappale Sinulle, minulle ja vanhemmillesi.

Tuloksista tiedottaminen

Tämä tutkimus liittyy väitöskirjatyöhöni Tampereen yliopistossa.

Lisätietoja

Jos haluat kertoa oman kokemuksesi ja piirtää kuvan, vanhempasi ottavat minuun yhteyttä. Ohessa yhteystietoni. Mikäli haastatteluun osallistuminen tai piirtäminen herättää voimakkaita tunteita, on jälkihoidon mahdollisuuksista kerrottu tarkemmin huoltajan tiedotteessa.

Ystävällisin terveisin,

Maija-Riitta Jouhki, kätilö, terveystieteiden maisteri, jatko-opiskelija

Liite 3. Analyysiesimerkki

ALKUPERÄINEN ILMAUS	MERKITYS	TEEMA
(Ä1) Musta on vähä niinku toisarvonen seikka se kipu, kun puhutaan synnytyksistä! Ja ei kotisyntyksissä yleensä käytetä mitään puudutuksia ja tän mä tiesin etukäteen ja se oli mun valinta.	22. Kivun vähättely ja kivulias synnytys tietoisena valintana	KIVUSSA OLEMISEN HYVÄKSYMINEEN JA KIVUN HALLITSEMINEN ACCEPTING AND CONTROLLING PAIN
(Ä3) Ja mä osaan laulaa ja käyttää ääntä ja liikkua ja tanssia ja mä uskon, että se mun keho toimii mun hyväksi koko ajan.... Se kipu pysyy mun käsissä tän mun kehon kautta!	139. Kivun hallitseminen omalla keholla	
(Ä4) Siinä kotisyntyksessä tuli sitten mieleen, että miten mä selviän, koska se oli ollu tosi kova se kipu siinä yhdessä nopeassa synnytyksessä ja sitten alko tulla mieleen vähän semmosiakin ajatuksia, että jos ei sittenkään pysty ja mille se kipu tuntuu...	174. Kivun pelko	
(Ä4) Se on nääs niin, että kun se kipu on kaikista kamalimmillaan, niin se on kohta ohi, koko homma, mun kohdalla... oon jo oppinut, kun on muutaman kerran tässä tullu oltua... (nauraa...)	175. Tietoisuus kivun loppumisesta	
(Ä7) Siinä oli semmonenkin vaihe, että siinä supistusten välilläkään ei se kipu menny ohi ja se oli semmonen raskas vaihe, ei pitkä vaihe, mutta se oli vähän tiukkaa... kun ei oikeen missään asennossa ollu helppo olla... mutta mitäpä siitä, semmostahan se on, synnyttäminen! (nauraa)...	233. Kivun sietäminen ja hyväksyminen	
(Ä8) Mutta kyllä se toisaalta sattuu, että en mä ihan sitäkään niele, että kun toiset puhuu, että oli ihan orgastinen synnytyskokemus ja ovat ihan hurmiossa, niin mulle se on enempi semmonen arkinen kokemus, että sattuu, eikä se kaikki nyt niin ihanaa siinä oo, mutta se nyt kuuluu siihen synnyttämiseen...	273. Kipu arkisena ja luonnollisena osana synnytystä	
(Ä8) Sitten kun se alko se synnytys, niin sittä mä vasta muistin, että ai niin, onhan tässä tää kipu asiakin, taas! (nauraa)... siihen kipuun mä en oo koskaan keskittynyt, mä ajattelen, että se menee, kun on aina ennenkin mennyt, mutta nyt sai keskittyä enemmän, kun se oli niin nopea, se synnytys, mutta taas selvittiin.	277. Kivun toisarvoisuus synnytyksen aikana	

<p>(Ä9) hm...musta tuntu sille, ett mä juoksen sitä supistusta karkuun, ett se kävi niin tonne selän päälle... ja mä olin X:n synnytyksen ajan ollu hiljanen ja siinä X:n synnytyksessä ne kivut ei tuntunu, mutt tässä Y:n synnytyksessä ne tuntu ja mä juoksin välillä meidän vierashuoneeseen ottaan sitä supistusta vastaan ja välillä mä juoksin meidän kodinhoituhuoneeseen ja lopulta mä menin tonne meidän työhuoneeseen ja taas takaisin!</p>	<p>290. Kivun pakeneminen</p>	
<p>(Ä9) mutt ei mulle oo koskaan tullu mieleenkään, ett mä tarviisin jotain... kivunlievitystä... ett siinä X:n synnytyksen aikana mä muistan ajatelleeni, ett mä kuolen tähän, mutt en mä mitään kivunlievitystä miettiny, missään vaiheessa... se pitää vaan uskoo siihen, että jaksaa ja pystyy, se on ainut lääke!</p>	<p>295. Kivun sietäminen ja luottamus omaan sietokykyyn</p>	
<p>(Ä10) Joo... siis mä olin siellä altaassa ja sitten ne supistukset alko kipeytymään, mikä kuuluu asiaan, mutta alko olla niinku tiukkojakin hetkiä ja mä jouduin vähän enempi keskittymään... ja kaks kertaa mä huusin siinä synnytyksen aikana, silleen enempi... sitä AA-äännettä, se oli se mun keino keskittyä siihen, mutta kaks kertaa se kipu meinas karata mun hallinnasta siinä synnytyksen aikana silleen, että mä huusin kunnolla ja sitten mä vaan ajattelin, että perkele, seuraava menee paremmin ja niinhän se meni!</p>	<p>318. Kivusta selviytyminen huutamalla ja sisulla</p>	
<p>(Ä10) Eikä X (<i>tukihenkilö</i>) eikä mun mies kertaakaan sanonu, ett älä huuda tai puutunu mitenkään siihen mun olemiseen ja se oli niinku ensarvosen tärkeetä, että mä sain olla just silleen, kun mä halusin! Mua ei saa koskea eikä mulla saa puhua eikä mitään, sillon kun koskee!</p>	<p>319. Rauhassa olemisen tärkeys kivun aikana</p>	
<p>(Ä11) ...hm... oisko se niin, ett jos ei ois sitä kipua, niin ei osais toimia oikein? Se kipu... tai... haluunko mä sanoa sitä ees kivuksi... hm... se niinku kertoo mulle, että missä mennään ja se on mun väline siinä... sitten mä osaan toimia, kun tulee se kipu ja mä tiedän mitä tehdä, kun se muuttuu... ymmärrätkö?</p>	<p>339. Kipu oman toiminnan edellytyksenä synnytyksen aikana</p>	

<p>(Ä11) Onhan se niinku kipeetä, jos sitä silleen ajattelee, joo, mutt tarviiko sen olla kivutonta? Mulle se on osa sitä pakettia, se kipu tahdittaa sen synnytyksen ja kertoo mulle, että mitä tapahtuu, se on osa sitä prosessia, se vaan kuuluu siihen.</p>	<p>340. Kipu synnytykseen kuuluvana tahdittajana ja kertojana</p>	
<p>(Ä12) Mä olen synnyttäjänä... mä olen hyvin sisukas! Ja mä siedän erittäin hyvin kipua, mulla on korkea kipukynnys... mutta mä siedän muutenkin hyvin kipua, mä siedän elämässä muutenkin paljon vastoinkäymisiä ja kipua... <i>(mieltii pitkään)</i> ...mun suku on <i>(alue Suomessa)</i> ja tota... se on varmaan semmonen suomalainen sisukkuus ja sieltä lähtöisin oleva asenne, mikä virtaa mun omassa veressä!</p>	<p>357. Luottamus omaan sisukkuuteen ja kykyyn sietää kipua</p>	
<p>(Ä12) ja se kipu on aina ollut mun ystävä, mä en taistele sitä vastaan vaan tarvitsen sen ystävän ja tää ystävä kertoo mulle, että missä kohtaa mun synnytys on ja mitä mun pitää itselleni tehdä ja millä tavalla mun tarvii olla, että sen lapsen tulo tähän maailmaan helpottuis...</p>	<p>358. Kivun tarvitseminen synnytystä edistävänä voimana</p>	
<p>(Ä12) Se oli eka kerta mun omassa historiassa, että mä en ihan riittävästi uskaltanut heittäytyä siihen kipuun, että mä niinku pidättelin sitä vastaan, se oli äärettömän kivuliasta ja se oli kestänyt jo niin kauan, että mä olin niin väsynyt sitten... Se olis varmaan auttanut, jos mä olisin uskaltanut heittäytyä siihen täysillä, niinku aina ennenkin, mutta nyt se oli niin terävä se kipu ja se kulminoitu siihen yhteen kohtaan, että mä en uskaltanut... <i>(pyytää hetken taukoa haastattelussa ja pyyhkii silmiään...)</i></p>	<p>363. Kivun pelko ja vastaanpyristely</p>	
<p>(Ä12) Ja sitten se kipu loppui... mä olin kysellytkin, että voiko tää olla ohi, onko tää lapsi tässä, mitä on tapahtunut... ja mä olin semmosessa sumussa, kun se kipu oli ohi ja se oli ihan uskomaton, äärimmäisen ihana olotila! Se kipu, joka oli ollut läsnä niin tiiviisti päiväkausia oli yhtäkkiä poissa ja se oli oma työnsä... ettei se kipu enää tuntunutkaan... piti antaa sen mennä ja nauttia siitä hyvästä olost!</p>	<p>365. Kivusta luopuminen ja hyvälle ololle antautuminen</p>	

<p>(Ä12) Jokaiseen synnytykseen täytyy valmistua erikseen, yhä uudelleen, sillä jokainen synnytys on erilainen ja joka kerta siihen kipuun täytyy luoda se suhde uudelleen, koska sun pitää selviytyä just sen kivun kanssa!</p>	<p>366. Kivun tunteminen siitä selviytymisen edellytyksenä</p>	
<p>(Ä12) ...mä olen itse sellainen, että mä antaudun sille kivulle, mä en taistele vastaan, mä sallin sen tulla, hyökätä mun yli ja mun läpi, mä vaan pysyn rentona... ja tulee mun yli ja läpi kuin hyökyaalto... ja se vie mua.</p>	<p>367. Kivun valtaan antautuminen</p>	
<p>(Ä12) Sitten taas jos luottaa itseensä ja antaa sen kivun tulla, uskoo vaan vakaasti, että se on vaan kipua, minä jään henkiin, niin siihen myös turtuu ja sen kestää... ja tässähän mä oon, vieläkin... <i>(naurahtaa...)</i></p>	<p>368. Luottamus kivusta selviytymiseen</p>	
<p>(Ä12) Ja aina kun pitää mielessään sen, että mikä siellä odottaa, mihin tämä kipu johtaa, niin kyllä se taas oli niin mahtava se hetki, kun X synti, että jälleen mä voin vaan sanoa, että se kaikki kannatti ja se oli tarkoitettu niin!</p>	<p>369. Lapsen syntymä kivun sietämisen motiivina</p>	
<p>(Ä12) Se kipu on ollut mulla yleensä hallinnassa, mä olen ollut erittäin sinut sen kanssa ja se oli ihanaa se kipu! Mä olen ollut joka kerta näiden kolmen aikaisemman synnytyksen aikana silleen, että ihanaa, mikä kipu, tervetuloa ihana kipu, tee työtä mun kanssa ja mun hyväksi! Se on yleensä se mun suhde siihen.</p>	<p>374. Kivun tervehtiminen ja tarvitseminen omassa synnytyksessä</p>	
<p>(Ä13) Ja sitten se alko! Mä siinä itkeskelin ja nojailin siihen altaan reunaan... ja siinä vaiheessa mä en halunnu ees miestä siihen mukaan, en ketään ja siellä mä sitten olin yksin, vajosin siihen synnyttämiseen ja itkin... tää oli ehdottomasti kivuliain näistä kolmesta synnytyksestä... ja sitä kesti ja kesti ja jossain vaiheessa mä ajattelin, että mä haluan sen lapsen ulos, heti... mutta kyllähän mä tiesin, että on vaan kestättävä...</p>	<p>384. Itseen käpertyminen ja kivun sietäminen</p>	
<p>(Ä13) Se oli niinku helvetin kivulias... vaikka ei se kipu mua haittaa, mä en tarvii mitään kivunlievityksiä. No... mä en pelkää kipua... en yhtään! Synnytyskipu on toki kovaa ja voimakasta kipua, mutta ei se niinku... ei se oo kestämatöntä... ja sehän loppuu aikanaan!</p>	<p>388. Kivun vähättely</p>	

<p>(Ä13) Mä olen muuten sitä mieltä, että sillä on vaan haitallinen vaikutus, jos se kipu turrutetaan... sillä kun suhun koskee, niin sä liikut enemmän ja kaikki nää liikkeet edesauttaa sitä lapsen syntymän jouhevaa etenemistä... se on niinku semmonen asenne, että antaako sen kivun ottaa ylivallan vai ei, ja mä vaan niinku aina päätän, että tää on nyt vaan kohdattava, tää asia, kun tää niinku oleellisesti kuuluu tähän synnytykseen! Sitä ei voi, eikä pidä erottaa siitä. Miten sä osaat toimia, jos et tunne mitää?</p>	<p>389. Kipu synnytyksen työstämisen välineenä</p>	
--	--	--

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS ÄITI, ISÄ/TOINEN VANHEMPI

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA/CHILDBIRTH AT HOME

Tietoisena TtM, jatko-opiskelija Maija-Riitta Jouhkin toteuttaman Lapsen syntyminen kotona (Childbirth at Home) väitöskirjatutkimuksen tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineiston keruun vaiheen haastatteluun. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta. Mikäli päätän vetäytyä tutkimuksesta, kaikki minua koskeva tieto poistetaan tutkimuksesta. Olen myös tietoinen, että aineistonkeruu toteutetaan nauhoittamalla haastattelut ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia haastattelustani, mutta kirjoitettuna siten, ettei henkilöllisyyteni paljastu. Minulle on selvitetty, että tutkija säilyttää ja hävittää tutkimukseen liittyvät minua koskevat tiedot asianmukaisella tavalla, eivätkä ne joudu missään vaiheessa ulkopuolisten käsiin. Nimeäni ei mainita nauhoitettuna eikä kirjoitettuna. Olen halutessani voinut tutustua tutkimussuunnitelmaan.

