

Ira Leppihalme & Hanna-Mari Suomela

Matka äidiksi,

havainnoinnin kohteina Ugandassa synnyttävien äitien ja vastasyntyneiden lasten hoitotyö

Opinnäytetyö
Syksy 2017
SeAMK Hoitotyö
Sairaanhoitaja, AMK

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja, AMK

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö

Tekijät: Ira Leppihalme ja Hanna-Mari Suomela

Työn nimi: Matka äidiksi. Havainnoinnin kohteina Ugandassa synnyttävien äitien ja vastasyntyneiden lasten hoitotyö.

Ohjaaja: Helinä Mesiäislehto-Soukka, TtT, lehtori ja Mari Salminen-Tuomaala, TtT, lehtori

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 43

Liitteiden lukumäärä:-

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sekä synnytystä, synnytyksenaikaista että -jälkeistä hoitotyötä, erityisesti hoitotyön käytänteitä erilaisessa kulttuurissa ja ympäristössä kuin omamme. Aineisto kerättiin havainnointitutkimuksen menetelmin opiskelijavaihdon aikana Ugandassa syksyllä 2016. Tätä aineistoa käytettiin opinnäytetyöhön, joka valmistui Suomessa syksyllä 2017. Havainnointiaineiston tuloksia verrattiin suomalaisessa synnytyksenaikaisessa hoitotyössä voimassa oleviin hoitotyön suosituksiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli avata ugandalaisen synnytyksenaikaisen hoitotyön käytänteitä suomalaisille sairaanhoitajaopiskelijoille ja hoitotyön edustajille. Tavoitteena oli luonnollisesti lisätä ugandalaisten hoitotyöntekijöiden tietämystä ja osaamista perustuen suomalaisiin hoitotyön suosituksiin ja tätä kautta pyrkiä hyödyntämään löydettyä tietoa myös heidän työhönsä. Opinnäytetyö on suunnattu kaikille kehittyvissä maissa ja eri kulttuureissa työskenteleville sekä muille asiasta kiinnostuneille.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin havainnoimalla synnytyksiä, synnytyksenaikaista että -jälkeistä hoitotyötä kolmen viikon ajanjaksolla ugandalaisella terveysasemalla maaseudulla. Aineisto kerättiin työpäivien aikana kirjaamalla havainnot lyhyesti vihkoon, jonka jälkeen havainnot nauhoitettiin sanelukoneelle. Harjoittelun jälkeen havainnot purettiin kirjoittamalla ne auki kotimaassa. Aineistoa kertyi kolme sivua. Havainnointiaineiston avulla tuloksia verrattiin suomalaisiin hoitotyön suosituksiin. Tulosten mukaan osa käytännön ongelmista johtui mitä ilmeisimmin asenteista ja kulttuurillisista seikoista, osa välineiden ja resurssien puutteesta, sekä osa myös silkasta tietämättömyydestä tai välinpitämättömyydestä. Yhtä selittävää tekijää ei löytynyt. Opinnäytetyö johdattelee lukijaa ymmärtämään omasta kulttuuristaan eroavan kulttuurin tapa- ja arvomaailmaa, sekä pohtimaan haasteita, joita kohdataan kokonaan erilaisen kulttuurin ja erilaisten resurssien ja mahdollisuuksien maassa synnytyksenaikaisia hoitotyön käytänteitä toteutettaessa.

Avainsanat: synnytys, Uganda, hoitotyö, havainnointitutkimus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Specialisation: Registered Nursing

Authors: Ira Leppihalme and Hanna-Mari Suomela

Title of thesis: The Journey towards Motherhood. Mothers´ and Newborn Babies`Nursing Care in Uganda

Supervisor: Helinä Mesiäislehto-Soukka, PhD, Senior Lecturer & Mari Salminen-Tuomaala, PhD, Senior Lecturer

Year: 2017

Number of pages: 43 Number of appendices:-

The purpose of this descriptive study was to describe nursing care during and after childbirth and especially nursing care procedures in a completely different culture and environment than our own. The study was based on the data collected by using observation techniques during a student exchange program during the fall of 2016 in Uganda. The collected data was used in this descriptive study that was completed in the fall of 2017. The results were then compared to the Finnish common healthcare guidelines used in childbirth and care. The purpose of the study was to describe the healthcare procedures used in Uganda during childbirth and postpartum care to the Finnish nursing students and nursing care representatives. Another purpose was naturally to increase the knowledge of the Finnish common healthcare guidelines to the local personnel and to find ways to make use of the information to help the local procedures and practices concerning childbirth care. The study is intended for people working in developing countries and in different cultures, as well as for other interested parties.

The data for the study was collected by observing deliveries and health care provided during and after birth at a healthcare station in the Ugandan countryside for a period of three weeks. The observations were written in a notebook during the workday, and then recorded on a dictation machine, then analysed and studied following the return to Finland. Three pages of analysed observations were collected in total. By using contents analysis, the observations were then compared to the Finnish current care guidelines. The results show that part of the practical problems are due to differences in attitudes, cultural reasons, partly because of the lack of sufficient equipment and resources and partly due to ignorance and indifference. The study raises awareness on the challenges of birth care practices in a culturally very different country with different resources and possibilities.

Keywords: the act of giving birth, Uganda, care work, observation research

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	1
Thesis abstract.....	2
SISÄLTÖ.....	3
Käytetyt termit ja lyhenteet	4
1 JOHDANTO	5
2 SYNNYTYKS LÄNSIMAISEN NÄKEMYKSEN MUKAAN	6
2.1 Synnytyksen käynnistyminen	6
2.2 Synnytyksen vaiheet	7
2.3 Synnytyksessä käytettäviä lääkkeitä ja toimenpiteitä	8
2.4 Synnyttäjän tarkkailu avautumisvaiheen aikana	9
2.5 Synnytyksen mahdollisia komplikaatioita	10
3 VASTASYNTYNYT	13
3.1 Sikiön tarkkailu avautumisvaiheen aikana.....	13
3.2 Vastasyntyneen tarkkailu ja hoito.....	13
3.3 Äidin tarkkailu synnytyksen jälkeen.....	14
3.4 Vauvamyönteisyys	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	18
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	19
5.1 Havainnointi opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä	19
5.2 Opinnäytetyön kohderyhmä ja aineiston keruu	20
5.3 Opinnäytetyön analyysimenetelmän kuvaus	21
5.4 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	22
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	24
6.1 Opinnäytetyön tutkimustulosten tarkastelu.....	24
6.1.1 Synnytyksen alkaessa.....	29
6.1.2 Ponnistusvaiheen aikana	32
6.1.3 Yleisimmät komplikaatiot.....	37
7 POHDINTA	40
LÄHTEET	42

Käytetyt termit ja lyhenteet

Kolonisoituminen	Mikrobin asettuminen lisääntymään normaaliflooran osaksi aiheuttamatta tautia
Episiotomia	Välilihan leikkaus
Asfyksia	Hapenpuute
Perinataalikuolleisuus	Yli 22- viikkoinen tai yli 500g painava sikiö syntyy kuolleena
Opioidi	Opioideiksi tai opiaateiksi kutsutaan pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia voimakkaita kipulääkkeitä
Kumuloituminen	Kasautuminen, kertyminen ja kasvaminen
Elektiivinen	Ei-päivystyksellinen
Vena cava superior	Yläonttolaskimon ahtauma

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla synnytystä, synnytyksenaikaista, ja- jälkeistä hoitotyötä, sekä erityisesti hoitotyön käytänteitä erilaisessa kulttuurissa ja ympäristössä kuin omamme. Opinnäytetyön tavoitteena oli avata ugandalaisen synnytyksenaikaisen hoitotyön käytänteitä suomalaisille sairaanhoitajaopiskelijoille ja hoitotyön edustajille. Tavoitteena oli lisätä ugandalaisten hoitotyöntekijöiden tietämystä ja osaamista perustuen suomalaisiin hoitotyön suosituksiin. Tutkimusten mukaan vuonna 2015 Ugandassa ennen yhtä ikävuotta menehtyi 37.7 lasta 1000 elävänä syntyneenä kohden, kun Suomessa luku oli 1.9. (Suomen YK-liitto, 2017.) Tilastojen mukaan vuonna 2015 Ugandassa syntyi 42,528 lasta tuhatta asukasta kohden, ja Suomessa vastaava luku on 10,1. (World bank group, 2017.) Ugandassa vuonna 2013 menehtyi 360 naista 100 000 elävänä syntyneenä lasta kohden. Kuolinsyy liittyi raskauteen, synnytykseen tai näihin liittyviin komplikaatioihin. Suomessa vastaava luku on 4. (Das Gupta ym., 2014, 105,108.)

Opinnäytetyö on suunnattu kaikille kehittyvissä maissa ja eri kulttuureissa hoitotyössä työskenteleville sekä muille asiasta kiinnostuneille. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys antaa tietoa synnytyksen hoidosta, ja yleisimmistä synnytyksen yhteydessä äitiä ja lasta uhkaavista komplikaatioista. Opinnäytetyön aineisto kerättiin havainnoimalla synnytyksiä, synnytyksenaikaista sekä -jälkeistä hoitotyötä ugandalaisella terveysasemalla maaseudulla.

Opinnäytetyö johdattelee lukijaa ymmärtämään erilaisen kulttuurin tapa- ja arvo maailmaa. Pohtimaan haasteita, joita erilainen kulttuuri ja resurssit tuovat synnytyksen aikaista hoitotyötä toteutettaessa. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys antaa sairaanhoitajaopiskelijalle ja muille hoitotyötä tekeville tietoa synnytyksen hoidosta ja yleisimmistä synnytyksen yhteydessä äitiä ja lasta uhkaavista komplikaatioista.

2 SYNNYTYS LÄNSIMAISEN NÄKEMYKSEN MUKAAN

2.1 Synnytyksen käynnistyminen

Täysiaikainen raskaus kestää 38 - 42 viikkoa. Synnytyksen käynnistymisen syytä ei täysin tunneta. (Eskola & Hytönen 2005, 94, 218.) Synnytys voi käynnistyä vasta kohdun ollessa supistumisvalmis. Kohtulihaksen supistuminen johtuu kohdun tilavuuden pienentymisestä. Tämä puolestaan voi johtua kalvojen puhkeamisesta tai niiden puhkaisemisesta. Myös kohdun lihaksiston venyttyminen loppuraskaudessa, sekä istukan erittämän hormonin, progesteronin määrän väheneminen vaikuttavat supistusten alkamiseen. Myös muut hormonitoiminnan muutokset vaikuttavat synnytyksen käynnistymiseen mm. lyhentämällä kohdunkaulaa ja tehostamalla kohdun supistusten alkamista. Sikiön pään alkaessa painua alaspäin, kohdunkaulaan kohdistuva paine saa aikaan supistumisherkkyyttä. (Eskola & Hytönen 2005, 40, 111, 211, 218.)

Synnytyksen lähestyessä äidit voivat tuntea ennakoivia supistuksia. Supistukset valmistavat varsinaiseen synnytykseen mm. lyhentämällä ja pehmentämällä kohdunkaulaa. Ensisynnyttäjän tulisi lähteä sairaalaan supistusten toistuessa säännöllisesti 5-7 minuutin välein, ja kun tätä on jatkunut vähintään kahden tunnin ajan. Uudelleensynnyttäjän tulisi lähteä matkaan vielä nopeammin, kun toistuvia supistuksia esiintyy alle kymmenen minuutin välein, noin tunnin ajan. (Eskola & Hytönen 2005, 218-219.)

Sellaisia tilanteita, jolloin äidin on lähdettävä heti sairaalaan ovat runsas verenvuoto vaginasta, lapsiveden meno tai supistukset ovat käynnistyttyään hyvin voimakkaita. Mikäli synnytys käynnistyy ennenaikaisesti, on äidin lähdettävä sairaalaan heti. (Eskola & Hytönen 2005, 219.)

Raskausviikosta 36 lähtien arvioidaan synnytystapa neuvolassa tai äitiyspoliklinikalla. Suomessa 80 prosenttia synnytyksistä on alatiesynnytyksiä. Vastasyntyneen ja äidin toipumisen kannalta luonnollisin synnytystapa onkin alatiesynnytys. Ala-

tiesynnytyksessä lapsen erittämät hormonit auttavat mm. vastasyntyneen hengityksen käynnistymisessä. Samoin vastasyntynyt kolonisoituu ja saa tarvittavan bakteeriflooran suolistoonsa. (Ihme & Rainto 2008, 109.)

2.2 Synnytyksen vaiheet

Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen jotka ovat avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaihe. Avautumisvaiheessa kohdunsuu avautuu kokonaan eli 10 senttimetriin, ja sikiön pää asettuu optimaaliseen asentoon seuraavaa vaihetta eli ponnistamista varten. Ensisynnyttäjällä avautumisvaihe kestää keskimäärin 10-14 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä 6-10 tuntia. (Eskola & Hytönen 2005, 211.) Sikiön tarjonta voidaan tarkistaa kohdunsuun ollessa täysin auki ja sikiön tarjoutuvan osan ollessa lantionpohjalla. Samalla päättyy avautumisvaihe. (Duodecim 2015a.)