Tutkija Maija-Riitta Jouhki on toimittanut minulle yhteystietonsa, mikäli haluan olla häneen yhteydessä tutkimukseen liittyen sen aikana tai myöhemmin. Tätä suostumuslomaketta on kaksi kappaletta, joista toinen jää minulle ja toinen tutkija Maija-Riitta Jouhkielle.

Paikka _____/_____.2011 Paikka _____/_____.2011

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

(Kaikki suostumuslomakkeet laadittu mukaellen Kylmä & Juvakka (2014) Laadullinen terveystutkimus -kirjan esimerkkiä.)

TUTKITTAVAN HUOLTAJAN SUOSTUMUS

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA / CHILDBIRTH AT HOME

Tietoisena TtM, jatko-opiskelija Maija-Riitta Jouhkin toteuttaman Lapsen syntyminen kotona (Childbirth at Home) tutkimuksen tarkoituksesta, annan huoltajan ominaisuudessa alle 15-vuotiaalle lapselleni _____ (nimi) luvan osallistua tutkimuksen aineiston keruun vaiheen haastatteluun ja/tai piirtämään kuvan kokemuksestaan. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta. Mikäli päätän, että lapseni vetäytyy tutkimuksesta, kaikki lastani koskeva tieto poistetaan tutkimuksesta. Olen myös tietoinen, että aineiston keruu toteutetaan nauhoittamalla haastattelut ja tutkimusraportissa saattaa olla mm. ainauksia lapseni haastattelusta, mutta kirjoitettuna siten, ettei hänen henkilöllisyytensä paljastu. Minulle on selvitetty, että tutkija säilyttää ja hävittää tutkimukseen liittyvät lastani koskevat tiedot asianmukaisella tavalla, eivätkä ne joudu missään vaiheessa ulkopuolisten käsiin. Lapseni nimeä ei mainita nauhoitettuna eikä kirjoitettuna.

Tutkija Maija-Riitta Jouhki on toimittanut minulle yhteystietonsa, mikäli haluan olla häneen yhteydessä tutkimukseen liittyen sen aikana tai myöhemmin. Tätä kappaletta on kaksi kappaletta, joista toinen jää minulle ja toinen tutkija Maija-Riitta Jouhkille.

Paikka _____ / _____.2010 Paikka _____ / _____.2010

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

osoite

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS 15–17-VUOTIAS LAPSI/ NUORI

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA / CHILDBIRTH AT HOME

Tietoisena TtM, jatko-opiskelija Maija-Riitta Jouhkin toteuttaman Lapsen syntyminen kotona (Childbirth at Home) väitöskirjatutkimuksen tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineistonkeruun vaiheen haastatteluun. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta. Mikäli päätän vetäytyä tutkimuksesta, kaikki minua koskeva tieto poistetaan tutkimuksesta. Olen myös tietoinen, että aineistonkeruu toteutetaan nauhoittamalla haastattelut ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia haastatteluistani, mutta kirjoitettuna siten, ettei henkilöllisyyteni paljastu. Minulle on selvitetty, että tutkija säilyttää ja hävittää tutkimukseen liittyvät minua koskevat tiedot asianmukaisella tavalla, eivätkä ne joudu missään vaiheessa ulkopuolisten käsiin. Nimeäni ei mainita nauhoitettuna eikä kirjoitettuna. Olen halutessani voinut tutustua tutkimussuunnitelmaan.

Tutkija Maija-Riitta Jouhki on toimittanut minulle yhteystietonsa, mikäli haluan olla häneen yhteydessä tutkimukseen liittyen sen aikana tai myöhemmin. Tätä suostumuslomaketta on kaksi kappaletta, joista yksi jää minulle ja toinen tutkija Maija-Riitta Jouhkille.

Paikka _____/_____.2010 Paikka _____/_____.2010

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS 10–14-VUOTIAS LAPSI/ NUORI

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA / CHILDBIRTH AT HOME

Tiedän, mikä on tutkija Maija-Riitta Jouhkin toteuttaman Lapsen syntyminen kotona (Childbirth at Home) tutkimuksen tarkoitus ja suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen haastatteluun ja mahdollisesti piirtämään kuvan. Olen saanut itse lukea tutkimukseen liittyvistä asioista ja minulle on myös kerrottu siitä sanallisesti. Minulla on ollut mahdollisuus kysyä tutkijalta kaikista niistä tutkimukseen liittyvistä asioista, joista olen halunnut kysyä.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus lopettaa osallistumiseni koska haluan. Mikäli päätän lopettaa osallistumisen tutkimukseen, kaikki minua koskeva tieto poistetaan tutkimuksesta. Tiedän, että aineistonkeruu toteutetaan nauhoittamalla haastattelut ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia haastattelustani, mutta kirjoitettuna siten, ettei paljastu kuka minä olen. Minulle on kerrottu, että minua koskevat tiedot säilytetään ja hävitetään oikealla tavalla, eivätkä toiset ihmiset voi lukea niitä. Nimeäni ei mainita nauhoitettuna eikä kirjoitettuna. Olen halutessani voinut tutustua tutkimussuunnitelmaan.

Tutkija Maija-Riitta Jouhki on toimittanut minulle ja perheelleni yhteystietonsa, mikäli haluamme olla häneen yhteydessä tutkimukseen liittyen sen aikana tai myöhemmin. Tätä suostumuslomaketta on kolme kappaletta, joista yksi jää minulle omaksi, toinen tutkija Maija-Riitta Jouhkille ja yksi vanhemmilleni. Myös vanhempani ovat antaneet minulle luvan osallistua ja he ovat allekirjoittaneet tästä erillisen suostumuslomakkeen.

Paikka _____/____.____.2010 Paikka _____/____.____.2010

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS 6–10-VUOTIAS LAPSI

LAPSEN SYNTYMINEN KOTONA / CHILDBIRTH AT HOME

Tiedän, miksi tutkija Maija-Riitta Jouhki tekee tutkimusta lapsen syntymisestä kotona ja miksi hän on pyytänyt minut mukaan tähän tutkimukseen. Olen itse saanut päättää, että haluan kertoa kokemukseni ja/tai piirtää kuvan pikkusiskon tai veljen syntymästä. Minulle kerrottu mitä tutkimus tarkoittaa ja jos osaan lukea, olen voinut lukea tutkimuksesta omasta tiedotteestani. Olen saanut kysyä Maija-Riitta Jouhkilta kysymyksiä tutkimuksen tekemisestä.

Minulle on kerrottu, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mikä tarkoittaa, että saan itse päättää haluanko olla mukana. Jos en haluakaan olla mukana, voin koska tahansa päättää niin, ja minun kertomiani asioita tai piirtämäni kuvaa ei käytetä tutkimuksen tekemisessä. Tiedän, että kaikki kertomani asiat ja piirtämäni kuva ovat sillä tavoin salaisia, etteivät muut ihmiset kuin Maija-Riitta Jouhki voi niitä tutkia. Tiedän myös, että kertomani asiat menevät koneelle, josta ne voidaan kuunnella uudelleen toisessa paikassa. Minun nimeäni ei kerrota kirjoitettuna paperille eikä se kuulu koneelta, jossa kertomukseni on.

Tutkija Maija-Riitta Jouhki on toimittanut perheelleni yhteystietonsa, mikäli haluamme olla häneen yhteydessä tutkimukseen liittyen sen aikana tai myöhemmin. Tätä suostumuslomaketta on kolme kappaletta, joista yksi jää minulle omaksi, toinen tutkija Maija-Riitta Jouhkille ja yksi vanhemmilleni. Myös vanhempani ovat antaneet minulle luvan osallistua ja he ovat allekirjoittaneet tästä erillisen suostumuslomakkeen.

Paikka _____/_____.2010 Paikka _____/_____.2010

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

ALKUPERÄISARTIKKELIT



Choosing homebirth – The women’s perspective

Maija-Riitta Jouhki *

Department of Nursing Science, School of Health Sciences, University of Tampere, Lääkärintatu 1, 33014 Tampere, Finland

Received 7 May 2011; received in revised form 8 October 2011; accepted 10 October 2011

KEYWORDS

Home childbirth;
Midwifery;
Maternal health services;
Pregnancy;
Qualitative research

Summary

Objective: To describe the decision-making process and birth experience of ten women in Finland who had planned to have a home birth.

Method: The data were collected by means of in-depth interviews in 2008 and were analyzed using qualitative content analysis.

Results: Several reasons led to a decision to give birth at home. The main reasons were: previous birth experience, considering birth to be a natural process, increased autonomy, the home environment, intuition, the desire to choose the birth attendant, mistrust of the medical establishment and the opportunity to have the baby’s siblings present at the birth. There were inhibiting and facilitating factors which influenced the women’s decisions, and before making their decisions women sought out information about home birth. Home birth was an extremely positive experience and women highlighted their desire for the development of parent education to empower women in their preparations for birth. Full autonomy, the participation of family members, trust in one’s ability to give birth and the absence of pharmacological pain relief were major contributors to the positive birth experience. The need for empowerment through parent education was highlighted in the interviews.

Conclusion: To the women of this study home birth was very positive experience in which the autonomy was the important factor. According to this study maternity care services do not respond to women’s individual wishes and services should be offer more alternatives and should be more empowering.

© 2011 Australian College of Midwives. Published by Elsevier Australia (a division of Reed International Books Australia Pty Ltd). All rights reserved.

Introduction

The quality of Finnish maternity care is high and, consequently, perinatal mortality is one of the lowest in the world at just 5.0‰ in 2009.¹ Finnish maternity care services are publicly

funded and almost all pregnant women make use of them. Maternity care can be divided into three parts: antenatal, intrapartum, and postnatal. Overall, the services offered include follow-up visits, health and parent education, and the opportunity for specialist consultation. Normal births are attended by midwives under the supervision of obstetricians who head maternity units.² Hospital size and quality of care continue to be discussed, and during the last decade several smaller units have been closed and maternity care has been offered in larger units. It has been suggested that the low

* Tel.: +358 505844138.

E-mail address: maija-riitta.jouhki@uta.fi.

number of births in smaller units may lead to suboptimal care for women who experience complications; however larger units may be impersonal. The Finnish system emphasizes safety and equal access to all rather than women's individual choices, for example alternative birthing centers are not available and independent midwives in private practice are rare.³

About 60,000 children are born each year in Finland, of these 99.4% are born in hospital irrespective of its good results, Finnish maternity care has been criticized because of increased medicalization, with childbirth treated as a medical subject and women as objects of medical procedures.⁴ With the exception of episiotomy, the use of interventions has increased in recent years. For example, 8.2% of the women received epidural analgesia in 1987 compared to 45% in 2009.¹ In addition, concentrating births in larger maternity units and abolishing smaller, more intimate birthing units can be considered as a form of medicalization.⁵ Furthermore, the rate of planned home births has been constantly low; it was, for example, only 0.01% in 2008 (Gissler, 2010, personal communication). This is because the country does not support home births in any way and it is very hard, sometimes impossible, to find professional help.³ However, this is not the situation in all the Nordic countries. For example, in Sweden it is possible to give birth at home, under certain conditions, with the support of the public health service. In other Nordic countries, the rates of planned home births in 2008 were 0.86% in Denmark, 0.40% in Iceland, 0.15% in Norway, and 0.11% in Sweden (Gissler, 2010, personal communication).

Literature review

Women who choose home birth tend to have a particular lifestyle and socioeconomic status.⁶ Generally, they are over 30 years old, highly educated but are usually homemakers, living in urban areas.⁶ In such cases, the woman gives birth in her own home with the help of a midwife or medical doctor, and it is very important to prepare a birth plan and make arrangements in good time.^{7,8} Reasons for choosing a home birth include an increase in autonomy,^{9,10} previous hospital birth experiences,¹¹ the home environment,^{9,11,12} the idea that birth is a natural event¹³ and the opportunity for siblings to participate.^{9,14} The home birth has been described as an extremely positive, significant and empowering experience.^{9,12,15,16} Redundancy of pain relief, increased self-confidence, the participation of the whole family and achieving autonomy are all associated with home birth.^{9,10,17} Information about the safety of home birth is contradictory. It has been suggested that planned home births are nearly as safe as births in hospitals.^{18,19} Indeed, some studies have found no differences in neonatal or perinatal mortality and fewer interventions in comparison with low-risk births in hospitals.^{20,21} However, other research has shown that infants born at home can have extremely low Apgar-scores and home births are associated with higher perinatal mortality.^{22–24} Generally, it has been concluded that more information on the safety of home birth is needed before conclusions can be drawn.²⁵

The home birth provokes discussion from time to time and arouses strong feelings cause in general, medical professionals feel that hospitals are the appropriate location for giving birth. In this context it is interesting to examine home

births in Finland. The aim of this study was to describe decision-making process, the factors which affected the decision and the actual birth experience in women choosing to give birth at home in Finland.

The research questions were:

1. What lead to the decision to give birth at home?
2. Was information on home birth sought before the decision was made and what kind of information was found?
3. Were there any supporting or inhibiting factors, which influenced the decision?
4. What was the birth experience at home like?
5. What was the opinion of the maternity services?

Methods

Participants

Women were recruited for the study through midwives carrying out home births and by the snowball method.²⁶ Between them, the women taking part ($n = 10$) had experienced 34 births, of which 23 were home births; the births took place between 1992 and 2007. Two women had given birth within a year of the interviews. The mean time of latest home birth was 5.8 years. The mean age of the women was 37.9 (range 29–39).

Interviews

Interviews were carried out in southern Finland between January and February 2008. Participants were interviewed individually because the topic was sensitive.²⁷ Women were free to choose the time and location of the interview. Two of them wanted to be interviewed in the author's home and five in their own homes. One chose her work place and the last two other private places.

The interview addressed the following themes: the reasons which led to the decision to give birth at home, seeking information about home birth, sources and availability of information, supporting and inhibiting factors that influenced the decision and the most significant reason for giving birth at home. In addition women were asked to describe, briefly, their birth experiences.

Interviews were recorded and then transcribed verbatim by the author. Emotional reactions, such as crying and laughing, were also noted. The author had a diary in which she described details of the interviews, including the atmosphere, her own reflections and feelings.

Analysis

The data were analyzed using qualitative content analysis. The process includes open coding, creating categories and abstraction.^{26,28,29} Because all the interviews were carried out and transcribed verbatim by author. She had an idea of the content, but she read all written interviews several times to gain a deeper overview. The author made notes during the reading and the interview diary was an excellent aid for recalling interview situations. The unit of analysis selected was the sentence and data was collected by asking questions

consistent with the research questions. Based on the responses, three new qualitative research questions were developed, as is common in this type of study. Phrases used to answer a single question were expressed short and grouped together and classified into subcategories, which were then used to define the main response categories. The author returned to original expressions many times during the process to make sure that the original meaning does not change. The qualitative analysis was performed manually.

Ethical considerations

The research plan was accepted by the university. The women found out about the study from midwives who attend home births or via the "snowball" method.²⁶ If the women wanted to participate in the study, they contacted the author themselves. All participants were informed about the aim of the study by means of an information sheet, which was sent by email; they gave their informed consent before the interviews began.^{26,30} They were also informed that they could withdraw without explanation any time. The author discussed their feelings with participants both before and after the interviews and made sure that there were no misunderstandings.

The recorded interviews were dealt with in confidence. The women's names were not mentioned at any stage during the interviews and each individual interview was identified by a letter code. Any people, places, organizations or countries mentioned by name were anonymous. After completing the study the interview material was destroyed and it was not possible for other individuals to examine the material at any stage.²⁶

Results

Reasons for the home birth

Several reasons led to a decision to give birth at home. The following themes emerged: previous birth experience which was usually unpleasant birth experience in hospital

or previous pleasant experience at home that made the women choose the home birth again. Further, considering birth to be a natural process reflected women's way of life and consequently they strongly expressed that birth is not a disease. Autonomy was very significant for the women, and they brought out that it came true only in the home environment. For example, the desire to choose the birth attendant according to her own criteria. Further, the public health services were not able to fill the women's expectations, for example not to being able to have the baby's siblings present at the birth, and also mistrust of the medical establishment. Women also talked about intuitively knowing the decision to give birth at home were right (Fig. 1).

"My previous birth was a home birth, it was an important reason... and it was a fine experience in my opinion"

"And on the other hand... I have 4 and 6-year-old children... I thought that birth is a beautiful and natural event and the children should participate... But I cannot take them to the hospital..."

Seeking information before choosing home birth

Prior to making the decision to give birth at home, women had looked for and collected information regarding home births. The most important sources of information were Aktiivinen synnytys Ry (the Finnish society for active birthing), books and scientific research papers. In addition, other women who had given birth at home and medical staff employed in the public health services were mentioned as sources of information. Overall, information in the Finnish language was very difficult to find.

"I must say that in Finnish information is really poorly available"

"I searched for detailed information from different sources..."

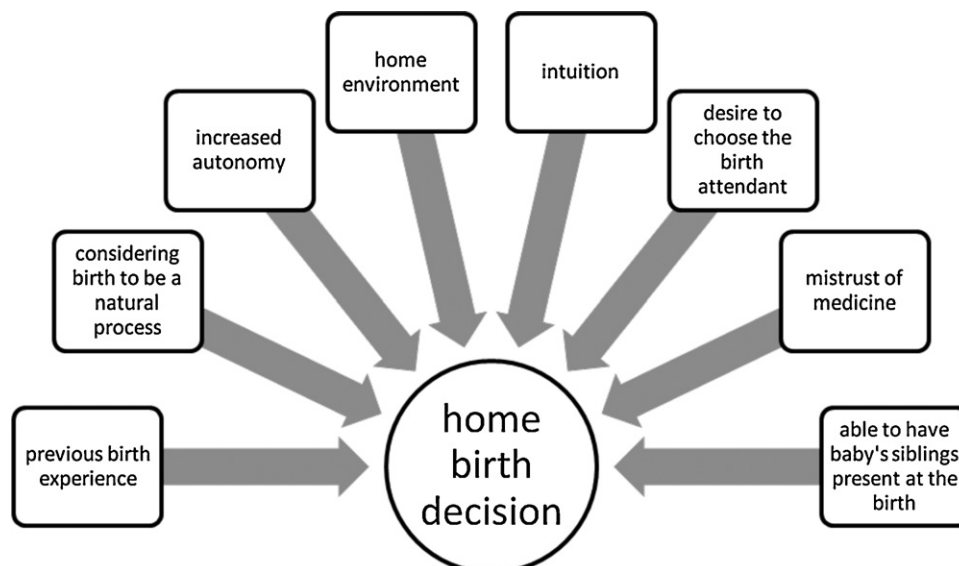


Figure 1 Reasons for the home birth.

The factors supporting and inhibiting home birth

The factors supporting home birth were: support from other people which meant own spouse, family, friends and especially other mothers who gave birth at home. Multifaceted information on the subject brought the certainty to the decision to give birth at home. Further, an easy/healthy pregnancy and the ability to hire a midwife strengthen belief in the fact that all will go well during the birth. There were also two factors, which connected all the women, they did not doubt their abilities to give birth: confidence in oneself and positive body awareness. In addition, the increased ability to make one’s own decisions and the individual’s overall perception of birth, death and illness were also mentioned. The importance of adequate support and knowledge were the factors mentioned most frequently (Fig. 2).

“..But... of course my husband...my husband was supportive..”

“I perceive that I am a healthy, vigorous woman... Yes, I can do it!”

A number of inhibiting factors were identified by the interviewees: the negative attitudes and actions/input of public health care professionals: the women were warned of the consequences of the home birth, discouraged and even pressurised to change their minds about home birth decision. Some factors were connected to the public health services because home birth arrangements are not supported, for example: the cost involved and the difficulties associated with hiring a midwife to attend the birth. Women described that the seeking a midwife was a desperate and exhausting experience and the costs of the home birth caused bitter feelings. Lack of support and fears for the baby’s wellbeing/ fears of losing the baby were also mentioned as inhibiting

factors. However, some of the interviewees experienced no inhibiting factors (Fig. 2).

“...at that stage when I considered the decision, I could have given up the plan because it was so difficult to get a midwife...”

“The public health nurse did not help...she was very negative...”

“...When the doctor noticed from the papers that I intend to give birth at home, he said that I had not made the right decision...”

The most important reason for giving birth at home

The following four factors were mentioned when asked what the most significant reason for deciding on home birth was: autonomy, the home environment, considering birth to be a natural process and intuition. Autonomy was an important reason and it was reflected in the desire to make a decision on matters related to the birth. In the women’s opinion, birth is not an illness but a natural event and they did not feel that going into hospital was necessary. Women’s intuition was powerful, giving them the strength to go ahead with home birth.

“My autonomy... quite clearly... My one and only guiding star!”

“Because there was that inner voice...I did not want to go against it...”

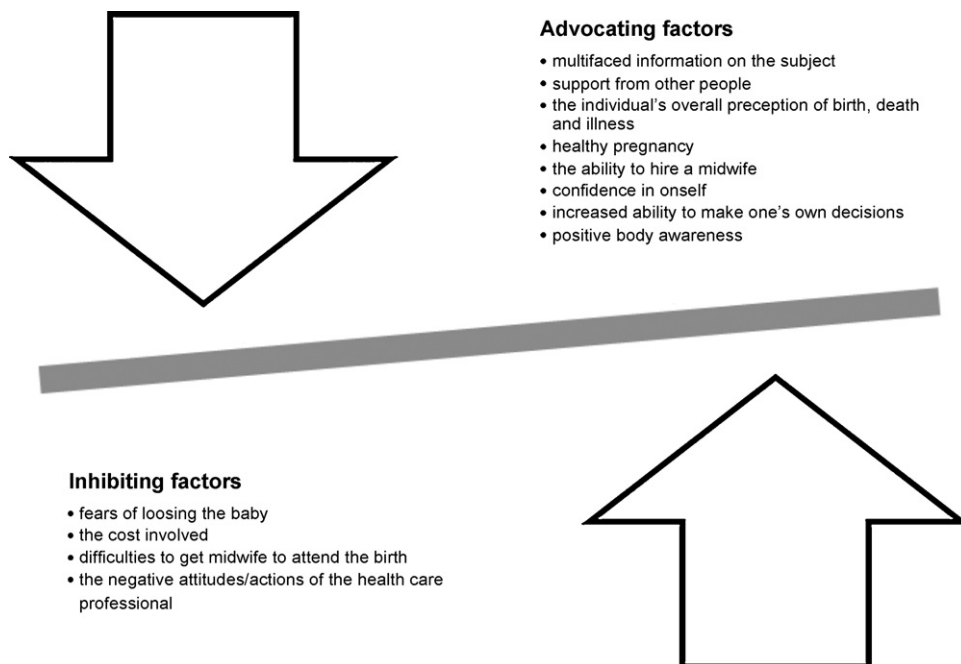


Figure 2 Inhibiting and advocating factors influenced the women’s home birth decision.

Home birth experience and women's desire for alternative maternity care

All those who took part in the study described home birth as a very positive experience. According to women their positive birth experience based on full autonomy, participation of all family members, needlessness of medical pain relief and confidence in own body. The women expressed a desire for alternatives to standard maternity care, and more positive attitudes to home birth and to childbirth in general. The women's opinion was that public parent education is designed to prepare women for hospital births, not to empower them. They wished that birth should be discussed as a natural and positive event.

"...It was quite a wonderful experience... because...because...I really trusted my body and that was an almost spiritual experience."

"I would hope that there could be alternatives...empowering [women] and encouraging birth training."

"During birth training we are told about pain relief and medical care...a woman is being prepared for a hospital birth..."

Discussion

The results of the present study showed that several different reasons influenced the decision to give birth at home; there were both positive and negative influences. Home birth was described consistently as a very positive experience, as in previous studies. The women were not pleased with the parent education offered by the public health service. Instead of helping women to believe in themselves, information prepared them for hospital birth.

There were several reasons to choose home birth and facilitating and inhibiting factors influenced the choice. Generally, the results of this study were in line with previous studies. The women's perception of the birth as a natural event, a mistrust of medical science and the desire to have other children present at the birth are issues that have also been found to be relevant in Swedish and Canadian studies.^{13,14} Furthermore, the women's strong faith in their own competence and need to choose their midwife and other people present at the birth were also mentioned by Swedish women who planned to give birth at home.⁹ Supporting and inhibiting factors influenced the women and they described how they struggled with uncertainty and confidence. The factors supporting home birth originated from women's social environment and their personal world, whereas almost all inhibiting factors were connected to the public health services, which were associated with negative attitudes and inflexible practices, as described by Lindgren et al.³¹ These authors described how mothers avoided talking or lied to health professionals about their decision to have a home birth because of their negative attitude and risk-oriented arguments.

It is quite clear that the Finnish maternity care services did not respond to women's expectations and needs. These

services do not provide the opportunity for individuals to choose the place of birth,³ but according to these women, apparently, not even within the hospital. Furthermore, the women highlighted a wish to receive more empowering parent education. This is in accordance with recommendations of the Ministry of Social and Health in Finland.² For example, training with respect to the psychological aspect of birth, planning the birth and participation in the decision-making process are mentioned as aspects that should be incorporated into prenatal education programs. It is commendable that these aspects are mentioned but they only seem to be recommendations since, for example, birth planning is available in only one maternity unit in Finland. In addition, local municipalities are in charge of the practical organization of services and they carry them out according to different economic constraints and knowledge bases; in particular, maternity services have been reduced in many places for financial reasons.

In this study, a positive birth experience was based on full autonomy, the participation of family members, trust in one's ability to give birth and the absence of pharmacological pain relief; these findings are in line with previous studies of home birth experiences.^{9,17,32} However, many of the women interviewed had a very negative previous birth experience in hospital, strongly associated with losing autonomy and feeling excluded from their own birth. Women's fear of losing their autonomy in hospital has been reported in one previous study.³¹ Thus, for these women, home birth was the only option if they were to have a better experience of birth. In the Finnish context, where births are continually concentrated in larger units, we desperately need a discussion about how to offer a supportive, encouraging, peaceful atmosphere when giving birth and we need to offer more opportunities for individual choices, even within hospital walls.

This type of qualitative study has a number of limitations. The results, however, are consistent with previous studies and highlighted some new aspects. Credibility is a possible issue, i.e., confidence in the truth of data.²⁸ The author has worked as a midwife in hospital for more than ten years, ensuring that she had a good understanding of childbirth but possibly influencing her preconceptions about home birth. The author discussed the research results with the interviewees to ensure that they were valid. It is noteworthy, that there was quite a long time between the home birth and the interview in some cases and this may have affected the women's memories of their experiences. One possible source of bias was that, in Finland, all the costs of home birth are paid for by the family; consequently the study group may have belonged to a higher socio-economic class than the average in the country. Further, the self-selected nature of the study group was a limitation.

Conclusion

Giving birth at home meant autonomy during the birth and an extremely positive experience for women. Some women's views and needs may have been ignored when developing maternity services. It seems that maternity care services should be developed to offer more alternatives and parent education could be more empowering rather than simply informative. The maternity service should be able to offer

a peaceful and more homelike environment with more attention paid to women's personal wishes.