Kun sikiön tarjoutuva osa, yleensä pää, painaa äidin peräsuolta ja välilihaa, synnyttäjälle tulee tarve ponnistaa. Ponnistusvaihe päättyy lapsen syntymään. Ponnistusvaiheen aikana synnyttäjä työntää sikiön ulos synnytyskanavaa myöden. Ponnistusvaiheessa supistukset voivat usein muuttua pidemmiksi ja voimakkaammiksi, mutta ne voivat myös harventua. Supistusten teho ei yksistään saa lasta syntymään, vaan siihen tarvitaan myös äidin aktiivista ponnistusta. Ensisynnyttäjillä ponnistusvaihe kestää pidempään kuin uudelleensynnyttäjillä. Ponnistusvaiheen pituuteen vaikuttavat myös supistusten tiheys ja voimakkuus. Samoin siihen vaikuttavat syntyvän lapsen koko, ponnistusten tehokkuus ja synnytysasento. (Eskola & Hytönen 2005, 211, 224.)

Lapsen synnyttyä alkaa jälkeisvaihe. Lapsen syntymästä istukan, napanuoran ja kalvojen syntymään kuluu aikaa normaalisti 10-20 minuuttia. (Eskola & Hytönen 2005, 211.) Jälkeisvaiheen aikana kohtu supistelee ja irrottaa luonnollisena tapahtumana istukan jälkeisineen (Ihme & Rainto 2008, 118). Nainen synnyttää irronneen istukan ponnistamalla sen itse supistuksen aikana. Tavallisimmin kuitenkin kättilö painaa kohdun pohjaosaa varovasti, jolloin istukka syntyy. Istukka voidaan vetää varovasti napanuorasta ulos, kunhan se on irronnut. Tätä prosessia ei kannata kiihkeä turhaan.

Lapsen syntymän jälkeinen verinen vuoto on määrältään keskimäärin 500-700 millilitraa. Osa vuodosta saattaa olla peräisin välilihan leikkauksesta eli episiotomiasta ja joskus myös repeämästä. (Eskola & Hytönen 2005, 221, 224.)

2.3 Synnytyksessä käytettäviä lääkkeitä ja toimenpiteitä

Synnytyskivun kokeminen on aina yksilöllistä ja se riippuu myös sikiön koosta sekä asennosta. Synnyttäjän motivaatio, yleisvointi, mieliala ja ennako-odotukset ovat myös merkittäviä asioita kivun kokemisessa. Henkilökunnan tehtävänä on huolehtia, että synnyttäjällä on oikeaa tietoa lääkkeellisestä ja lääkkeettömästä synnytyksestä sekä tukea synnyttäjää hänen valinnoissaan. Kipu voi tehdä synnytyskokemuksesta negatiivisen, siksi avainasemassa on ymmärtää se positiivisena kipuna. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 35.)

Perhe- ja synnytysvalmennuksessa tuetaan synnyttäjän itseluottamusta ja vähennetään pelkoja. Miellyttävä synnytysympäristö sekä tukihenkilö lisäävät synnyttäjän turvallisuudentunnetta. Myönteinen hoitosuhde synnytyksestä hoitavaan kättilöön, synnyttäjän perustarpeista huolehtiminen sekä tiedon antamisen on huomattu lieventävän kipua. Ohjatulla hengityksellä ja rentoutumistekniikoilla voidaan ajatusta synnytyskivuista siirtää. Asentohoidon ja liikkumisen merkitys kivun hoidossa on tärkeää koko synnytyksen ajan. On todettu, että avautumisvaiheen aikana kivut ovat lievempiä pysty- ja istuvassa asennossa, kuin makuulla. Liikkeellä olevilla synnyttäjillä on myös paremmat mahdollisuudet selviytyä ilman kipulääkkeitä. Hieronta ja lämmin kylpy lievittävät kipuja ja ovat paljon käytettyjä ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja. Vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä on myös saatavilla, ja näitä ovat esimerkiksi akupunktio ja hypnoosi. Vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä antavien on lisäkoulutauduttava, se rajoittaakin näiden hoitojen käyttöä. On todettu, että lämpö- ja kylmähoitot lieventävät myös kipua. Lämmin kohdistetaan tyypillisesti selkään, alavatsalle, nivusiin ja välilihan alueelle. Kylmä kohdistetaan selkään, rintaan ja kasvoihin. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36-37.)

Käytetyin lääkkeellinen kivunhoitomenetelmä on typpioksiduuli eli ilokaasu. Ilokaasu on turvallinen ja halpa tapa lievittää kipua, mutta ottotekniikan on oltava oikea. Opi-

oideista käytetään usein nopeavaikutteista fentanyyliä, jonka kumuloituminen sikiöön on epätodennäköistä. Puudutusaineita käytetään kohdun- ja synnytyskanavan kipua välittäviin hermotuksiin. Näitä ovat kohdunkaulan puudutus, häpyhermon puudutus, sekä epiduraali- ja spinaalipuudutus. (Jaakkola 2008, 31-32.)

Erilaisista synnytyksenaikaisista toimenpiteistä yleisimpiä ovat synnytyksen käynnistäminen, imukuppiveto, välilihan leikkaus ja ompelu (Duodecim2015d). Kun halutaan saada synnytys käynnistymään ennen sen spontaania alkamista, voidaan synnytys käynnistää lääkkeellisesti tai mekaanisesti. Suomessa joka viides synnytys onkin käynnistetty synnytys. Syitä synnytyksen käynnistämiseksi voivat olla sikiöön tai äitiin liittyvät sairaudet tai erilaiset raskauskomplikaatiot. (Duodecim2015c.) Ponnistusvaiheessa synnytystä voidaan nopeuttaa välilihan leikkauksella. Se onkin tavallisin synnytystä nopeuttava toimenpide. (Eskola & Hytönen 2005, 224.) Imukuppisynnytystä voidaan myös käyttää synnytystä vauhdittamaan. Imukuppia käytetään ponnistusvaiheessa, äidin voimien ehtyessä, tai sikiön hapenpuutteen uhattessa ponnistusvaiheen pitkittyessä. (Duodecim, 2015d.) Mikäli syntyvä sikiö on perätilassa, pyritään se kääntämään tavanomaiseen asentoon ns. ulkokäännöksellä raskausviikolla 36. Tämän jälkeen sikiön kääntyminen itsestään ja ulkokäännöksen onnistuminen ovat epätodennäköistä. Mikäli sikiö syntyy perätilassa, on synnytystä suunniteltava etukäteen. Tässä tilanteessa voidaan päätyä myös elektiiviseen keisarileikkaukseen. (Duodecim 2015b.)

2.4 Synnyttäjän tarkkailu avautumisvaiheen aikana

Synnyttäjän peruselintoimintojen seurantaan kuuluvat verenpaineen-, pulssin- ja lämmönmittaus. Synnyttäjän kohoava lämpö voi merkitä infektiota tai se voi olla merkki äidin kuivumisesta, lämpöä olisi hyvä kontrolloida avautumisvaiheen aikana useammin, jos lapsivesi on jo mennyt. Verenpainetta tulisi seurata neljän tunnin välein ja myös Mikäli verenpaine kohoaa äkillisesti synnytyksen aikana, se edellyttää tehostettuun synnytyksen seurantaan siirtymistä. (Paananen ym. 2007, 236.) Tavoiteltava verenpaine on alle 140/90 (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 113).

Hoitajan tehtävänä on huolehtia myös synnyttäjän ravinnon- ja nesteidensaannista synnytyksen aikana. Tarvittaessa voidaan annostella ravintoliuoksia suonensisäisesti, mutta niiden rutiininomaista käyttöä tulee välttää. Kun synnyttäjälle annetaan ravintoa ja nesteitä, on tärkeää huolehtia myös virtsaamisesta, synnyttäjän täysinäinen virtsarakko voi olla jopa synnytyksestä. Supisteleva synnyttäjä ei itse välttämättä huomaa tarvetta virtsaamiselle ja tarvittaessa virtsarakko katetroidaan. (Paananen ym. 2007, 236.)

Avautumisvaiheen aikana synnyttäjän tulisi löytää asento, jossa hänen on mukavinta olla. Hoitajan tehtävänä on rohkaista ja auttaa synnyttäjää löytämään mieleinen ja mukava asento, sekä tarvittaessa avustaa tätä vaihtamaan asentoa tarpeen mukaan. Pelkästään selällään makaamista tulisi välttää vena cava superior-syndrooman riskin välttämiseksi. Vena cava superior syndroomassa kohtuverenkierto huononee aiheuttaen synnyttäjälle huonovointisuutta, koska alaonttolaskimo jää puristuksiin (Paananen ym. 2007, 237,180).

Supistusten tarkkailu on myös tärkeä osa avautumisvaiheen aikaista seuranta. Supistukset vaikuttavat kohdun verenkiertoon ja sikiön vointiin kohdussa. Supistuksista mitataan niiden voimakkuutta, kestoa, tiheyttä ja synnyttäjän kivuliaisuutta. Kohdunsuun avautumista, tarjoutuvan osan laskeutumista, ja sikiön pään asentoa seurataan sisätutkimuksen avulla. Myös synnytyskipujen seuranta ja hoito ovat hoitajan tärkeitä tehtäviä avautumisvaiheessa. Samoin hoitajan tehtävänä on huolehtia synnyttäjän hygieniasta, ja antaa synnyttäjälle tietoa synnytyksen kulusta. Hoitaja ohjaa, rohkaisee ja kannustaa molempia avautumisvaiheen edetessä. (Paananen ym. 2007, 237-238.)

2.5 Synnytyksen mahdollisia komplikaatioita

Synnytyksessä voi myös ilmetä monia äidin ja lapsen henkeä uhkaavia erilaisia komplikaatioita. Vakavimmillaan näiden komplikaatioiden seurauksena voivat joko äiti tai lapsi menehtyä tai vammautua.

Synnytyksen aikana sikiö voi kärsiä hapenpuutteesta eli asfyksiasta. Tämä on yleinen komplikaatio synnytyksissä. Jopa 10-30 prosentissa kaikista synnytyksistä Suomessa ilmenee ajoittaisia häiriöitä sikiön hapensaannissa. Asfyksia aiheuttaa tavallisimmin myöhemmin lapsella todettavia aivotoiminnan häiriöitä tai jopa perinataali-kuolleisuutta. (Eskola & Hytönen 2005, 244.)

Harvinainen komplikaatio synnytyksen aikana on kohdun repeytyminen. Mikäli kohtu repeytyy raskauden aikana, liittyy se yleensä aiempaan kohdun vaurioitumiseen. Osittainen kohdun repeäminen voi aiheuttaa oireina synnytyksen pysähtymisen, sikiön lievän hapenpuutteen tai äidin lievän jatkuvan kivun. Toisaalta oireet voivat olla myös voimakkaampia ja ilmetä kovina vatsakipuina sekä vatsanpeitteiden jännityksenä. Mahdollista on myös olkakipu, joka johtuu siitä, että verta vuotaa vatsaonteloon. Tämä voi johtaa äidin shokkitilaan. Mikäli supistukset loppuvat ja sikiö on tunnusteltavissa vatsanpeitteiden läpi, voi se merkitä sikiön syntymistä vatsaonteloon. Tällöin ennuste sikiölle on huono. (Eskola & Hytönen 2005, 241-242.)

Supistusheikkous kohdussa on tavallisempi synnytyskomplikaatio ensi- kuin uudelleensynnyttäjillä. Kohdun supistuheikkous aiheuttaa tehottomia supistuksia. Supistukset voivat tulla harvoin, tai ne tulevat heikkoina. Supistukset voivat olla myös lyhytkestoisia. Vaikka äiti kokee supistukset kivuliaina, ne eivät edistä synnytystä. Kohdun supistusheikkous voi jatkua myös jälkeisvaiheessa ja synnytyksen jälkeisenä kohdun velttoutena. Tämä voi johtaa runsaaseen verenvuotoon. Kohdun velttous aiheuttaa istukan irtoamista, joka puolestaan voi lisätä verenvuotoa. Runsas verenvuoto ja siihen liittyvä verenvuotoshokki voivat aiheuttaa hormonaalisia muutoksia, kuten maidon erittymisen loppumista ja kuukautisten poisjääntiä. (Eskola & Hytönen 2005, 242-243.)

Vakava synnytyskomplikaatio on pienten osien esiinluiskahdus. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sikiön käden tai napanuoran ennenaikaista esiinluiskahdusta. Napanuoran esiinluiskahdus voi aiheuttaa sikiölle vakavan happivajauksen. Kehonosan ulosluiskahdus saattaa aiheuttaa synnytyksen pysähtymistä synnytyskanavan ahautumisen takia, jolloin päädytään keisarileikkaukseen. (Eskola & Hytönen 2005, 244-245.)