Acknowledgements

I would like to thank Professor Päivi Åstedt-Kurki PhD, and Professor Tarja Suominen, PhD for their kind support and guidance.

References

1. National Institute for Health and Welfare, *Births and Newborns 2009* <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>; 2010 [accessed 25th April].
2. The Ministry of Social Affairs and Health. *Promotion of sexual and reproductive health. Action programme 2007–2011*. 2007.
3. Viisainen K. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Soc Sci Med* 2001;**52**(7):1109–21.
4. Ryttyläinen K. *Women's assessments of control during pregnancy surveillance and labor care: a women-specific perspective*. Kuopio: University of Kuopio; 2005.
5. Ministry of Social Affairs and Health. *Uniform criteria for emergency care 2010*, vol. 4. 2010.
6. Hildingsson IM, Lindgren HE, Haglund B, Radestad IJ. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *Am J Obstet Gynecol* 2006;**195**(5):1366–72.
7. Page L. Woman-centred, midwife-friendly care: principles, pattern and culture of practice. In: Fraser D, Cooper M, editors. *Myles textbook for midwives*. UK: Churchill Livingstone; 2003. p. 31.
8. Viccars A. Antenatal care. In: Fraser D, Cooper M, editors. *Mylestextbook for midwives*. UK: Churchill Livingstone; 2003. p. 251.
9. Sjöblom I, Nordström B, Edberg A. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery* 2006;**22**(4):348–55.
10. Viisainen K. *Choices of birth care – the place of birth*. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine; 2000.
11. Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *J Midwifery Womens Health* 2009;**54**(2):119–26.
12. Lindgren H, Erlandsson K. Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. *Birth* 2010;**37**(4):309–17.
13. Kornelsen J. Essences and imperatives: an investigation of technology in childbirth. *Soc Sci Med* 2005;**61**(7):1495–504.
14. Hildingsson I, Waldenstrom U, Radestad I. Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth* 2003;**30**(1):11–22.
15. Catling-Paull C, Dahlen H, Homer CC. Multiparous women's confidence to have a publicly-funded homebirth: a qualitative study. *Women Birth* 2011;**24**(3):122–8.
16. Dahlen HG, Barclay LM, Homer CS. The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery* 2010;**26**(1):53–63.
17. Janssen PA, Henderson AD, Vedam S. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. *Birth* 2009;**36**(4):297–304.
18. Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth* 1997;**24**(1):4–13. discussion 14–6.
19. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009;**181**(6–7):377–83.
20. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009;**116**(9):1177–84.
21. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005;**330**(7505):1416.
22. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;**203**(3). 243. e1–243.e8.
23. Silveira MJ, Copeland LA, Feudtner C. Likelihood of home death associated with local rates of home birth: influence of local area healthcare preferences on site of death. *Am J Public Health* 2006;**96**(7):1243–8.
24. Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ, Benedetti TJ, Weiss NS. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989–1996. *Obstet Gynecol* 2002;**100**(2):253–9.
25. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* 2008;**199**(5):445–54.
26. Burns N, Grove S. *The practice of nursing research*. USA: Saunders Company; 1987/2001.
27. Corbin J, Morse JM. The unstructured interactive interview: issues of reciprocity and risks when dealing with sensitive topics. *QJ* 2003;**9**(3):335–54.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;**24**(2):105–12.
29. Hsieh H, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;**15**(9):1277–88.
30. Steinke EE. Research ethics, informed consent, and participant recruitment. *Clin Nurse Spec* 2004;**18**(2):88–97.
31. Lindgren HE, Radestad IJ, Christensson K, Wally-Bystrom K, Hildingsson I M. Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery* 2010;**26**(2):163–72.
32. Borquez HA, Wiegers TA. A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery* 2006;**22**(4):339–47.

Supporting and Sharing—Home Birth: Fathers' Perspective

American Journal of Men's Health
2015, Vol. 9(5) 421–429
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1557988314549413
ajmh.sagepub.com



Maija-Riitta Jouhki, MSc¹, Tarja Suominen, PhD¹,
and Päivi Åstedt-Kurki, PhD^{1,2}

Abstract

The planned home birth has provoked discussion around the world. Home birth has been described as a positive experience, but results regarding the safety of home birth are controversial. To date, the phenomenon has mainly been examined from the mother's point of view, and there is only one previous study reporting fathers' perspective. The purpose of the present phenomenological qualitative interview study was to investigate fathers' experiences of planned home birth. Eleven fathers were interviewed, and the data were analyzed using Colaizzi's phenomenological method. The fathers followed the woman's wish in choosing the birthplace and set aside their own views. Furthermore, hospital birth was not an option for the fathers due to their own prior negative experiences of hospital births such as disturbing the natural progress of birth. The fathers' experience of home birth included sharing the responsibility, supporting the woman, and participating in the home birth process. The experience was challenging; fathers had to take the role of a midwife, and no support or information on organizing home birth was offered by public health services. The fathers felt that the home birth connected them as family, and the experience was empowering. Our study results suggest that the health care professionals need more education and information on home birth and that the families (including fathers) interested in home birth need greater support from health care professionals. There is a need for proper national home birth guidelines, while family- and client-centered care has to be improved in birthing hospitals.

Keywords

fathers, home childbirth, natural childbirth, phenomenological method, qualitative research

Introduction

Planned home birth is defined as a woman giving birth in her own home with the help of a midwife or a medical doctor, where the birth plan and arrangements are usually made in sufficient time before birth (Viccars, 2003). Giving birth at home has been described as an extremely positive and meaningful experience associated with improved self-confidence, increased autonomy, and participation of the whole family, including children (Christiaens & Bracke, 2007; Sjöblom, Nordström, & Edberg, 2006; Viisainen, 2001). Research regarding the safety of a home birth has been varied; a planned home birth has been considered to be as safe as giving birth in a hospital (Olsen & Clausen, 2012), whereas others associate it with adverse perinatal outcomes, such as low Apgar scores and increased risk of perinatal mortality (Wax et al., 2010).

The rate of planned home births varies around the world. In Finland, 99.8% of women give birth in hospitals (National Institute for Health and Welfare, 2013), and only a few families report a home birth; for example, 10 children were born at home in 2011 (M. Gissler, National

Institute for Health and Welfare, personal communication, 2013). Overall, home births are less frequent in Finland compared with other Nordic countries (Lindgren, Kjaergaard, Olafsdottir, & Blix, 2014). In Europe, the prevalence of planned home births was highest in Netherlands, 16%. England reports 3% and Iceland 2% planned home births (Europeristat, 2013). In comparison, the United States and Canada report lower than 1% prevalence of planned home birth (Martin et al., 2011; Vedam, Stoll, Schummers, Rogers, & Paine, 2014).

Finland has free access to publicly funded obstetric and delivery care services, including antenatal and postpartum care. Private delivery care services, such as private maternity hospitals or birthing centers, are not

¹University of Tampere, Tampere, Finland

²Pirkanmaan Hospital District/General Administration, Tampere, Finland

Corresponding Author:

Maija-Riitta Jouhki, School of Health Sciences, Nursing Science, University of Tampere, Lääkärintie 1, FI-33014 Tampere, Finland.
Email: maija-riitta.jouhki@uta.fi

provided. However, home birth services, not included in public health care system, are offered by a few private self-employed registered midwives. The delivery care service in all Finnish hospitals emphasizes safety and equity rather than individual choices and alternative options. Only few hospitals have been awarded the Baby-Friendly Hospital Initiative Certificate in Finland. Additionally, during the past decades, the number of delivery care units has been reduced in public hospitals. This has provoked a discussion in social media about the organization of the delivery services and the families' need for alternative options such as private services.

Expecting a child and childbirth are viewed as significant events in fathers' lives. It has been suggested that men's participation in childbirth promotes positive feelings about the birth experience, helps fathers adopt their role, and strengthens family bonding (Pestvenidze & Bohrer, 2007). In Western countries, fathers' attendance at birth is very common. In Finland, fathers have taken part in childbirth since the 1970s, and today almost all fathers take part in childbirth, and they are also encouraged to participate in antenatal care and parent education. Whereas much is known about fathers' experiences of childbirth in hospital, research of home birth fathers has so far been scarce. Previous Swedish studies have identified that childbirth participation by fathers is a significant and life-changing experience (Fåggerskiöld, 2008; Premberg & Carlsson, 2011) that generates strong emotions, ranging from euphoria to agony, and is viewed as demanding due to feelings of discomfort and struggles with fears (Johansson, Rubertsson, Rådestad, & Hildingsson, 2012; Premberg & Carlsson, 2011). Fathers have also expressed feeling marginalized and like an outsider within the context of childbirth (Dolan & Coe, 2011; Premberg & Lundgren, 2006) and stated that they struggled to find a role during the birth (Longworth & Kingdon, 2011). Furthermore, fathers have been reported to have conflicting feelings of their participation in the birth and even view their participation as a responsibility and an obligation (Eriksson, Salander, & Hamberg, 2007). The authors located only one study that examined fathers' experiences of home birth, conducted by Lindgren and Erlandsson (2011). Eight Swedish fathers who had experienced childbirth at home were interviewed. The data were analyzed by using inductive content analysis, in which three categories and eight subcategories formed the main theme, which was named "She leads, he follows." The fathers' experience was described as a dance; father is a follower and woman is a leader. The fathers described their home birth experience as a process in which they were compliant with their partner's decisions, followed their partner's wishes, and shared her fears and happiness. The experience was described as a powerful and overwhelming

event, and also feelings of being different were expressed (Lindgren & Erlandsson, 2011).

As mentioned before, to the best of our knowledge, previous studies on fathers' experiences of home birth are scarce. The subject and qualitative method was therefore justified. The aim of the present study was to describe and evaluate fathers' experiences of childbirth at home and to produce a comprehensive structure of meaning.

Method

Data Collection

Eleven fathers were recruited for the study through midwives carrying out home births, the authors' previous acquaintances, and by the snowball sample, which can be used in contacting the groups that might be harder to reach. In Finland, home births are rare, and thus there is a lack of informants. The study author reached fathers as a first contact to participate in this research, and these fathers were requested to inform other fathers about the research. Fathers who wished to participate contacted the first author directly by e-mail, and they were then sent the main information sheet and given time to consider their interest in participation. After the fathers confirmed their willingness to participate, a date for the interview was agreed. Midwives were also informed about the research via a short information sheet, including the study author's email address (first author). All interviews were carried out between November 2010 and May 2011.

The method of open interview was used because it is common in phenomenological research to let participants explain their experiences in their own words (see, e.g., Burns & Grove, 2005; Polit & Beck, 2006). The fathers were simply asked to narrate their *latest* birth experience at home. The births took place between 2005 and 2010, among which eight took place during 2009 to 2010. All the interviews were tape-recorded and lasted between 60 and 120 minutes, providing in total a written transcript of 127 pages with a standard font and line spacing. The first author made notes in a research diary during the interviews. Fathers were free to tell their stories in their own words prompted only by a few additional questions.

Data Analysis

Before the analysis process, the first author wrote down her preconceptions. Data were analyzed using Colaizzi's phenomenological method, which was justified because it is suitable for exploring lived experiences (Colaizzi, 1978; Mackey, 2005). The analysis proceeded in seven partly overlapping stages (Burns & Grove, 2005; Colaizzi, 1978; Penner & McClement, 2008). The first

author listened to the recorded interviews and then transcribed them verbatim, which helped give a good overview of the data. All written interviews were read through several times by the first author to gain a deeper overview. The first author returned to individual interviews and extracted significant statements, which were coded. By reviewing these data again, further statements were identified (in total 248 statements). Based on these significant statements, the authors spell out formulated meanings, which were also coded. This stage was repeated twice. The authors returned to interviews all the time to prevent disappearing of the connection to original data. Meanings were sorted on the basis of the study question, and 13 clusters of themes were identified. The findings were integrated into an exhaustive description of the fathers' experiences of childbirth at home, which was named as "Sharing Responsibility and Supporting the Woman." The analysis process was fully discussed with all authors.

Ethical Issues

Fathers were informed about the study via information sheets sent by e-mail and were also invited to read the study plan. Fathers then confirmed their interest in participation via email. Privacy was maintained in individual interviews, for example, fathers were able to choose the place and time for the interview. The fathers' occupations or other background information (except age) were not asked in order to provide confidentiality and to protect their identity. All participating fathers invited the first author to their home. The author ensured that the fathers fully understood the content of the information sheet before the interviews took place. All the fathers were asked to sign a written informed consent form. The recorded interviews were transcribed verbatim by the first author, and no other individuals had access to the interview material at any stage of the study. Ethical approval for the study was obtained from the Pirkanmaa Health Care District in March 2010.

Results

This study was based on interviews of 11 fathers who had been present when their child was born by a planned home birth. The mean age of the fathers was 35 years (range = 29-42 years). The fathers had experienced 26 births, of which 18 were planned home births.

The findings were compiled to give an exhaustive description of fathers' experiences of childbirth at home. The exhaustive description was named as "Sharing Responsibility and Supporting the Woman" (see Figure 1). Sharing responsibility meant that the fathers took part in the decision to give birth at home and risks related to the

decision together with the woman. In home birth decision, the mother's wish was more important than fathers' own views. The home birth decision was also supported by fathers' previous unpleasant experiences of hospital births, views of natural nature of birth, and some arrangements not possible in hospital, such as participation of children. The fathers supported the woman in home birth decision, in making arrangements related home birth, and during the birth. Home birth experience strengthened family relations. Fathers' experiences of childbirth at home could be divided into 13 clusters of themes as described in detail below.

Complying With the Woman's Choice of Birth Place

Complying with the woman's wishes started from the decision to give birth at home. Fathers set aside their own views and let their partners make the plans and lead the process. After the decision to give birth at home, the fathers devoted themselves to supporting their partners and abiding by their wishes, even though some of them had reservations about a home birth.

To me, it is most important that my wife is satisfied with the arrangements of the birth and I have given her a free hand.

I first resisted the idea but gave up because it was so important to her.

Realizing and Accepting the Possibility of Losing the Woman and Child

The realization of risks related to home birth was a key consideration in the fathers' decisions to give birth at home. The fathers understood clearly that choosing a home birth carried the risk of losing the woman and/or child. It was not an easy decision for the fathers; they accepted the risks but also struggled with worrying about them. On one hand, the fathers described that these thoughts disturbed their sleep and were frequently on their minds. On the other, they highlighted that the nature of the birth has some elements that cannot be controlled and that birth and death are part of life.

These things came to my mind a lot . . . sometimes I could not sleep.

Yes, all kinds of things can happen but it is part of life.

Own Participation and Woman's Autonomy Unrealized in Hospital

The fathers had a negative view of previous hospital birth experiences. Fathers' experiences were marked by

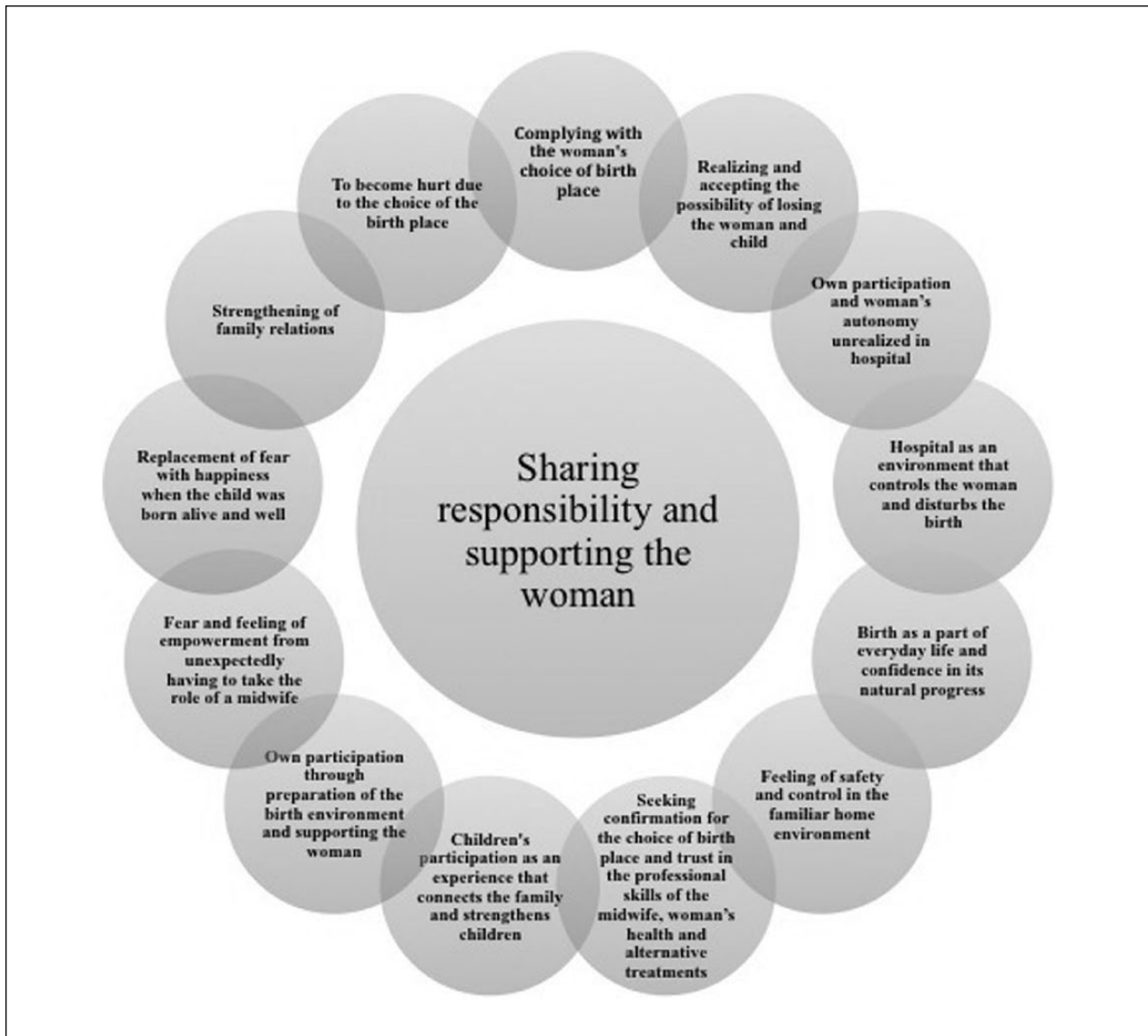


Figure 1. Fathers' home birth experiences.

feelings of being an outsider and losing their own autonomy, as well as the woman's autonomy. The loss of autonomy was particularly related to the care plan and their partner's wishes, which seemed to be ignored. The fathers explained that the routines and busyness of the hospital were barriers to their participation and that the staff wanted to do everything by themselves. Therefore, they felt excluded from their own child's birth.

They decided which position my wife had to give birth.

Everything happened in front of my eyes, but I was not able to participate in anything. . . . I wanted to give the baby a bath, but they said that it takes too long a time . . . another family was waiting for that room.

Hospital as an Environment That Controls the Woman and Disturbs the Birth

According to the fathers, the hospital was a controlling environment that presided over the woman and birth, and supplanted the fathers in the birthing process. The fathers expressed hurt because they were asked to go home, and they felt that the hospital undervalued their role during the birth. Many of the fathers believed strongly in a natural birth and felt that the routines of the hospital disturbed the birth process. They considered that any measures and medical procedures were unnecessary and even dangerous.

The hospital owns the birth . . . my wife was asked for nothing and I was ordered to go home because they will take care of my wife.

Those routines and measures disturb that progress of the birth . . . there was no peace at all!

Birth as a Part of Everyday Life and Confidence in Its Natural Progress

The fathers emphasized the normal nature of childbirth; it was not a disease or medical event, and therefore they considered that it was not necessary to go to the hospital. Birth was viewed as part of everyday life; it was not separate and happened naturally at home. Fathers also had strong confidence in the capabilities of the woman's body and natural progress of birth. They believed that the woman's body had everything that was needed to give birth without any medical procedures. This attitude was connected with the family's way of life and the belief that human beings are part of Nature.

It is very natural . . . the woman's body has been built to give birth and it knows what must be done.

It is not a disease; it is a normal part of the life like eating and drinking!

Feeling of Safety and Control in the Familiar Home Environment

The home environment was considered opposite to the hospital environment in several ways. The home environment represented a safe and peaceful place that could readily be prepared according to the woman's wishes, in contrast to the unsettling noise and smells of the hospital. Fathers were able to control the familiar home environment and felt that they were able to help and participate more because of that. They also felt in control of their own role, feeling like a "man of the house"; nobody gave orders, and there were no necessary routines or schedules.

It was much easier for me to participate in the birth at home, because the places were familiar and we were allowed to decide on everything ourselves.

I hate the noises of the hospital, they frighten . . . it was so different at home, peaceful and calm!

Seeking Confirmation for the Choice of Birth Place and Trust in the Professional Skills of the Midwife, Woman's Health, and Alternative Treatments

Fathers sought reassurance of their choice of birth place throughout the process; they not only wanted to justify the choice to others but also to themselves, and they aired matters that would help them succeed. They strongly

trusted the woman's health and capability to give birth, as well as the effectiveness of alternative treatments like acupuncture and homeopathy. The midwife's presence and skills were significant to the fathers and made them feel safe with the home birth plan. In some cases, confirmation that the family had been able to employ the midwife sealed the fathers' decision on the birth place.

I thought that we have so good a midwife that all goes well.

My wife is healthy and strong . . . and she can give birth, I had seen it many times.

Pain can be more effectively relieved natural way . . . acupuncture is very effective!

Children's Participation as an Experience That Connects the Family and Strengthens Children

Children's participation was not only important to the fathers but also a compelling reason to give birth at home because their participation was not possible in hospital. Fathers devoted a lot of time to preparing children and telling them the facts about childbirth. They considered it was important for children to see the beginning of life, and there were no risks connected with children's participation. Fathers strongly believed that such experiences connected the family and would make the children closer to each other and reduce their fears toward childbirth in later life. They also felt that the experience strengthened children as individuals and made them stronger personalities.

They saw how their brother came to the world. . . . I think it makes them feel closer.

My daughter was there all the time and she was so happy . . . and my heart told me that when she has her own children, she will not be afraid because of this beautiful experience.

Own Participation Through Preparation of the Birth Environment and Supporting the Woman

The fathers described their own participation at two different levels: both physical and emotional. They devoted themselves to supporting the woman and took responsibility for the preparation of the birth environment. They arranged for necessary equipment, like a birthing pool, and even made repairs to the house to facilitate the birth. Supporting the woman meant being present and on standby, and offering comfort and encouragement.

I did repairs to the bathroom so that all would go well.

I gave everything I could. . . . I massaged her back all the time and I was there for her from begin to end!

Fear and Feeling of Empowerment From Unexpectedly Having to Take the Role of a Midwife

Fathers sometimes had to take care of the birth because the midwife came too late. This unexpected experience was both fearful and empowering to the fathers. Not only were they proud of the fact that they had been able to take care of the birth, but they also described their shock and of having an emotional reaction even a long time after the birth. They not only felt fear but also great joy when the baby was born successfully. The experience was considered empowering by fathers, and they felt that they were now much stronger and capable than before. However, fathers hoped that the experience would not be repeated.

I saw the child's hair more and more. . . . I was so afraid and prayed that all would go well! Then she just slipped out and cried so much, I have no words to tell that feeling!

After that birth, nothing seems impossible to me!

Replacement of Fear With Happiness When the Child Was Born Alive and Well

After all the planning, arrangements, and expectation, the child's birth was usually a positive experience and full of feelings. The child's first cry represented success and release from danger, and fathers talked a lot about that moment. The fathers described the unforgettable and overwhelming feeling of happiness, which moved them strongly even years later. The fathers were very grateful for the child's life and described the moment as very relieving.

I saw that the baby had all its fingers and toes! We cried and laughed at the same time, it was true and it was relieving!

All my fears gone away when he cried for the first time and that happiness almost crushed me!

Strengthening of Family Relations

Fathers felt that the home birth strengthened the family's relations. The experience improved their relationship with their partner; the relationship became closer and warmer, and fathers felt that together they could cope with anything in the future. Family relations were also strengthened between the parents and children and between the children. Fathers felt that the family started

to spend more time together after the experience and were "pulled" in the same direction.

I feel much closer with my wife . . . everybody told us that we would not succeed but we made it together!

After that, our family has been like a team . . . we do everything together!

To Become Hurt Due to the Choice of the Birth Place

Families seemed to avoid talking about the home birth, but some of the fathers reported that they had talked about it openly. Friends, relatives, colleagues, and neighbors reacted differently to the home birth, and fathers sometimes faced negative feedback, which hurt them deeply. The fathers were particularly upset that their choice was judged and that instead of congratulations, criticism was presented. Negative feedback also came from health professionals, but fathers did not take their criticisms so hard and even tried to understand them. Usually, because of earlier negative experiences, the fathers did not wait for support from the health professionals when making their decision to have a home birth.

I felt so bad when the neighbor asked why I wanted to endanger my family.

They did not support us even in the hospital, they ignored all my wife's wishes . . . so, I did not expect any support from them this time either!

The doctor was quite angry, but I think it was her job to be. It is not a choice for everyone!

Discussion

The aim of this study was to describe fathers' experiences of planned home birth in Finland. The decision to give birth at home was based on the woman's wish and complied by the fathers. Giving birth at home was influenced by several facts such as previous negative hospital birth experience, considering birth as a natural event, and participation of siblings. In the present study, the fathers' experience was of sharing the responsibility, supporting the woman, and assisting them in the home birth process. The experience was challenging; no support was offered by public health care, and some of the fathers had to take on the role of a midwife. Giving birth at home was empowering and connected the family members.

Families who have chosen a home as a place of birth usually have different thoughts of the ideal birth, and they might have had negative experiences associated with previous births in a hospital setting (Boucher, Bennett,

McFarlin, & Freeze, 2009). In the present study, fathers strongly trusted in births' natural progress, and they described it as a part of everyday life that was in line with the results of the several previous studies from Canada, Sweden, and Finland (Kornelsen, 2005; Lindgren & Erlandsson, 2011; Viisainen, 2001). Also, our study identified that one of the most important reasons for giving birth at home was the presence of other children, and this was in accordance with previous studies (Lindgren & Erlandsson, 2011; Sjöblom et al., 2006). The fathers' previous experiences of hospital births were stamped as feeling like an outsider and losing control, both of which affected the fathers' decision against a subsequent hospital birth. These results were in line with previous studies (Dolan & Coe, 2011; Premberg & Lundgren, 2006; Viisainen, 2001). An interesting finding, as reported by previous studies, was lack of information concerning home birth option in public health care (Lindgren & Erlandsson, 2011; Viisainen, 2001), but according to our study, fathers said they did not expect any support from public health care for the home birth plans.

An interesting finding in the present study was father's experiences of taking the role of a midwife; that not only made the experience unexpected and fearful but also empowering. In Finland, home birth services, such as organizing skilled birth attendances, are not a part of the public health care, and the families are responsible for all arrangements and costs. For example, fathers described difficulties in hiring a midwife; and midwives who are carrying out the home births are scarce. Furthermore, because giving birth at home is not an official choice, it is not dealt with in parent and birth education, and families are on their own regarding getting information. These conditions might lead to emergency situations in unexpected health changes in the mother or the newborn.