Istukan ennenaikainen irtoaminen saattaa aiheuttaa synnyttäjälle voimakasta kipua tai verenvuotoa (Paananen ym. 2007, 212). Vuodon määrä voi vaihdella huomattavastikin. Verenvuodon jatkuessa alkaa myös äidin vointi heikentyä. Olemassa on myös oireettomia ja lieviä tapauksia, jolloin istukka voi irrota osittain, ja vuotanut veri jää istukan ja kohdun seinän väliin. (Duodecim 2016.)

3 VASTASYNTYNYT

3.1 Sikiön tarkkailu avautumisvaiheen aikana

Sikiön synnytyksenaikaisen tarkkailun tavoitteena on varmistaa, että sikiö voi hyvin synnytyksen aikana ja tällöin myös asianmukaisten toimenpiteiden avulla voidaan estää sikiön mahdollinen vahingoittuminen ja jopa sikiön kuolema. (Paananen ym. 2007, 238.)

Ensisijaisesti sikiön voinnista synnytyksen aikana kertoo sikiön sydämen syke, sen liikkeet ja lapsiveden väri. Sikiön liikkumiseen vaikuttaa raskauden kesto, lapsiveden määrä ja sikiön koko. Lapsiveden laatua tulee seurata synnytyksen aikana, normaali lapsivesi on väritöntä ja hajutonta. Sykkeestä seurataan sen tiheyttä ja säännöllisyyttä, voimakkuutta, sekä mahdollisia sivuääniä. (Paananen ym. 2007, 238, 239, 240.) Sikiön normaali sykkeen vaihteluväli on 110-160, ja se voi nopeutua myös sikiön liikkeessä (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 132).

3.2 Vastasyntyneen tarkkailu ja hoito

Välittömästi synnytyksen jälkeen vauvan kehossa tapahtuu paljon muutoksia. Ensimmäiseksi vauvan keuhkot tyhjentyvät lapsivedestä ja ne täyttyvät ilmalla. Ensimmäisen hengenvedon jälkeen istukkaverenkierto loppuu ja keuhkoverenkierto alkaa. Tavallisesti äiti saa vastasyntyneen lapsensa vatsalleen tai rinnoilleen välittömästi syntymän jälkeen, ellei lapsella ole kuntonsa puolesta hätää. Suomessa isä leikkaa napanuoran, ja myös isät saavat pitää vastasyntynyttä lähellään syntymän jälkeen. Tämä on tietenkin yksilöllistä ja tilannekohtaista vanhempien toiveet huomioiden. (Eskola & Hytönen 2005, 247-248.)

Vauvalle annetaan Apgarin pisteet (Kuvio 1) yhden ja viiden minuutin ikäisenä. Kun vauva on alle minuutin ikäinen, jos pisteet ovat alle seitsemän, annetaan pisteet uudelleen vielä kymmenen minuutin ikäisenä. (Paananen ym. 2007, 261).

I Sydänfrekvenssi	0= ei todettavaa sydämen toimintaa 1= Syke < 100/min 2= Syke > 100/min
II Hengitys	0= ei hengitä 1= hengitysyriä, itkee vaimeasti 2= voimakas itku
III Lihastonus	0= veltto 1= muutamia kouristuksia raajoissa 2= liikkuu aktiivisesti, raajat koukistettuina
IV Ärtävyys	0= ei reaktiota 1= irvistelee 2= yskii tai aivastelee
V Väri	0= sininen, kalpea 1= vartalo punakka, raajat siniset 2= kauttaaltaan punakka

Kuvio 1. Apgar pisteiden kohteet ja sisältö (Paananen ym. 2007, 261).

Vastasyntynyt identifioidaan ja vauvasta voidaan ottaa verinäytteitä esimerkiksi verikaasuanalyysin tekemiseksi. Napanuora katkaistaan vasta sen sykkeen loputtua. Vastasyntyneen kehonosat, kitalaki ja selkäranka tarkastetaan. Lopuksi mitataan vauvan pituus, paino ja päänympäryys. Hengitystä ja sykettä seurataan stetoskoopilla. (Eskola & Hytönen 2005, 249.) Vastasyntyneelle annetaan K-vitamiini pistos, joka edistää veren hyytymistä ja ehkäisee verenvuotoja (Toivanen, Iivanainen & Mietinen 2008).

Alustavien tutkimusten jälkeen vastasyntynyt kapaloidaan ja vauva pääsee äidin vierelle harjoittelemaan imemistä. Kahden tunnin kuluttua hyväkuntoiset äiti ja vauva siirtyvät osastolle jatkohoitoon. (Eskola & Hytönen 2005, 250.)

3.3 Äidin tarkkailu synnytyksen jälkeen

Synnytyksen jälkeisen kahden tunnin aikana tarkkaillaan erityisesti synnyttäjän elimistön palautumista, kuten kohdun supistumista, kontrolloidaan verenpainetta, pulssia ja lämpöä. Tätä vaihetta kutsutaan myös synnytyksen IV-vaiheeksi. (Paananen ym., 2007, 266-267.)

Kun kohtu on hyvin supistunut, tarjotaan synnyttäjälle ruokaa ja runsaasti nesteitä. Erytisen tärkeää on virtsaamisen huomiointi, koska synnytyksen jälkeen virtsaamisen tarvetta ei välttämättä tunne. Täysi rakko haittaa kohdun supistumista ja täten aiheuttaa vuotoa. Erytistä huomiota tulee tässä vaiheessa kiinnittää esi-imetyksen ohjaukseen. Samalla synnyttäjällä on mahdollisuus purkaa ensimmäisiä synnytykseen liittyviä kokemuksia ja käydä läpi itse synnytystapahtumaa. Synnyttäjä käy itse suihkussa, tai mikäli hän on siihen liian heikko, auttaa hoitaja häntä tarvittaessa vuodepesuissa. Syntymän hoidon IV-vaiheeseen kuuluu myös syntymätodistuksen allekirjoitus sekä tarvittavien dokumenttien täyttäminen. (Paananen ym., 2007, 267.)

3.4 Vauvamyönteisyys

Heti synnyttyään vauva on valmis vuorovaikutukseen ja hänen kehityksensä tapahtuu vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Vanhempien tehtävä on luoda avoin, vastavuoroinen ja turvallinen suhde lapsen kanssa. Vauva on herkkä vanhempien tunneilmaisulle ja hän hämmentyy helposti, mikäli tilanne on odotusten vastainen. Varhainen vuorovaikutus luo pohjan perusturvallisuudelle ja luottamukselle. Myöhemmin se on itsetunnon, minäkuvan ja empatiakyvyn perusta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 32-33.)

Synnytyksen jälkeen tarkkaillaan erityisesti äidin elimistön palautumista ja samalla tuetaan perheen varhaista vuorovaikutusta. Tässä vaiheessa korostuu perhekeskeisyys, turvallisuus, omatoimisuus ja jatkuvuus. Tämä synnytyksen jälkeinen vaihe mahdollistaa kokonaisvaltaisen kokemuksen purkamisen, synnytyksen läpikäymisen ja epäselvyyksien selvittämisen. Kätilön tulisi myös huomioida, milloin perhe tarvitsee aikaa olla rauhassa, ja sen, milloin äiti tarvitsee lepoa. Kuitenkin, ennen kuin äiti ja lapsi siirtyvät vuodeosastolle, on hyvä käydä läpi synnytyksen kulku, synnytyskokemus ja syntymän hoito. Tässä vaiheessa viimeistään tulisi selvittää mahdollisia epäselväksi jääneitä asioita. Synnytyksen hoitanut kätilö käy vielä tapaa-massa äitiä ja lasta ennen heidän kotiutumista. Tämän äiditkin ovat kokeneet erittäin tärkeänä. Muutaman päivän kuluttua synnytyksestä tunnekuohut ovat laantuneet ja asiat alkavat jäsentyä äitien mielissä. Tällöin on hyvä hetki vielä palauttaa tilanne

mieleen, ja kysyä mahdollisia mielen päälle epäselväksi jääneitä asioita. (Paananen ym. 2007, 267-268.)

Perhe voi pyytää myös neuvoja ja hoito-ohjeita synnytyksen hoitaneelta kätilöltä, koska tämä on usein se tuttu ja turvallinen henkilö, jolle voidaan puhua luottamuksellisesti. Vaikka keskustelu on tärkeää äidille, on se sitä myös synnytyksen hoitaneelle kätilölle. Kätilölle se on ainoa mahdollisuus saada tietoa omasta toiminnastaan synnytyksessä. Kätilön on hyvä kuulla myös äidin kokemus synnytyksestä. Usein tämä keskustelu jää kuitenkin käymättä lyhentyneiden osastolla oloaikojen vuoksi tai kätilön työvuorojen sopimattomuuden vuoksi. Palaute on hyväksi myös kätilön työn laadun varmistamiseksi. Näin kätilö voi samalla kehittää omaa toimintaansa, sekä kasvuansa ammattitaitoisemmaksi kätilöksi. (Paananen ym. 2007, 267-268.)

Jo synnytyssalissa vastasyntynyt nostetaan äidin rinnalle imemään maitoa. Tämä on todella herkkä hetki äidille ja vastasyntyneelle. Ihokontakti auttaa vauvaa myös säilyttämään ihanteellisen kehonlämpötilan. Usein jo ensimmäisen puolen tunnin aikana vauva liikuttelee käsiään ja jalkojaan, sekä tekee suullaan hamuamisliikettä. Näin lapsi ilmaisee imemisvalmiuttaan. Imemisrefleksi on yleensä hyvin intensiivinen syntymän jälkeen, joten vauvan on hyvä antaa tutustua rintaan rauhassa. Toisilla vastasyntyneillä imemisotteen opettelu vie kauemmin kuin toisilla. Parasta olisi, jos vauva saisi olla kaikessa rauhassa ihokontaktissa äidin kanssa syntymän jälkeen noin tunnin ajan. (Paananen ym. 2007, 306.)

Synnytyksen jälkeen käynnistyy maidon eritys, jota ovat valmistelleet äidin elimistössä jo raskauden aikana erittyneet hormonit. Ensimmäiseksi erittyvä ternimaito sisältää runsaasti vasta-aineita, valkuaisaineita ja vitamiineja. Se sisältää lisäksi aineita, jotka edistävät vastasyntyneellä ravintoaineiden imeytymistä ja suolen toimintaa. (Eskola & Hytönen 2005, 266-267.)

Maidon erittyminen tapahtuu, kun vauva imee. Tällöin äidin elimistössä tapahtuvien hormonimuutosten ja mekaanisten ärsykkeiden takia maidontuotanto käynnistyy. Ensimmäisen imetyksen tulisi tapahtua niin pian kuin mahdollista. Tämä vaikuttaa maidontuotannon alkamiseen, vastasyntyneen verensokeriarvoon ja äiti-lapsisuhteen kehittymiseen. Varhaisimetyksellä on merkitystä myös siinä, että se vähentää

äidin rintojen kipua ja turvotusta heti synnytyksen jälkeisinä päivinä. (Eskola & Hytönen 2005, 267- 278.)

Sairaalassa annettava imetysohjaus keskittyy hygieniaan, imetysasentoon, vauvan imurefleksin synnyttämiseen ja rintojen ihon hoitoon. Imetysohjaus voi keskittyä myös vauvan ravinnontarpeen arviointiin, sekä pulauttelujen ja vatsavaivojen ehkäisyyn. (Eskola & Hytönen 2005, 268-269.)

Tämänhetkisen ravintosuosituksen mukaan rintamaidon tulisi olla vauvan ainoa ravinto neljän- kuuden kuukauden ikään asti. Lisäksi tarvitaan vain D-vitamiinia. Mikäli vauva on täysin rintamaidolla, on rintamaidon suoja tauteja vastaan tehokkain, ja myös ravintoaineet imeytyvät parhaiten. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen suositusten mukaan imetystä tulisi jatkaa kuudenkin kuukauden jälkeen osittaisena imetyksenä aina ensimmäiseen ikävuoteen asti (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2016).

Imetys on vaivaton tapa ruokkia vauva, se on ilmaista ja aina mukana, sopivan lämpimänä. Imetys tuo vauvalle turvaa, läheisyyttä ja rakkautta. Se lohduttaa elämän kolhuissa sekä auttaa nukahtamaan. Imetyksestä on hyötyä myös äidille, imettäneillä naisilla on pienempi riski sairastua rintasyöpään, aikuistyyppin diabetekseen tai sydänsairauksiin. Imettäminen kuluttaa myös kaloreita ja auttaa raskauskilojen karsimisessa. (Imetyksen tuki ry 2016.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata synnytystä, synnytyksenaikaista ja sen jälkeisiä hoitotyön käytäntöjä erilaisessa ympäristössä ja kulttuurissa kuin omamme. Opinnäytetyön tavoitteena oli avata ugandalaisen synnytyksen hoitotyön käytänteitä suomalaisille sairaanhoitajaopiskelijoille ja hoitotyön edustajille. Tavoitteena oli luonnollisesti lisätä ugandalaisten hoitotyöntekijöiden tietämystä ja osaamista perustuen suomalaisiin hoitotyön suosituksiin, ja tätä kautta pyrkiä hyödyntämään löydettyä tietoa myös heidän työhönsä. Opinnäytetyö on suunnattu kaikille kehittyvissä maissa, ja eri kulttuureissa työskenteleville, sekä muille asiasta kiinnostuneille.

Tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Mitä olivat yhtäläisyydet ugandalaisen synnytyksenaikaisen ja -jälkeisen hoitotyön käytänteissä, verrattuna suomalaisiin hoitotyön suosituksiin.
2. Mitä olivat erot ugandalaisen synnytyksenaikaisen ja -jälkeisen hoitotyön käytänteiden, ja suomalaisten hoitotyön suositusten välillä.
3. Mitä yhtäläisyyksiä oli ugandalaisten ja suomalaisten vastasyntyneiden tutkimisessa ja hoidossa synnytyksen jälkeen.
4. Mitä eroja oli ugandalaisten ja suomalaisten vastasyntyneiden tutkimisessa ja hoidossa synnytyksen jälkeen.
5. Mitä yhtäläisyyksiä on ugandalaisten ja suomalaisten synnyttäjien tutkimisessa ja hoidossa ennen ja jälkeen synnytyksen.
6. Mitä eroja oli ugandalaisten ja suomalaisten synnyttäjien tutkimisessa ja hoidossa ennen ja jälkeen synnytyksen.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Havainnointi opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus valitaan usein silloin, kun ilmiötä ei entuudestaan tunneta. Tällöin teoriaa tutkittavasta asiasta ei ole riittävästi. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, eikä yleistäminen ole tavoitteena kuten määrällisessä tutkimuksessa. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii löytämään tietoa ilman tilastollisia menetelmiä tai määrällisiä keinoja. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää, kuvata ja antaa tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Kvalitatiivinen tutkimus ei ole suoraviivainen prosessi, siinä pyritään ymmärtämään syvällisemmin tutkittavaa ilmiötä. (Kananen 2014, 16,18.)

Yksi vanhimmista tutkimusmenetelmistä on havainnointi, ja sitä voidaan käyttää laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä. Kohteina havainnoinnille on usein yksilön käyttäytyminen ja toiminta, sekä yksilön toiminta ryhmässä. Tutkimusmenetelmänä havainnointi on aikaa vievä ja työläs. Kun ilmiöstä ei ole entuudestaan tietoa tai tiedon määrä on vähäistä, on havainnointi perusteltua. Myös yhteisen kielen puuttuminen voi estää haastattelut, jolloin havainnointi jää ainoaksi tutkimusmenetelmävaihtoehdoksi. Havainnointi on monipuolinen tiedonkeruumenetelmä silloin, kun ilmiö on havainnoitavissa. (Kananen 2014, 65.) Teoriaa ugandalaisista hoitotyön suosituksista ei löytynyt, joten opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui havainnointitutkimus. Ugandassa paikan päällä havainnoitiin synnytyksenaikaisia ja – jälkeisiä hoitotyön käytänteitä. Havainnointi valittiin tutkimusmenetelmäksi myös siitä syystä, että havainnointi oli helppoa suorittaa työharjoittelun ohessa.

Havainnointitapoja on useita. Tarkkailevassa havainnoinnissa tutkija ei osallistu toimintaan, vaan toimii ulkopuolisena tarkkailijana. Tällainen havainnointitapa soveltuu parhaiten tilanteisiin, joissa tutkitaan ihmisten suhtautumista ympäristöönsä, ja sitä miten he käyttävät ja hallitsevat tilaa ympärillään. (Vilka 2006, 43.) Piilohavainnoinnissa tutkija osallistuu kohteen elämään, mutta ei osallistu tutkimuskohteen tapahtumien kulkuun. Tutkittavat eivät tiedä, että tutkijan osallistuminen on osa tutkimusta. Tutkijan on muistettava pysyä ulkopuolisena kaikissa tilanteissa, missä hän

voisi vaikuttaa tilanteiden kulkuun. Piilohavainnoinnissa tutkija voi osallistua toimintaan, jos se on ensisijaista. Näin tapahtuu, kun tutkija havainnoi omaa työyhteisöään tai harrastustaan. Tällöin hänen ei tarvitse enää soluttautua joukkoon. Piilohavainnointi on eettisesti ongelmallinen menetelmä, koska se saattaa ylittää ihmisen vapauteen liittyviä oikeuksia. (Vilka 2006, 53-54.) Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija toimii yhteisön mukana ja pyrkii pääsemään jäseneksi yhteisöön. Tällöin tutkija elää ilmiön kanssa tehden havainnoiteja. (Kananen 2014, 65-66.) Osallistuvassa havainnoinnissa on usein ennalta suunniteltu, sekä ennalta valittu teoreettinen näkökulma. Tämä menetelmä edellyttää tutkijan pääsyä sisään yhteisöön. Näin tavoitetaan tutkittavien luottamus. (Vilka 2006, 44-45.)

Aineistoa kerättiin havainnointitutkimuksen menetelmin Ugandassa. Kerättyä havainnointiaineistoa verrattiin suomalaisiin hoitotyön suosituksiin. Paikan päällä havainnot kerätessä tarvittiin kaikkia aisteja ja havainnointi oli osa päivittäistä arkielämää. Havainnointitutkimus ei oleellisesti eroa arkielämän ja tieteellisen havainnoinnin välillä (Valli & Aaltola 2015, 146). Ympäristön, ilmiöiden ja tapahtumien havainnointi oli tärkeä osa havaintojen keruuta. Havainnoimalla pystyttiin näkemään asiat oikeissa yhteyksissään ja havainnointi oli luonnollista, se tapahtui ikään kuin itseksensä. Kaikkia päivän mittaan havainnoituja asioita pystyttiin hyödyntämään tämän opinnäytetyön tekemisessä. Havainnointikriteerit nousivat esiin tämän työn teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja tutkimuskysymyksistä.

5.2 Opinnäytetyön kohderyhmä ja aineiston keruu

Havainnoinnin kohteina olivat synnytyksiä hoitavat kätilöt ja sairaanhoitajat sekä synnyttävät äidit Ugandassa maaseudun terveysasemalla. Edelleen havainnoitiin kaikkia hoitotyön käytänteitä ja keinoja ennen ja jälkeen synnytyksen. Tutkimuksen havainnointi tapahtui vuonna 2016 syys- lokakuussa kolmen viikon ajanjaksolla. Havainnot kerättiin työpäivän aikana kirjaamalla lyhyesti pääkohdat vihkoon. Työpäivän päätteeksi asiat saneltiin sanelukoneelle. Koska työpäivän aikana ei haluttu häiritä liikaa huomiota vihkoon kirjaamisella, oli havaintojen merkitseminen työpäivän aikana toisinaan haastavaa. Lisäksi ajoittainen kiire häiritsi muistiinpanojen tallentamista, koska samalla havainnoitiin, ja osallistuttiin päivittäiseen hoitotyöhön.

Havainnoijia oli kaksi, tämä auttoi muistamaan kiireisen työpäivän päätteeksi asioita, joita hoitotyössä kohdattiin. Näin saatiin laajempi käsitys päivän tapahtumista. Kaikkia kättilöitä joiden kanssa työskenneltiin, sekä synnyttäviä äitejä havainnoitiin. Ketään ei valittu tietyn perusteiden. Sanelukoneen asiasisältö purettiin Suomessa tietokoneelle. Tiedostoista valittiin tärkeimmät asiat, joita haluttiin käyttää tutkimuksessa. Materiaalia kertyi kolme sivua.

5.3 Opinnäytetyön analyysimenetelmän kuvaus

Havainnoimalla kerätty aineisto ei itsessään anna vastausta kysymykseen mitä ollaan tutkimassa, eli toisin sanoen tutkimusaineisto ei suoraan ole vastaus tutkimusongelmaan, vaan se on materiaalia, josta tehdään tutkimusta. Tutkimusaineiston perusteella voidaan kuvailla sitä mitä ihmiset sanoivat, tekivät, kirjoittivat tai kuvasivat. Analysointi tarkoittaa havaintojen ryhmittelyä ja yhdistämistä, jonka jälkeen voidaan tehdä tulkintaa. (Vilkkä 2006, 81.) Laadullisen aineistonanalyysin tarkoitus on tuottaa tietoa tutkittavasta aineistosta ja luoda hajanaisesta aineistosta selkeää sekä mielekästä (Eskola & Suoranta 1998, 137).

Tutkimuksen sisällönanalyysi voidaan toteuttaa kahdella tapaa, joko teorialähtöisesti tai aineistolähtöisesti. Molemmista tavoista aineistoa tarkastellaan sen perusteella, mikä on tutkimuksen kannalta olennaista. Tutkimuksen olennaisuuden määrittelee työn teoreettinen viitekehys ja kysymystenasettelu. (Vilkkä 2006, 82.) Opinnäytetyössämme analyysinä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Deduktiivinen sisällönanalyysi eli teorialähtöinen kuvaa tulkintaa tutkimuksessa käytetystä päätetyn logiikasta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95, 97.) Analyysi toteutettiin vertaamalla havaintojen perusteella tehtyjä muistiinpanoja tutkimustehtäviin. Havainnointivaiheessa voitiin jo keskittyä synnytyshoitotyön eri osa-alueisiin, koska työn teoreettinen viitekehys oli tehty jo Suomessa. Tällöin tiedettiin mihin asioihin kannattaa kiinnittää huomioita. Vertaamisen jälkeen aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia verrattuna työn teoreettisen viitekehysten aineistoon. Tavoitteena oli tiivistetyn kuvauksen luominen tuloksien yhteenvedosta.

5.4 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka tarkastelee tutkimuksen suorittamisen eri vaiheissa esiin nousseita kysymyksiä tai asioita, jotka liittyvät tutkittavaan kohteeseen. Tutkimusetiikka pyrkii löytämään vastauksia eettisiin ongelmiin, kuten kuka omistaa tutkimustulokset. Tutkimustulosten vääristely on yhtä luvatonta kuin plagiointi. Se on myös moraalisesti tuomittavaa. Tutkimusetiikan periaatteet ovat ihmiselämän, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tutkimusetiikan periaatteita ovat hoitamisen hyödyn maksimoimisen, sekä oikeudenmukaisuuden periaatteet. (Louhiala & Launis 2009, 200, 203-204.)

Havainnointia tehtäessä on muistettava siihen liittyvät eettiset ongelmat ja mietittävä onko niillä ja vakoilulla eroa. Joskus tutkijan on toimittava salaa, jolloin hän ei kerro tutkittaville havainnoimisestaan. Eettiset kysymykset korostuvat, kun tutkittavat eivät tiedä olevansa havainnoinnin kohteena. Tutkimus sisältää aina lukuisia päätöksiä ja tällöin tutkijan etiikka voi joutua koetukselle. Eettisiin tutkimusongelmiin on listattu tutkimuslupaan liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston keruuseen liittyvät ongelmat, tutkimuskohteen hyväksikäyttö ja osallistumiseen liittyvät ongelmat, sekä tutkimuksesta tiedottaminen. (Eskola & Suoranta 1996, 54, 76-78.) Tutkijan on myös tiedostettava oma vaikuttavuutensa tutkittavaan asiaan. Hyvä tieteellinen tapa edellyttää tutkittavan suostumusta havainnointiin. (Vilkkä 2006, 57.)

Tutkimus on inhimillistä ja arvoperustaista toimintaa, jolla pyritään löytämään totuus tieteellisesti hyväksytyillä keinoilla. Tutkimuksissa, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja tietolähteenä käytetään ihmistä, on eettisten ratkaisujen merkitys hyvin keskeistä. Tutkimusaineistoa kerätessä on muistettava huomioida tutkittavien ihmisten oikeudet ja kohtelu. Tutkittavia tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkittaville on myös taattava, ettei heidän henkilötietojaan paljasteta. Ilman hoitotieteellistä tutkimusta olisi vaikea kehittää hoitotyötä, koulutusta tai hallintoa. Hoitohenkilökunnalle on suotavaa olla tietolähteenä, mutta kaikilla on oikeus itse päättää omasta osallistumisestaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 361, 367,368.)

Tutkimuksissa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta erilaisilla mittaus- ja tutkintavoilla. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja validius tarkoittaa kykyä mitata juuri sitä, mitä mitataankin. Reliaabelius voidaan todeta esimerkiksi siten, että kaksi arvioijaa päätyy samankaltaiseen tulokseen tai kahdella eri tutkimuskeralla saadaan sama tulos. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yllämainitut mittarit ovat saaneet erilaisia tulkintoja, joten niitä pyritään välttämään. Kuitenkin kaikissa tutkimuksissa luotettavuutta tulisi arvioida jollain tapaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on oleellista kuvata tarkasti, miten tutkijat ovat päätyneet tiettyihin tuloksiin. Tärkeää on myös kuvata sitä, mitä he ovat tutkimuksessa tehneet. Ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien tarkat kuvaukset. Kuvauksen, selitysten ja tulkintojen on sovittava yhteen, tämä merkitsee validiutta. Havainnointitutkimuksessa paikat ja olosuhteet, joissa aineisto kerättiin, kerrotaan selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 226-227.)