Fathers' experiences reflected two specific aspects of hospital births, losing autonomy and excessive use of medical interventions. Due to economic and safety reasons, small birthing units in Finland have been closed in the last few decades, and births have been concentrated into larger hospitals (Hemminki, Heino, & Gissler, 2011). This has resulted in less birthing options for families outside the large public care system. On the other hand, there is evidence of benefits of one-to-one midwifery and continuity care (The Joanna Briggs Institute, 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2007). Centralized hospital services have been questioned (Hemminki et al., 2011), but they are still an ongoing trend in Finland. Another consideration in this context is medicalization, such as increased use of obstetric interventions (except caesarean sections and episiotomy) in recent years (National Institute for Health and Welfare, 2013).

The results of the present study are very important and could be applied in medical education and health care services. It seems that further education is needed for midwives on the changing expectations of couples for home birth. Health care professionals need to understand the expectations of the families planning to give birth at home and should offer them evidence-based information and experience-based knowledge to ensure a safe home birth. It would be beneficial to include information about home births in parent and birth education, to make sure families are informed about the arrangements they should make, as well as knowledge and resources to aid, if there is an emergency. Efforts should be made toward increasing support for couples that choose home birth. The home birth guideline has been included in new antenatal care guidelines in Finland ("National guidelines for maternity care," 2013), but the main message of this guideline is that home birth is still separate from the official system of birth in the country. More detailed and concrete instructions are needed to achieve safe enough and pleasant birth to all families. Both "Ethical Grounds for Good Practice in Obstetric Care" (National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics, 2010) and Finland's legislation (Ministry for Social Affairs and Health, 2010) state that attention has to be paid to the individual needs, wishes, and expectations of the parturient's and her family and the autonomy of families has to be respected. Perhaps, discussion on whether inclusive birth practices should include family and children should be promoted.

The present study has some strengths and limitations. First, it is of importance to note that reaching or expressing other people's lived experiences are challenging or even impossible, as previously noted by Rolfe (2006). The results of the present study were consistent with the previous studies on fathers who were involved in home births (Lindgren & Erlandsson, 2011; Viisainen, 2001) that increased the validity of our findings, but some new aspects were also identified. It might be speculated that the results did not represent all home birth fathers, but all the interviewed fathers had fresh and subjective experiences of the phenomenon, and they were willing to talk about their experiences, which increases trustworthiness. Interviews were carried out in participants' homes in their natural environment, and noninhibiting and comfortable atmosphere, which again increases the trustworthiness (Åstedt-Kurki, Paavilainen, & Lehti, 2001). The open interview method gave fathers an opportunity to talk about experiences in their own words and also encouraged free speech. Potential weakness was that time can have an effect on memories, but in this study, the time that elapsed between the birth and interviews was no more than 5 years, in most cases 1 or 2 years, or less,

which also enhanced trustworthiness in the responses. Concreteness relates to the applicability of study findings to practice (DeWitt & Ploeg, 2006). The present findings are applicable to improving maternity care services. As all authors took part in the analysis, this enhanced the credibility.

Conclusion

This study confirms that father's home birth experience means sharing responsibility and supporting the woman in the home birth process. The findings indicate a need to educate health care professionals on different birth options, including knowledge of medical and social aspects of home birth. Both parent and birth education classes should include information of the home birth option. Hospitals providing birthing services should pay additional attention to family and client centered care, and to families' autonomy and personal wishes. As home birth option is not included in public health care services, problems in the small number of home birth arrangements and associated emergency situations should be considered as a possibility and should be addressed and remedied. The present study is an exploratory research of a previously unresearched area, and it warrants further study.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This study has been funded by the Federation of Finnish Midwives.

References

- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Lehti, K. (2001). Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 288-293.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54, 119-126.
- Burns, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research* (5th ed.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25, 11-19.
- Colaizzi, P. (1978). Psychosocial research as a phenomenologist views it. In R. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 47-71). New York, NY: Oxford University Press.
- DeWitt, L., & Ploeg, J. (2006). Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 215-529.
- Dolan, A., & Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 33, 1019-1034.
- Eriksson, C., Salander, P., & Hamberg, K. (2007). Men's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Journal of Men's Health and Gender*, 4, 409-418.
- Europeristat-European Perinatal Health Report. (2013). *The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Retrieved from www.europeristat.com
- Fägerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 64-71.
- Hemminki, E., Heino, A., & Gissler, M. (2011). Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, 1186-1195.
- The Joanna Briggs Institute. (2009). *Midwifery practice manual. First stage of labour: Recommended practice*. Adelaide, Australia: Author.
- Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2012). Childbirth: An emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 11-20.
- Kornelsen, J. (2005). Essences and imperatives: An investigation of technology in childbirth. *Social Science & Medicine*, 61, 1495-1504.
- Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2011). She leads, he follows: Fathers' experiences of a planned home birth. A Swedish interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 65-70.
- Lindgren, H., Kjaergaard, H., Olafsdottir, O., & Blix, E. (2014). Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries: An overview. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 3-8.
- Longworth, H. L., & Kingdon, C. K. (2011). Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*, 27, 588-594.
- Mackey, S. (2005). Phenomenological nursing research: Methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 179-186.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Ventura, S. J., Osterman, M. J., Kirmeyer, S., Mathews, T. J., & Wilson, E. C. (2011). Births: Final data for 2009. *National Vital Statistics Reports*, 60, 1-104.
- Ministry for Social Affairs and Health. (2010). *Health Care Act* (No. 30.12.2010/1326). Retrieved from http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5064551&name=DLFE-17718.pdf
- National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics ETENE. (2010). *Ethical grounds for good practice in obstetric care*. Retrieved from <http://www.etene.fi/en/materials/opinions/2010>
- National guidelines for maternity care. (2013). *Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan [Recommendations for the maternity clinic activities]*.

- Klemetti, R., & Hakulinen-Viitanen, T. (Eds.). *Kotisyntytyys* [Home childbirth]. Helsinki, Finland: Institute for Health and Welfare.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2007). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth* (Clinical Guideline 55). Retrieved from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>
- National Institute for Health and Welfare. (2013). *Perinatal statistics: Parturients, deliveries and newborns 2012. Official Statistics of Finland*. Retrieved from <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309276347>
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD000352. doi:10.1002/14651858.CD000352.pub2
- Penner, J., & McClement, S. (2008). Using phenomenology to examine the experiences of the family caregivers of patients with advanced head and neck cancer: Reflections of a novice researcher. *International Journal of Qualitative Methods*, 7, 92-101.
- Pestvenidze, E., & Bohrer, M. (2007). Finally, daddies in the delivery room: Parents' education in Georgia. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 2, 169-183.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Premberg, Å., & Carlsson, G. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth: A phenomenological study. *Midwifery*, 27, 848-853.
- Premberg, Å., & Lundgren, I. (2006). Fathers' experiences of childbirth education. *Journal of Perinatal Education*, 15, 21-28.
- Rolfe, G. (2006). Judgements without rules: Towards a post-modern ironist concept of research validity. *Nursing Inquiry*, 13, 7-15.
- Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22, 348-355.
- Vedam, S., Stoll, K., Schummers, L., Rogers, J., & Paine, L. L. (2014). Home birth in North America: Attitudes and practice of U. S. certified nurse-midwives and Canadian registered midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59, 141-152.
- Viccars, A. (2003). Antenatal care. In D. Fraser & M. Cooper (Eds.). *Myles textbook for midwives* (pp. 251-272). London, England: Churchill Livingstone.
- Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: Home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science & Medicine*, 52, 1109-1121.
- Wax, J. R., Lucas, F. L., Lamont, M., Pinette, M. G., Cartin, A., & Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs. planned hospital births: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203, 243.e1-e8.



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Midwifery

journal homepage: www.elsevier.com/midw

Participation in siblings' birth at home from children's viewpoint

Maija-Riitta Jouhki, RN, RM, MNsc (PhD student)^{a,*}, Tarja Suominen, PhD, RN (Professor)^a,
Kirsi Peltonen, PhD (Psychologist, Docent)^b, Päivi Åstedt-Kurki, RN, PhD (Professor)^{a,c}

^a School of Health Sciences, Nursing Science, FI-33014, University of Tampere, Tampere, Finland

^b School of Social Sciences and Humanities, FI-33014, University of Tampere, Tampere, Finland

^c Pirkanmaa Hospital District, General Administration, Tampere, Finland

ARTICLE INFO

Article history:

Received 30 July 2015

Received in revised form

22 November 2015

Accepted 23 November 2015

Keywords:

Siblings

Children

Childbirth

Home birth

Phenomenological method

Qualitative research

ABSTRACT

Background: partners often participate in childbirth, and the effects on both partners have been intensively investigated, but children's participation is rare in western countries and less studied. Thus, the aim of this study was to explore and construct a comprehensive structure of meaning of Finnish children's experiences of participating in birth of a sibling at home.

Design: a phenomenological study based on analysis of open-interview transcripts by Colaizzi's approach and drawings.

Participants: seven children aged five to 17 years who participated in birth of a sibling at home.

Findings: the children's experience of participating in a sibling's birth was multifaceted. Their feelings varied from joy to worry, they helped their mother and learned from the experience. They chose to participate. They experienced overwhelmingly strong and positive feelings, but were also worried about the well-being of other family members during the birth. Further, younger children were frustrated, especially if the birth took a long time and they were not allowed to do all they wanted, such as going to a birthing pool. It was important for the children to be able to help their mother and support younger siblings. They learned a lot about childbirth from their participation and information given by the adults. The children regarded home as safe, cosy and a better place to give birth than a hospital. The older children also regarded a home birth as a possible choice for them in the future. They celebrated the baby's arrival and remembered the birth day as being joyful and happy. Participation in the sibling's birth made relationships between the children closer and warmer. Children felt hurt when people outside the family were suspicious when told that the baby was born at home.

Conclusions: the children's experience of participating in a sibling's birth at home included varying feelings, learning from their experience and helping mother. The findings could be utilised in parent education if they are going to have their children with them during the childbirth.

© 2015 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

The birth of a new child is a deeply meaningful experience for other family members. During the pregnancy all family members are expecting a new baby. Nevertheless, they are rarely all allowed to participate in childbirth, although participation of a partner is beneficial according to a recent review (Hoga et al., 2013), and participation of both a partner and other family members is self-evidently beneficial according to the World Health Organization (1997). In western countries almost all fathers participate in childbirth nowadays, but the involvement of siblings is not clear,

partly due to scarcity of data. However, some families choose home births to ensure involvement of siblings, as described by previous studies of cases in the Nordic countries (Lindgren and Erlandsson, 2011; Jouhki et al., 2015), USA (Boucher et al., 2009; Bernhard et al., 2014) and Canada (Murray-Davis et al., 2012). Generally, giving birth at home is quite rare in most European countries except the Netherlands, where approximately a fifth of the births occur at home (EURO-PERISTAT Project, 2010).

The rationale for children participating in siblings' childbirth has been less frequently studied. However, several contributory elements—including a desire to strengthen closeness of family relationships, share an important family event, ensure that children do not feel excluded and improve children's understanding of the course of childbirth—were identified in a previous study from the USA (Daniels, 1983). A previous Swedish study also found that mothers who chose home births regarded participation in

* Corresponding author.

E-mail addresses: jouhki.maija-riitta.j@student.uta.fi (M.-R. Jouhki), Tarja.Suominen@uta.fi (T. Suominen), Kirsi.Peltonen@uta.fi (K. Peltonen), Paivi.Astedt-Kurki@uta.fi (P. Åstedt-Kurki).

childbirth as a natural part of life for the children too (Sjblom et al., 2006). Further, some women simply do not want to be separated from their children during a childbirth (Bernhard et al., 2014).

Having a new brother or sister is a significant, demanding experience in a child's life (Smith, 2013) and this phenomenon has been studied extensively in frameworks of several disciplines. However, children's experiences of involvement in siblings' births have been less studied. To the best of our knowledge they have been addressed in only five original previous studies published since 1979; two from Japan, three from the USA (Table 1) and in a review study from Slovenia. The five previous original studies described different and varied feelings of children towards participation their sibling's birth. A Japanese study reported that involvement in a sibling's birth was a very positive experience, especially for the children old enough to talk, but also frightening, especially the end of the birth, for some children (Okubo et al., 2008). Another Japanese study reported that involvement in a sibling's birth aroused curiosity and interest in life, and was a valuable growth experience although it also had negative effects such as threatening children's mental state (Kuramoto, 2008). One of the American studies compiled guidelines for preparing children to be present at siblings' births, based on interviews with parents of 43 children who were present at siblings' births (Anderson, 1979). Another U.S. study reported that children's experiences were complex and intense; children felt close and included, overwhelmed and joyful, but also frightened and helpless (Daniels, 1983). In another, phenomenological, study from the USA 12 children were found to have neutral or positive experiences (Issokson, 1990). The abstract of a Slovenian study (only English abstract available) based on descriptive research methods and a review of previous literature also indicates that the presence of siblings during a birth has a positive impact on all family members (Dolinar and Mivsek, 2012).

Participation of all family members in childbirth is clearly important for some families, and participation of children is allowed in some hospitals. However, as previously mentioned few studies have examined effects of their participation. In these studies the siblings' experiences related to childbirth at home were described sometimes only case by case (Anderson, 1979; Okubo et al., 2008) and usually only (Anderson, 1979; Kuramoto, 2008) or partially (Okubo et al., 2008) from parents' perspectives. Studying one's experiences is challenging (Rolfe, 2006) and thus, in the present study the data was collected solely from children who had participated in a sibling's birth at home. The aim of the study was to construct a comprehensive structure of meaning of their experience based on interviews and drawings by utilising Colaizzi's approach. The results of the present study could be used to prepare children for participating in siblings' births, supporting children during births in their families, and generally in childbirth education.

Methods

Design

This is a phenomenological study utilising Colaizzi's approach. The purpose of phenomenological research and Colaizzi's method is to describe lived experiences of participants as they are lived. Phenomenology is both a philosophy and research method (Colaizzi, 1978; Burns and Grove, 2001).