Terveysaseman johtavalta lääkäriltä pyydettiin suullinen lupa havainnoida äitiyösoston työntekijöitä ja potilaita, sekä toimintaa osastolla. Erikseen lupia havainnointiin ei pyydetty työvuorossa olleilta kättilöiltä. Näin toimittaessa toivottiin saatavan mahdollisimman realistinen kuva synnytyksenaikaisista hoitotyön käytänteistä. Työntekijöille kuitenkin kerrottiin opinnäytetyöstä ja siitä, että harjoittelun aikana kerättyjä havaintoja käytetään opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä sekä työntekijät, että terveysasema pysyvät nimettöminä. Heitä ei voi työstä tunnistaa. Näin työntekijöiden anonymiteettiä kunnioitettiin.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Opinnäytetyön tutkimustulosten tarkastelu

Alla olevassa kuviossa 2, avataan tarkemmin, millaisia eroja ugandalaisien hoitokäytänteiden ja suomalaisten hoitotyön suositusten välillä ilmeni. Mukana on myös synnytyksen jälkeistä hoitotyön havainnointia terveysasemalla. Havainnot on ryhmitelty karkeasti kahdeksaan eri vaiheeseen, jotka kuvasivat hyvin ugandalaisia synnytushoitotyön käytänteitä terveysasemalla.

	Samanlaisuuksia	Erot	Kehityskohteita
Synnytyksen käynnistyminen ja avautumisvaihe		<ul style="list-style-type: none"> - synnyttävät äidit tulivat hyvin myöhäisessä vaiheessa synnytysosastolle - ei kipulääkkeitä eikä vaihtoehtoista kivunlievitystä käytössä - synnytyksen etenemistä ei seurattu systemaattisesti 	<ul style="list-style-type: none"> - odottavien äitien ohjaaminen ja opastaminen milloin tulisi lähteä sairaalaan -vaihtoehtoisen kivunlievityksen käyttöönotto. Hieronta, asentohoito, hengitysharjoitukset, kannustus. Kivulääkkeiden käyttö -synnytyksen edistymisen systemaattisempi tarkkailu käytäntöön

	Samantlaisuuksia	Erot	Kehityskohteita
Synnyttäjän tarkkailu avautumisvaiheen aikana	- selällään makautumisen välttäminen vena cava superior-syndrooman välttämiseksi	- synnyttäjän peruselintoimintoja ei mitattu lainkaan - synnyttäjän hygieniasta, ravinnon- ja nesteiden saannista sekä kaikista perustarpeista huolehti tukihenkilö - supistusten mittaaminen (voimakkuus, kesto, tiheys, synnyttäjän kivuliaisuus) - synnyttäjän rohkaisu ja kannustaminen	- verenpaine- ja kuumemittarien hankinta - synnyttäjän perustarpeista huolehtimisen siirtäminen kättilöille - synnyttäjän kokonaisvaltaisempi tarkkailu - synnyttäjän rohkaisu ja kannustaminen kättilöiden taholta
Sikiön tarkkailu avautumisvaiheen aikana		- sikiön liikkeiden, sydämen sykkeen ja lapsiveden värin tarkkailua	- kiinnitetään huomiota sikiön tarkkailuun avautumisvaiheen aikana

	Samanaikaisia	Erot	Kehityskohteita
Ponnistusvaihe	<ul style="list-style-type: none"> - välilihasta tuke- minen sikiön pään syntyessä - pään synnyttyä tarkastettiin, ettei napanuora ole si- kiön kaulan ympä- rillä -kohtua supista- van lääkkeen käyttö 	<ul style="list-style-type: none"> -hyvän ponnistus- asennon löytymi- nen - tukihenkilön tar- joama tuki - kohdunpohjasta painaminen - kättilön käsien asento vauvan vartalolla tämän syntyessä - episiotomioita tehtiin usein tar- peettomasti ja tur- haan - episiotomian te- keminen epähy- gieenisesti ja puu- duttamatta - kiire ponnistus- vaiheen hoito- työssä, joka johti usein kohdun- päältä painami- seen tai runsaan oksitosiinin anta- miseen synnyttä- jälle 	<ul style="list-style-type: none"> - ponnistusasen- non vaihto, mikäli ponnistus ei ole te- hokasta ja tuota tulosta - tukihenkilön kan- nustaminen syn- nyttäjän tukemi- seen - kohdunpohjasta painamisen välttä- minen - episiotomian te- kemiselle selkeät perusteet

	Samanlaisuuksia	Erot	Kehityskohteita
Vastasyntyneen tarkkailu ja hoito	<ul style="list-style-type: none"> - vauvan punnitus -vauvan syntymäajan ylös kirjaaminen - k-vitamiini pistos - napanuora katkaistaan vasta sen sykkeen loputtua 	<ul style="list-style-type: none"> -päänympärystä eikä pituutta mitattu - vauva jätettiin yksin hoitopöydälle pitkiksikin ajoiksi, ennen kuin pääsi äidin läheisyyteen - vastasyntyneen ruumiinosia ei tarkasteta - vastasyntyntä ei identifioitu - vastasyntyneestä ei oteta verinäytteitä, eikä muita näytteitä 	<ul style="list-style-type: none"> - vastasyntyneen ruumiinosien, kitalaen ja selkärangan tarkastaminen - vastasyntyneen tarkkailun ja hoidon periaatteiden linjaaminen
Vauvamyönteisyys		<ul style="list-style-type: none"> - puuttuu kokonaan äidin elimistön palautumisen tarkkailu, perhekeskeytyksen tukeminen, kokonaisvaltaisen kokemuksen purkaminen ja synnytyksen läpikäyminen - äidin omahoidon ja vauvan hoito-ohjeiden, neuvonnan ja ohjeistuksen puuttuminen - isät ei mukana synnytystapahtumassa 	<ul style="list-style-type: none"> - kättilöille koulutusta vauvamyönteisyydestä - isiä aktivoidaan synnytykseen mukaan
Apgar-pisteet	<ul style="list-style-type: none"> - apgar pisteiden muodostuminen 	<ul style="list-style-type: none"> - apgar-pisteet annettiin vain kerran, suomessa annetaan yhden ja viiden minuutin ikäisenä 	<ul style="list-style-type: none"> -tarkkuus pisteytyksessä ja todenmukaisuus

	Samanlaisuuksia	Erot	Kehityskohteita
Ihokontakti ja imetys	- vastasyntynyt nostetaan äidin rinnalle	- vastasyntynyt saa olla äidin ihokontaktissa vain lyhyen hetken - ensi-imetys saattaa tapahtua vasta tunninkin kuluttua syntymästä	- Tiedon lisääminen vastasyntyneen ja äidin hyvinvoinnin merkitykselle - imetysohjauksen antaminen

Kuvio 2. Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.

Harjoittelupaikassa pienellä terveysasemalla Ugandassa, nähtiin todella kirjavaa hoitotyön käytäntöjä synnytyksen eri vaiheissa. Huono hygieniataso ja hoitotarvikkeiden puute loivat kaikille työntekijöille samat olosuhteet, mutta myös hoitohenkilökunnan kesken vaikutti olevan hyvin monenlaisia tapoja toimia. Lisäksi myös afrikkalainen kulttuuri vaikutti osaltaan siihen, kuinka työt tehtiin, ja miten synnyttäviä äitejä kohdeltiin.

Terveysasema sijaitsi pienellä maalaispaikkakunnalla Ugandassa ja se oli valtion ylläpitämä. Terveysasema koostui pienistä yksiköistä, joita olivat leikkaussali, synnytysosasto, vuodeosastot, laboratorio, päivystysvastaanotto, HIV-keskus ja neuvola. Terveysasemalla työskenteli koulutettuja lääkäreitä, klinikoita, sairaanhoitajia ja kättilöitä. Lisäksi asemalla työskenteli harjoittelijoita, jotka opiskelivat kättilöiksi, sairaanhoitajiksi tai klinikoiksi.

Synnytyksen aikana huomiota kiinnitettiin hygienian toteutumiseen ja virheellisiin käytäntöihin kättilöiden avustaessa naisia synnytyksessä. Välineiden puuttuminen, ja henkilökunnan ammattitaidottomuus sekä kulttuurilliset seikat näkyivät joskus useana epämiellyttävänäkin tapahtumana synnytyksien aikana. Viimeisenä analysoidaan erilaisia komplikaatioita, joita terveysasemalla havaittiin. Osa komplikaatioista johti vielä syntymättömien lasten menehtymiseen, osa synnyttävän äidin pahoihinkin vaurioihin. Toiset komplikaatioista olisivat olleet estettävissä henkilökunnan toimilla, ja toiset kunnon välineillä. Joukkoon mahtui vielä lukuisia tapahtumia,

joissa ainoastaan mukana ollut onni saattoi pelastaa äidin ja lapsen hengen. Analyysiin on myös sisällytetty keskustelujen kautta saatuja tietoja, joita käytiin henkilökunnan kanssa työskentelyolosuhteista ja myös kulttuurillisista näkökulmista.

6.1.1 Synnytyksen alkaessa

Verrattuna suomalaisiin hoitotyön suosituksiin tulivat Ugandassa äidit terveystasomalle hyvin myöhäisessä vaiheessa synnytyksen alkamisesta. Useimmiten synnytys kokonaisuudessaan oli hyvin nopea toimenpide, ja tavallisesti äidin ja vauvan kotiutus tapahtui jo alle vuorokauden kuluttua synnytyksestä. Tämä riippui myös siitä, kuinka ahdasta osastolla oli. Osastolle tullessa joillakin äideillä synnytys oli jo ehtinyt hyvinkin pitkälle. Koska enemmistöllä naisista oli jo aiempia synnytyksiä takana, kaikki tapahtui yleensä hyvin nopeasti. Mikäli äiti oli ensisynnyttäjä, hän oli usein hyvin nuori. Jopa 16-vuotiaita nähtiin synnyttämässä.

Useimmiten synnyttävät äidit tuotiin paikan päälle Bodabodalla, joka on yleinen kulkuneuvo Ugandassa. Bodaboda on kevytmoottoripyörä, jolla matkustetaan ilman kypärää. Toisinaan kyydissä saattoi olla jopa neljäkin henkilöä. Äidin tullessa synnyttämään hänellä oli mukanaan tukihenkilö. Tukihenkilönä oli vain harvoin lapsen isä, vaikka isä saattoi kyyditä äidin ja tukihenkilön osastolle. Koko kolmen viikon harjoittelun aikana nähtiin yksi ainoa isä äidin tukena synnytyksessä. Ugandassa tehdään nyt työtä isien aktivoimiseen naisen raskaudessa ja synnytyksessä mukana olemiseen. Neuvolassa lapsen isän ollessa mukana tarkastuksissa, perhe pääsi jonon ohitse vastaanotolle.

Äidin saavuttua synnyttämään hän sai vuodepaikan, jos sellainen oli vapaana. Jos vuodepaikkoja ei ollut vapaana, hän makaili lattialla ohuen maton päällä ulkona tai sisällä. Monet äidit kävelivät ympäri osastoa ja osaston piha-alueita. Kävelyn ja liikumisen koettiin helpottavan kipua. Perinteiseen afrikkalaiseen tapaan naiset eivät synnyttäessään käytä kivunlievitykseen lääkkeitä, koska kulttuuriin kuuluu kivun näyttämisen kieltäminen. Tosin lääkkeellistä kivunlievitystä ei olisi ollut terveystaseman puolesta tarjollakaan. Köyhyys myös esti lääkkeiden ostamisen apteekista ja usein myös apteekkien myymät lääkkeet saattoivat olla lääkevääreännöksiä. Toisinaan äidit olivat käyttäneet synnytyksen alkaessa kivunlievitykseen tuntemattomia

yrttejä. Perinteisiä kipulääkkeitä, joita länsimaissa käytetään synnytyskipujen lievittämiseen ei edes ollut tarjolla tällä pienellä terveysasemalla.

Kivunlievityksen puuttuminen koettiin havainnoitsijoiden taholta turhauttavana ja surullisena asiana. Osastolla törmättiin muutamaaan synnyttäjään, jotka olivat pujotta neet hakaneulan hiuksiinsa kipua lievittämään. Ugandassa maaseudulla on edelleen väestön joukossa taikauskoa ja paljon vaihtoehtoista lääkintää käytössä. Kätilöt kertoivatkin, että toisinaan synnyttäjät ennen synnytystä olivat saattaneet ottaa yrttejä kivunlievitystarkoituksissa. Synnytyksen aikana yrtit saattoivat yllättäen romahduttaa synnyttäjän tilaa, tai vaikuttaa muuten epäsuotuisasti synnyttäjän vointiin. Hoitohenkilökunnalla ei välttämättä ollut mitään tietoa siitä, mitä yrttejä synnyttäjä oli ottanut. Hoitaminen tällaisessa tilanteessa oli suorastaan epätoivoista. Kätilöt kertoivat myös, että synnyttäjiä oli jopa menehtynyt näihin omiin yrttiseoksiin.

Synnytyksen ensimmäisessä vaiheessa hoitajan tehtävänä on erityisesti synnytyskipujen hoito ja lievitys, synnytyksen edistymisen tarkkailu ja sikiön voinnin seuranta (Paananen ym. 2007, 236). Kivunlievitykseen ei harjoittelupaikassa ollut muuta mahdollisuutta kuin lääkkeetön kivunlievitys, jota ei kuitenkaan kätilöiden eikä hoitohenkilökunnan taholta toteutettu. Muutaman synnyttäjän kohdalla kokeilimme hierontaa synnyttäjän alaselkää, pidimme kädestä kiinni, kannustimme ja tuimme synnyttäjää henkisesti. Nämä äidit ottivat tämän huomioimisen kiitollisuudella vastaan ja monesti jopa pyysivät hierontaa lisää. On tutkittu, että synnyttäjä kaipaa kätilöltä erityisesti läsnäoloa, empatiaa ja apua (Paananen ym. 2007, 236). Synnyttäjän henkiseen tukemiseen olisi myös jokainen kätilö terveysasemalla pystynyt. Ajoittain kiire esti synnyttäjien tukemisen, mutta kätilöllä oli aikaa tiuskia synnyttäjille ja jopa läpsiä näitä. Havaintojen mukaan äidit olisivat toivoneet kivunlievitystä, kannustamista, sekä kokonaisvaltaisempaa huomioimista. Ja koska äidit ottivat yrttejä kipua lievittämään, kertoo se siitä, että synnyttäjät ilmeisesti kärsivät synnytyskipuista. On tutkittu, että synnyttäjän emotionaalinen ja tiedollinen tukeminen, fyysinen apu, sekä synnyttäjän puolustaminen ja jatkuva tukeminen ovat yhteydessä tavallista lyhyempään synnytyksen keston. Samoin vähäisempään farmakologiseen kivunlievitykseen ja vähäisempiin operatiivisiin alatiesynnytyksiin. (Paananen ym. 2007, 236.)

Ensimmäinen asia, josta muutos voisi alkaa, olisi synnytyskipujen hoito. Koska tiedetään, että voimakas kipu on haitallista sikiölle ja äidille, voidaan synnytyskipujen

hoitoa perustella myös lääketieteellisesti. Unohtaa ei sovi myöskään inhimillistä näkökulmaa. (Paananen ym. 2007, 246.) Vaikka terveysasemalla olosuhteet olivat mitä olivat, olisi hoitohenkilökunnalle jäänyt vielä monia keinoja lievittää synnyttäjien kipua. Paananen ym. (2007, 246-247) korostaa useita keinoja, joilla hoitaja voisi lievittää synnyttäjän kipuja ilman lääkityksiä tai erityistarvikkeita. Näitä keinoja ovat esimerkiksi myönteisen hoitosuhteen luominen, tiedon antaminen ja asentohoito, samoin liikkuminen, hengitysharjoitukset, hieronta ja synnyttäjän perustarpeista huolehtiminen.

Usein synnyttäjän tukihenkilönä toimi tämän oma äiti, toisinaan myös sisko tai ystävätär. Synnyttäjän tukihenkilön tehtävänä oli synnytysosastolla käydä raportoidessa kätilöille äidin voinnista synnytyksen edetessä. Lisäksi hän avusti synnyttäjää kaikissa hänen toimissaan ja tarpeissaan. Myös ruuan ja juoman hankkiminen, sekä tarjoileminen oli tukihenkilön tehtävä. Synnyttäjät joivat usein kuumaa teetä, johon oli sekoitettu sokeria ja yrtejä. Tee saattoi auttaa jonkin verran synnytyskipuihin, ja samalla synnyttäjää sai sokeripitoisesta juomasta energiaa. Kätilöt eivät avustaneet synnyttäjää missään toimissa, ainoastaan varsinaisessa ponnistusvaiheessa kätilöt auttoivat synnyttäjää.

Synnyttäjän tullessa synnyttämään, kätilöt katsoivat hänen äitiyskorttinsa ja tekivät siihen mahdollisia merkintöjä. Usein äitiyskortti täytettiin kuitenkin vasta synnytyksen jälkeen. Mikäli synnyttäjän tullessa osastolle tilanne vaikutti tarvitsevan nopeaa toimintaa, otti kätilö äidin tutkittavaksi heti. Jos tilanne oli vakaa, äitiä kehoitettiin valitsemaan itselleen paikka jossa odotella. Tukihenkilön tehtävänä oli tulla kertomaan kätilölle, kun apua tarvittaisiin. Käytännössä tukihenkilöt kutsuivat kätilön apuun kohdun suun ollessa auennut 8-10 senttimetriin ja varsinainen ponnistusvaihe oli jo lähellä. Usein, vaikka synnyttäjät suorastaan anelivat kätilöltä apua, eivät kätilöt kiinnittäneet mitään huomiota tähän. Toisinaan näimme jopa kätilöiden nauravan kivuissaan oleville synnyttäjille. Vaikka synnyttäjät olivat jo synnytyksen alkuvaiheessa lopen uupuneita, joutuivat he kävelemään itse osaston ja synnytyssalin väliä. Samoin he joutuivat kiipeämään portaita, käymään ulkovovessassa tai vadilla tarpeillaan ja tietenkin odottamaan vuoroaan, mikäli salissa oli jonoa. Käytännössä asemalla ei ollut yhtään apuvälinettä, joilla olisi voinut helpottaa synnyttäjien oloa tai liikkumista.

Synnytyksen edistymisen seuranta oli täysin synnyttäjän ja tukihenkilön arvailujen varassa. Kätilöt eivät aktiivisesti seuranneet äidin synnytyksen etenemistä. Mikäli sikiölle tuli vaaratilanne, se huomattiin usein liian myöhään. Kätilöt vaikuttivat usein vihaisilta ja töykeiltä, mikäli synnyttäjien tukihenkilö tuli kertomaan jotain synnyttäjän vointiin liittyvää. Hoitohenkilökunta vietti paljon aikaa matkapuhelinten ääressä ja keskenään keskustellen. Kukaan ei vahtinut, miten työaikaa käytettiin. Töihin myös tultiin kun ehdittiin, ja sieltä lähdettiin kuinka sattui. Osastolla vallitsi usein kiire, mutta myös hiljaisina aikoina kätilöt ja hoitohenkilökunta viettivät aikaa mieluummin keskenään kuin potilaiden kanssa.

6.1.2 Ponnistusvaiheen aikana

Kun synnyttäjä koki tarvetta ponnistamiselle, tuli synnyttäjän tukihenkilö ilmoittamaan tästä kätilölle. Tässä vaiheessa synnyttäjä ohjattiin synnytyssängylle synnytyssalin puolelle. Sänkyä salissa oli kaksi. Toinen synnytyssängyistä oli vanha hammaslääkärin tuoli. Sängyt olivat ruosteisia, pehmusteet olivat rikki, eikä mitään säätöjä ollut käytettävissä. Tässä vaiheessa viimeistään teki kätilö synnyttäjälle sisäutkimuksen. Mikäli äiti oli valmis ponnistamaan, se aloitettiin heti. Joskus jos aikaa oli enemmän, kätilö kuunteli vauvan sydänääniä torven muotoisella laitteella vatsanpeitteiden päältä.

Synnyttäjän on hyvä etsiä sopiva ponnistusasento, jota voidaan tarvittaessa muuttaa vielä ensimmäisten ponnistusten jälkeen (Paananen ym. 2007, 254). Havainnointipaikassa synnyttäjä ponnisti aina selällään maaten. Ponnistusvaiheessa viimeistään tulisi myös huomioida tukihenkilön osuus. Havaintojen mukaan tukihenkilö tyytyi usein katsomaan sivusta ponnistusvaihetta. Osa tukihenkilöistä siirtyi osaston puolelle odottamaan, osa istuskeli jakkaralla salin puolella. Tukihenkilön tärkeänä tehtävä on synnyttäjän tukeminen hartioista, tai pään alta, synnyttäjän ollessa kylki- tai puoli-istuvassa asennossa. (Paananen ym. 2007, 254). Terveysasemalla toinen synnytyssängyistä oli aivan kiinni seinän vieressä. Sängynpäät ja toinen laita olivat seinään päin. Tällöin tukihenkilölle ei luonnollisestikaan jäänyt paikkaa, josta olisi voinut tukea synnyttäjää. Lisäksi sängyt olivat korkealla. Kätilö seisojaisella jakka-

ralla synnyttäjän oikealla puolella. Sängyn jalkopäässä olivat isot roska-astiat. Toisessa synnytyssängyssä pääsivät kätilöt molemmille puolille sänkyä. Pääpuolella olleet isot kaapit ja jalkopäässä oleva vesipiste estivät kuitenkin pääsyn sängyn pätyihin. Käytännössä tila oli tälläkin puolen niin ahdas, ettei tukihenkilö edes mahtunut synnyttäjää tukemaan mihinkään nurkkaan.

Synnytyssalissa sängyt oli erotettu toisistaan väliverholla. Koska huoneessa oli kuuma, eikä ilmastointia ollut, pidettiin ovia auki. Toinen ovi johti osaston puolelle ja toinen ulos. Intimiteettisuoja ei ollut. Kuka tahansa ulkona olevista tai osastolla olevista ihmisistä saattoivat nähdä synnyttävän äidin. Tavatonta ei ollut, että synnyttäjiä oli molemmissa sängyissä yhtä aikaa. Koska verho sänkyjen välissä hättösi kätilöiden työtä, se oli usein siirretty syrjään. Kerran kolmen viikon ajanjaksolla verho pestiin, ja tämän vuoksi se oli pois käytöstä kokonaan.

Kätilöillä ja muulla hoitohenkilökunnalla oli yhdet työvaatteet, joita he pitivät koko päivän. Työvaatteiden pesuvälistä ei kysytty. Pestäviä tai kertakäyttöisiä essuja ei ollut käytössä. Hoitohenkilökunnalla oli paljaat jalat ja jalkineina sandaalit. Käsisidesiä ei ollut käytössä. Usein myös vesi oli poikki, samoin sähköt.

Synnyttävän äidin oli tuotava mukanaan synnytyslaitokselle tarvikepaketti isossa matalareunaisessa vadissa. Tarvikepaketin tuli sisältää ison rullan pumpulivanua, kanyylin, kahdet steriilit käsineet, kaksi ruiskua ja infuusioletkuston. Mukanaan synnyttäjä toi myös ison muovin synnytyssänkyyn synnyttäjän alle laitettavaksi, ja kapaloititarpeet vauvalle. Isoa vatia käytettiin myös vessana, mikäli synnyttäjä oli liian heikko jaksakseen kävellä yleiseen vessaan. Yleinen vessa sijaitsi ulkona parinsadan metrin päässä salista ja osastosta. Ponnistusvaiheen alkaessa kätilö puki ylleen kahdet steriilit käsineet päällekkäin, ja otti valmiiksi rullasta palan vanua. Hoitajat yrittivät pitää käsineitä steriileinä seisomalla kädet ylöspäin ja koskematta mihinkään, kuitenkin he saattoivat vastata puhelimeen näillä steriileillä käsineillään. Arvoitukseksi meille jäi steriilisyyden merkitys tässä kohtaa. Vanua käytettiin tukevamman otteen saamiseksi välilihasta. Näin ollen siitä oli helpompi pitää kiinni ponnistusvaiheen aikana.

"Kohdunpohjasta painaminen synnytyksen II vaiheessa on käytäntö, jolla pyritään nopeuttamaan ponnistusvaihetta. WHO luokittelee tämän toimenpiteeksi, johon on syytä suhtautua erityisellä varovaisuudella,

koska tällä saatetaan vahingoittaa synnyttäjän sisäelimiä (pernaa tai maksaa). Painaminen kohdunpohjasta on synnyttäjälle epämiellyttävää, ja on myös olemassa epäilyksiä sen haitallisuudesta kohdulle, välilihalle ja sikiölle, vaikka tutkimustietoa tästä ei olekaan saatavilla." (Paananen ym. 2007, 255.)

Pitkän ja kivuliaan avautumisvaiheen jälkeen monet synnyttäjät olivat todella väsyneitä, ja ponnistusvaiheessa voimat yksinkertaisesti loppuivat. Kätilöt tällöin auttoivat synnyttäjiä vatsanpeitteiden päältä painamalla. Ajoittain painaminen oli todella raa`an näköistä, ja tuotti synnyttäjälle valtavasti kipua. Osastolla nähtiin myös synnytyksiä, joissa kätilö kiipesi synnytyssängyn reunalle painamaan synnyttäjää vatsan päältä, ja toinen kätilöistä oli vastaanottamassa syntyvää lasta.

Vauvan pään syntyessä useimmat kätilöt tukivat välilihaa. Välilihan tukemisella pyritään estämään sikiön pään liian voimakas syntyminen ja välilihan repeäminen (Paananen ym. 2007, 256). Kun lapsen pää oli syntynyt, tarkastettiin, onko napanuora lapsen kaulan ympärillä. Havaintojen mukaan kätilöt tekivät tämän aina. Pään syntymän jälkeen syntyvät hartiat. Hartioiden voidaan antaa syntyä omassa tahdissa tai hartioiden syntymistä voidaan auttaa. (Paananen ym. 2007, 257.) Terveysasemalla kätilöt auttoivat aina hartioita syntymään vetämällä vauvaa kaulasta ulospäin. Havainnoimme, että vauvan pään synnyttyä, tuli hoitajille kova kiire saada koko vauva syntymään mahdollisimman nopeasti. Vauvan vartalon syntyessä asettaa kätilö kädet tämän selän puolelle, etusormet kainaloihin ja peukalot tukemaan niskaa, ja samalla autetaan vauvaa ulos synnytyskanavan suuntaisesti. (Paananen ym. 2007, 258.) Terveysasemalla vauvan vartaloa autettiin syntymään vetämällä vauvaa kainaloista. Käsien asento lapsen vartalolla saattoi olla se, mikä parhaiten onnistui. Huonot työskentelyolosuhteet asettivat myös omia haasteitaan kätilöiden työskentelylle. Koko tapahtuma oli kiireen sävyttämä, eikä tässä vaiheessa näyttänyt olevan mitään loogista ja toistuvaa toimintatapaa eri synnyttäjien ja kätilöiden kohdalla.

Kätilöt kannustivat synnyttäjiä läpsimällä ja huutamalla ponnistamaan, tai olemaan ponnistamatta. Synnyttäjät eivät saaneet näyttää kipua, eivätkä saaneet sanoa vastaan. Mikäli äiti ei jaksanut ponnistaa, kätilöt aloittivat hyvin nopeasti toimet. Vatsan päältä paineleminen ja lääkityksen (oksisosiini) lisääminen, olivat arkipäivää. Koska

synnytys pyrittiin hoitamaan todella nopeasti, myös synnyttäjiä vaurioitui synnytyksessä, joskus pahoin.

Kun lapsi on syntynyt, tulisi sitä käsitellä lempeästi ja turhia toimenpiteitä välttämällä. Välittömästi vastasyntynyt nostetaan äitinsä rinnalle, koska vastasyntynyt on erittäin herkkä lämmönvaihteluille. Hänet tulisi pitää lämpimänä ja kuivana. (Paananen ym. 2007, 261.) Syntymän jälkeen lapsi nostettiin äidin vatsan päälle. Vauva sai olla äidin rinnanpäällä toisinaan jälkeisten syntymään asti. Vastasyntyneen hengitystiet imettiin pienellä pyöreällä kumisella pumpulla ja vauvan napanuora katkaistiin. Vauva punnittiin vanhalla ruosteisella vaa'alla, kuivattiin ja kapaloitiin. Vaakaan alimmaiseksi laitettiin äidin tuomista steriileistä käsineistä paperikääreet, ja näiden päällä vauva punnittiin. Kun vauva on mitattu, tarkastettu, puhdistettu, kammattu ja kapaloitu, pyritään hänet pitämään mahdollisimman lähellä äitiä koko ajan (Paananen ym. 2007, 262). Punnituksen ja kapaloinnin jälkeen vauva jätettiin odottamaan pöydälle, kasvot liinalla peitettynä. Vauva oli pöydällä niin kauan kuin äidin ompelemiseen kului aikaa, joskus hyvinkin kauan. Pisimmillään nähtiin kun eräs vauva odotti pääsyä äidin läheisyyteen kaksi tuntia. Joskus avustaja saattoi ottaa vauvan hoitoonsa. Vauvoilla ei ollut käytössään vaippoja, vaan ulosteet ja virtsat tulivat kapaloon.

Vauvan syntymäajaksi merkataan aika, kun lapsi on syntynyt napaan saakka (Paananen ym. 2007, 258). Harjoittelupaikassamme lapsen syntymäajalla ei ollut suurtaakaan merkitystä. Osaltaan se saattaa johtua siitä, että yleisellä tasolla sairaalassa tai ko. valtion väestörekistereissä ei ollut samanlaista systemaattisuutta ja kirjaamisvelvoitetta kuin meillä Suomessa. Vastasyntyneitä ei identifioitu mitenkään. Äitien omalla vastuulla oli huolehtia etteivät vauvat vaihdu. Syntyneet vauvat kirjattiin valtion kirjoihin. Osastolla isoihin kirjoihin, jotka olivat valtion tilastointia varten, merkittiin syntyneen vauvan sukupuoli, vauvalle annettu järjestysnumero, syntymäaika, Apgarin pisteet ja synnytyksessä avustanut kätilö. Syntymäajat ja Apgarin pisteet kirjattiin usein arviolta. Kellonaika saattoi olla syntymän jälkeen heti, tai myöhemminkin. Kerran kätilö unohti koko pisteytyksen, myöhemmin nähtiin kun hän keksi pisteet vauvalle. K-vitamiinipistos annettiin vauvoille, mikäli niitä sattui terveystasolla sillä hetkellä olemaan. Vauvaa ei myöskään tarkastettu mitenkään erityisesti.

Suomessa kättilöt tarkastavat vauvan pään, suun, selän, peräsuolen ja raajat (Paananen ym. 2007, 261). Harjoittelupaikassamme vauvasta mitattiin ainoastaan paino.

Jälkeisvaihe alkaa vauvan synnyttyä, ja päättyy kun istukka ja kalvot ovat syntyneet. Lapsen synnyttyä äidille voidaan antaa kohtua supistavaa lääkettä, jonka tarkoituksena on saada istukka irtoamaan mahdollisimman vaivattomasti. Lääkkeen tarkoitus on muutenkin lyhentää jälkeisvaihetta, ja vähentää mahdollisia runsaita verenvuotoja. (Paananen ym. 2007, 262.) Harjoittelupaikassamme äidit saivat aina oksitosiini-pistoksen synnytyksen jälkeen. Harjoittelulaikanamme oksitosiinia löytyi aina terveysaseman varastosta, eikä lääkkeen käytöstä neuvoteltu. Lääke pistettiin automaattisesti jokaisen synnyttäneen äidin reisilihakseen.

Jälkeisten synnytyksessä ei kannata hätiköidä. Kovakourainen napanuorasta vetäminen voi jopa katkaista napanuoran, tai saada kalvot repeämään. Tällöin osa kalvoista jää kohtuun. Jälkeisten irtoamista voidaan odottaa rauhassa, mikäli äiti ei vuoda. (Paananen ym. 2007, 263.) Havainnointien mukaan terveysasemalla oli kiire saada jälkeiset syntymään. Kun lapsi oli saatu punnittua, alkoi jälkeisten synnytys melko nopeasti. Kättilöt painelivat usein äidin vatsan päältä ja vetivät napanuorasta. Tässä kohtaa he ohjasivat meitä toimimaan varovasti, joten tekniikka oli heillä tiedossa. Kiire jälkeisten synnytyksessä saattoi kuitenkin johtua siitä, että usein jo seuraava synnyttäjä odotti vuoroaan osaston puolella. Kun jälkeiset ovat syntyneet, tyhjennetään kohtu sinne kerääntyneestä vuodosta. Tämä tyhjennys toteutetaan kohdun pohjasta painamalla. Jälkeisten syntymäaika merkataan ylös, ja jälkeiset tarkastetaan huolellisesti. Tarkastuksella varmistetaan, että jälkeiset ovat täydelliset. Kalvot tarkastetaan, istukka kuivataan ja mitataan, sekä tarkastetaan kauttaaltaan. Napanuora mitataan ja tarkastetaan ja jälkeiset punnitaan. (Paananen 2007, 264.) Harjoittelupaikassamme kättilöt ohjasivat meitä jälkeisten tarkastamisessa. Jälkeiset tarkastettiin silmämääräisesti, eikä niitä puhdistettu tai punnittu. Tarkastuksen jälkeen jälkeiset laitettiin kannelliseen ämpäriin jolla kättilöt kantoivat ne synnytyksen jälkeen takapihan jätesäilöön. Jälkeisten syntymästä ei pidetty kirjanpitoa.

Kun äiti oli saatu ommeltua, tai muut synnytyksen jälkeiset tarvittavat toimenpiteet tehtyä, äiti nousi sängyltä. Hän pukeutui omatoimisesti ja siirtyi osaston puolelle. Kättilöt eivät tässä vaiheessa enää auttaneet äitiä mitenkään. Äidin oli itse puettava

ja puhdistauduttava. Hänen oli käveltävä osastolle huolimatta siitä, kuinka kipeä hän saattoi olla. Tämä tuntui myös meistä erityisen pahalta, koska Suomessa hoitajalle kuuluu kokonaisvaltainen potilaan auttaminen. Suuri osa hoitotyöstä on potilaan avustusta päivittäisissä toimissa. Terveysaseman henkilökunta keskittyi tässä vaiheessa synnytysalin siistimiseen ja paikkojen valmistamiseen seuraavaa asiakasta varten. Muutamia kertoja avustimme äitejä alapesussa ja pukemisessa. Tämä ei ilmeisestikään kuulunut kulttuuriin ja toimintatapoihin, koska äidit vaikuttivat olevan hämillään saamastaan avusta.

6.1.3 Yleisimmät komplikaatiot

Ehdottomasti yleisin harjoittelupaikassamme nähty komplikaatio oli kohdun supistushäiriö. Useat äidit olivat lopen uupuneita jo ponnistusvaiheen alkaessa, joten he eivät jaksaneet enää ponnistaa ja usein myös supistukset olivat tehottomia. Tämä väsymys saattoi johtua kovista kivuista. Koska kivunlievitystä ei ollut tarjolla, olivat äidit väsyneitä ja uupuneita kipuun. Kun voimia olisi ponnistusvaiheessa tarvittu, olivat voimat jo lopussa. Tässä vaiheessa tilanteen olisi saattanut vielä pehmentää kätilön ja hoitohenkilökunnan myönteinen, sekä kannustava asenne. Töykeys, kommentelu, ja jopa potilaiden läpsiminen, ei tietenkään helpottanut tilannetta yhtään. Tässä vaiheessa kätilöt joutuivatkin usein turvautumaan vatsan päältä paineluun. Usein myös nähtiin, kuinka kätilöt autoivat lasta syntymään ponnistusvaiheessa pyörittämällä sormiaan synnyttäjän emättimessä, venyttäen näin emätintä, ja auttaen lasta syntymään.

Toinen ehdottomasti yleisin komplikaatio, vaikka sitä ei varsinaiseksi synnytyskomplikaatioksi luetakaan, oli äidin repeäminen. Lähes jokaiselle äidille tehtiin episiotomia, eli välilihan leikkaus. Episiotomian tekeminen on perusteltua vain silloin, kun sen tekemiselle on selkeä syy (Paananen ym. 2007, 258). Episiotomiasta huolimatta, tai ehkä sen johdosta, kuitenkin useiden synnyttävien äitien väliliha repesi. Episiotomia tehtiin ilman puudutusta, vaikka episiotomian on todettu aiheuttavan kipua. Kipu mahdollisesti saattaa vaikuttaa varhaiseen äitiyden kokemiseen, sekä myös synnyttäjän seksuaaliseen aktiivisuuteen. (Paananen ym. 2007, 258.) Episiotomian tekeminen on perusteltua, kun väliliha muodostaa esteen synnytykselle,

tai välilihaa uhkaa repeämä. Leikkaus voi olla tarpeen myös, jos sikiö on vaarassa, tai synnytyksen päättymistä on syytä nopeuttaa sikiön, tai synnyttäjän voinnin takia. (Paananen ym. 2007, 258.) Havaintojen mukaan episiotomia tehtiin ainoastaan vauhdittamaan synnytystä. Koska paikan päällä oli varsin huonot välineet tarkkailla vauvan vointia, eivät kätilöt voineet useinkaan tietää, minkälainen tilanne syntyvällä vauvalla oli. Usein episiotomia tehtiin, koska äiti oli väsynyt synnyttämiseen ja ponnistamiseen. Episiotomian tekemiseen tarvitaan puudutusainetta, ja se tehdään vasta kun tarjoutuva osa painaa välilihaa. Tällöin voidaan nähdä, onko repeäminen ilmeistä, ja tarvitaanko episiotomia lainkaan. (Paananen ym. 2007, 258.) Havaitut episiotomiat koettiin erittäin kivuliaina. Tämä johtui puuduteaineen puutteesta, ja huonoista, sekä epähygieenisistä välineistä, joilla episiotomioita tehtiin. Usein episiotomia oli turha, myös sen vuoksi, että itse toimenpiteenä se on hirvittävän kivulias. Siitä paraneminen oli myös vaikeaa huonon hygieniatason johdosta. Episiotomiat ommeltiin ilman kipulääkitystä tai puudutetta. Tärkeää on, että episiotomia ommellaan ripeästi ja taitavasti sopivan kivunlievityksen avulla. Ompelu saattaa olla synnyttäjälle traumaattinen kokemus. Synnyttäjät ovat kuvanneet episiotomian ompeluun liittyviä kokemuksiaan kivuliaisuutensa vuoksi synnytyksen epämiellyttävimmäksi asiaksi. Ompelun toteuttamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Paananen ym. 2007, 264.)

Eräs harvinaisempi komplikaatio joka nähtiin, oli kohdunrepeämä, jolloin kohtuun kuoli kaksi täysiaikaista sikiötä. Tämä äiti oli tullut synnyttämään, mutta koska supistukset olivat heikkoja, halusi hän lähteä vielä hetkeksi kotiin. Äidille annettiin lupa mennä kotiin odottamaan. Takaisin osastolle tullessa äidille laitettiin oksitosiinitippa vauhdittamaan synnytystä. Komplikaationa tälle synnyttäjälle tuli kohdunrepeämä, ja molemmat sikiöt menehtyivät kohtuun. Myöhemmin nämä sikiöt leikattiin keisarileikkauksella ulos kohdusta.

Myös hapenpuutteesta kärsiviä vauvoja nähtiin. Tämä oli ehdottomasti yleisin synnytyskomplikaatio terveysasemalla. Koska happirikastimia oli terveysasemalla vain yksi, ja sekin leikkaussalissa, annettiin tilanteiden korjautua itsestään. Yhden kerran nähtiin, kuinka keisarileikkauksella syntynyt vauvaa hapetettiin happirikastimen avulla. Tosin happiviiksiä oli käytettävissä ainoastaan yhdet. Nämäkin aikuisten ko-

koa ja jo moneen kertaan käytetyt, sekä auttamattomasti vauvoille liian suuret. Hapen virtauksen määrää oli myös mahdotonta seurata jo osittain rikkoutuneesta koneesta. Terveysasema oli saanut happirikastimen lahjoituksena suomalaisilta opiskelijoilta joitakin vuosi aiemmin.

Yhtenä synnytyskomplikaationa nähtiin myös pienten osien esiinluiskahdus. Tässä tilanteessa äiti käveli kivuliaan näköisenä synnytyssaliin. Kätilö oli juuri silloin hoitamassa toista synnytystä. Äidin nostaessa hameenhelmaa vaginasta roikkui vauvan jalka. Äiti määrättiin synnytyssängylle, ja paikallinen sairaanhoitajaopiskelija avusti vauvan syntymään vetämällä lasta jalasta. Tässäkin tilanteessa äiti kärsi kovista kivuista ja synnytys oli erittäin tuskallinen. Tätäkään vauvaa ei syntymän jälkeen tarkastettu mitenkään, ei edes mahdollisten raajojen sijoiltaanmenon varalta.

Terveysasemalla ei synnytyksenjälkeiseen hoitotyöhän kuulunut minkäänlaista synnytyksen läpikäymistä, tai synnytyskokemuksen purkamista. Kätilöt eivät antaneet vauvan hoito-ohjeita tai imetysohjausta äideille. Ainoastaan kerran nähtiin imetysohjauksen antamista. Tässä tapauksessa vauva ei lähtenyt imemään spontaanisti, ja alkoi olla jo aika heikko. Kätilöt auttoivat äitiä opastamalla tälle mm. parempia imetysasentoja sekä ohjasivat äitiä tekemään vauvalle ärsykeitä, jotta vauvan imu-refleksi syntyisi. Iltaa kohden vauvan vointi heikkeni. Kätilöt päättivät laittaa vauvalle kanyylin nesteyttääkseen tätä, ongelmana oli kuitenkin sopivan kokoisen kanyylin löytyminen. Terveysasemalla oli varastossa ainoastaan isoja aikuisille sopivia kanyyleita, jota ei tietenkään voinut vastasyntyneelle laittaa. Lopulta tilanne raukesi itsestään ja vauva alkoi imeä.

Kaiken nähdyn jälkeen, tultiin kuitenkin siihen tulokseen, että olosuhteisiin nähden yllättävän vähän komplikaatioita esiintyi. Kivunlievitystä oltaisiin suotu toteutettavan monessa kohtaa. Afrikkalaiset naiset kestävät kipua käsittämättömän paljon. Kätilöiden olisi toivonut antavan synnyttäjille paljon enemmän sympatiaa, sekä aitoa kohtaamista kivun ja synnytyksen keskellä. Monet kätilöistä olivat itsekkin synnyttäneitä naisia. Monen äidin kohdalla ainutkertainen kokemus synnytyksestä saattoi muuttua painajaismaiseksi taisteluksi kipujen ja pelon keskellä. Hoitajilta puuttui empaattisuus ja myötäeläminen, sekä kannustava asenne. Myös maan kulttuuri ja tapa tehdä hoitotyötä hämmästyttivät. Tuntui, kuin kaikenlainen potilaan auttaminen olisi ollut pahasta. Olosuhteet olivat mitä olivat, mutta suhtautumisen niihin voi valita.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli saada selville, miten ja minkälaista hoitotyötä toteutetaan ugandalaisessa maalaiskylän synnytyssairaalassa synnytyksen eri vaiheissa, ja verrata havaittuja käytänteitä suomalaisiin hoitotyön suosituksiin. Lisäksi haluttiin kerätä isoimpia kompastuskiviä vallitsevissa käytänteissä, ja näiden johtopäätösten perusteella haluttiin viedä eteenpäin tietämystä hyvistä, ja tutkituista toimintamalleista äitien ja lasten parhaaksi. Varsin pian kuitenkin paikan päällä selvisi, että vaikka myös hoitohenkilökunnan tietämyksessä oli selkeitä puutteita, suurimmat ongelmat taisivat kuitenkin johtua resurssien puutteesta. Monesti kysyttäessä, miksi hoitaja tekee niin kuin tekee, saatiin vastaukseksi, koska ei ole muuta vaihtoehtoa. Suurimmat ongelmat asenteiden ja kulttuurin lisäksi olivat siis lääkkeiden ja tarvikkeiden puutteessa. Köyhyys ja rahanpuute vaikeuttivat hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden saantia. Joskus tarvikkeiden puute sai hoitajat keksimään luovia ratkaisuja. Kerran nähtiin, miten hoitaja teki infuusioletkustosta synnyttävälle naiselle virtsakatetrin.

Myös hoitohenkilökunnan asenteissa olisi ollut korjaamisen varaa. Afrikkalaiseen kulttuuriin kuuluvat vahvat naiset, iloisuus, vahvuus, sekä pelon ja kivun näyttämisen välttäminen. Vaikka komplikaatioita tapahtui, eikä synnyttäminen aina ollut helppoa, tai edes turvallisen näköistä terveysasemalla, synnyttäminen siellä oli kuitenkin turvallisempaa, kuin synnyttäminen kotona. Kotisynnytyksissä vaaroina olivat erityisesti erilaisten yrttien käyttö kivunlievitykseen. Komplikaatioiden sattuessa tästä omasta lääkinnästä tuli terveysuhka niin äidille, kuin vauvallekin. Vaikka terveysasemalla ei ollutkaan juuri sen parempia mahdollisuuksia hoitaa synnytyksessä ilmenneitä komplikaatioita, oli sieltä vielä mahdollisuus lähettää äiti ja vauva eteenpäin pääkaupungin isoon valtiosairaalaan. Kuitenkaan taso kaupungin sairaalassa ei ollut kovinkaan paljon parempi kuin maalla, kertoivat harjoittelupaikkamme kättilöt meille.

Harjoittelun loppuvaiheessa oltiin jo unohdettu tavoitteet hyvien ja tutkittujen hoitotyön suositusten viemisestä harjoittelupaikkaan. Maan kulttuuri ja tavat yhdistettyinä siihen, ettei hoitajilla ollut käytettävissään tarvikkeita joilla auttaa, vaikutti suurim-

maksi osaksi siihen, minkälaista hoitotyötä he pystyivät toteuttamaan. Puuttuvat tarvikkeet ja välineet turhauttivat hoitajia. Myös kiire, huonot palkat, ja työskentelyolosuhteet väsyttivät hoitajia, ja tekivät heistä myös kyynisiä. Loppuvaiheessa harjoittelua myös potilaan kohtaamiseen liittyvät käytänteet eri kulttuureissa alkoivat kiinnostaa yhä enemmän. Suomessahan hoitotyön opintoihin kuuluu paljon potilaan kohtaamista ja eettistä tapaa työskennellä.

Vaikka opintojen edetessä useinkin on käynyt mielessä miksi asioita pitää tutkia niin paljon, ja miksi joka asiasta täytyy tehdä tieteellistä tutkimusta, valkeni harjoittelussa Ugandassa selkeästi, mitä hyötyä on tutkitusta hoitotyöstä. Tutkimuksien avulla löydetään toimivimmat ja parhaimmat hoitotyön keinot ja auttamismenetelmät erilaisissa hoitotilanteissa. Myös monessa kohtaa tuntui suomalainen tapa kirjata asioita useaan kertaan ja tarkasti jäsenellen hyvin turvalliselta. Kun asioiden kirjaaminen on tarkkaa, merkitsee se, että ne myös pitää hoitaa hyvin ja tarkasti. Erityisen maininnan saa suomalaisen sairaanhoitajan tapa kohdata potilaansa, arvostaen ja kunnioittaen. Myös työskentelyolosuhteet täällä suomessa ovat huipputasolla. Elämme hyvinvointivaltiossa ja meillä on kaikki tarvikkeet saatavilla. Saamme jokainen hoitaja toteuttaa potilaiden kohdalla niin hyvää hoitotyötä kuin itse haluamme.

Kiinnostava jatkotutkimusaihe työllemme saattaisi olla potilaan kohtaaminen. Kuten edellä pohdimme, monissa tilanteissa hoitajan asenne potilasta kohtaan, sekä hoitajan etiikka, ja eettinen toiminta voisivat korvata osittain esimerkiksi kipulääkityksen puutteen. Hoitaja pystyy omalla eettisellä toiminnallaan ja potilaan arvokkaalla kohtelemisella vaikuttamaan kokemukseen, joka synnyttäjälle jää. Edelleen jatkotutkimusaiheena voisi olla myös erilaisten lääkkeettömien kivunlievityskeinojen toteuttaminen synnytysosastolla kehitys- ja kehittyvissä maissa, sekä kättilöiden ja hoitohenkilökunnan kouluttaminen näihin. Myös selvittäminen miten eri kulttuureissa koettaisiin lääkkeetön kivunlievitys, tai hoitajan erilainen, eettisempi asenne potilasta kohdatessa, saattaisi olla mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe työllemme.

LÄHTEET

- Das Gupta, M., Engelman, R., Levy, J., Luchsinger, G., Merrick, T. & Rosen, J.E. 2014. The power of 1,8 billion. [Verkkojulkaisu]. Prographics, Inc. [Viitattu 9.6.2017]. Saatavana: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf
- Duodecim 23.10.2015a. Normaali synnytys. [Verkkosivu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 21.7.2016]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160
- Duodecim 23.10.2015b. Perätarjontasynnytys. [Verkkosivu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 21.7.2016]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00879
- Duodecim 24.10.2015c. Synnytyksen käynnistäminen. [Verkkosivu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 21.7.2016]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01136
- Duodecim 26.10.2015d. Imukuppisynnytys. [Verkkosivu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 21.7.2016]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00879
- Duodecim. 2.10.2016. Istukan ennenaikainen irtoaminen. [Verkkosivu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 26.6.2017]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00628
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapinyliopisto.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-2.painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys: Seksuaali -ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Imetyksen tuki ry. 2.12.2016. Imetyksen huimat hyödyt. [Verkkosivu]. Helsinki. [Viitattu 28.7.2017]. Saatavana: <https://imetyks.fi/odottajan-opas/imetykseen-valmistautuminen/imetyksen-huimat-hyodyt/>

- Jaakkola, M-L. 2008. Synnytyskipu ja sen lääkkeellinen hoito. Kipuviesti (2), 31-32.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta: Jyväskylä Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Klemetti, H. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. [Verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 8.5.2017]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=3
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uud. p. Helsinki: WSOY. Toivanen, S., Iivanainen, M. & Miettinen, K. 20.5.2008. Vastasyntyneen ensihoito ja tarkkailu. [Verkkosivu]. TerveSuomi.fi. [Viitattu 21.7.2016]. Saatavana: <http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/nn:234>
- Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.
- Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2007. Kätilötyö. 1.-2. painos. Helsinki. Edita Prima.
- Raussi-Lehto, E. & Melender, H-L. 2008. Ei-lääketieteellinen kivunhallinta synnytyksessä. Kipu viesti. (2), 35-37.
- Suomen YK-liitto. 2017. Lapsikuolleisuus, vastasyntyneet. [Verkkosivu]. Globalis. [Viitattu 8.5.2017]. Saatavana: <http://www.globalis.fi/Tilastot/Lapsikuolleisuus-vastasyntyneet>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 16.5.2016. Imetyssuosituksset. [Verkkosivu]. Helsinki: THL. [Viitattu 21.7.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/tietopaketit/imetys/imetyssuosituksset>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 1, Metodien valinta ja aineiston keruu; Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Painos 4. uud. ja täyd. p. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.
- World bank group. 2017. Birth rate, crude (per 1,000 people). [Verkkosivu]. [Viitattu 9.6.2017]. Saatavana: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?locations=UG>