In phenomenological studies participants are let to explain their experiences in their own words in the environment in a relaxed atmosphere with sufficient time to allow to facilitate a complete description by participants. In the present study lived

Table 1
Previous studies on children's experience towards participating their sibling's birth.

Authors, publication year	Study location	Study type	Analysis method	Study subjects	Setting
Anderson, 1979	USA	Qualitative study based on interviews (not described in detail)	Qualitative approach, the results were reported case by case	Parents of 43 children (two to 16 years) who were present at their sibling's birth	Home births
Daniels, 1983	USA	Qualitative study based on interviews and play techniques	Qualitative approach	35 children (2.5 to 15 years)	Hospital
Issokson, 1990	USA	Phenomenological study based on structural interviews and drawings	Phenomenological method	12 children (five to seven years)	Home births and hospital
Kuramoto, 2008 (only English abstract available)	Japan	Observation of mother-child interactions during labour and semi-structured interview of the mother during the puerperal period.	Qualitative approach	Eight pairs of children and their mothers.	Home births and hospital
Okubo et al., 2008	Japan	Qualitative study based on interviews and drawings	Qualitative approach, the results were reported case by case	24 children (two to 12 years)	Home births and hospital

experiences of participants regarding participating sibling's birth at home was studied based on interviews and drawings at children's home.

Setting

The study focused on children in Finland: a Nordic welfare state with 5.5 million inhabitants and free access to health care services that are mainly publicly funded. Most births occur in public hospitals and private delivery services are not available. Further, giving birth at home is not supported by the public health care. The few mothers who choose to give birth at home do so for several reasons, notably the desire for presence of their other children during the birth (Juhki et al., 2015). In hospitals, fathers have participated in childbirth since the 1970s, but children's participation is not allowed.

Sample

The study was based on interviews with, and drawings of, seven children who participated in the birth of a sibling at home. The older children had participated in several siblings' births. The mean age of the children was 10 years (range 5–17 years).

Recruitment

Children were recruited for the study through their parents (guardians) who were reached by midwives carrying out home births, the authors' acquaintances and snowball-sampling (Sadler et al., 2010).

Data collection

Data, based on interviews and drawings, were collected between November 2010 and May 2011, between several months and two years after the birth of a sibling in which the children participated. Children could choose the data collection method, either giving an interview and/or to draw. Five children wanted to give an interview and four of them also drew a picture of their experiences. Two of seven children only wanted to draw a picture and did not attend an interview.

Children who were over 15 years old, and the parents of younger children, chose the time of the interviews. Over 15 years old children could choose if they wanted to be interviewed with or without their parents. All of the older children chose to talk without their parents, whereas the younger children were interviewed with their parents. The interviews were carried out at the children's homes. (Astedt-Kurki et al., 2001). Using the open interview method (Burns and Grove, 2001) the children were simply asked to describe their experience of involvement in the birth of their younger brother or sister at home, in accordance with the common practice in phenomenological research of letting participants explain their experiences in their own words. The unstructured interviews, each lasting 15–50 minutes, were audio recorded and subsequently transcribed verbatim.

The children were asked to freely draw pictures illustrating their experience of a sibling's birth at home. They were free to choose drawing techniques, such as using colour pencils of their own. The drawings were done at the presence of the researcher. We were allowed to use the original drawing in publications.

Data analysis

Interviews

The children's comments during the interviews were analysed using Colaizzi's phenomenological approach, which proceeds via

seven stages that overlap to some extent, as described by (Colaizzi, 1978) and (Penner and McClement, 2008). This method was chosen because of its suitability for exploring lived experiences (Colaizzi, 1978; Mackey, 2005). Initially, the first author read transcripts of all the interviews to gain a deeper overview, then significant statements were extracted and coded. After re-reading the interviews, twice, more significant statements were found (86 in total), extracted and coded. Based on these significant statements, the authors spelled out and coded formulated meanings. The authors constantly returned to the interviews throughout the analysis in attempts to maintain tight connection between the original data and formulated meanings. The formulated meanings were spelled out for each statement and then clustered in fourteen themes. The findings were integrated into a comprehensive description of the children's experiences of a sibling's birth at home, named 'Varying feelings from joy to worry, helping mother and learning from experience'. All of the authors thoroughly discussed the analytical process.

Drawings

Drawing provides a means to orientate children toward an object of study and helps them to express their views through their own concepts (Backett-Milburn and McKie, 1999). Here, the children's drawings were explored in relation to the comprehensive structure of meaning extracted from the phenomenological analysis described above, particularly whether or not they reflected the same meanings as their spoken narratives of the situation. The meanings reflected in the drawings are integrated in the descriptions below. The intent was to obtain diverse views of the experience for purpose of validation (Backett-Milburn and McKie, 1999).

Ethical considerations

Children involved in research are regarded as vulnerable due to immaturity to give a consent to research (Burns and Grove, 2001), and thus giving information related risks associated with study participation and protecting them is important. Thus before starting the research, consent was requested from the ethical committee of the Pirkanmaa health care district (R09250 which granted consent on 15.3.2010) and all the interviewees were requested to sign an informed consent form, in accordance with standard procedures (Burns and Grove, 2001; Lambert and Glacken, 2011). Age-appropriate information sheets and informed consent sheets were provided to the children aged 6–10 years, 10–14 years and 15–17 years following guidelines of the Finnish Investigators Network for Pediatric Medicines (2009) after pilot-tests before the research by children of the same ages. Guardians' consent was obtained for all children under 15 years old as legislated by the Medical Research Act 488/1999 in Finland. The audio-recorded interviews were transcribed verbatim by the first author and no other individuals had access to the original interview material.

Findings

Fourteen themes were identified, reflecting meanings that children had given to the experience of participating in a sibling's birth at home. The findings were integrated in the comprehensive description of this experience mentioned above: 'Varying feelings from joy to worry, helping mother and learning from experience' (Fig. 1). More specific findings include the following. The children had a strong desire to participate in the birth of their sibling and personally chose to participate. During the sibling's birth they experienced overwhelmingly strong and positive feelings, but they were also worried about other family members. The younger children felt frustrated, especially if the birth took a long time and they were not allowed to do everything they wanted, such as

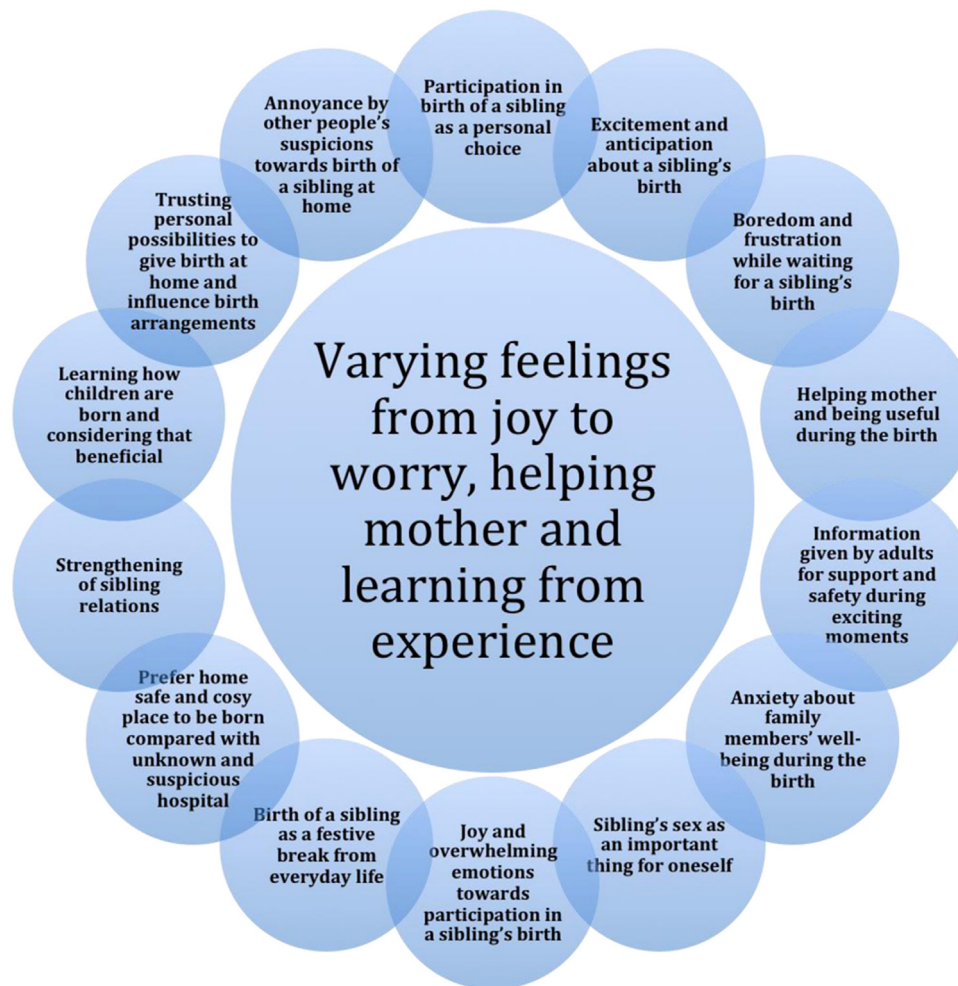


Fig. 1. Children's experiences towards participation in their sibling's birth at home.

going to a birthing pool. Children were happy because they could help in various ways, such as bringing necessary things and cutting the umbilical cord. The children were very excited about their sibling's sex and recognised it immediately after the birth. They felt that they learned a lot about childbirth from their participation and information given by the adults. The older children regarded home as a good, safe place for healthy women to give birth, and a possible choice for them in the future. They had negative feelings towards the way women are treated in hospital during childbirth, based on what they had seen on television or read in books. The day when the sibling was born was joyful, happy and festive at home. They felt that participation in the sibling's birth made relationships between the children closer and warmer. However, people outside the family were suspicious when told that the baby had been born at home and they felt hurt.

Participation in birth of a sibling as a personal choice

All of the children included in the study had personally decided to participate in their sibling's birth; they really wanted to participate and after several siblings' births regarded it as an obvious, natural thing to do. When the baby was about to be born the younger children stopped playing and came in to participate in the birth:

I'm always happy to have the possibility to participate...I have always been allowed to make my own decision. [1, age 14]

With B it was like obvious that I could participate and very important for me that I could participate! [5, age 17]

We were playing outside (me and A) when Dad came to say that the baby will be born! He said we should come inside to play... and I came straight away! [3, age 7]

Excitement and anticipation about a sibling's birth

During the birth of a sibling the children waited for the moment of birth most eagerly; they wanted the sibling to be born immediately. They described the waiting as being so exciting that they ran all over the home, including the room where their mother was giving birth, and being unable to stay still. Their sibling's oncoming birth made them feel simultaneously nervous, restless and giggly:

Mum was in the bedroom...she was screaming quite a lot, and I was wondering whether the baby would be born right then or later...I wished that it would be right then! [3, age 7]

The first thing that comes to mind is that all of the three births I was involved in were very exciting. [5, age 17]

We weren't there all the time; we popped in many times to check whether the baby was born.. and the baby was not born...well... Mum asked us to calm down and go to another room. [1, age 14]

Boredom and frustration while waiting for a sibling's birth

The children felt bored and frustrated during the sibling's birth for several reasons, especially if it took all day. During long childbirths children ran around and sometimes were asked to calm down and put in another room to wait. Younger children

especially wanted to go to the birthing pool but were asked to wait, which made them feel bored and frustrated:

Then we were waiting and it took long time and then evening came and after that the baby was born. [4, age 5]

I wanted to go to the pool, but I wasn't allowed to until after he was born and I felt the waiting was very long. [2, age 12]

Helping mother and being useful during the birth

The children felt they were able to help their mother during the birth in several ways. They said that they cared for, supported and guided younger siblings, especially at the moment of birth. Older siblings explained to younger ones what happened during the birth. They helped their mother by bringing things such as towels and drinks, and helping her go to the bathroom. The children sang their mother's favourite songs because she liked it. They were also allowed to cut the umbilical cord:

And then the baby was really going to be born ...we (informant and little brother) were sitting on the sofa and he (little brother) was on my knees and I was thinking that I supported him like Dad supported me when he (little brother) was born. [5, age 17]

We sang to Mum because she felt it was very helpful and that is why we sang a lot! [4, age 5]

My job was to bring her towels, mother needed them after the pool...It was very important so she wouldn't feel cold! [4, age 5]

Information given by adults for support and safety during exciting moments

The children trusted the information they were given by their parents and the midwife during the pregnancy and birth. The parents told them that being pregnant is not an illness. Many things surprised the children during the birth, such as how quickly the baby could be born, that cutting an umbilical cord is not painful and acupuncture needles could relieve pain. The parents and midwife discussed these things during the pregnancy and birth, and the children trusted the information they gave:

We have all been born at home and Mum has said that being pregnant and giving birth is not an illness. [2, age 12]

It was funny that someone can be born so quickly... Mum said that it is good. [3, age 7]

The baby was red and was crying a lot, but the midwife said it was a good baby! [4, age 5]

The pictures drawn by some of the children reflect the trust in their parents. Two of the children drew themselves in the home birth situation, as participants standing next to their father and near their delivering mother, not outsiders (Picture 1). The relationships between children and parents seemed to be trustful in all participating families. Children seemed to trust not only the information given by adults but also their availability and support in the exciting situation.

Anxiety about family members' well-being during the birth

The children were worried about their mother, the baby and younger siblings during the childbirth. They did not like to listen to their mother's moans during the birth and thought that something might be wrong. They were sad because their mother could not go to the pool although she wanted to. The children were confused because they did not understand all the events during the childbirth. For example, when their mother was treated by acupuncture they were afraid that the needles would hurt her. They were also worried about the baby, because they thought it would drown during the water birth. The children were also worried about how younger siblings would manage during the childbirth:



Picture 1. Drawing.

It's nice that all my siblings are being born here at home...and I'm allowed to take part, except I perhaps prefer not to listen to Mum moaning...well...I know that it can be very painful but it isn't dangerous, the pain is part of the childbirth but it isn't nice when she's in pain...[2, age 12]

The babies can be born under water, did you know? The baby was not coming but then it began to be born under the water...Mum had told me that the baby won't drown....but I was worried....[2, age 12]

In one of the pictures a girl portrayed herself standing beside the pool with her mouth wide open (in astonishment) while other people around her are smiling. Although information about childbirth and related things (physical and emotional) had been offered to the children before the home birth situation, they did not seem able to use all the information effectively during the excitement. Instead they were worried about problems associated with pain or possible accidents, although these issues had been explained to them.

Sibling's sex as an important thing for oneself

The sibling's sex was a very important and exciting matter for the children. They wanted either a brother or a sister. The sibling's sex was noticed immediately after the birth and sometimes it was a disappointment, but they accepted it very quickly:

I was so happy because the baby was a brother! [3, age 7]

It was a boy and I wanted the baby to be a girl...but now I think it is better that he was a boy! [2, age 12]

I noticed immediately that he looked like a brother! [4, age 5]

Joy and overwhelming emotions towards participation in a sibling's birth

Remembering the sibling's birth made the children feel very emotional. They described feeling great joy and overwhelming responses, like laughing and crying at the same time at the moment of birth. They thought that strong feelings might have influenced their memory so they did not remember exactly what happened at the moment of birth, but they were very happy to have had the possibility to participate in the joyful family event:

I don't remember any concrete things about when he came out, I only remember that feeling...I want to laugh and smile again if I think about the feeling ... I feel like crying and laughing at the same time. [5, age 17]

We were there, the whole family, and the whole family was excited and we were waiting and I saw that we all were very excited and suddenly our family had a new member, and I was allowed to participate in that moment! [5, age 17]

I have only good thoughts towards home birth, because we were all born at home... I feel it is normal, because I'm used to all children being born at home... [1, age 14]

Birth of a sibling as a festive break from everyday life

The children described the day of each birth as a special event. There was a party atmosphere at home. They had visitors, decorations such as flowers and candles, music, and delicious food at home. The children were allowed to eat as many goodies as they wanted, everyday rules such as their usual bedtimes were suspended, and they felt it was thanks to the baby:

We've always had music and flowers and candles at home when Mum's given birth and a lot of delicious food...and everything's been beautiful...just like in a party. [1, age 14]

Everybody had a good time! Mum made eclairs and we could eat as many as we wanted, because it was the baby's birthday! It was like thanks to baby! [3, age 7]

When he was born I really insisted that I shouldn't go to bed at all because he was born late at night... I should've gone to bed...I didn't want to go to bed, and I begged and begged and they let me stay awake! It was great! [5, age 17]

Prefer home safe and cosy place to be born compared with unknown and suspicious hospital

Giving birth in a cosy, familiar home environment seemed natural for the children. They knew little or nothing about giving birth at hospital, and did not even seriously consider the possibility. All the information they had on hospital births was from television, books and magazines, which gave them a poor impression of the way women were treated and cared for in hospitals:

I think that home birth is better...I can't explain it...I just feel it's better since it's your own home. [2, age 12]

I didn't even know that it is more common to be born at hospital... or to give birth at hospital...all of us were born at home and I find it very strange to give birth in hospital. [1, age 14]

I've never seen what kind of place it is except on TV, and it wasn't nice at all! [1, age 14]

Strengthening of sibling relations

The children felt that their births and those of their siblings at home strengthened their relations. For example, they thought that being born in the same pool as their siblings at home was amazing, and created strong bonds. Furthermore, they thought that being involved in younger siblings' births fostered closer, warmer relationships and enhanced willingness to take care of them:

For me all of the birth experiences have been very important. With A, we're almost the same age so I haven't been taking care of A, but I have been taking care of B, and I've also been taking care of C a lot. I think that's influenced me, but I don't know how... [5, age 17]

Learning how children are born and considering that beneficial

The children learned a lot about pregnancy and childbirth from their experiences that they thought would be impossible to learn from a book. They thought these experiences were beneficial for them. They consider birth as a natural beginning of life, but do not think that home is the best place to give birth for everyone, for example unhealthy or women at advanced age. They also learned some practical things, such as music relieved their mother's pain and that it is good for the baby to cry immediately after the birth:

If I hadn't had these experiences...here at my home, I think I wouldn't think these things...it isn't possible to learn these things from books, it was amazing! [5, age 17]

We, me and A, were healthy and my mother wasn't too old, that's why we could be born at home and there was no need to go to hospital. [2, age 12]

Trusting personal possibilities to give birth at home and influence birth arrangements

They quite clearly expressed views that they would like to give birth at home, provided there were no impediments such as the baby being too small or the woman unhealthy. Furthermore, they would like to decide the birth environment such as music and people who are allowed to participate in their childbirth:

If I have a baby I would prefer to give birth at home if the baby is healthy and does not come too early...or isn't too small...[1, age 14]

I'd prefer to be with people who I want to participate in my birth...I mean the people who I want to be there...I'd like to listen to the music I like and to be peaceful. [1, age 14]

Annoyance by other people's suspicions towards birth of a sibling at home

The children had a great desire to tell other people about their new sibling. They went outside to tell friends and neighbours, made phone calls and sent text messages. The adults they met did not believe what they said and were suspicious. The younger children were hurt because they were not believed. The older children told their friends, who knew very little about home birth and found the idea strange:

I went out and told everybody that I have a new brother! They were all very surprised because the baby had just been born. The adults were suspicious but not my friends. The adults didn't believe me! I told them many times! [4, age 5]

They were very surprised that the baby was born at home...I don't remember what they asked... I couldn't answer them... [3, age 7]

Discussion

In the present phenomenological study we aimed to describe the experience of children aged 5–17 years who participated in siblings' births at home and construct a comprehensive structure of meaning of their experience. The results provide novel insights, since to the best of our knowledge they are the first to be entirely based on thematic analysis of children's comments in interviews and drawings. The results of the present study concerning children's experience of participation in the birth of siblings are consistent with those of previous studies based entirely on

children's expressions in interviews, drawings or play (Daniels, 1983; Issokson, 1990), partially on children's interviews or drawings (Okubo et al., 2008) or interviews with mothers (Anderson, 1979; Kuramoto, 2008). The present results cannot be directly compared with those of previous studies, notably two relevant previous studies were based on interviews with mothers, compounding the difficulty in describing experiences of other people. Findings both here and in all five cited studies are that children have positive and excited feelings towards participation, but also feelings of being frightened and concerned for several reasons, such as being worried about the baby and mother. The children in our study and also in the previous studies feel that participation fosters a closer relationship with the new baby (Anderson, 1979; Daniels, 1983; Okubo et al., 2008) and that they learn a lot from participation (Daniels, 1983; Okubo et al., 2008).

Importance of the present findings was that the experience towards participating in a sibling's birth was overall positive although the feelings varied from positive to being worried. The findings could be utilised in childbirth education among families who are planning to allow their children to participate in a sibling's birth at home. It is of note that the findings of the present study could not be generalised in all situations. In Finland, giving birth at home is very rare and cannot be arranged through or funded by the public health care system. Consequently, families are responsible for all the costs and arrangements. Thus, families of the children who participated in this study may speculatively have used abundant resources, such as time, preparing themselves and their home for birth. Further, in the present study the relationship between children and parents seemed to be trustful in all participating families. Children seemed to trust not only the information given by adults but also their availability and support in the exciting situation. This may have influenced the results as there are indications that strong attachment to and security with parents reduce children's distress during stressful events, and parents with an avoidant attachment style seem to be less responsive when children are distressed (Edelstein et al., 2004).

The present study has both strengths and limitations. The most fundamental limitation is that it is challenging (or even impossible) to capture and express other people's experiences with confidence (Rolfe, 2006). Strengths of this study regarding data collection are that parents allowed children to speak freely and did not disturb the interviews. The interviews were open, as the children were invited to report their experiences in their own words. Clearly, the results do not necessarily reflect the experiences of all children who witness a sibling's birth, but all the interviewed children had fresh subjective experiences of the phenomenon, and were very willing to talk about their experiences, which increases trustworthiness. A potential weakness is that time can affect memories, and there were substantial delays between the focal births and interviews (several months to two years). Furthermore, stressful situations can interfere with memory retrieval (Roosendaal et al., 2006). However, both the stories and drawings of the childbirth situations at home portrayed strong memories of feelings and atmosphere, in accordance with findings that people's most vivid and most slowly forgotten autobiographical memories are usually of highly emotional experiences (Berntsen and Rubin, 2002). The credibility was also enhanced by all of the authors participating in the analysis.

Conclusions

The children's experience of participating in a sibling's birth at home included strong feelings that varied from joy to worry. The experience was rewarding in many ways, notably it enabled learning form pregnancy and childbirth, and strengthened family

relations. The children were also able to help their mother during the birth. The findings could be utilised in childbirth education and to assist families who are planning to allow their children to participate in a sibling's birth at home. The findings suggest that preparing and giving children information before and during the birth is important, because they will feel safer and more confident (rather than worried and scared) if they understand what is happening. Further, during the birth it is important that an adult person is assigned to take care of children to make sure that they feel safe and are allowed to behave appropriately for their age. In the future, studies on interventions related to how children could be prepared for taking apart to sibling's birth at home are warranted. Furthermore, experiences of children who participate their sibling's birth at hospital could be studied.

Conflict of interest

None declared. All authors declare, as researchers, independence from the funders.

Acknowledgements

We thank Sees-Editing Ltd. for linguistic assistance.

References

- Anderson, S., 1979. Siblings Birth: Surv. Study 6, 80–87.
- Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Lehti, K., 2001. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *J. Adv. Nurs.* 35, 288–293.
- Backett-Milburn, K., McKie, L., 1999. A critical appraisal of the draw and write technique. *Health Educ. Res.* 14, 387–398.
- Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., English, J., 2014. Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. *J. Midwifery Women's Health* 59, 160–166.
- Berntsen, D., Rubin, D.C., 2002. Emotionally charged autobiographical memories across the life span: the recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychol. Aging* 17, 636–652.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., Freeze, R., 2009. Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *J. Midwifery Women's Health* 54, 119–126.
- Burns, N., Grove, S., 2001. *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique & Utilization*. W.B. Saunders Company, USA.
- Colaizzi, P., 1978. Psychosocial research as a phenomenologist views it. In: Valle, R., King, M. (Eds.), *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*. Oxford University Press, New York, pp. 47–71.
- Daniels, M.B., 1983. The birth experience for the sibling: description and evaluation of a program. *J. Nurse-Midwifery* 28, 15–22.
- Dolinar, P. Ana, Mivsek, A. Polona, 2012. Siblings at birth [Slovene]. *Obz. Zdr. Nege* 46, 75–82.
- Edelstein, R.S., Alexander, K.W., Shaver, P.R., Schaaf, J.M., Quas, J.A., Lovas, G.S., Goodman, G.S., 2004. Adult attachment style and parental responsiveness during a stressful event. *Attach. Hum. Dev.* 6, 31–52.
- EURO-PERISTAT Project, 2010. *European Perinatal Health Report 2010*. (<http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>).
- Hoga, L., Gouveia, L., Higashi, A., Roth, F., 2013. The Experience and Role of a Companion During Normal Labor and Childbirth: A Systematic Review of Qualitative Evidence. *The Joanna Briggs Institute Library*, p. 11.
- Issokson, D., 1990. *A Phenomenological Study of Children Who Witness the Birth of a Sibling*. Massachusetts School of Professional Psychology, Massachusetts.
- Joughki, M.R., Suominen, T., Astedt-Kurki, P., 2015. Supporting and sharing-home birth: fathers' perspective. *Am. J. Men's Health* 9, 421–429.
- Kuramoto, N., 2008. Children present at the birth of a younger sibling, and the meaning of this experience [Japanese]. *J. Jpn. Acad. Midwifery* 22, 124–135.
- Lambert, V., Glacken, M., 2011. Engaging with children in research: theoretical and practical implications of negotiating informed consent/assent. *Nurs. Ethics* 18, 781–801.
- Lindgren, H., Erlandsson, K., 2011. She leads, he follows-fathers' experiences of a planned home birth. A Swedish interview study. *Sex. Reprod. Healthc.: Off. J. Swed. Assoc. Midwives* 2, 65–70.
- Mackey, S., 2005. Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *Int. J. Nurs. Stud.* 42, 179–186.

- Murray-Davis, B., McNiven, P., McDonald, H., Malott, A., Elarar, L., Hutton, E., 2012. Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery* 28, 576–581.
- Okubo, C., Sankai, C., Yanagisawa, H., Kano, N., 2008. Witnessing the birth of a sibling – looking at drawings to understand the possible effects on children. *J. Jpn. Acad. Midwifery* 22, 233–248.
- Penner, J., McClement, S., 2008. Using phenomenology to examine the experiences of family caregivers of patients with advanced head and neck cancer. *Reflect. Novice Res.* 7, 92–101.
- Rolfe, G., 2006. Judgements without rules: towards a postmodern ironist concept of research validity. *Nurs. Inq.* 13, 7–15.
- Roosendaal, B., Okuda, S., de Quervain, D.J., McGaugh, J.L., 2006. Glucocorticoids interact with emotion-induced noradrenergic activation in influencing different memory functions. *Neuroscience* 138, 901–910.
- Sadler, G.R., Lee, H.C., Lim, R.S., Fullerton, J., 2010. Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nurs. Health Sci.* 12, 369–374.
- Sjoblom, I., Nordstrom, B., Edberg, A.K., 2006. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery* 22, 348–355.
- Smith, V. Coleman, 2013. Preparing a child for the birth of a sibling. *Int. J. Childbirth Educ.* 28, 20–24.
- World Health Organization, 1997. *Care in Normal Birth: A Practical Guide.* (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf).