

Heta Railo, Laura Väänänen

“Te uskotte teknologiaanne. Me uskomme Jumalaan.”

Kirjallisuuskatsaus maahanmuuttajien synnytyskokemuksista

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika | Heta Railo, Laura Väänänen ”Te uskotte teknologiaanne. Me uskomme Jumalaan.”: Kirjallisuuskatsaus maahanmuuttajien synnytyskokemuksista |
| Tutkinto | Kätilö (AMK) |
| Koulutusohjelma | Hoitotyö |
| Suuntautumisvaihtoehto | Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto |
| Ohjaaja | Lehtori Pirjo Koski |
| <p>Opinnäytetyömme kuuluu Metropolia Ammattikorkeakoulun Hyvä syntymä -tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen selvittää kulttuurisensitiivistä syntymän hoitoa synnyttävän naisen ja kättilön näkökulmasta sekä kuvata, millaisia estäviä ja edistäviä tekijöitä kulttuurisesti sensitiiviseen syntymän hoitoon liittyy. Keskitymme selvittämään hoidon kulttuurista sensitiivisyyttä maahanmuuttajien synnytyskokemusten kautta. Tutkimuskysymyksenämme on: mitkä tekijät vaikuttavat maahanmuuttajanaisten synnytyskokemukseen länsimaissa? Opinnäytetyömme tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kulttuurin mukaista syntymän hoitoa ja opetusta. Opinnäytetyössä kuvataan kulttuurin, kulttuurikompetenssin, länsimaisen-, ei-länsimaisen- ja suomalaisen synnytyskulttuurin sekä synnytyskokemuksen teoriaa.</p> <p>Aineisto kerättiin tietokannoista CINAHL, Ovid ja ScienceDirect, ja se koostuu neljästätoista tutkimusartikkelista, jotka on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Maahanmuuttajien synnytyskokemukseen vaikuttavat sosiaalinen tuki, kommunikaatio ja hoidon laatu, jotka ovat universaaleja synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Kulttuurien kohdatessa synnytyskokemukseen vaikuttavat lisäksi kulttuuriset käytänteet ja uskomukset sekä suhtautuminen interventioihin ja kipuun, jotka vaihtelevat eri kulttuureissa.</p> <p>Maahanmuuttajien erilaiset kulttuuriset käytänteet ja uskomukset voivat olla hyvän synnytyskokemuksen kannalta estäviä tekijöitä, jos henkilökunta ei ymmärrä eikä huomioi niitä. Jos kulttuurisia tekijöitä ymmärrettäisiin ja huomioitaisiin paremmin, hoito olisi kulttuurisesti sensitiivisempää ja maahanmuuttajien synnytyskokemuksesta voisi muodostua positiivisempi. Hoitohenkilökunnan kulttuurinen osaaminen oli pääsääntöisesti puutteellista. Hoitaakseen synnyttävää naista ja perhettä parhaalla mahdollisella tavalla kättilön täytyy ymmärtää, miten kulttuuri, etninen tausta, uskonto tai heikko sosiaalis-ekonomisen asema vaikuttavat potilaiden kokemuksiin ja terveystähtäyksiin.</p> <p>Opinnäytetyön pohjalta on tarkoitus kirjoittaa artikkeli Kätilölehteen.</p> | |
| Avainsanat | maahanmuuttajat, synnytyskokemus, kulttuuriosaaminen, synnytyskulttuuri, kirjallisuuskatsaus |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Authors Title | Heta Railo, Laura Väänänen "You Believe in Your Technology. We Believe in God." – A Literature Review of Immigrants' Birth Experiences |
| Number of Pages Date | 52 pages + 2 appendices 15 December 2011 |
| Degree | Bachelor of Health Care |
| Degree Programme | Nursing and Health Care |
| Specialisation option | Midwifery |
| Instructor | Pirjo Koski, Senior Lecturer |
| <p>Our final project was part of the research and development project Good Birth. It was implemented by applying the principles of systematic literature review. The purpose of our final project was to describe culturally sensitive childbirth care from the woman giving birth and the midwife's perspective and to describe what promoting and hindering factors were related to culturally sensitive childbirth care. We focused on describing cultural sensitivity through immigrants' birth experiences. Our research question was: which factors influenced the birth experiences of immigrant women in Western countries?</p> <p>The research material was collected from the CINAHL, Ovid and ScienceDirect databases. The selected material consisted of 14 research articles, and the material was analysed using the methods of inductive content analysis.</p> <p>The results showed that social support, communication and health care quality, which are universal factors known to influence the birth experience, had an effect on immigrant women's birth experiences as well. In cross-cultural circumstances, birth experiences were also shaped by cultural practices and beliefs and attitudes towards interventions and pain, which vary across cultures. We concluded that the diverse cultural practices of immigrants may be a hindering factor for the positive birth experience of these people, if the nursing staff did not understand and take them into account. If the cultural elements were understood and taken into account more by the staff, the care could be more culturally sensitive and lead to the improvement of immigrants' birth experiences. However, the cultural competence of the nursing staff was mainly inadequate in our data. In order to provide the best possible care for the woman giving birth and her family, the midwife must understand how culture, ethnic background or religion influence the woman's experiences and health-related conceptions.</p> | |
| Keywords | immigrants, birth experience, cultural competence, birth culture, literature review |

Sisällys

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Johdanto | 1 |
| 2 | Kulttuurisensitiivinen syntymän hoito – teoreettiset lähtökohdat | 2 |
| 2.1 | Keskeiset käsitteet | 2 |
| 2.1.1 | Kulttuuri | 2 |
| 2.1.2 | Kulttuurikompetenssi | 3 |
| 2.1.3 | Länsimainen synnytyskulttuuri | 4 |
| 2.1.4 | Ei-länsimainen synnytyskulttuuri | 9 |
| 2.1.5 | Suomalainen synnytyskulttuuri | 12 |
| 2.1.6 | Synnytyskokemus | 15 |
| 2.2 | Kulttuurisensitiivinen syntymän hoito aikaisempien tutkimusten mukaan | 17 |
| 3 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys | 19 |
| 4 | Aineiston keruu ja analysointi | 20 |
| 4.1 | Systemaattinen kirjallisuuskatsaus | 20 |
| 4.2 | Aineiston keruu | 21 |
| 4.3 | Aineiston analyysi ja tulkinta | 23 |
| 5 | Tulokset | 27 |
| 5.1 | Sosiaalinen tuki | 27 |
| 5.1.1 | Kättilön tuki | 27 |
| 5.1.2 | Doulan tuki | 27 |
| 5.1.3 | Miehen ja perheen tuki | 28 |
| 5.2 | Kommunikaatio | 28 |
| 5.2.1 | Tiedon puute | 29 |
| 5.2.2 | Tiedon saaminen | 29 |
| 5.2.3 | Kielimuuri | 29 |
| 5.2.4 | Tulkin käyttö | 30 |
| 5.3 | Hoidon laatu | 31 |

| | | |
|-------|---------------------------------------------------------------|----|
| 5.3.1 | Kokemukset henkilökunnasta ja terveydenhuoltojärjestelmästä | 31 |
| 5.3.2 | Henkilökunnan kulttuurinen sensitiivisyys | 32 |
| 5.3.3 | Syrjintäkokemukset | 33 |
| 5.4 | Kulttuuriset käytänteet ja uskomukset | 34 |
| 5.4.1 | Kulttuuriset tavat | 34 |
| 5.4.2 | Sukupuoliroolit | 36 |
| 5.4.3 | Ympärileikkaus | 37 |
| 5.5 | Suhtautuminen interventioihin ja kipuun | 38 |
| 5.5.1 | Luonnollinen synnytys | 38 |
| 5.5.2 | Teknologian käyttö | 39 |
| 5.5.3 | Kipu ja kivunlievitysmenetelmät | 39 |
| 5.5.4 | Keisarinleikkaus | 41 |
| 6 | Pohdinta | 41 |
| 6.1 | Tulosten pohdinta | 41 |
| 6.2 | Luotettavuuden, eettisyyden ja ammatillisen kasvun pohdintaa | 43 |
| 6.3 | Jatkotutkimusehdotukset ja käytännön ideoita | 45 |
| 6.4 | Julkaiseminen ja hyödynnettävyys | 46 |
| | Lähteet | 48 |
| | Liitteet | |
| | Liite 1. Tutkimusaineiston analyysikehys | |
| | Liite 2. Esimerkki analyysin etenemisestä | |
| | Taulukot | |
| | Taulukko 1. Alkuperäisaineiston hakutulokset | 21 |
| | Kuviot | |
| | Kuvio 1. Aineiston keruun ja analysoinnin prosessi | 25 |
| | Kuvio 2. Malli sisällön analyysissä syntyneistä kategorioista | 26 |

1 Johdanto

Monikulttuurisuus on ajankohtainen ilmiö Suomen ja monen muun maan terveydenhuollossa. Maahanmuutto lisääntyy, mikä asettaa uusia haasteita myös terveydenhuololle. Vuonna 2009 Suomessa oli 60 500 perhettä, joissa vähintään toinen puolisoista tai ainoa vanhempi oli ulkomaan kansalainen. Määrä vastaa 4,2 % kaikista Suomen perheistä, kun taas vuonna 1995 vastaava luku oli 1,9 %. (Tilastokeskus 2010a.) Maahanmuuttajat ja turvapaikanhakijat ovat oikeutettuja korkealaatuiseen terveydenhuoltoon, jossa heidät kohdataan ja hoidetaan ennakkoluulottomasti ja ammattitaitoisesti (ETENE 2005). Lisäksi maahanmuuttajilla on myös lain perusteella yhtäläinen oikeus valtaväestön kanssa saada palveluita niin sosiaali- kuin terveydenhuoltoalalla (Yhdenvertaisuuslaki 21/2004 § 6).

Maahanmuuttajien tarpeet terveydenhuollon asiakkaina ovat usein erilaiset kuin valtaväestön. Eri kulttuureilla on osin erilaisia käsityksiä terveydestä ja sairaudesta, elämästä ja kuolemasta sekä yksilöstä ja yhteisöstä. Lisäksi perinteet ja uskomukset saattavat aiheuttaa molemminpuolisia väärinymmärryksiä ja epäluuloa. On kuitenkin tärkeää muistaa, että jokainen terveydenhuoltoon tuleva asiakas on yksilö, eikä häntä tai hänen tarpeitaan tule kategorisoida syntyperän perusteella. Nopeasti lisääntynyt maahanmuuttajien määrä vaatii sekä terveydenhuollossa tapahtuvia muutoksia että kannanottoja siihen, miten terveydenhuoltohenkilökunnan kulttuurikompetenssia saadaan kehitettyä. Hoitohenkilökunnalta odotetaan kulttuurista osaamista, jotta he pysyvät ajan tasalla kohtaamiensa asiakkaiden kulttuureista ja osaavat vastata erilaisiin tarpeisiin. (ETENE 2005.) Kätilö kohtaa työssään koko ajan enemmän synnyttäviä naisia ja perheitä muista kulttuureista, minkä vuoksi on tärkeää, että kätilö ymmärtää ja hyväksyy ihmisten erilaisuuden ja osaa havaita kulttuurisidonnaisia vivahteita ihmisten käyttäytymisessä ja toimintamalleissa. Yksittäinen kätilö ei millään pysty opettelemaan kaikkien eri kulttuurien ominaispiirteitä ja käyttäytymistapoja, mutta erilaisia kulttuurisensitiivisiä lähestymistapoja voi opetella ja itseään voi kehittää monikulttuurisessa kohtaamisessa ja vuorovaikutustaidoissa. (Sainola-Rodriguez 2009.)

Opinnäytetyömme kuuluu Metropolia Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämishankkeeseen *Hyvä syntymä*. Hankkeen yhteistyökumppaneita ovat Metropolia Ammattikorkeakoulun terveyst- ja hoitoala, Hyvinkään ja Jorvin sairaalan synnytysyksiköt, Oulun yliopistollinen sairaala, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos sekä Kätilöliitto. Hankkeen tarkoituksena on kehittää kätilön itsenäiseen työhön kuuluva synnyttäjän ja hänen kumppaninsa kokonaisvaltaisen tukemisen hoitokäytäntö. Hankkeen tavoitteena on edistää naisen ja hänen kumppaninsa psyykkistä lisääntymis- ja seksuaaliterveyttä, naisen fyysistä eheyttä, lapsen ja vanhemman varhaista vuorovaikutusta sekä näyttöön perustuvaa kätilötyötä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla kulttuurisensitiivistä syntymän hoitoa synnyttävän naisen ja kätilön näkökulmasta. Keskitymme selvittämään maahanmuuttajanaisten synnytyskokemuksiin vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kulttuurin mukaista syntymän hoitoa ja opetusta.

2 Kulttuurisensitiivinen syntymän hoito – teoreettiset lähtökohdat

2.1 Keskeiset käsitteet

2.1.1 Kulttuuri

Kulttuuri on tietyn ihmisryhmän jaettu elämäntapa, joka sisältää kullekin kulttuurille tyypilliset uskomukset, arvot, tavat, kielen, kommunikaatiotyylin ja normit (Allardt 1993: 56; Salo-Lee 1997: 44; Papadopoulos 2006: 10). Kulttuuri vaikuttaa yksilön elämäntapaan, identiteettiin ja suhteisiin muiden kanssa oman kulttuurin sisällä ja sen ulkopuolella (Papadopoulos 2006: 10). Kulttuuri voidaan nähdä suuntaviivana, jonka yksilö perii tietyn yhteisön jäsenenä. Se ohjaa näkemään maailmaa: kuinka sen kokee emotionaalisesti ja kuinka olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten ja luonnon kanssa. Joissakin tilanteissa kulttuuri vaikuttaa hyvin vähän ihmisen käyttäytymiseen, mutta

terveyden ollessa kyseessä kulttuuri vaikuttaa usein voimakkaasti siihen, minkälaisia toiveita ihmisillä on hoitonsa suhteen ja miten he niitä ilmaisevat. Kulttuuri on kuitenkin vain yksi lukuisista terveysuskomuksiin ja -käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä, ja riippuu tilanteesta, milloin kulttuurin vaikutus tulee esiin. (Helman 2007: 2–3.)

2.1.2 Kulttuurikompetenssi

Papadopoulos (2006) on kehittänyt yhdessä Tilkin ja Taylorin kanssa nelikenttämallin hoitajan kulttuurikompetenssin kehittymisestä. Mallin mukaan kompetenssi kehittyy prosessinomaisesti ja sen neljä osa-aluetta ovat tietoisuus, tieto, sensitiivisyys ja kompetenssi.

Kulttuurinen tietoisuus on ensimmäinen vaihe kulttuurikompetenssin kehittymisessä. Se koostuu omasta kulttuurisesta taustastamme ja identiteetistämme, ja sen toteutuminen vaatii, että ymmärrämme oman kulttuurimme, omien arvojemme sekä uskomuksiemme merkityksen. Monilla kulttuureilla arvostuksen kohteet ovat samankaltaiset, mutta tavat ilmaista niitä ovat erilaisia. (Papadopoulos 2006: 11–13.)

Mallin toisella osa-alueella, **kulttuurisella tiedolla**, pyrimme täydentämään kulttuurista tietoisuuttamme. Esimerkiksi olemalla kontaktissa eri kulttuuritaustaisten ihmisten kanssa voimme lisätä tietoaamme ja ymmärrystämme eri kulttuurien uskomuksista, tavoista, samanlaisuuksista ja erilaisuuksista sekä terveystieteistä, -käyttäytymisestä, terveydellisistä eriarvoisuuksista ja ongelmista. (Papadopoulos 2006: 16.)

Kolmas vaihe on **kulttuurinen sensitiivisyys**, jossa korostuu tapa, jolla hoitotyöntekijä kohtelee potilaitaan. Potilaan tulisi olla tasavertainen hoitotyöntekijän kanssa, muuten kulttuurisesti sensitiivistä hoitotasoa ei saavuteta. Tasa-arvoinen hoitosuhde koostuu luottamuksesta, hyväksynnästä ja kunnioituksesta sekä myös neuvottelutaidoista. Kun kommunikointi on kulttuuriset rajat ylittävää, lisääntyvät myös väärinkäsitykset. (Papadopoulos 2006: 16–17.)

Jotta hoitotyöntekijä voisi saavuttaa mallin neljännen vaiheen, **kulttuurikompetenssin**, tulee hänen ensin omaksua kolme edellistä vaihetta ja pystyä soveltamaan niitä

käytäntöön. Tämän vaiheen tärkein osa on hoitotyöntekijän kehittyminen tunnistamaan rasismia, muita syrjinnän muotoja sekä epäoikeudenmukaista toimintaa. Malli sisältää sekä monikulttuurisen että rasismiin vastaisen näkökulman ja edesauttaa saavuttamaan laajemman ymmärryksen ja kyvyn tarjota tehokasta hoitoa ottaen samalla laajasti huomioon potilaan kulttuuriset uskomukset, käyttäytymiset sekä tarpeet. (Papadopoulos 2006: 18, 21.)

Transkulttuurisen hoitotyön perustajana ja kehittäjänä tunnettu Leininger on tutkinut kulttuurikompetenssia 1970-luvulta lähtien ja hän on kehittänyt teorian, joka tunnetaan nimellä Leiningerin auringonnousumalli. Mallin tarkoituksena on lisätä ymmärrystä monikulttuurisuudesta ja selittää kulttuurisen hoitotyön onnistumiseen liittyviä tekijöitä. (Leininger 2002: 190.) Malli muodostuu erilaisista puoliskoista, ja puoliskojen muodostama aurinko edustaa kaikkia niitä asioita, joita hoitohenkilökunnan tulee ottaa huomioon pystyäkseen ymmärtämään ja tarjoamaan inhimillistä hoitoa. Jotta voidaan toteuttaa hyvää ja tehokasta hoitoa, pitää pyrkiä selvittämään kunkin yksilön, perheen ja ryhmän kulttuurisiin elämäntapoihin perustuvia arvoja, uskomuksia ja hoitamiskäyttämistä. (Marriner-Tomey 1994: 414–415, 420.) Leiningerin mukaan käsitteiden muodostaminen, ihmisten ymmärtäminen ja heidän kanssaan toimiminen onnistuu parhaiten, kun edetään kulttuurilähtöisesti; kunkin kulttuurin ominaispiirteet liittyen terveyteen, sairauteen ja huolenpitoon huomioidaan hoitotyössä. Päämääränä on tulla tietoiseksi erilaisista kulttuureista, oppia ymmärtämään niitä sekä tehdä kulttuurista ammatillisen hoitotiedon ja hoitokäytännön perusta. (Leininger 1978: 12–14.)

2.1.3 Länsimainen synnytyskulttuuri

Antropologiassa on tunnistettu laajoja eroja eri kulttuureiden synnytystä, raskautta ja muita lisääntymisen aihealueita koskevissa käsityksissä. Näitä käsityksiä kutsutaan tietyn kulttuurin synnytyskulttuureiksi. Länsimainen synnytyskulttuuri eroaa paljon monien ei-teollistuneiden maiden perinteisistä synnytyskulttuureista. Kaikissa kulttuureissa synnyttävää naista kuitenkin avustaa yksi tai useampi henkilö. (Helman 2007: 169.) Länsimaisen kulttuurin käsite ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Länsimaisella kulttuurilla tarkoitetaan ”länsimaiden” eli Euroopan ja USA:n alueella sekä niiden vahvassa vaikutuspiirissä (Kanada, Australia, Uusi-Seelanti, Israel, joissakin määrittelyissä myös Japa-

ni) syntynyttä kulttuuria (Sainola-Rodriguez 2009: 23). Näiden maiden välillä on huomattavia kulttuurieroja ja erilaisia käytänteitä ja tapoja synnytyksen hoidossa. Täten jako länsimaiseen ja ei-länsimaiseen synnytyskulttuuriin työssämme on erittäin karkea ja suuntaa-antava.

WHO:n (World Health Organization) vuonna 2008 julkaistun raportin mukaan maailmanlaajuisesti 65,7 % synnytyksistä tapahtuu koulutetun terveydenhuollon ammattilaisen (kättilön, lääkärin tai hoitajan) avustamana. Länsimaissa suurin osa synnytyksistä tapahtuu koulutetun henkilön avustamana, esimerkiksi Euroopassa 99,5 % synnytyksistä. Kehitysmaissa tilanne on toisenlainen, Afrikassa keskimäärin vain noin 46,5 % synnyttäjistä saa ammattilaisen apua ja Aasiassa vastaava luku on 65,4 %. Tilanne vaihtelee alueittain huomattavasti, ja Itä-Afrikassa on kaikkein alhaisin ammattilaisten avustamien synnytysten esiintyvyys (33,7 %). (World Health Organization 2008b.) Kotisyntyminen on käytäntö, jota harjoitetaan epätasaisesti eri puolilla maailmaa. Synnytyksen hoidon siirryttyä suurimmalta osin laitoksiin 1930-luvulta alkaen kotisyntytykset hävisivät suurimmassa osassa kehittyneitä maita. Toisaalta kehitysmaissa kotisyntyminen on usein ainoa vaihtoehto muun muassa pitkien välimatkojen takia. (World Health Organization 1996: 11.)

WHO:n mukaan synnytys on säännöllinen, kun se alkaa spontaanisti, siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä, se etenee matalan riskin synnytyksenä ja sikiö syntyy päätilassa 37.–42. raskausviikolla. Lapsen syntymän jälkeen sekä äiti että lapsi ovat hyväkuntoisia. (Beech – Phipps 2004: 61; Raussi-Lehto 2009: 209.) Universaalia normaalin alatiesynnytyksen määritelmää ei ole olemassa (World Health Organization 1996: 1; Downe – McCourt 2004: 3; Crabtree 2004: 87). Länsimaisessa lähestymistavassa synnytykseen käsitettä normaali synnytys ei oikeastaan kyetä määrittelemään muuten kuin teknisten interventioiden puutteella. Tällöin esimerkiksi keisarinleikkaus ja pihtisyntyminen eivät kuulu normaalisynnytyksiin. (Downe – McCourt 2004: 3; Crabtree 2004: 87.) AIMS (Association for Improvements in the Maternity Services) suosittelee synnytyksen jakamista kolmeen kategoriaan: operatiiviseen tai instrumentaaliseen synnytykseen, obstetriseen synnytykseen ja normaaliin synnytykseen. Operatiivinen synnytys sisältää AIMS:n mukaan keisarinleikkaukset ja imukuppi- sekä pihtisyntytykset ja obstetrinen synnytys sisältää vaginaaliset synnytykset, joissa on käytetty epiduraalipuudutusta,

puhkaistu kalvot, käynnistetty tai vauhditettu lääkkein synnytyksen edistymistä tai tehty episiotomia. (Beech – Phipps 2004: 62.)

Viimeisten vuosikymmenien aikana länsimaisessa lääketieteessä on saavutettu huomattavaa edistystä muun muassa äiti- ja lapsikuolleisuuden vähentämisessä (World Health Organization 2010a; World Health Organization 2010b). Tämä on pitkälti länsimaisen lääketieteen ansiota. Kaikesta teknisestä menestyksestään huolimatta länsimaista synnytyskulttuuria on kritisoitu useasta syystä. Ensinnäkin sen nähdään ylikorostavan raskauden ja synnytyksen fyysisiä ja teknisiä puolia, jolloin psykososiaaliset puolet jäävät varjoon. (Helman 2007: 170.) Länsimaista synnytyskulttuuria on kritisoitu myös sen taipumuksesta medikalisoida normaali biologinen tapahtuma, eli taipumuksesta kääntää se lääketieteelliseksi ongelmaksi, jolloin myös raskaana olevasta naisesta tehdään passiivinen ja riippuvainen potilas (World Health Organization 1996: 2; Helman 2007: 170). WHO:n mukaan medikalisaation taustalla vaikuttaa käsitys, että synnytys voidaan todeta normaaliksi vasta jälkikäteen. Tämä laajalle levinnyt näkemys on saanut monien maiden obstetrikot päättämään siihen, että normaalisyntytyksen hoidon tulisi olla samanlaista kuin komplisoituneiden synnytysten hoidon. Tällainen ajattelutapa johtaa interventioiden lisääntymiseen ja sen toteuttaminen edellyttää synnytysten keskittämistä isoihin synnytysyksiköihin. (World Health Organization 1996: 2.) On tärkeää huomata, että kaikissa kulttuureissa raskaus ja syntymä ovat enemmän kuin pelkkä biologinen tapahtuma. Ne ovat myös osa tärkeää siirtymävaihetta naisesta äidiksi. (Helman 2007: 172.)

Viimeisten vuosikymmenten aikana kansainvälisenä suuntauksena on ollut synnytysenaikaisten interventioiden lisääntyminen (World Health Organization 1996: 1; Crabtree 2004: 87). Synnytyksen monitoroinnin lisääntymisen ja sen kulkuun puuttumisen tavoitteena on ollut äidin ja sikiön hyvinvoinnin turvaaminen (World Health Organization 1996: 1). WHO on ilmaissut huolensa synnytyksen aikaisten interventioiden lisääntymisestä. WHO tukee suuntausta luonnonmukaiseen synnytykseen ja suosittaa yksinkertaista teknologiaa ja minimimäärää interventioita synnytyksen hoidossa. (Sandall 2004: 161, 166–167.) Vaikka vain harvat synnyttäjät todella tarvitsevat lääketieteellisiä interventioita, suurin osa heistä altistetaan niille. Tutkimuksen mukaan opetussairaalsissa synnyttäneet alhaisen riskin ensisyntyttäjät saattoivat joutua 16 eri henkilön hoita-

maksi kuuden tunnin aikana ja silti tulla jätetyksi yksin suurimmaksi osaksi ajasta. Ruutiinotoimenpiteet, tuntemattomien ihmisten läsnäolo ja yksin jääminen synnytyksen aikana aiheuttivat synnyttäjille stressiä, ja stressi voi vaikuttaa synnytyksen kulkuun pidentämällä sen kestoja sekä aiheuttaa ilmiön, jota kuvaillaan ”interventioiden kierteenä”. (World Health Organization 1996: 10.) Tutkimusten mukaan synnyttäjät kokivat sellaisetkin invasiiviset interventiot, joita ammattilaiset usein pitävät vähäpätöisinä, kuten esimerkiksi kalvojen puhkaisu, ktg ja episiotomia, yhtä häiritsevinä kuin merkittävämpiä interventioita, kuten pihtien käyttö (Beech – Phipps 2004: 67).

Synnytyksen medikalisaatio saattaa vaikuttaa siihen, luottavatko kättilöt ja synnyttäjät normaaliin luonnolliseen synnytykseen ja hyväksyvätkö he sen (Crabtree 2004: 89; Raussi-Lehto 2009: 207). Suurin osa länsimaiden naisista uskoo sairaalan olevan paras ja turvallisin paikka synnyttää eikä tiedä lääketieteelliseen synnytyskulttuuriin piiloutuvista riskeistä. Teknologian käytöstä ja interventiosta on tullut hyväksytty ja oletettu osa synnyttämistä. Näkemys, että synnytyksen kulkua voidaan manipuloida ja kontrolloida, on juurtunut syvälle yhteiskuntaamme. Naisilla on synnytystä koskevia mielikuvia ja odotuksia, joiden he odottavat toteutuvan omassa synnytyksessään. Tutkimusten mukaan monet naiset pitävät invasiivisia interventioita, kuten synnytyksen käynnistämistä ja epiduraalipuudutusta odotettavana ja hyväksyttävänä osana normaalia synnytystä. (Crabtree 2004: 89.)

WHO:n mukaan muutama vuosikymmen sitten alettiin tutkia, vaikuttaako synnytyspaikka synnytyksen kulkuun (World Health Organization 1996: 10). Synnytyspaikka on yhteydessä interventioiden lisääntymiseen. Länsimaissa suurin osa synnytyksistä tapahtuu sairaalassa. Tutkimusten mukaan suurissa synnytysyksiköissä on todettu olevan enemmän synnytysinterventioita, äitien sairastavuutta, matalia Apgarin pisteitä, synnytyksen aikaista hapenpuutetta, synnytystraumoja sekä vähemmän normaalisynnytyksiä. (Crabtree 2004: 88.)

Joissakin länsimaissa on perustettu kodinomaisia synnytysyksiköitä sairaaloiden ulkopuolelle tai niiden yhteyteen. Näissä niin sanotuissa synnytyskeskuksissa naiset voivat synnyttää kodinomaisessa ilmapiirissä kättilöiden hoidossa. Useimmissa synnytyskeskuksissa ei käytetä elektronista sikiön monitorointia tai synnytyksen augmentaatiota.

(World Health Organization 1996: 10–11.) Lääketieteen sanakirjan mukaan augmentaatiolla tarkoitetaan synnytyksen vauhdittamista, joka voidaan toteuttaa esimerkiksi oksitosiini-infuusiolla (Duodecim 2011). Lisäksi synnytyskeskuksissa pyritään käyttämään minimimäärää kipulääkkeitä. Tutkimukset kätälöjohtoisesta hoidosta sairaaloissa osoittavat, että naiset ovat tyytyväisempiä tällaiseen hoitoon kuin tavanomaiseen lääkärijohtoiseen hoitoon. Interventoiden määrä oli alhaisempi, mutta obstetrinen lopputulos ei eronnut merkittävästi lääkärijohtoisen hoidon tuloksista. (World Health Organization 1996: 11.)

Useissa länsimaissa tyytymättömyys synnytyksen hoitoon sairaaloissa on johtanut kotisyntyisten yleistymiseen pienten synnyttäjä- ja ammattilaispiirien keskuudessa. Näissä maissa virallinen terveydenhuoltojärjestelmä suhtautuu kotisyntyisiin kuitenkin enemmän tai vähemmän varauksellisesti. Alankomaat on siitä poikkeuksellinen länsimaa, että siellä on virallinen kotisyntysjärjestelmä. Tutkimustietoa kotisyntyisistä on melko niukasti, mutta olemassa oleva tutkimus osoittaa, että matalan riskin ensisyntyäjille kotisyntyminen on yhtä turvallista kuin sairaalasyntyminen, ja matalan riskin uudelleensyntyäjille turvallisempaa kuin sairaalasyntyminen. (World Health Organization 1996: 12.) Joidenkin tutkimusten mukaan neonataalikuolleisuus on korkeampaa kotisyntyisissä (Halmesmäki 2011). Tutkimustieto kotisyntyisiin liittyvistä sikiökuolemista on kuitenkin ristiriitaista; toisten tutkimusten mukaan kotisyntyminen on yhtä turvallista tai turvallisempaa kuin sairaalasyntyminen myös sikiölle (Miettinen 1997). Kuuteen eri tutkimukseen perustunut meta-analyysi osoitti, ettei suunniteltujen kotisyntyisten ja sairaalasyntyisten välillä ollut tilastollisesti merkittävää eroa perinataalimortaliteetissa (Wiklund – Lindvall – Sachs 2003: 4273). WHO:n selvityksen mukaan sopiva synnytyspaikka on sellainen, jossa nainen kokee olonsa turvallisiksi ja jossa hoito on laadukasta ja turvallista. Matalan riskin synnyttäjille synnytyspaikaksi soveltuu heidän valintansa mukaan koti, pieni synnytyskeskus tai isompi sairaala. Tärkeää on, että hoidossa kiinnitetään huomiota synnyttäjän tarpeisiin, turvallisuuteen ja kulttuuriin. (World Health Organization 1996: 12.)

2.1.4 Ei-länsimainen synnytyskulttuuri

Päinvastoin kuin modernissa ja teknologisessa länsimaisessa kulttuurissa, huomattava osa maailman lapsista – etenkin kehitysmaiden maaseutualueilla – syntyy kuitenkin hyvin erilaisissa oloissa; yleensä kotona perinteisen kättilön avustamana vähäisen tai olemattoman teknologian avulla (Helman 2007: 174). Aina terveydenhoitopalveluita ei ole saatavilla ja vaikka olisikin, ne saattavat olla liian kalliita tai liian kaukana. Myös kulttuuriset uskomukset ja tavat voivat olla esteenä terveydenhoitoon hakeutumiselle. (World Health Organization 2008a.) Kulttuurisia esteitä sairaalaan hakeutumiseen voivat olla esimerkiksi tiedon puute sairaalan käytännöistä, henkilökunnan epäasialliset asenteet, perheenjäsenten läsnäolon rajoittaminen synnytyksen aikana ja tarve kysyä (usein miespuolisten) perheenjäsenten lupaa ennen sairaalaan hakeutumista. (World Health Organization 1996: 11).

Perinteisiä kättilöitä (TBA, traditional birth attendant) on maaseudulla ja myös kaupungeissa kaikkialla Afrikassa, Aasiassa, Latinalaisessa Amerikassa ja Karibianmeren alueella. Heiltä puuttuu muodollinen koulutus, mutta kädentaidot ja sukupolvelta toiselle periytyvä tietotaito ovat heidän vahvuutensa. Perinteiset kättilöt saattavat osata esimerkiksi taitavasti kääntää virhetarjonnassa olevan sikiön päätarjontaan ulkoisen hieronnan avulla. Toisaalta joitakin heidän käyttämiään tekniikoita voidaan pitää ongelmallisina ja komplikaatiotilanteissa perinteisten kättilöiden keinot yleensä loppuvat. (Helman 2007: 173–174.) WHO tavoitteli vielä joitain vuosia sitten perinteisten kättilöiden määrän lisäämistä ja lisäkoulutusta, sillä järjestö uskoi heidän tarjoavan varteenotettavan vaihtoehdon raskauden ja synnytyksen hoitoon niillä alueilla, joilla terveydenhuoltopalveluiden saatavuus oli muuten heikkoa. Koulutusohjelman avulla äiti- ja lapsikuolleisuusluvut eivät kuitenkaan ole lähteneet laskuun, sillä tarjottu koulutus on lyhyt eikä se ole tarpeeksi kattava opettamaan epäpätevälle henkilölle kriittistä ajattelutaitoa ja päätöksentekoa, joita kättilön työtä harjoittaessa tulee hallita. (World Health Organization 2008c.) Nykyisin WHO pyrkiikin lisäämään ammattitaitoisten ja koulutettujen kättilöiden ja muun hoitohenkilökunnan (professionally skilled attendance) määrää ja suosittelee, että kaikissa synnytyksissä pitäisi olla koulutettu terveydenhuollon ammattilainen mukana. (Stanton 2008: 242.)

Afrikassa ja eräissä Lähi-idän ja Aasian maissa yksi synnytyskulttuurissa vaikuttava tapa on tyttöjen sukupuolielinten silpominen (FGM, female genital mutilation). Sukuelinten silpomista kuvaillaan myös sanalla naisen ympärileikkaus. Nykyään puhutaan useimmiten silpomisesta, koska sen ajatellaan kuvaavan osuvammin toimenpiteen luonnetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1010.) Tässä työssä käytämme kuitenkin sanaa naisen ympärileikkaus, koska käsite ympärileikkaus kuvastaa paremmin toimenpiteen kulttuurista merkitystä kuin silpominen, jolla on myös vahva emotionaalinen ja poliittinen lataus. (Tiilikainen – Pietiläinen – Johansson 2009: 557.)

Sukupuolielinten silpominen on perinne, jossa osa naisen ulkoisista sukupuolielimistä leikataan pois. Ympärileikkausta perustellaan kulttuurisilla, uskonnollisilla, moraalisisilla, sosiaalisilla sekä esteettisyyteen ja puhtauteen liittyvillä syillä. Ympärileikkaamisen uskotaan esimerkiksi takaavan tytön neitsyyden ennen avioitumista. Ympärileikkausta on vuosisatojen kuluessa ruvettu perustelemaan uskonnollisilla syillä, vaikka tyttöjen ja naisten ympärileikkaus ei kuulu minkään uskonnon perusopetukseen. (Tiilikainen ym. 2009: 559.) Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on Suomessa rikoslain perusteella rangaistava, teon törkeysasteesta riippuen usein törkeään pahoinpitelyyn rinnastettava teko (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on ihmisoikeuksia loukkaava käytäntö, joka muun väkivallan tavoin on hyökkäys tyttöjen, naisten koskemattomuutta, tasa-arvoa ja arvokkuutta kohtaan (Tiilikainen ym. 2009: 556).

Tyttöjen ympärileikkauksella tarkoitetaan kaikkia ei-hoidollisia toimenpiteitä, joissa poistetaan tytön tai naisen sukuelimiä osittain, kokonaan tai vahingoitetaan niitä jollain muulla tavalla (Tiilikainen ym. 2009: 556). WHO:n mukaan ympärileikkaukset voidaan luokitella neljään eri pääryhmään. Toimenpiteen laajuus vaihtelee erilaisista määrittämättömistä lävistyksistä ja veren vuodattamisesta aina infibulaatioon eli ns. faraoniseen ympärileikkaukseen, jota harjoitetaan enimmäkseen Somaliassa. Tässä ympärileikkauksen muodossa klitoris ja pienet häpyhuulet poistetaan, isot häpyhuulet poistetaan osittain tai kokonaan, ja tyvistettyjen häpyhuulten reunat ommellaan kiinni, jolloin jätetään vain pieni aukko virtsan ja kuukautisvuodon poistumiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010; Tiilikainen ym. 2009: 556–557.) Käytännössä voi kuitenkin olla vaikea erottaa, minkä tyyppisestä toimenpiteestä kulloinkin on kyse. Sekamuodot ovat

tavallisia ja WHO:n luokittelua voidaan pitää vain suuntaa-antavana. (Tiilikainen ym. 2009: 557.)

Itse toimenpide tehdään usein epähygieenisissä olosuhteissa epästeriileillä välineillä ilman puudutusta. Perinteiset kätilöt tai maaseutukylien vanhemmat naiset toimivat usein toimenpiteen tekijöinä. (Tiilikainen ym. 2009: 557.) Naisten sukupuolielinten silpominen voi aiheuttaa vakavia fyysisiä ja henkisiä ongelmia, joista mainittakoon toimenpiteen yhteydessä runsas verenvuoto, kipusokki ja infektiot. Myöhemmin nainen saattaa kärsiä hankalista ja kivuliaista kuukautisista, toistuvista virtsatie-infektioista tai seksuaalielämän vaikeuksista, ja synnytyksessä voi tulla jopa äidin ja syntyvän lapsen elämän vaarantavia komplikaatioita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010; Tiilikainen ym. 2009: 560–561.)

On tärkeää huomata, että monien muiden kulttuureiden synnytykseen liittyvät tavat ja käytännöt poikkeavat oman maamme käytännöstä. Muissa kun länsimaisissa synnytyskulttuureissa on monia omistamme poikkeavia piirteitä muun muassa synnytysasentoihin, puolison läsnäoloon sekä napanuoran leikkaamiseen liittyen (Helman 2007: 174). Kulttuurit, joissa rajoitetaan naisen liikkumista ja asentoja synnytyksen aikana ovat itse asiassa ennemminkin poikkeus kuin sääntö maailmanlaajuisesti (Hamilton 2009: 495). Monissa ei-teollistuneissa maissa synnytetään joko seisoen, kyykyssä tai istuvassa asennossa nojaten jotakin tai jotakuta vastaan. Länsimaisten lääkäreiden suosima supiini- tai litotomia-asento (selinmakuuasento) ei ole ollenkaan tavallinen. (Helman 2007: 173.) Monissa kulttuureissa käytetään liikkumista, tanssia, fyysistä kontaktia ja hierontaa synnytysprosessin edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Synnytyksen aikaisesta liikkumisesta ja asentojen käytöstä tehdyt tutkimukset osoittavat, että synnytyksen aikainen liikkuminen parantaa sekä naisen synnytyskokemusta että synnytyksen edistymistä. (Hamilton 2009: 495.) Perinteiset synnytystavat ovat kuitenkin muuttumassa nopeasti monessa maassa yhteiskunnallisen ja taloudellisen kehityksen myötä, ja synnytyksen medikalisaatio on leviämässä myös köyhempiin maihin (Helman 2007: 173).

2.1.5 Suomalainen synnytyskulttuuri

Suomessa äitiyttä ja synnytystä koskevat keskustelut, valistuskampanjat ja muutokset tapahtuivat eurooppalaisittain katsoen myöhään. Karkeasti arvioiden voi sanoa, että perinteinen kansanusko ja -lääkintä kansanomaisine synnytysavustajineen muodostivat meillä vallitsevan kulttuurimallin 1920-luvulle saakka, syrjäseuduilla pidempäänkin. Synnytykset tapahtuivat maaseudulla aina kotioloissa joko maallikkokättilöiden avustuksella tai yksin. Keski-Euroopassa kättilöitä alettiin kouluttaa jo 1500-luvulla, ja maallikkoavustajat olivat käyneet harvinaisiksi jo 1800-luvun jälkipuoliskolla. Vaikka kättilökoulutus aloitettiin Suomessa vuonna 1816, hoidettiin yli 90 % synnytyksistä 1800-luvun loppupuolelle saakka maallikkokättilöiden avulla. Nopea muutos synnytysoloissa tapahtui 1890-luvulla, kun koulutettujen kättilöiden määrä ja käyttö alkoi lisääntyä vuosi vuodelta. Suomessa tapahtunutta synnytyskulttuurin murrosta voi tarkastella kamppailuna kansanuskon ja -lääkinnän sekä virallisen lääketieteen edustamien mallien välillä. Raskaus ja synnytys medikalisoitiin eli liitettiin osaksi biolääketieteen hallitsemaa kenttää. (Helsti 2000: 16, 47–49.)

Suomessa synnytysten ohjautuminen sairaaloihin tapahtui 1900-luvulla (Paananen 2009: 22). Kotisyntytykset olivat kuitenkin enemmistönä aina 1940-luvun puoliväliin saakka. 1950–1960-lukujen vaihde merkitsi kotisyntytysten aikakauden loppua. (Helsti 2000: 47.) Keskussairaalaverkoston kehittyessä 1960-luvulla kotisyntytysten määrä alkoi selvästi laskea. Synnytysvalmennus ja entistä paremmat liikenneyhteydet vaikuttivat synnyttäjien siirtymiseen laitoksiin. (Paananen 2009: 22.) Yli 90 % äideistä synnytti 1960-luvulla laitoksissa ja enää pari äitiä sadasta turvautui kansanomaiseen synnytysavustajaan (Helsti 2000: 47).

Oppikirjojen voidaan ajatella edustavan kunkin maan kulttuuria, ja näin ollen esimerkiksi Kättilötyö-kirjan voidaan ajatella kuvaavan suomalaista synnytyskulttuuria. Kättilötyö-kirjan mukaan Suomessa kättilön työkuva on laaja ja kättilö hoitaa itsenäisesti normaaleja alatiesynnytyksiä (Pienimaa 2009: 25; Raussi-Lehto 2009: 206–207). Suomessa kättilön näkökulmasta tarkasteltuna syntymän hoito tarkoittaa kättilön omalla vastuulla tapahtuvaa, itsenäistä syntymän hoitotyötä, mikä edellyttää kättilöltä myös kykyä synnyttäjän ja tukihenkilön ohjaamiseen ja neuvontaan. Synnyttäjän voinnin tarkkailu,

sikiön voinnin seuranta ja vastasyntyneen voinnin tarkkailu ovat myös osa syntymän aikaista kätilötyötä. Kätilön tulee osata ennakoida riskitekijöitä sekä synnytykseen puuttumista sellaisissa tilanteissa, joissa synnytyksen edistyminen poikkeaa säännöllisestä ja joissa tarvitaan lääketieteellistä apua. Kätilöllä tulisi aina olla perusteltu syy puuttua synnytyksen säännölliseen kulkuun minkäänlaisin toimenpitein. (Raussi-Lehto 2009: 206–210.)

Synnytys voidaan kokonaisuudessaan todeta säännölliseksi vasta jälkikäteen. Tämän vuoksi yleiseksi käytännöksi on tullut, että syntymän hoito säännöllisessä synnytyksessä on samanlaista kuin hoito komplisoituneessa tai riskisynnytyksessä. (World Health Organization 1997: 2; Raussi-Lehto 2009: 207.) Syntymän luonnolliseen kulkuun puututaankin huomattavasti, ja tietyistä käytänteistä on tullut rutiininomaisia monissa sairaaloissa. Virtanen (2011: 3) pohtii Kätilölehden pääkirjoituksessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen uusimman synnytystilaston ”Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2008–2009” toimenpidelukuja. Tilastojen mukaan synnytystoimenpideluvut ovat Suomessa korkeita: esimerkiksi 76,1 % kaikista alateitse synnyttäneistä sai joko epiduraali-, spinaali- tai yhdistetyn spinaali-epiduraalipuudutteen. Virtanen kiinnittää huomion myös kaikkien tilastoitavien toimenpiteiden suureen vaihteluun sairaaloittain. Esimerkiksi epiduraalipuudutuksen antamisen vaihteluväli sairaaloittain tarkasteltaessa oli huomattava: alimmillaan luku oli 42,4 % ja ylimmillään 93,5 %. Tämä kertoo Virtanen mukaan siitä, että synnytyksen hoito ei ole samanlaista kaikissa synnytysyksiköissämme. Toisin sanoen Suomesta puuttuu yhtenäinen synnytyksen hoitokulttuuri.

Tämän hetkinen suuntaus Suomessa on synnytysten keskittäminen yhä harvempiin, isoihin sairaaloihin ja pienten yksiköiden sulkeminen (Hemminki – Heino – Gissler 2011: 1186). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) uusimman, Hemmingin ym. (2011) tutkimukseen perustuvan tutkimusraportin mukaan vuosien 1991–2008 aikana synnytyssairaaloiden lukumäärä laski 49:stä 34:ään ja synnytysten määrä sairaalaa kohden lisääntyi huomattavasti (1733 synnytystä vuonna 2008). Suomessa pienten synnytyssairaaloiden sulkemista on perusteltu turvallisuudella, kustannussäästöillä ja henkilökunnan paremmalla saatavuudella. Kaikki perustelut ovat nojanneet asiantuntija-arvioihin eikä kunnollista tutkimustietoa keskittämiseksi ole. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Suunnitellut kotisyntytykset ovat Suomessa erittäin harvinaisia, eikä itsenäisiä synnytysyksiköitä, birth centereitä, ole ollenkaan. Matkasynnytykset ovat harvinaisia (120–140 vuonna 2008), mutta niiden määrä on lisääntynyt 2000-luvulla ja alueelliset erot vähentyneet. Tutkimuksen mukaan synnytysten keskittämistä nykyistä harvempiin sairaaloihin ei voi perustella terveydellisin perustein. Suomen synnytysjärjestelmä toimii nykyisessä mallissaan hyvin: järjestelmä perustuu vastuualueisiin ja aktiiviseen läheteikäytäntöön. Synnytystoiminnan lopettamisella sairaalassa voi olla negatiivisia vaikutuksia äitiyspoliklinikkatoimintaan, äitiysneuvoloiden toimintaan, henkilöstön saatavuuteen ja kustannuksiin. Pitkät matkat ja vanhempien huoli sairaalan ehtimisestä voivat vaikuttaa epäedullisesti raskauteen ja synnytykseen, ja vaativat jatkoselvittelyä. Kun matalan riskin synnyttäjät synnyttävät isoissa, korkeiden riskien synnytysten hoitoon orientoituissa sairaaloissa, heidän hoitonsa saattaa olla riskiajattelun ohjaamaa, jolloin synnytyksen luonnolliseen kulkuun puututaan liiallisesti. (Hemminki ym. 2001: 1187–1193.)

Suomessa synnytysten keskittämisen sijaan synnyttäjille tulisi tarjota vaihtoehtoisia synnytyspaikkoja. Synnytysten keskittämistä on perusteltu äitikuolemien vähentämiseksi, mutta samoilla perusteluilla voidaan argumentoida keskittämistä vastaan. Esimerkiksi pitkät sairaalamatkat johtavat suunnittelemattomiin, myös riskisyntytykset sisältäviin, ilman ammattilaisten apua hoidettuihin matka- ja kotisyntytyksiin, joissa äiti- ja lapsikuolleisuus ovat korkeita. Synnyttäjän näkökulmasta katsottuna Suomen synnytykskulttuuria on viety väärään suuntaan (kotisyntytysten lopettaminen, synnytysteknologian aktiivinen käyttö normaaleissakin synnytyksissä, kättilöiden vetäminen pois neuvoloista, pienten synnytysyksiköiden sulkeminen ja synnytysten keskittäminen). (Miettinen 1997.) Miettinen vertaa Suomen tilannetta muun Euroopan suuntaukseen: ”äitiyshuollon tavoitteiden ja muutoksen suunta muualla Euroopassa on selvä: moniarvoinen äitiyshuolto, pienet vaihtoehtoiset synnytysyksiköt ja kotisyntytykset”.

Esimerkkejä moniarvoisemmasta äitiyshuollosta löytyy jo hyvin läheltä Suomea. Ruotsissa Tukholman läänissä järjestelmä tukee kotisyntytyksiä maksamalla kättilölle korvauksen kotisyntytyksen hoidosta tietyissä tapauksissa. Tukholman lääni otti koekäyttöön vuonna 2002 kotisyntytysohjeistuksen, johon kuuluvat yksityiskohtaiset kriteerit, jotka synnyttäjän ja häntä hoitavan kättilön tulee täyttää saadakseen kulukorvauksen. Vuoden 2002 aikana 41 Tukholmassa asuvaa naista haki kotisyntytykskulukorvausta.

34 tapauksessa tuki myönnettiin. Poikkeavat tapahtumat johtivat sairaalasiirtoon neljässä tapauksessa. Yhdessäkään synnytyksessä ei aiheutunut vaurioita äidille tai lapselle. (Wiklund ym. 2003: 4272–4276.)

2.1.6 Synnytyskokemus

Synnytys on yksi naisen elämän tärkeimmistä tapahtumista. Lapsen syntymää verrataan usein kokemuksiin omista häistä tai läheisen sukulaisen kuolemasta. Muistot synnytyksestä ovat pitkäkestoisia ja säilyvät yksityiskohtaisina muistissa naisen kuolemaan saakka. (Howes 2004: 226; Beech – Phipps 2004: 60.) Muistot synnytyksen aikaisista kokemuksista voivat olla joko voimaannuttavia tai musertavia. Jotkut naiset kärsivät jopa posttraumaattisesta stressioireyhtymästä traumaattisen synnytyskokemuksen seurauksena. (Sandall 2004: 162.)

Synnytyskokemus on kriittinen tapahtuma naisen elämässä. Se vaikuttaa naisen sopeutumiseen äitiyteen, äidin itsetuntoon sekä psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin, äidin ja vastasyntyneen väliseen suhteeseen, asenteisiin lastenhankintaa kohtaan sekä koko perheen hyvinvointiin. (Howes 2004: 226; Beech – Phipps 2004: 61.) Täten traumaattisella kokemuksella voi olla pitkäaikaisia haitallisia vaikutuksia; pahimmillaan seurauksena voi olla äidin itsemurha (Beech – Phipps 2004: 61). Vastaavasti hyvän synnytyskokemuksen seuraukset ovat positiivisia ja pitkäkestoisia (Beech – Phipps 2004: 59, 69).

Yhteiskunnassamme ei huomioida riittävästi synnytyskokemuksen tärkeyttä (Hodnett ym. 2011: 2, Beech – Phipps 2004: 61). Synnyttäjien oletetaan olevan tyytyväisiä siihen, että lapsi syntyy elävänä, arvostamatta synnytyskokemuksen merkitystä. Synnyttäjien kokemusten huomiotta jättäminen johtaa liian usein traumatisoihin muistoihin positiivisten, voimaannuttavien muistojen sijasta. (Beech – Phipps 2004: 61.)

Monet eri tekijät vaikuttavat siihen, millainen synnytyskokemus naiselle muodostuu (Hamilton 2009: 493, Vallimies-Patomäki 2009: 63). Kansainvälisissä potilastyytyväisyystutkimuksissa on todettu synnytyskokemukseen vaikuttaviksi tekijöiksi kommunikaation laatu, läsnäolo, kontrollin tunne, päätöksentekoon osallistuminen, tukihenkilön

läsnäolo, annettu tieto, hoitohenkilökunnan antamat palvelut ja lähellä olon ajallinen pituus sekä fyysinen ympäristö (Viisainen 2000: 41). Myönteinen synnytyskokemus on yhteydessä puolison suhtautumiseen, kättilön ominaisuuksiin ja antamaan tukeen, ahdistuksen ja pelkojen välttämiseen, kivunhoitoon, alatiesynnytykseen sekä lyhyempään ja odotettua helpompaan synnytykseen. Kielteinen synnytyskokemus on puolestaan yhteydessä synnytyksen kulkuun liittyvien tekijöiden lisäksi naisen pelkoihin, kipuihin, puutteelliseen sosiaaliseen tukeen sekä lapsen ongelmiin. (Vallimies-Patomäki 2009: 63.)

Tutkimukset osoittavat jatkuvan synnytyksen aikaisen tuen edut (Hodnett – Gates-Hofmeyr – Sakala – Weston 2011: 13; Hamilton 2009: 494). Jatkuvalla psykososiaalisella tuella tarkoitetaan emotionaalista tukea (jatkuva läsnäolo, rauhoittelu ja kehuminen), tiedon antamista synnytyksen edistymisestä ja selviytymiskeinoista, olon tekemistä mukavammaksi (esimerkiksi kosketuksen, hieronnan, kylvyn ja suihkun avulla sekä huolehtimalla nestetasapainoista) ja synnyttäjän etujen ajamista (auttamalla naista ilmaisemaan toiveitaan). Tuen antajana voi olla kättilö, doula, synnyttäjän kumppani tai läheinen ystävä (Hodnett ym. 2011: 3).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on osoitettu että synnytyksen aikainen jatkuva psykososiaalinen tuki vähentää kivunlievityksen ja interventoiden tarvetta, lyhentää synnytyksen kestoa sekä parantaa synnytyskokemusta (Hodnett ym. 2011: 13; Hamilton 2009: 494). Lisäksi jatkuvaa synnytyksen aikaista tukea saaneilla naisilla oli vähemmän keisarinleikkauksia ja alhaisia Apgarin pisteitä viiden minuutin iässä saaneita lapsia (Hodnett ym. 2011: 13–14). Synnyttäjän saama psykososiaalinen tuki on myös yhteydessä naisen aktiivisuuteen, vähäisempiin kipuihin ja pelkoihin sekä avautumisvaiheen hallintaan. Niin ikään psykososiaalisen tuen puute on yhteydessä kielteiseen synnytyskokemukseen, lääkkeelliseen kivunlievitykseen ja matalan riskin synnyttäjillä autettuun alatiesynnytykseen. (Vallimies-Patomäki 2009: 62.) Kättilön ja synnyttäjän välinen suhde on tärkeä synnytyskokemukseen liittyvä tekijä ja voi myös vaikuttaa siihen, miten nainen kokee synnytyskivun (Hamilton 2009: 494).

Kysymyksiä on esitetty kättilöiden ja muun hoitohenkilökunnan kyvystä tarjota tehokasta synnytyksen aikaista tukea modernissa synnytysympäristössä, jossa kättilöillä on

usein useampi kuin yksi synnyttävä hoidettavanaan yhtäaikaaisesti, ja suuri osa ajasta menee teknologian käyttöön sekä potilasasiakirjojen ylläpitoon. Pohjois-Amerikassa ja useissa muissakin maissa Suomi mukaan lukien on saatavilla synnytyksen aikaiseen tukeen erikoistuneiden tai koulutettujen naisten tarjoamia palveluita. Näitä suhteellisen uusia hoitotiimin jäseniä kutsutaan douliksi (kreikan kielen ”palvelijatarta” tarkoittava sana). Jotkin pohjoisamerikkalaiset sairaalat ovat alkaneet sponsoroida doulien palveluita, ja viimeaikaisten tutkimusten mukaan 3-5 % naisista oli käyttänyt doulan palveluita viimeisimmän synnytyksensä aikana. (Hodnett ym. 2011: 3).

2.2 Kulttuurisensitiivinen syntymän hoito aikaisempien tutkimusten mukaan

Opinnäytetyömme aihetta, kulttuurisensitiivistä syntymän hoitoa, on aikaisemmin tutkittu vain vähän. Aihetta sivuavaa suomalaista tutkimusta on saatavilla jonkin verran muun muassa terveydenhuoltohenkilökunnan ja maahanmuuttajien kohtaamisesta (Malin 2003: 321). Maahanmuuttajien terveyteen ja sairauteen keskittynyt tutkimus on Suomessa vasta alkutekijöissään. Ulkomailla maahanmuuttajien hyvinvointiin liittyvää tutkimusta on tehty jo kauemmin. (Tiilikainen 2003: 22.) Hoitotieteessä on tunnistettu kulttuurisensitiivisen hoidon tutkimisen tarve ja ajankohtaisuus, ja tutkimusta on tehty etenkin sellaisissa maissa, joilla on pitkä historia maahanmuutosta, kuten USA:lla, Kanadalla ja Australialla.

Suomessa maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilökunnan kohtaamista on tutkinut muun muassa Hassinen-Ali-Azzani (2002). Hänen väitöskirjatutkimuksensa tuotti somalialaisten terveyttä ja hoitamista koskevaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää Suomessa asuvien somalialaisten hoitotyön kulttuurista osaamista. Tutkimuksessa kuvattiin laajasti somalikulttuuria, somalialaisten terveystietoa ja terveyden kannalta olennaisia toimintatapoja sekä somaliperheiden synnytystä edeltäviä ja sen jälkeisiä hoitokäytäntöjä heidän omasta sekä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 3, 80.)

Myös Tiilikainen (2003: 14) on tutkinut somalikulttuuria ja somalien arkea Suomessa. Tiilikaisen väitöskirjatutkimus Arjen Islam kuvaa uskontotieteen näkökulmasta somalinaisten arkea Suomessa. Tutkimuksessa on selvitetty myös naisten tulkintoja sairau-

desta ja niistä tekijöistä, jotka heidän käsityksensä mukaan uhkaavat terveyttä ja hyvinvointia (Tiilikainen 2003: 19). Tiilikaisen mukaan somalien käsitykset sairauden syistä ja sopivista hoitomuodoista eroavat suomalaisessa lääketieteessä vallitsevasta biolääketieteellisestä näkemyksestä. Somalialaisten näkemykset voivat perustua islamilaiseen lääketieteeseen, perinteisiin paikallisiin parantamistraditioihin, biolääketieteeseen tai näiden yhdistelmiin. (Tiilikainen 2003: 40.) Tämä selitysmallien erilaisuus voi johtaa sekä molemminpuolisiin väärinkäsityksiin, että potilaan tyytymättömyyteen ja kokeemukseen siitä, ettei ole saanut riittävästi hoitoa (Tiilikainen 2004: 20). Tutkimuksessa todetaan myös, että vaikka perinteinen työnjako on edelleen olemassa, somalimiesten on Suomessa pakko osallistua enemmän kodin hoitoon. Somalimiehet ovat tulleet mukaan myös synnytyksiin, mikä Somaliassa olisi ollut ennen kuulumatonta. (Tiilikainen 2003: 174.)

Tutkimustulosten mukaan somalialaiset olivat joutuneet sopeutumaan Suomessa lukuisiin muutoksiin synnytystä edeltävän, senaikaisen ja synnytyksen jälkeisen ajan hoitokäytännöissä verrattuna somalialaisiin tapoihin. Somalinalaiset kaipasivat suvun naisten tukea synnytystilanteessa, toisaalta yksi keskeinen muutos oli somali-isten osallistuminen synnytykseen Suomessa. Suhtautuminen kivunlievitykseen vaihteli, ja jotkut somalinalaiset peläsivät keisarinleikkausta synnytystapana. Somalinalaiset ilmaisivat luottavansa suomalaiseen henkilökuntaan synnytyksen hoidossa. Hoitohenkilökunnan mukaan somalinalaiset suhtautuvat raskauteen ja synnytykseen hyvin luonnollisena asiana. Kie-liongelmat ovat kuitenkin vaikeuttaneet somalinalaisten kommunikointia henkilökunnan kanssa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 165–173.)

Tieto somalialaisten kulttuurisista tavoista on tärkeää kaikille terveydenhuoltoalan ammattilaisille, sillä ne poikkeavat monelta osin oman kulttuurimme tavoista ja voivat täten aiheuttaa väärinkäsityksiä tiedon puuttuessa. Kulttuurinen tietämys on kuitenkin erityisen tärkeää kätilöille, sillä synnytys ja syntymä ovat ihmiselämän vaikuttavimpia kokemuksia, eikä ole yhdentekevää, millaiseksi tämä kokemus muodostuu. Somalit ovat tällä hetkellä neljänneksi suurin maahanmuuttajaryhmä Suomessa heti Venäjän, Viron ja Ruotsin kansalaisten jälkeen (Tilastokeskus 2010b).

Sainola-Rodriguez kuvaa väitöskirjassaan (2009: 80, 117) maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisissa tarvittavaa osaamista ja tarkastelee tuloksia myös ammatillisen osaamisen kehittymisen näkökulmasta. Terveystenhoitohenkilöstö koki, ettei peruskoulutus anna riittävästi valmiuksia työhön maahanmuuttajien kanssa: heidän omat tietonsa maahanmuuttajien olosuhteista, kulttuurisista arvoista ja käytännöistä eivät olleet riittäviä. Heillä tuntui kuitenkin olevan halua kunnioittaa maahanmuuttajien kulttuurisia käsityksiä ja arvoja. Kulttuurisia tekijöitä oli kaiken kaikkiaan huomioitu hoitotilanteissa vähän ja niiden huomioon otto riippui yksittäisen hoitajan tai lääkärin toiminnasta.

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen, millaisia estäviä ja edistäviä tekijöitä kulttuurisesti sensitiiviseen syntymän hoitoon liittyy. Keskitymme selvittämään hoidon kulttuurista sensitiivisyyttä maahanmuuttajien synnytyskokemusten kautta.

Tutkimuskysymyksemme on:

Mitkä tekijät vaikuttavat maahanmuuttajanaisten synnytyskokemukseen länsimaissa?

Haluamme samalla selvittää, miten synnyttäjien erilaiset kulttuuritaustat otetaan synnytyksen hoidossa huomioon sekä millaisia ongelmia/haasteita kulttuurierot aiheuttavat synnytyksen hoidossa. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kulttuurin mukaista syntymän hoitoa ja opetusta.

4 Aineiston keruu ja analysointi

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan jäsentää olemassa olevaa tutkimustietoa (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37–39). Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on osoittaa, miten ja mistä näkökulmista aihetta on tutkittu kansainvälisesti jo aiemmin (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 258). Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella (systematic review, systematic literature review) tarkoitetaan tutkimusmenetelmää, jossa kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua, analysoidaan sitä sekä syntetisoidaan tulokset tutkittavasta ilmiöstä kattavasti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita: se perustuu tutkimussuunnitelmaan, on toistettavissa ja pyrkii vähentämään systemaattista harhaa ja muita tutkimuksen aikana tapahtuvia virheitä. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37–39.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus koostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioimisesta ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. Tutkimussuunnitelma on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe, sillä se ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä. Tutkimussuunnitelmassa määritetään tutkimuskysymykset, menetelmät aineiston keräämiseksi sekä tarkat sisäänottokriteerit, joilla alkuperäistutkimukset valitaan. Lisäksi siinä määritellään alkuperäistutkimusten laatuksikriteerit sekä menetelmät aineiston analyysille. Tutkimuskysymykset nousevat aikaisemmista tiedoista, tutkimusintresseistä ja tutkijan taustasitoumuksista. Tutkimuskysymykset määrittävät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteen. Alkuperäistutkimusten haku kohdistetaan niihin tietolähteisiin, joista oleellista tietoa oletetaan löytyvän. Tutkimukset valitaan tutkimuskysymyksiin perustuvien sisäänottokriteereiden avulla. Laadulle asetetaan peruskriteerit jo tutkimussuunnitelmassa ja -kysymyksissä, mutta kriteereitä tarkennetaan vielä ennen lopullista alkuperäistutkimusten valintaa. Aineiston analyysin tarkoituksena on vastata tutkimuskysymyksiin mahdollisimman kattavasti, objektiivisesti ja ymmärrettävästi. Analyysissa otetaan sisällöllisten seikkojen lisäksi huomioon myös tutkimusten laatu. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37–43.)

Laadukkaasti tehdyn kirjallisuuskatsauksen on todettu olevan yksi luotettavimmista menetelmistä koota ja yhdistää aikaisempaa tietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan osoittaa uusien alkuperäistutkimusten tarve tai ehkäistä tarpeettomien, päällekkäisten tutkimusten käynnistäminen. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 43–44.) Koska opinnäytetyön tekemiseen varattu aika oli rajallinen ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus on menetelmänä hyvin vaativa ja aikaa vievä, käytimme menetelmää opinnäytetyössämme soveltaen.

4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksen aineisto hankittiin tietokannoista CINAHL, Ovid ja ScienceDirect. Aloitimme määrittelemällä sopivat hakusanat ja teimme useita eri koehakuja eri hakusanayhdistelmillä. Oheisessa taulukossa (taulukko 1) on kuvattu hakumme tarkemmin. Siitä ilmenevät käyttämämme hakusanat sekä hakutulokset ja valitsemamme tutkimusartikkelien määrä. Suoritimme myös käsihakuja, mutta niiden kautta ei valikoitunut mukaan yhtään artikkelia.

Taulukko 1. Alkuperäisaineiston hakutulokset

| Tietokanta | Hakusanat | Tulokset | Otsikon ja abstraktin perusteella valitut | Valitut tutkimusartikkelit |
|---------------|--------------------------------------|----------|-------------------------------------------|----------------------------|
| CINAHL | cultural competence AND childbirth | 8 | 5 | 3 |
| CINAHL | immigrants AND childbirth | 16 | 6 | 5 |
| CINAHL | refugees AND childbirth | 6 | 2 | 2 |
| Ovid | cultural competency AND parturition | 8 | 4 | 2 |
| Ovid | refugees AND parturition | 3 | 0 | 0 |
| Ovid | birth AND cultural competency | 17 | 0 | 0 |
| ScienceDirect | "cultural competenc?" AND childbirth | 84 | 5 | 2 |
| Yhteensä | | 142 | 22 | 14 |

Kunakin tietokannan hakustrategiat poikkeavat toisistaan, joten ne määriteltiin jokaisen kohdalla erikseen. Yhteisiä hakukriteereitä kaikille tietokannoille oli hakujen rajausta vuosille 2000-2011 sekä englannin kieli.

CINAHL-tietokannassa suoritimme kolme erillistä hakua. Käytimme kaikissa haussa asiasanoja. Lisäksi hakuihin otettiin mukaan vain tutkimusartikkelit, jotka on kansainvälisesti vertaisarvioitu. CINAHL-tietokannasta viitteitä tuli yhteensä 30. Viitteistä kaksi oli kuitenkin mukana kahdessa eri haussa, joten käytännössä eri viitteitä oli yhteensä 28. Näistä valitsimme otsikon ja abstraktin perusteella 13.

Ovid-tietokantaan teimme kolme erillistä hakua. Kahdessa ensimmäisessä haussa käytettiin asiasanoja ja kolmannessa vapaata sanahakua. Viitteitä tuli yhteensä 28, joista kahdeksan oli samoja kuin CINAHL-tietokannasta saamistamme viitteistä. Otsikon ja abstraktin perusteella valikoitui 4 tutkimusartikkelia jatkotarkasteluun.

ScienceDirect-tietokantaan teimme yhden haun vapaata sanahakua käyttäen. Kieli- ja vuosirajauksen lisäksi rajasimme tulokset eri tieteellisissä lehdissä ilmestyneisiin artikkeleihin. Viitteitä tuli 84, joista otsikon ja abstraktin perusteella otimme jatkotarkasteluun 5.

Luimme kaikki 22 jatkotarkasteluun valittua artikkelia. Meillä oli ennalta määritellyt tutkimusartikkelien sisäänottokriteerit, jotka olivat haut mukaan lukien seuraavat:

- englanninkielinen
- ilmestynyt vuosina 2000–2011
- tieteellinen julkaisu
- vertaisarvioitu (CINAHL-tietokanta)
- vastaa tutkimuskysymykseemme
- maahanmuuttajia on tutkittu heidän uudessa kotimaassaan
- maahanmuuttajien uutena kotimaana on jokin länsimaa
- maahanmuuttajien synnyinmaa on jokin ei-länsimaa

Sisäänottokriteerien perusteella artikkeleista karsiutui pois kahdeksan. Opinnäytetyöhön mukaan otettiin siis yhteensä 14 tutkimusartikkelia. Ruotsista, Yhdysvalloista ja Kanadasta oli kustakin kolme tutkimusta ja Australiasta viisi. Kyseistä artikkeleista koottiin analyysitaulukko, joka löytyy työn lopusta (ks. liite 1). Taulukkoon on koottu tiedot alkuperäistutkimusten tekijöistä, tutkimusmaasta ja -vuodesta, tutkimuksen kohderyhmästä, aineiston keruusta ja analysoinnista sekä keskeisistä tuloksista. Taulukko antaa yleiskuvan mukaan valituista artikkeleista. Taulukosta löytyy myös tieto tutkimuskohteenä olleiden maahanmuuttajien synnyinmaasta niissä tapauksissa, joissa se oli selkeästi raportoitu.

4.3 Aineiston analyysi ja tulkinta

Analyysimenetelmämme on laadullinen sisällönanalyysi, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs – Vanhanen 1999: 4). Sisällön analyysillä voidaan tutkia erityisesti kommunikaatioprosessia, ja se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysin tavoitteena on muodostaa sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavan ilmiön tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Sisällön analyysin lopputuloksena syntyy tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3–4.)

Sisällön analyysin tekemiseksi ei ole olemassa ehdottomia sääntöjä, vaan tietyt ohjeet prosessissa etenemisestä. Analyysissa voidaan edetä joko aineistosta lähtien (induktiivisesti) tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti). (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5.) Teimme opinnäytetyömme induktiivisen sisällönanalyysin mukaan eli aineistolähtöisesti. Tutkimuskysymyksemme lähinnä suuntasi analyysiamme. Emme pyrkineet tekemään analyysia teorialähtöisesti Papadopouloksen ym. (2006) kulttuurisen kompetenssin kehittymisen mallin mukaisesti, mutta pyrimme tietoisesti kiinnittämään huomiota kulttuurikompetenssin osa-alueiden esiintymiseen aineistossa sekä pohtimaan niiden yhteyttä tuloksiimme pohdinta-osiossa.

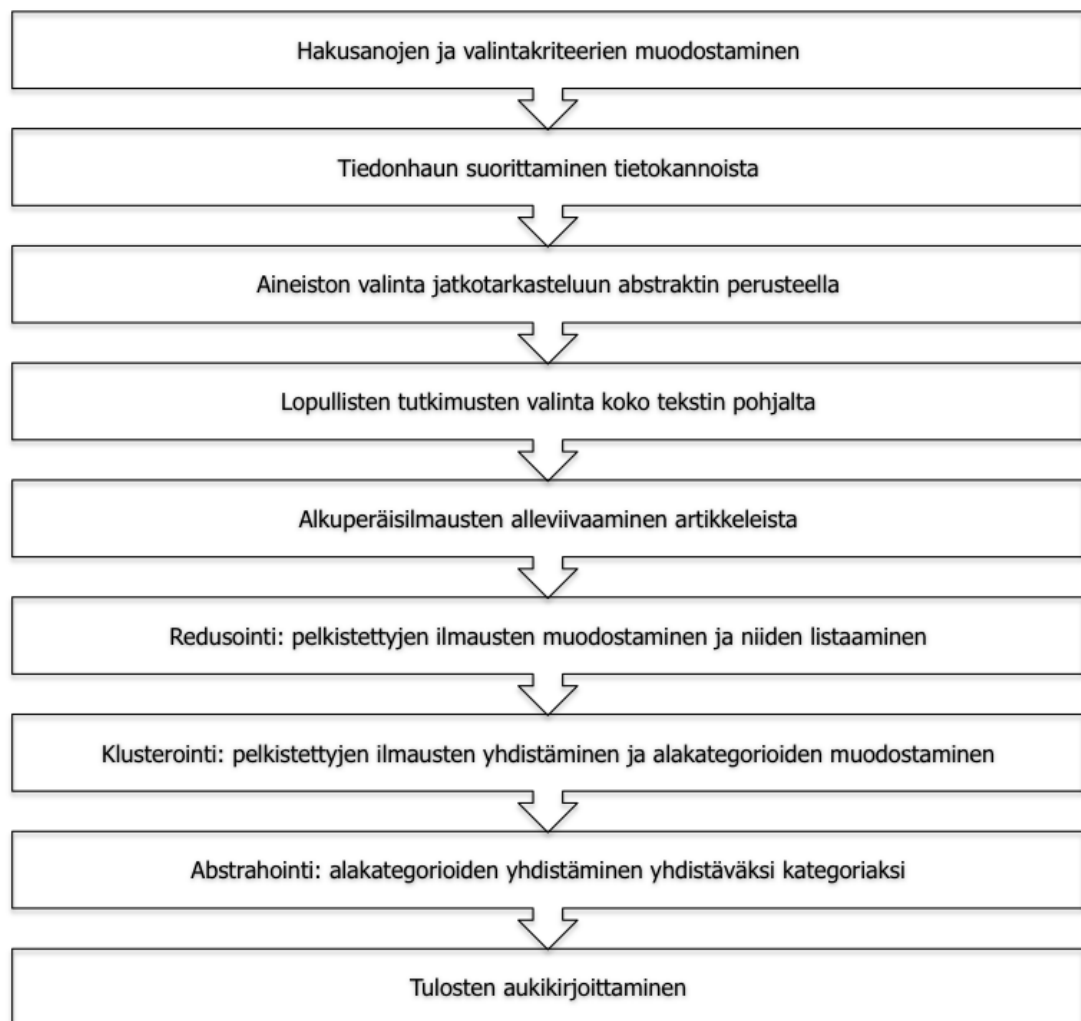
Induktiivisessa sisällönanalyysissa aloitetaan aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla. Tämä tarkoittaa, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, jon-

ka jälkeen sivun marginaaliin kirjataan aineistosta tähän kysymykseen nousseet vastaukset mahdollisimman samoilla sanoilla kuin tekstissä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5; Kylmä – Juvakka 2007: 116–119; Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.) Pelkistämistä seurasi pelkistettyjen ilmaisujen kerääminen listoiksi.

Analyysin seuraava vaihe oli ryhmittely eli klusterointi, jossa etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja eroja. Ryhmittelyssä keräämistämme pelkistetyistä ilmaisuisista muodostettiin 17 alaluokkaa. Alaluokat nimettiin sisältöä hyvin kuvaavalla nimellä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5–6.)

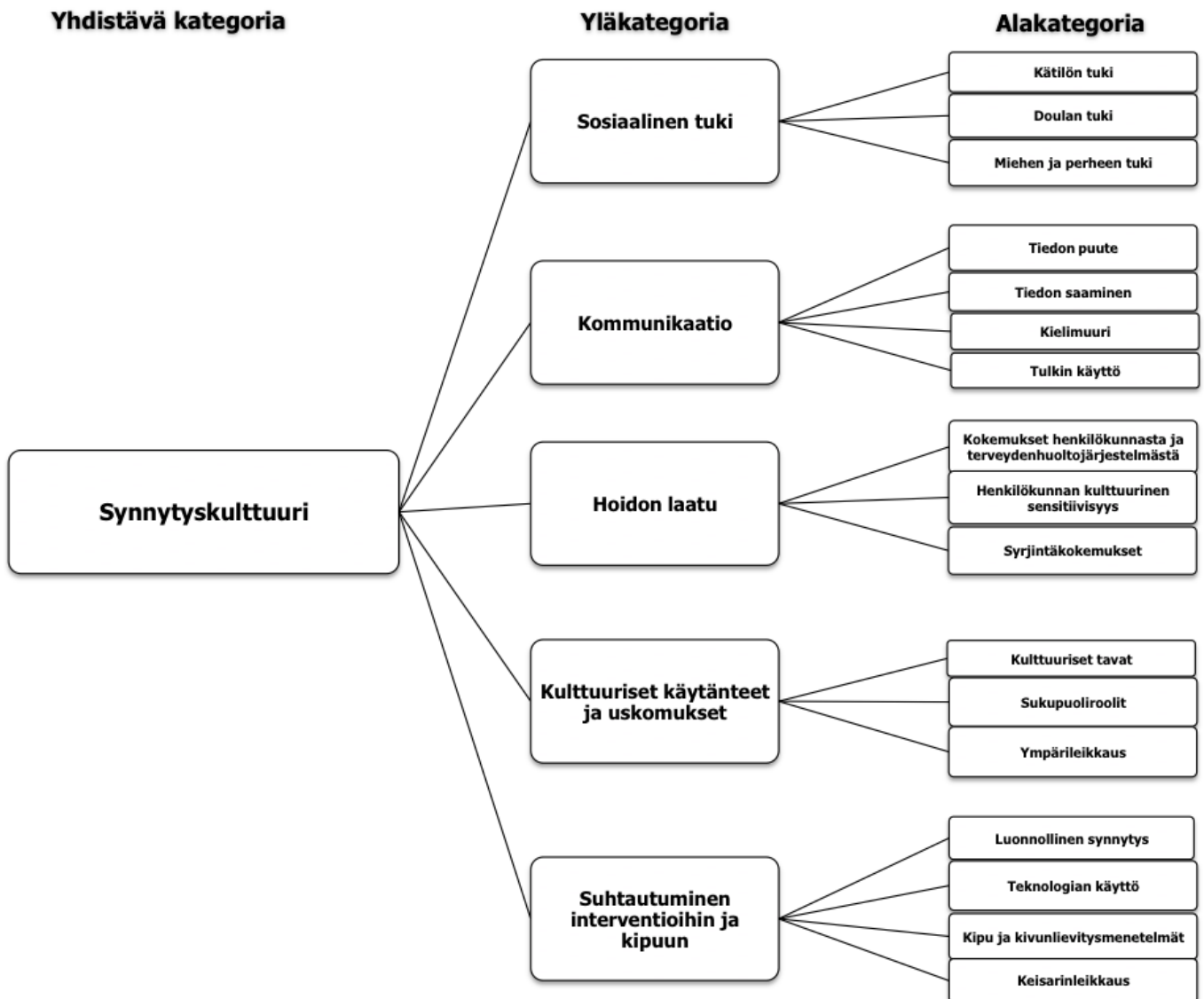
Kolmas vaihe oli aineiston abstrahointi. Abstrahoinnilla tarkoitetaan samansisältöisten alakategorioiden yhdistämistä yläluokiksi, jotka ovat yhteisiä nimikkeitä niihin kootuille alaluokille (Kyngäs – Vanhanen 1999: 6–7; Kylmä – Juvakka 2007: 116–119; Tuomi – Sarajärvi 2009: 109). Kategorioiden nimeäminen voi olla ongelmallista. Nimeämisessä käytetään usein jotakin aikaisemmin tuttua käsitettä tai sanaparia, kuten psyykinen hyvinvointi. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 7.) Aineiston keruun ja analysoinnin kulku on esitetty seuraavalla sivulla (kuvio 1).

Kuvio 1. Aineiston keruun ja analysoinnin prosessi



Sisällön analyysin lopputuloksena syntyi malli, jossa on esitetty aineistosta esiin nousseet kategoriat ja niiden väliset suhteet. Kuviossa 2 näkyvät alakategorioita yhdistävät yläkategoriat, sekä yläkategorioista muodostamamme yhdistävä kategoria.

Kuvio 2. Malli sisällön analyysissa syntyneistä kategorioista



5 Tulokset

5.1 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen kategoriaan kuuluvat kättilön tuki, doulan tuki sekä miehen ja perheen tuki.

5.1.1 Kättilön tuki

Kättilöiden tuen tärkeys nousi esiin tutkimuksissa. Osa naisista kuvasi kättilön roolia synnytyksen aikana positiiviseksi ja tärkeäksi: kättilöt tekivät synnytyskokemuksesta vähemmän pelottavan monitoroimalla synnytyksen kulkua, rohkaisemalla naista, tarjoamalla hierontaa ja selittämällä synnytyksen kulkua. Kättilön läsnäolo lisäsi turvallisuuden tunnetta. (Grewal – Bhagat – Balneaves 2008: 296–297; Wiklund – Aden – Högberg – Wikman – Dahlgren 2000: 108.) Usein naisilla oli kuitenkin negatiivisia kokemuksia tuen saamisesta. Naiset kokivat, että kättilöt olivat välinpitämättömiä eivätkä olleet oikeasti kiinnostuneita siitä, mitä potilaille tapahtuu. Naiset olisivat kaivanneet kättilöiltä enemmän tukea. (Grewal ym. 2008: 297; Murray – Windsor – Parker – Tewfik 2010: 465; Reitmanova – Gustafson 2008: 104–105.) Esimerkiksi eräs nainen koki, että joutui kärsimään kivuista pidempään, koska kättilö ei ollut tarkistanut tilannetta naisen kokies- sa ponnistamisen tarvetta (Reitmanova – Gustafson 2008: 104). Toisessa tutkimukses- sa nousi esiin naisen kokemus hylätyksi tulemisesta synnytyksen aikana: kättilö oli jät- tänyt hänet yksin synnytyshuoneeseen ja nainen koki tämän outona, koska kotimaas- saan Somaliassa hänellä olisi ollut koko ajan äiti ja siskot mukana tukena (Wiklund ym. 2000: 108).

5.1.2 Doulan tuki

Akhavan ja Lundgren (2010: 3–4) tutkivat kättilöiden kokemuksia doulista maahan- muuttajien tukena synnytyksessä. Ruotsissa toteutettiin doula-projekti, jossa maahan- muuttajanaisia koulutettiin samasta kulttuurista tulevien naisten tueksi heidän synny- tyksessään. Tämän ansiosta doulat jakoivat saman kielen ja kulttuurin synnyttävien

naisten kanssa, ja pystyivät ymmärtämään naisten tarpeita sekä tarjoamaan heille optimaalista tukea. Synnyttäjät olivat tyytyväisiä doulien tukeen, koska he selvensivät asioita, tarjosivat tietoa, fyysistä ja emotionaalista tukea sekä olivat läsnä koko synnytysprosessin ajan. Doulien läsnäolo rauhoitti synnyttäjiä, loi turvallisuuden tunnetta ja auttoi heitä rentoutumaan.

5.1.3 Miehen ja perheen tuki

Tutkimusten mukaan miehen tuki ja läsnäolo synnytyksen aikana oli naisille tärkeää (Brathwaite – Williams 2004: 751; Grewal ym. 2008: 296; Lundberg – Gereziher 2008: 220; Reitmanova – Gustafson 2008: 105; Wiklund ym. 2000: 109). Joillakin naisilla oli synnytyksessä mukana useita perheenjäseniä, mutta miehen tarjoama fyysinen ja emotionaalinen tuki koettiin erityisen tärkeänä aktiivisen synnytyksen aikana (Grewal ym. 2008: 296). Brathwaiten ja Williamsin (2003: 751) Kanadassa asuvia kiinalaisia käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että naiset tukeutuivat synnytyksen aikana mieluummin perheenjäseniinsä kuin käyttivät lääkkeellistä kivunlievitystä. Monissa tutkimuksissa nousi esiin, että naiset olivat tottuneet kotimaassaan laajan perheyhteisön tukeen raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana. Uudessa kotimaassa tällaista tukea ei välttämättä ollut saatavilla, mikä aiheutti yksinäisyyden ja eristäytyneisyyden kokemuksia. (Hoang – Le – Kilpatrick 2009: 6; Murray ym. 2010: 466; Wiklund ym. 2000: 111.) Useimmat somalinaiset toivoivat naispuolista sukulaista tueksi synnytykseen. Miehen läsnä ollessa naisten oli vaikea esittää arkaluonteisiksi kokemiaan kysymyksiä kättilölle. (Wiklund ym. 2000: 109.)

5.2 Kommunikaatio

Kommunikaatioon kuuluvat alakategoriat tiedon puute, tiedon saaminen, kielimuuri sekä tulkin käyttö.

5.2.1 Tiedon puute

Murrayn ym. (2010: 463) tutkimuksessa selvisi, että somalinaisten synnytyskokemusta varjosti musertava epätietoisuuden tunne. Heillä ei ollut juurikaan aikaisempaa kokemusta uuden kotimaan terveydenhuoltojärjestelmästä eikä omista oikeuksistaan potilaana. Naiset kokivat, ettei sairaalassa tapahtuneita asioita selitetty riittävästi. Esimerkiksi, keitä henkilökunnan jäsenet ovat, miksi jotakin lääkettä kuuluu ottaa tai miksi jokin toimenpide olisi tehtävä. Epätietoisuus aiheutti pelon, epäluottamuksen ja epäilyn tunteita. Tiedon puute nousi esiin myös muissa tutkimuksissa. Naiset kokivat, ettei heille kerrota totuutta, ja tiedon ja selityksen puute heille tehtävistä toimenpiteistä järkytti ja aiheutti ärtymystä. (Correa-Velez – Ryan 2011: 7; Reitmanova – Gustafson 2008: 105.) Kivunlievityksen sivuvaikutuksista ei myöskään oltu kerrottu riittävästi, jotta naiset olisivat pystyneet tekemään tietoisia päätöksiä kivunlievityksen suhteen (Herrel ym. 2004: 347).

5.2.2 Tiedon saaminen

Edellä mainittuun epätietoisuuden kokemukseen liittyen nousi esiin, että naiset arvostivat syvästi tietoa sitä saadessaan. Kun naiset ymmärsivät informaation, heidän hallinnan tunteensa lisäänty, he pystyivät rentoutumaan ja kokivat olonsa mukavammaksi. Kohdatessaan vieraan toimenpiteen, kuten ultraäänen tekemisen, naiset olivat halukkaampia suostumaan toimenpiteeseen, jos heille informoitiin laitteen käytöstä ja toimenpiteen tarpeellisuudesta. (Murray ym. 2010: 463–464.) Maahanmuuttajanaisten tiedon saanti voi olla haastavaa myös kulttuuri- ja kielieroista johtuen, mutta hyvä esimerkki tiedonkulun paranemisesta on Akhavanin ja Lundgrenin (2010: 3) tutkimuksessa esiin tullut doulien käyttö tiedon välittäjinä.

5.2.3 Kielimuuri

Kielimuuri vaikeutti maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilökunnan välistä kommunikaatiota (Correa-Velez – Ryan 2011: 7; Hoang ym. 2009: 7; Wiklund ym. 2000: 108). Kielimuuri vaikutti kaikkiin hoidon osa-alueisiin, ja siitä seurasi tiedon puutetta hoitoon ja toimenpiteisiin liittyen, väärinkäsityksiä ja joskus myös konflikteja. Japanilai-

sia Yhdysvalloissa käsittelevässä tutkimuksessa todettiin myös, että vaikka japanilaisilla maahanmuuttajilla oli suhteellisen korkea koulutus ja kielitaitoa, he kokivat huomattavia kommunikaatio-ongelmia kielimuurin vuoksi. Kielimuuri oli yleensä suurempi naisilla. Japanilaiset ymmärsivät joissain määrin, jos heille puhui hitaasti, mutta heillä oli vaikeuksia muodostaa vastauksia kysymyksiin. (Yeo – Fetters – Maeda 2000: 193.)

Usein maahanmuuttajat ymmärsivät henkilökunnan sanoman joko vain osittain tai eivät ollenkaan. Joskus naiset teeskentelivät ymmärtävänsä heille annettuja ohjeita. (Murray ym. 2010: 463.) Kielimuuri vaikeutti maahanmuuttajien terveyshuolien ja hoidon tarpeen ilmaisemista (Reitmanova – Gustafson 2008: 107; Wiklund ym. 2000: 111). Kätilöiden mielestä doulat pystyivät usein auttamaan naisia ilmaisemaan itseään, sillä doulat pystyivät tarjoamaan tukea ja tietoa naisten äidinkielellä (Akhavan – Lundgren 2010: 4). Kielimuurin takia naiset kokivat joskus olonsa yksinäiseksi sairaalassa, koska ei ollut ketään jolle puhua (Wiklund ym. 2000: 111). Australialaisen tutkimuksen mukaan vietnamilaisten maahanmuuttajien hyvä kielitaito oli yhteydessä positiivisempaan synnytyskokemukseen (McLachlan – Waldenström 2005: 276).

Kätilöiden mielestä kielimuurista johtuvat kommunikaatiovaikeudet olivat turhauttavia. Vaikka tulkkeja oli käytettävissä, kommunikaatiosta jäi puuttumaan merkityksellisiä osia: kätilöt kokivat, että tulkit eivät aina kääntäneet kaikkea heidän sanomaansa, eivätkä kätilöt pystyneet tietämään, mitä naiset todella ajattelivat tai tunsivat. (Correa-Velez – Ryan 2011: 7.) Usein maahanmuuttajille tarjottiin englanninkielisiä esitteitä ja materiaalia, jota he eivät kuitenkaan ymmärtäneet kunnolla. (Correa-Velez – Ryan 2011: 5; Hoang ym. 2009: 7.)

5.2.4 Tulkin käyttö

Tutkimuksissa nousi esiin tulkkipalveluiden käytön yleisyys maahanmuuttajilla (Akhavan – Lundgren 2010; Correa-Velez – Ryan 2011; Grewal ym. 2008; Herrel ym. 2004; Hoang ym. 2009; Murray ym. 2010; Wiklund ym. 2000; Yeo ym. 2000). Maahanmuuttajat olivat enimmäkseen tyytyväisiä tulkkipalveluihin (Correa-Velez – Ryan 2011: 4), vaikkakin useimmissa tutkimuksissa nousi esiin lähinnä tulkkien käyttöön liittyviä ongelmia. Osalle maahanmuuttajista oli tilattu väärä tulkki synnytykseen (Correa-Velez –

Ryan 2011: 4), ja monien mielestä tulkit eivät hallinneet lääketieteellisiä termejä (Herrel ym. 2004: 348). Monet uskoivat, että heille oli määrätty tulkki heidän ulkonäkönsä tai somalialaisen nimen perusteella (Herrel ym. 2004: 348). Joskus maahanmuuttajat kokivat tulkin kolmantena osapuolena keskusteluissa terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa (Wiklund ym. 2000: 108). Joskus naiset olivat epätietoisia tulkkien saatavuudesta, ja useimmat olivat käyttäneet epävirallisia tulkkeja, joko siksi etteivät olleet tietoisia virallisten tulkkien saatavuudesta tai koska henkilökunta oli ohjeistanut heitä tekemään niin (Murray ym. 2010: 463). Monet maahanmuuttajat käyttivät tulkkina omaa miestänsä (Grewal ym. 2008: 296; Hoang ym. 2009: 6; Wiklund ym. 2000: 113; Yeo ym. 2000: 193). Myös doulat toimivat usein epävirallisina tulkkeina (Akhavan – Lundgren 2010: 3). Pätevien tulkkien saatavuus on tärkeää myös sen takia, että jotkut pakolaistaustaiset voivat olla lukutaidottomia ja tällöin käännetystä kirjallisesta materiaalistaakaan ei ole hyötyä (Correa-Velez – Ryan 2011: 5).

5.3 Hoidon laatu

Yläkategoriaan hoidon laatu kuuluvat seuraavat alakategoriat: kokemukset henkilökunnasta ja terveydenhuoltojärjestelmästä, henkilökunnan kulttuurinen sensitiivisyys sekä syrjintäkokemukset.

5.3.1 Kokemukset henkilökunnasta ja terveydenhuoltojärjestelmästä

Monissa tutkimuksissa naiset olivat tyytyväisempiä hoitoon uudessa kotimaassaan kuin synnyinmaassaan. Monilla oli huonoja kokemuksia synnytyksen hoidosta vanhassa kotimaassaan. (Brown – Carroll – Fogarty – Holt 2010: 222; Grewal ym. 2008: 297; Lundberg – Gereziher 2008: 219). Brownin ym. (2010: 222) tutkimuksessa 45 % somalinalaisista kuvasi ongelmia raskausajan ja synnytyksen hoidossa Somaliassa. Useat naisista tiedostivat, että raskaus ja synnytys Somaliassa saattavat toisinaan johtaa kuolemaan. Kotimaan hoidon ongelmiksi naiset kuvasivat pitkittyneen synnytyksen, äitiyshuollon puutteen sekä vaikeuden saada hoitoa rahanpuutteen vuoksi. Japanilaiset kokivat, etteivät olisi koskaan saaneet yhtä laadukasta hoitoa kotimaassaan. Heidän mielestään yhdysvaltalaiset hoitajat olivat ystävällisiä, humaaneja, ammattitaitoisia ja heillä riitti aikaa ja tukea potilaille. Yhdysvaltalaiset lääkärit koettiin demokraattisempina,

avoimempina ja joviaalimpina kuin japanilaiset lääkärit. Haastateltavat kuvailivat, että japanilaisilta hoitajilta puuttuu usein kyky tunnistaa yksilöllisiä tarpeita ja tarjota yksilöllistä hoitoa. (Yeo ym. 2000: 195–196.)

Kohtaamiset kätilöiden ja lääkäreiden kanssa olivat olennainen osa maahanmuuttajien synnytyskokemusta (Murray ym. 2010: 164). Usein kokemukset olivat positiivisia; hoitohenkilökunta nähtiin avuliaina ja ystävällisinä (Brown ym. 2010: 222; Murray ym. 2010: 164; Rolls – Chamberlain 2004: 181; Wiklund ym. 2000: 108). Joidenkin kätilöiden mielestä doulien tuki ja läsnäolo synnytyksessä edisti synnytysprosessia ja paransi hoidon laatua. Tutkimuksen mukaan doulien antama tuki on yksi keino parantaa maahanmuuttajien tyytyväisyyttä ja luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään Ruotsissa. (Akhavan – Lundgren 2010: 4–5.)

Maahanmuuttajilla oli myös negatiivisia kokemuksia hoidosta (Herrel ym. 2004: 347; Murray ym. 2010: 465; Wiklund ym. 2000: 108). Usein ne liittyivät syrjäntäkokemuksiin, joista on kerrottu tarkemmin luvussa 5.3.3. Maahanmuuttajat tunnustivat yksilöllisiä eroja henkilökunnan jäsenten välillä, jolloin osa henkilökunnasta nähtiin ystävällisinä ja avuliaina, kun taas toiset vihaisina ja epäavuliaina. Naisilla oli myös kokemuksia henkilökunnan kiireestä. (Murray ym. 2010: 465.) Välillä he kokivat, että vuorovaikutuksessa lääkäreiden kanssa puuttui emotionaalinen puoli ja lääkärit vain tutkivat ja tekivät toimenpiteitä (Murray ym. 2010: 465; Wiklund ym. 2000: 108). Yhdessä tutkimuksessa nousi esiin synnyttäjän miehen pettymys lääkärin toimintaan: kiireiseltä vaikuttanut lääkäri oli ohittanut naisen ja kysynyt tämän vointia kätilöltä eikä naiselta itseltään (Wiklund ym. 2000: 108). Maahanmuuttajat ilmaisivat turhautumista hoidon jatkuvuuden puutteen vuoksi. He joutuivat selittämään asiansa jokaisella kerralla uudelleen, mikä koettiin uuvuttavana ja haastavana (Murray ym. 2010: 465). Vastaavasti hoidon jatkuvuutta pidettiin tärkeänä hoidon laatua, luottamusta ja yleistä tyytyväisyyttä parantavana tekijänä (Correa-Velez – Ryan 2011: 6; Murray ym. 2010: 465).

5.3.2 Henkilökunnan kulttuurinen sensitiivisyys

Maahanmuuttajilla oli pääasiassa negatiivisia kokemuksia liittyen henkilökunnan kulttuuriseen sensitiivisyyteen. Reitmanovan ja Gustafsonin (2008: 105–107) tutkimukses-

sa nousi esiin musliminaisten toive, että henkilökunta tuntisi ja kunnioittaisi heidän terveyteensä liittyviä kulttuurisia ja uskonnollisia tapoja ja uskomuksia. Musliminaisten mielestä henkilökunta ei ollut tietoinen heidän uskontoon liittyvistä tarpeistaan äitiyshuollon asiakkaina. Kulttuurisen tiedon puutteen vuoksi jotkut henkilökunnan jäsenet tekivät tai sanoivat epäsensitiivisiä asioita. Esimerkiksi miespuoliset henkilökunnan jäsenet tulivat koputtamatta potilaiden huoneisiin ja tämä aiheutti musliminaisissa häpeän ja haavoittuvaisuuden tunteita, koska heidän uskontonsa mukaan ei ole soveliasta, että vieras mies näkee heidät vähäpukeisena. Yleisesti ottaen naiset kokivat, että henkilökunta vaikutti turhautuneelta ja vihaiselta, kun he pyysivät kulttuuristen tai uskonnollisten tarpeiden huomioimista.

Henkilökunta kuitenkin tiedosti oman kulttuurisen tiedon puutteen. He olivat huolissaan kyvystään tarjota laadukasta hoitoa, sillä heillä ei ollut tarpeeksi tietoa perinteisistä synnytystavoista, naisen ympärileikkauksesta eikä kidutuksen ja traumojen vaikutuksista. (Correa-Velez – Ryan 2011: 7.) Kättilöillä oli myös halua kehittää kulttuurikompetenssiaan. He esimerkiksi halusivat ymmärtää maahanmuuttajanaisten synnytystapoja. Kättilöiden mielestä doulat voivat auttaa heitä ymmärtämään synnytystä koskevia kulttuurieroja. Doulat toimivat ikään kuin kulttuurien välisenä siltana auttaen synnyttäjiä ja kättilöitä oppimaan toinen toisiltaan, että on olemassa erilaisia lähestymistapoja synnytykseen liittyen. (Akhavan – Lundgren 2010: 3–5.)

5.3.3 Syrjintäkokemukset

Maahanmuuttajien synnytyskokemusta varjosti henkilökunnan syrjivä kohtelu (Herrel ym. 2004; Murray ym. 2010; Reitmanova – Gustafson 2008). Useat somalinaiset kokivat, että hoitajat syrjivät somalipotilaita rodun ja värin perusteella sekä ovat vähemmän sensitiivisiä heidän tarpeilleen. Jotkut somalinaiset myös kokivat, että henkilökunta syrji ja vältteli heitä, koska he eivät osanneet puhua englantia. Lisäksi somalinaiset ajattelivat, että hoitohenkilökunta antaa lääketieteen opiskelijoiden harjoitella heillä. (Herrel ym. 2004: 347.) Naiset olivat myös joutuneet kuuntelemaan epäasiallisia ja loukkaavia kysymyksiä ja kommentteja henkilökunnalta (Murray ym. 2010: 465; Reitmanova – Gustafson 2008: 106). Joskus kättilöt olivat esittäneet epäasiallisia kommentteja liittyen afrikkalaistaustaisten naisten usein korkeaan lapsilukuun. Eräs nainen oli

järkyttynyt tällaisesta kohtelusta synnytyksen aikana: naisella oli kovat kivut, ja kättilö vain kyseli ”aiotko vielä hankkia lapsia?”. (Murray ym. 2010: 465.) Henkilökunnan syrjivät kommentit saivat naiset tuntemaan olonsa nolatuksi tai surulliseksi, ja välillä aiheuttivat sen, etteivät he enää halunneet kysyä mitään (Reitmanova – Gustafson 2008: 106).

Monet naiset kokivat, että heitä oli kohdeltu stereotyyppisesti eikä heidän yksilöllisyytään otettu huomioon (Herrel ym. 2004: 347; Murray ym. 2010: 466; Reitmanova – Gustafson 2008: 107). Naisten mielestä heitä kohdeltiin tyhminä ja primitiivisinä (Herrel ym. 2004: 347; Reitmanova – Gustafson 2008: 107). Naiset toivoivat henkilökunnan huomioivan, että osa somalinaisistakin on koulutettuja ja osa ei, ja kansalaisten välillä on yksilöllisiä eroja aivan kuten isäntämaassakin (Herrel ym. 2004: 347).

5.4 Kulttuuriset käytänteet ja uskomukset

Kulttuuriset käytänteet ja uskomukset –yläkategoriaan kuuluvat kulttuuriset tavat, sukupuoliroolit sekä ympärileikkaus.

5.4.1 Kulttuuriset tavat

Maahanmuuttajanaisilla oli erilaisia kulttuurisia uskomuksia, rituaaleja ja käytänteitä, jotka ilmenivät synnytystilanteessa. Useissa tutkimuksissa nousi esiin maahanmuuttajien toive naispuolisesta henkilökunnasta synnytyksen hoidossa (Brathwaite – Williams 2004; Lundberg – Gereziher 2008; Murray ym. 2010; Reitmanova – Gustafson 2008). Musliminaiset ilmaisivat tätä toivetta voimakkaimmin: kaikki haastateltavat esittivät vahvan toiveen naispuolisesta henkilökunnasta synnytyksessä. Suurin osa oli sitä mieltä, että mieslääkäri oli hyväksyttävä vain jos ei ollut muuta vaihtoehtoa. Tämä vaihtoehto tuntui heistä kuitenkin pahalta ja epämiellyttävältä. (Reitmanova – Gustafson 2008: 105.) Murrayn ym. (2009: 465) tutkimuksessa suurin osa afrikkalaistaustaisista pakolaisnaisista Australiassa olisi halunnut naispuolisen lääkärin. Useat heistä suostuivat kuitenkin myös miespuolisen lääkärin hoidettavaksi, koska he tiesivät, että tämä oli tavallista australialaisessa terveydenhuollossa. Eräs haastateltavista totesi, että Afrikassa ei olisi soveliasta hyväksyä mieslääkäriä. Niin ikään puolet Brathwaiten ja Williamsin

(2004: 751–752) tutkimuksessa haastatelluista Kanadassa asuvista kiinalaistaustaisista naisista toivoi naispuolista henkilökuntaa synnytyksen hoitoon. Lundbergin ja Gerezgiherin (2006: 219) tutkimuksen mukaan osa ympärileikatuista naisista koki sisätutkimuksen kivuliaampana, jos mieslääkäri teki sen.

Somalinaisten kokemuksia käsittelevissä tutkimuksissa kuvailtiin naisten voimakasta uskoa jumalaan (Brown ym. 2010; Herrel ym. 2004; Wiklund ym. 2000). Somalinaiset uskoivat, että jumalalla on valta päättää synnytykseen liittyvistä asioista (Brown ym. 2010: 223; Wiklund ym. 2000: 108). Obstetriset interventiot, kuten keisarinleikkaus ja synnytyksen käynnistäminen nähtiin Jumalan tahtoon puuttumisena. Naiset uskoivat että kaikki tapahtuu Jumalan suunnittelemana ajankohtana, ja toivoivat henkilökunnan huomioivan tämän esimerkiksi antamalla heille aikaa ennen kuin käynnistävät synnytyksen. (Brown ym. 2010: 223.) Uskonnolliset tavat, kuten rukoilu, saattoivat joskus aiheuttaa molemminpuolisia väärinkäsityksiä naisten ja henkilökunnan välillä. Esimerkiksi lääkäri oli pyytänyt erästä naista hengittämään syvään synnytyksen aikana, mutta nainen ei ymmärtänyt miksi hänen täytyisi ”tuhlata aikaa” hengittämiseen, kun hän olisi mieluummin halunnut rukoilla. (Herrel ym. 2004: 347.)

Erilaiset hoitokäytännöt episiotomian eli välilihan leikkauksen suhteen aiheuttivat hämmennystä. Japanissa ensisynnyttäjille tehdään episiotomia rutiinitoimenpiteenä. Japanilaisnainen, joka oli itse ollut terveydenhuoltoalan ammattilainen Japanissa, järkyttyi saadessaan tietää, ettei Yhdysvalloissa episiotomia ollutkaan itsestäänselvyys. (Yeo ym. 2000: 195.) Herrelin ym. (2004: 347) tutkimuksessa somalinainen oli huolissaan episiotomian leikkaussuunnasta (Yhdysvalloissa tehdään mediaalinen episiotomia kun taas Somaliassa mediolateraallinen), sillä hänen mielestään Somalian tapa oli parempi.

Murrayn ym. (2009: 465–466) tutkimuksessa todettiin myös, että australialaisen sairaalaympäristön tunnelma ja afrikkalaisesta käytännöstä poikkeava synnytysasento pelottivat afrikkalaisia pakolaisnaisia. Afrikkalaiset naiset pitivät kättilöitä ammattilaisina, joilla on enemmän kliinistä tietoa ja kokemusta kuin heillä itsellään, ja tämän vuoksi naiset häpeilivät ja ujostelivat kyseenalaistaa hoitoa. Vaikka kaikki ei olisi mennytkään suunnitelmien mukaisesti, naiset eivät uskaltaneet kysyä. Pelkästään kysyminen oli naisten mielestä henkilökunnan ammattitaidon kyseenalaistamista. Myös Hoangin ym.

(2009: 7) tutkimuksessa tuli esiin samantapainen ilmiö. Aasialaiset naiset häpesivät ja olivat vastahakoisia ilmaisemaan tarpeitaan ja pyytämään palveluita, ja tekivät mitä tahansa henkilökunta pyysi heitä tekemään. Suurimmassa osassa aasialaisia kulttuureja ihmiset on opetettu lapsuudesta asti olemaan estyneitä ja vaatimattomia.

Tutkimuksessa nousi esiin somalinaisten kokemus, että synnytys ja lastenhoito ovat raskasta ja stressaavaa Ruotsissa. Heidän mielestään synnytys nähtiin uudessa kotimaassa yksilöllisenä saavutuksena, josta naisen täytyy selvittää yksin. (Wiklund ym. 2000: 110.)

Hoangin ym. (2009: 6) tutkimuksessa osoitetaan, että osa maahanmuuttajanaisista hylkää kotimaansa traditiot ja mukautuu täysin isäntämaan synnytyskulttuuriin. Haastatelluista kymmenestä aasialaistaustaisesta naisesta kolme kertoi mukautuneensa synnytyksessään täysin australialaiseen tapaan synnyttää eli australialaiseen synnytyskulttuuriin, vaikka he siis olivat tietoisia oman kulttuurinsa perinteisistä synnytyskäytännöistä.

5.4.2 Sukupuoliroolit

Uudessa kotimaassa maahanmuuttajanaisten miehet olivat mukana synnytyksessä. Monien maahanmuuttajien kulttuureissa mies ei osallistuisi synnytykseen, mutta uudessa kotimaassa miesten läsnäolo synnytyksessä on odotettua, ja maahanmuuttajamiesten sukupuoliroolit ovatkin mukautuneet uuden kulttuurin tapoihin. (Brathwaite – Williams 2004; Herrel ym. 2004; Hoang ym. 2009; Rolls – Chamberlain 2004; Wiklund ym. 2000; Yeo ym. 2000.) Maahanmuuttajanaisilla oli erilaisia kokemuksia miehen läsnäolosta synnytyksessä. Miehen mukanaolo koettiin positiivisena ja lisäävän miehen ymmärrystä synnytyksestä ja siitä, mitä nainen käy läpi synnytyksen aikana (Hoang ym. 2009: 6; Rolls – Chamberlain 2004: 181; Wiklund ym. 2000: 109). Miehet olivat liikuttuneita ja aidosti kiinnostuneita saadessaan jakaa synnytykskokemuksen puolisonsa kanssa. Miehen mukanaolo synnytyksessä myös lähensi pariskuntien välejä: kumpikin sukupuoli kuvaili tätä muutosta sanoilla kuten suurempi rakkaus, empatia ja ymmärrys (Wiklund ym. 2000: 109).

Toisaalta monet somalit kokivat miehen osallistumisen kiusallisena, aiheuttaen nolouden ja häpeän tuntemuksia. Sekä miehet että naiset kokivat rikkoneensa voimakkaasti kulttuurisia normeja: Somaliassa on selvät erot naisten ja miesten roolien välillä ja synnytys on tiukasti naisten aluetta. (Wiklund ym. 2000: 109.) Somalinaiset pitivät itseään myös tärkeimpänä päätöksentekijänä synnytykseen liittyvissä asioissa, vaikka terveydenhuoltohenkilökunta usein ajatteli somalmiesten tekevän päätöksiä vaimojensa puolesta (Herrel ym. 2004: 348). Usein miehen osallistuminen synnytykseen koettiin olevan olosuhteiden sanelemaa; uudessa kotimaassa saatavilla olevat sukulaiset tukivat naisia synnytyksessä (Brathwaite – Williams 2004: 751; Wiklund ym. 2000: 109). Suurin osa somalinaisista ilmaisi, että olisi mieluummin halunnut naispuolisen sukulaisen kuten äidin tai siskon tuekseen synnytykseen (Wiklund ym. 2000: 109).

5.4.3 Ympärileikkaus

Naisilla oli erilaisia kokemuksia henkilökunnan tiedoista ja osaamisesta naisen ympärileikkaukseen liittyen (Correa-Velez – Ryan 2011; Lundberg – Gerezgiher 2008; Murray ym. 2010; Wiklund ym. 2000). Tutkimuksissa nousi esiin henkilökunnan tiedon puute naisen ympärileikkauksesta (Correa-Velez – Ryan 2011; Lundberg – Gerezgiher 2008; Murray ym. 2010). Henkilökunta myös itse koki tarvitsevansa lisää tietoa ja koulutusta naisen ympärileikkauksesta (Correa-Velez – Ryan 2011: 7). Jotkut naiset olivat huolissaan tai ahdistuneita kohdatessaan sellaisia henkilökunnan jäseniä, jotka vaikuttivat kokemattomilta ympärileikattujen hoidon suhteen. (Lundberg – Gerezgiher 2008: 219; Murray ym. 2010: 466). Monet ympärileikatuista naisista kokivat, että henkilökunnalla oli hyvät valmiudet hoitaa ympärileikattuja naisia ja he olivat tyytyväisiä henkilökunnan suhtautumiseen (Lundberg – Gerezgiher 2008: 219; Wiklund ym. 2000: 108). Positiiviset kokemukset liittyivät usein siihen, että naiset olivat kohdanneet henkilökunnan jäseniä, joilla oli hyvät tiedot ja kokemusta ympärileikatuista naisista. Tällöin naiset kokivat olonsa luottavaisiksi. (Lundberg – Gerezgiher 2008: 219.)

Ympärileikkaus aiheutti naisille erilaisuuden ja leimautumisen kokemuksia (Murray ym. 2010: 466; Wiklund ym. 2000: 108). Naiset kokivat häpeää ympärileikkauksen takia, mutta myös miehet ajattelivat tulevansa sosiaalisesti leimatuiksi sen takia (Wiklund ym. 2000: 108). Naisilla oli voimakkaita pelkoja ympärileikkauksen vaikutuksesta synnytyk-

sen kulkuun. Heitä ei oltu informoitu siitä, mitä synnytyksen aikana tapahtuu, eikä kukaan ollut selittänyt, miten heidän pitäisi valmistautua raskauteen tai synnytykseen. Naiset pelkäsivät myös, koska olivat kuulleet puhuttavan naisista, jotka kuolivat lapsineen synnytyksen aikaisen verenvuodon tai infektion takia. (Lundberg – Gerezgiher 2008: 218.) Brownin ym. (2010: 224) tutkimuksen mukaan naisilla oli erilaisia käsityksiä siitä, aiheuttaako naisen ympärileikkaus terveysongelmia. Naiset tunnistivat leikkaamisen tarpeen synnytyksen aikana yhdeksi seuraamukseksi, mutta kukaan ei yhdistänyt naisen ympärileikkausta keisarinleikkauksen tekemisen tarpeeseen.

Kotimaassaan naiset olisi ommeltu uudelleen synnytyksen jälkeen, ja heidän kulttuurinsa mukaisesti kukaan ei kieltäytynyt siitä. Ruotsissa kättilöt kertoivat naisille ympärileikkauksen kieltävästä laista, joka estää myös ympärileikkaushaavan uudelleen ompelemisen. Naisten mielestä ympärileikkaustikkien avaamisen jälkeen synnyttäminen oli helppoa ja komplikaatiot vähenivät. Naiset ilmaisivat, että oli turhaa kohdata ympärileikkauksen aiheuttamaa kipua ja kärsimystä uudelleen. Naiset olivat kokeneet äärimmäisen voimakasta kipua synnytyksen aikana. Eräs nainen kertoi kuitenkin kättilön ommelleen hänen ympärileikkaushaavansa umpeen synnytyksen jälkeen kysymättä hänen mielipidettään. Nainen oli yllättynyt, koska tiesi uudelleen ompelemisen olevan laitonta. (Lundberg – Gerezgiher 2008: 220.)

5.5 Suhtautuminen interventioihin ja kipuun

Alakategoriat luonnollinen synnytys, teknologian käyttö, kipu ja kivunlievitysmenetelmät sekä keisarinleikkaus kuuluvat yläkategoriaan suhtautuminen interventioihin ja kipuun.

5.5.1 Luonnollinen synnytys

Maahanmuuttajat toivoivat usein luonnollista synnytystä joko täysin ilman tai mahdollisimman vähällä lääketieteellisellä puuttumisella (Brathwaite – Williams 2004; Brown ym. 2010; Murray ym. 2010). Naiset kertoivat aiemmista luonnollisista synnytyksistään ja odottivat synnyttävänsä luonnollisesti myös uudessa kotimaassaan (Murray ym. 2010: 467). Maahanmuuttajat kuvailivat synnytystä luonnolliseksi, dynaamiseksi ja

aktiiviseksi prosessiksi, josta voi selviytyä ilman lääketieteellistä puuttumista. (Brathwaite – Williams 2004: 751; Murray ym. 2010: 467). Brownin ym. (2010: 223) tutkimuksessa nousi esiin somalinaisten uskomus, että yhdysvaltalaisilla lääkäreillä oli tapana nopeuttaa synnytystä käynnistämällä synnytys, synnytyksen augmentaatiolla (oksi-tosiini-infuusiolla) ja ehdottamalla keisarinleikkausta, jos synnytys pitkittyy. Tutkimuk-sissa nousi esiin myös naisten uskomus, että lääkkeet voivat vahingoittaa sikiötä (Brathwaite – Williams 2004: 751; Murray ym. 2010: 467). Kiinalaisilla ja japanilaisilla naisilla oli voimakas halu välttää lääkkeitä ylipäänsä (Brathwaite – Williams 2004: 751; Yeo ym. 2000: 194).

5.5.2 Teknologian käyttö

Monet maahanmuuttajanaiset olisivat halunneet välttää teknologian käyttöä synnytyk-sessä (Brathwaite – Williams 2004; Correa-Velez – Ryan 2011; Grewal ym. 2008; Wiklund ym. 2000). Naisten mielestä teknologian käyttö oli ahdistavaa, koska monet tek-nologian käyttöön liittyvistä laitteista tai toimenpiteistä eivät olleet heille entuudestaan tuttuja. (Correa-Velez – Ryan 2011; Grewal ym. 2008; Wiklund ym. 2000). Esimerkiksi eräs KTG-laitteeseen kytketty intialainen nainen ajatteli kättilön pystyvän ennustamaan laitteen avulla lapsen syntymän ajankohdan, mutta ei halunnut kertoa sitä (Grewal ym. 2008: 297). Selityksen puute teknologian käytön tavoitteesta ja tarpeesta lisäsi pelo-kasta suhtautumista teknologian käyttöön (Correa-Velez – Ryan 2011: 7; Wiklund ym. 2000: 108). Tutkimuksessa tuli ilmi somalinaisten voimakas usko Jumalaan, ja moder-nin teknologian vierastaminen. Erään somalinaisen sanoin: ”Te uskotte teknologiaanne, mutta me uskomme Jumalaan”. (Wiklund ym. 2000: 108.)

5.5.3 Kipu ja kivunlievitysmenetelmät

Kulttuurierot kivun ilmaisemisessa sekä suhtautumisessa kipuun ja kivunlievityksen käyttöön nousivat tutkimuksissa esiin (Hoang ym. 2009; McLachlan – Waldenström 2005; Murray ym. 2010; Yeo ym. 2000). McLachlan ja Waldenström (2005: 275–276) vertailivat kvantitatiivisessa tutkimuksessaan vietnamilaisten ja turkkilaisten maahan-muuttajanaisten synnytyskokemuksia australialaisten naisten kokemuksiin Australiassa. Tutkimustulosten mukaan australialaiset naiset käyttivät eniten kaikkia kivunlievitys-

menetelmiä, lukuun ottamatta rentoutumis- ja hengitystekniikoita, joita käyttivät eniten turkkilaiset. Vietnamilaiset naiset käyttivät kivunlievitystä vähiten. He ilmaisivat jälkeensä kuitenkin kaikista negatiivisimpia tunteita liittyen synnytyskipuun. Suurin osa (84 %) vietnamilaisista sanoi, että heillä oli ollut paljon kipuja ja kipu oli odotettua parempaa (86 %). Vietnamilaisilla naisilla oli lisäksi negatiivisempi synnytyskokemus kaiken kaikkiaan: 58 % vietnamilaisista kuvaili synnytyskokemustaan kamalaksi, kun taas australialaisista 9 % kuvaili näin.

Hoangin ja Kilpatrickin (2009: 9) tutkimuksen mukaan vietnamilaiset eivät yleensä ilmaise negatiivisia tunteita auktoriteetteja, kuten vanhempia ja lääkäreitä, kohtaan. Kivun sietäminen hiljaa ja itsehillinnän säilyttäminen ovat perinteisiä vietnamilaisia arvoja. Eräs tutkimukseen osallistuneista vietnamilaisista naisista oli kärsinyt kokemattoman lääkärin tekemän erittäin kivuliaan ompelutoimenpiteen valittamatta tai kyseenalaistamatta hoitoa. Jälkeensä hän kuvaili tämän olleen hänen elämänsä kivuliain kokemus. Tutkijoiden mukaan vietnamilaisien kulttuuriset arvot voivat johtaa siihen, että henkilökunta ymmärtää väärin vietnamilaisien synnytyskokemuksen, uskoen, että vietnamilaiset eivät koe paljon kipua ja tämän vuoksi tarjoavat heille vähemmän kivunlievitystä.

Murrayn ym. (2009: 467) tutkimuksessa nousi esiin afrikkalaisten naisten suhtautuminen synnytyskipuun luonnollisena asiana. Myös japanilaisessa kulttuurissa synnytyskipu hyväksytään. Vaikka japanilaiset hyväksyvätkin synnytyskipun, sitä myös pelätään. Monet halusivat, että heillä olisi varasuunnitelma siltä varalta, jos kipu muuttuisi sietämättömäksi. Toisaalta naisilla oli pelkoja kivunlievityksen sivuvaikutuksista sikiölle. (Yeo ym. 2000: 195.) Myös kahdessa muussa tutkimuksessa nousi esiin uskomus lääketieteellisen kivunlievityksen haitallisuudesta sikiölle. Sekä afrikkalaisilla että kiinalaisilla naisilla oli kyseinen uskomus. (Brathwaite – Williams 2004: 751; Murray ym. 2010: 467.) Kiinalaisilla ja japanilaisilla naisilla oli kuitenkin kiinnostusta epiduraalipuudutukseen, jos synnytyskipu muuttuisi kestämättömäksi. Jotkut japanilaiset naiset olisivat halunneet kokeilla epiduraalipuudutusta, mutta heidän miehensä pelkäsivät sen sivuvaikutuksia sikiölle ja pyysivät vaimojaan välttämään epiduraalia. (Brathwaite – Williams 2004: 751; Yeo ym. 2000: 195.)

5.5.4 Keisarinleikkaus

Useissa tutkimuksissa tuli esiin keisarinleikkauksen pelko (Brown ym. 2010; Herrel ym. 2004; Lundberg – Gerezgiher 2008; Murray ym. 2010). Brownin ym. (2010: 223–224) tutkimuksessa todettiin pelon keisarinleikkausta kohtaan olevan yleistä somalinoisilla. 75 % haastatelluista somalinoisista piti keisarinleikkausta vastenmielisenä. Kuolemanpelko oli tärkein syy keisarinleikkauksen välttelemiseen. Suurin osa naisista tunsi jonkun, joka oli kuollut keisarinleikkaukseen Somaliassa. Muita syitä pelkoon olivat huoli hedelmällisyyden säilymisestä, vammautumisen pelko, kyvyttömyys kodin hoitamiseen ja anestesian pelko. Somalinoisilla oli keisarinleikkauksen tekemiseen liittyviä uskomuksia: jotkut heistä esimerkiksi uskoivat lääkärin harjoittelevan keisarinleikkausta someleilla ja heidän saavan enemmän rahaa leikkaamisesta. Naisilla oli myös uskomus, että lääkärit kiirehtivät synnytystä keisarinleikkauksella, ja keisarinleikkauksen tekeminen tarkoitti heille, ettei Jumalan apua odotettu. Toisessa tutkimuksessa yksi syy somalionaisten keisarinleikkauksen pelkoon oli tiedon puute. Naiset eivät ymmärtäneet, miksi heille oli tehty keisarinleikkaus ennen laskettua aikaa. (Herrel ym. 2004: 347.) Kahdessa tutkimuksessa tuli esiin afrikkalaistaustaisten naisten tapa viivyttää sairaalaan menoa kunnes synnytys oli edistynyt pitkälle. Naiset uskoivat, ettei tällöin keisarinleikkausta enää ehdittäisi tehdä. (Brown ym. 2010: 223; Murray ym. 2010: 467.)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyöhömmme valitut alkuperäistutkimukset kuvaavat hyvin erilaisista kulttuureista tulevien naisten synnytyskokemuksia, mutta tutkimusprosessin aikana hahmottui kuitenkin kokonaiskuva näitä kokemuksia yhdistävistä tekijöistä. Vaikka synnytyskokemus on aina yksilöllinen ja ainutkertainen, maahanmuuttajien kertomuksissa oli myös paljon yhteneväisyyksiä. Yhdistäväksi kategoriaksi opinnäytetyössämme muodostui synnytyskulttuuri. Monikulttuurisessa synnytystilanteessa synnytyskulttuuri muodostuu synnyttävän naisen, uuden kotimaan sekä hoitohenkilökunnan kulttuureista. Universaa-

leja, jokaisessa kulttuurissa synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä ovat sosiaalinen tuki, kommunikaatio ja hoidon laatu. Oletettavasti kaikki naiset kokevat edellä mainitut tekijät tärkeiksi synnytyskokemukseen vaikuttaviksi asioiksi. Kulttuurien kohdatessa synnytyskokemukseen vaikuttavat lisäksi kulttuuriset käytänteet ja uskomukset, sekä suhtautuminen interventioihin ja kipuun, jotka vaihtelevat eri kulttuureissa. Jotta maahanmuuttajien synnytyskokemuksesta muodostuisi positiivinen, kaikkien siihen vaikuttavien tekijöiden tulisi toteutua hoidossa, ja kulttuuriset käytänteet, tavat ja uskomukset tulisi huomioida.

Opinnäytetyömme tarkoitus toteutui mielestämme hyvin. Onnistuimme selvittämään kulttuurisensitiiviseen synnytysten hoitoon ja synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Sosiaalinen tuki, kommunikaatio ja hoidon laatu voivat kaikki toteutua joko positiivisesti tai negatiivisesti, ja toteutumistavasta riippuen ne vaikuttavat joko estävästi tai edistävästi positiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen. Maahanmuuttajien erilaiset kulttuuriset käytänteet ja uskomukset voivat olla hyvän synnytyskokemuksen kannalta estäviä tekijöitä, jos henkilökunta ei ymmärrä eikä huomioi niitä. Jos kulttuurisia käytänteitä ja uskomuksia ymmärrettäisiin ja huomioitaisiin paremmin, hoito olisi kulttuurisesti sensitiivisempää ja maahanmuuttajien synnytyskokemuksesta voisi muodostua positiivisempi.

Ideaalitilanteessa hoitohenkilökunta olisi saavuttanut Papadopouloksen ym. (2006) kulttuurikompetenssin kehittymisen mallin ylimmän eli neljännen vaiheen, kulttuuri-kompetenssin, jolloin he osaisivat tarjota laadukasta ja tehokasta hoitoa ottaen samalla huomioon kulttuuriset uskomukset, käyttäytymiset ja tarpeet. Mielestämme kulttuuri-kompetenssi jäi pääsääntöisesti saavuttamatta aineistossa, ja muutkin tasot saavutettiin vaihtelevasti. Kulttuurikompetenssin kehittymisen lähtökohtana on, että tiedostamme oman kulttuurimme merkityksen ja vaikutuksen ajattelutapaamme ja toimintaamme. Oman kulttuurin piirteitä ei kuitenkaan välttämättä tiedosta, ennen kuin kulttuurit kohtaavat. Hoitohenkilökunta ei saisi pitää omaa kulttuuria ja länsimaisen lääketieteen mukaista hoitoa ainoana oikeana tapana toimia, vaan heidän tulisi ymmärtää, että muissa kulttuureissa on omistamme poikkeavia käytänteitä ja hoitomenetelmiä. Hoitohenkilökunnalla ei myöskään aina ollut tarpeellista kulttuurista tietoa esimerkiksi ympärileikkauksesta. Kulttuurisen tiedon puutetta voi kuitenkin kompensoida avoimella

suhtautumisella ja kyselemällä synnyttäjän omia toiveita siitä, miten hänen kulttuurinsa tulisi huomioida. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta kuitenkin tiedosti oman kulttuurisen tiedon puutteensa, toivoi lisäkoulutusta aiheesta ja oli halukas kehittämään omaa kulttuurista osaamistaan.

Aineistosta esiin piirtyvä kulttuurikompetenssin puute saattaa myös johtua siitä, että negatiiviset kokemukset korostuvat aineistossa. Omien ennakko-odotuksiemme johdosta olemme mahdollisesti kiinnittäneet enemmän huomiota negatiivisiin kokemuksiin. Lisäksi aineistossa ilmeni selkeää rassistista suhtautumista etenkin afrikkalaistaustaisia synnyttäjiä kohtaan.

Hoitaakseen synnyttävää naista ja perhettä parhaalla mahdollisella tavalla, kättilön täytyy ymmärtää, miten kulttuuri, etninen tausta, uskonto tai heikko sosiaalis-ekonomisen asema vaikuttavat potilaiden kokemuksiin ja terveystieteisiin. Maahanmuuttajilla saattaa olla vaikeuksia sopeutua länsimaiseen synnytyskulttuuriin, mikä on ymmärrettävää suurten kulttuurierojen vuoksi. Tarvitsemme lisää tietoa maahanmuuttajanaisten synnytykseen liittyvistä toiveista ja huolista, jotta pystymme tarjoamaan heille laadukasta ja tehokasta hoitoa. Kättilön tulisikin kyetä mukautumaan synnyttäjän arvomaailmaan ja hyväksyä hänen valitsemansa tapa synnyttää, olipa se luonnonmukainen tai teknologinen.

6.2 Luotettavuuden, eettisyyden ja ammatillisen kasvun pohdintaa

Olemme soveltaneet opinnäytetyössämme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Systemaattista kirjallisuuskatsausta on kritisoitu työlääksi ja vaativaksi menetelmäksi. Virheitä voi tapahtua missä tahansa prosessin vaiheessa ajan ja henkilöstöresurssien ollessa rajalliset. Systemaattisen kirjallisuuden luotettavuuteen voi vaikuttaa myös tietokantojen epäyhdenmukainen indeksointi, joka hankaloittaa relevanttien alkuperäistutkimusten löytämistä. Myös alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu voi horjuttaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Lisäksi alkuperäistutkimusten sisäänottokriteerit voivat suunnata tuloksia. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 43.) Olemme pyrkineet lisäämään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta käyttämällä kirjallisuuskatsauksessa vain alkuperäisiä tutkimusartikkeleita, joiden laatu on varmistettu.

Työhön ei valittu kirjallisuuskatsaus-tyyppisiä tutkimuksia kirjallisuuskatsauksen laadun varmistamiseksi. Olemme pyrkineet referoidessamme ja tulkitessamme lähteitä huolellisuuteen, rehellisyyteen ja puolueettomuuteen. (Hirsjärvi ym. 2009: 260.) Referoidessamme alkuperäislähteitä pyrimme huolellisuuteen ja tarkkuuteen lähdeviitteiden merkinnässä välttääksemme plagiointia. (Hirsjärvi ym. 2009: 122).

Käytimme alkuperäistutkimusten hakujen toteuttamisessa apuna kirjaston informaation asiantuntemusta, sillä jokaisessa tietokannassa on omat hakustrategiansa. Tietokantahauissa suositellaan informaation konsultoimista, sillä luotettavasti toteutettu aineiston haku on kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden perusedellytys (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 40). Luotettavuutta on lisännyt se, että otimme hakuihin mukaan myös sellaiset artikkelit, joista tietokannoissa ei ollut suoraan saatavilla abstraktia ja/tai koko artikkelia. Joidenkin otsikon perusteella relevanteilta kuulostavien artikkeleiden saamiseksi näimme erityistä vaivaa: yhden artikkelin tilasimme Saksasta Metropolia Ammattikorkeakoulun kansainvälisen artikkeleiden tilauspalvelun kautta informaation välityksellä.

Työn luotettavuutta lisää se, että olemme pyrkineet kuvaamaan koko prosessin mahdollisimman tarkasti, jotta sitä pystyisi seuraamaan ja se olisi toistettavissa. Kaikki tutkimusartikkelimme olivat englanninkielisiä, mikä saattaa kuvastaa systemaattista kieliharhaa. Kieliharhalla tarkoitetaan sitä, että jos haut rajataan vain tiettyyn kieleen, hakujen ulkopuolelle voi jäädä tutkimuksen kannalta relevantteja alkuperäistutkimuksia. On kuitenkin tärkeä huomata, että merkittäviä tutkimustuloksia saaneet alkuperäistutkimukset julkaistaan usein englanniksi. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 40.) Koehakuja tehdessämme huomasimmekin, että muita kuin englanninkielisiä tutkimuksia ei juuri tullutkaan muutamia yksittäisiä lukuun ottamatta. Aikaresurssien rajallisuuden ja kielitaitomme rajoitusten vuoksi emme valinneet tutkimukseemme muita kuin englanninkielisiä alkuperäistutkimuksia. Pyrimme tarkkuuteen kielen kääntämisessä sekä aineiston valintavaiheessa että asiasisällön käännöksessä, jottei aineiston vieraskielisyys olisi vaikuttanut aineiston valintaan eikä analyysiin. Käännöksissä käytimme aina tarvittaessa MOT Englanti 4.8 -elektronista sanakirjaa oikean käännöksen varmistamiseksi.

Olemme tehneet kirjallisuuskatsauksen yhdessä, ja kahden opiskelijan tiivis yhteistyö lisääkin kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Teimme alkuperäistutkimuksen haut ensin itsenäisesti, ja kokoonnuimme sitten keskustelemaan lopullisista valinnoista. Poikkeavista mielipiteistä keskustelimme, ja tarkastelimme mielipiteitä jakavia tutkimuksia perusteellisemmin. Yhteistyömme oli hedelmällistä, ja näin toimien tarkastelimme tutkimuksia laajemmin ja kriittisemmin kuin jos tutkimusta olisi tehnyt vain yksi henkilö. Etenimme tutkimuksen analyysivaiheessa samoin periaattein. Kumpikin opinnäytetyön tekijä luki ja alleviivasi ensin itsenäisesti aineiston ja poimi sieltä marginaaleihin pelkistetyt ilmaukset. Seuraavaksi kävimme yhdessä läpi löydöksemme ja vertailimme niitä. Muodostimme yhdessä ala- ja yläkategoriat pelkistettyjen ilmausten pohjalta. Kirjoitimme myös tulokset auki yhdessä, ja laadimme pohdinnan yhdessä. Tällainen työtapo lisää kirjallisuuskatsauksen ja sisällön analyysin luotettavuutta. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 41; Kyngäs – Vanhanen 1999: 10–11.) Olemme keskustelleet ja hakeneet neuvoja koko prosessin ajan myös äidinkielenopettajalta ja opinnäytetyömme ohjaajalta.

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä, noin vuoden kestävä prosessi, ja opimme tänä aikana paljon aina kirjallisuuskatsauksen tekemisestä yhteistyötaitojen syvenemiseen asti. Pitkäjänteinen prosessi opetti myös kärsivällisyyttä ja stressin sietokykyä. Opinnäytetyömme aihe oli mielestämme mielenkiintoinen, mutta myös erittäin opettavainen ammatillisesti. Kirjallisuuskatsauksemme syvensi teoreettista tietoaamme kulttuurisensitiivisestä hoidosta ja maahanmuuttajien synnytyskokemukseen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi aloimme tiedostaa enemmän oman synnytykskulttuurimme piirteitä. Aloimme myös pohtia käytännön ongelmia nykyisessä monikulttuurisessa hoitotyössä ja keksimme joitakin parannusehdotuksia.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset ja käytännön ideoita

Maahanmuuttajien synnytyskokemuksia ei selvityksemme perusteella ole vielä tutkittu Suomessa. Mielestämme tällaiselle tutkimukselle olisi tarvetta myös Suomessa maahanmuuttajien määrän lisääntyessä ja henkilökunnan kulttuurisen osaamisen kehittämisen vuoksi.

Mielestämme käytännössä kulttuurin huomioivaa syntymän hoitoa voisi kehittää ensinnäkin järjestämällä työelämässä oleville kättilöille lisäkoulutusta aiheesta. Tällä hetkellä kättilökoulutuksessa on alettu kiinnittämään enenevissä määrin huomiota hoitohenkilökunnan kulttuuriseen osaamiseen. Toisaalta Suomessa ei vielä ole itsenäistä oppiainetta aiheesta, toisin kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa.

Omakohtaisen kokemuksemme mukaan osastoilla ei usein ole huomioitu maahanmuuttajien erityistarpeita, esimerkiksi eri kielille käännettyjä materiaaleja on saatavilla heikosti. On myös hyvä tiedostaa, että jotkut maahanmuuttajista saattavat olla lukutaidottomia, jolloin kuvallinen materiaali voisi toimia paremmin. Osastoilla voisikin mielestämme toimia ”maahanmuuttajavastaava”, jonka tehtävänä olisi esimerkiksi huolehtia eri kielille käännettyjen materiaalien hankkimisesta. Maahanmuuttajavastaaville voitaisiin järjestää yhteisiä koulutustilaisuuksia, joista saamaansa tietoa he voisivat juurruttaa osastoille.

Maahanmuuttajille voitaisiin myös järjestää mahdollisuus ennakoivaan synnytyskeskusteluun, jossa selvitettäisiin heidän toiveitaan ja kulttuurisia tarpeitaan. Ennakoiva synnytyskeskustelu olisi hyvä järjestää synnytys sairaalassa samaan tapaan kuin Kättilöopiston sairaalan Haikaranpesässä. Tällöin maahanmuuttaja tulisi samalla käymään synnytys sairaalassa jo ennen synnytystä, ja suomalainen sairaalaympäristö tulisi tutummaksi. Sairaalalla olisi tällöin valmiina tiedot naisen toiveista synnytyksen suhteen.

Maahanmuuttajien kannalta hyvä ajatus voisi olla myös heille suunnatun doula-projektin toteuttaminen. Doula-projektissa koulutettaisiin eri kulttuuritaustaisista maahanmuuttajista doulia samasta kulttuurista tulevia tuoreempia maahanmuuttajia varten. Tutkimuksen mukaan Ruotsissa saatiin hyviä tuloksia tämän kaltaisen kokeilun myötä.

6.4 Julkaiseminen ja hyödynnettävyys

Tarkoituksenamme on hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia kirjoittamalla siitä artikkeli, jota tarjoamme julkaistavaksi Kättilölehteen. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kulttuurin mukaista syntymän hoitoa ja ope-

tusta. Tämän vuoksi haluamme tarjota työmme pohjalta tehtyä artikkelia julkaistavaksi Kätilölehteen, jotta tuloksemme olisivat mahdollisimman monen luettavissa. Tällöin jäisi yksittäisen kätilön pohdittavaksi, miten hän itse voisi kehittää ammattitaitoaan kulttuurisessa osaamisessa, tai mahdollisesti asiaa saatettaisiin alkaa pohtia myös hallinnon tasolla. Vaihtoehtoisesti voisimme pitää aiheesta luennon Metropolia Ammattikorkeakoulun kätilöopiskelijoille esimerkiksi osana syntymän aikaisen kätilötyön opintojaksoa.

Lähteet

- Akhavan, Sharareh – Lundgren, Ingela 2010. Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden – A qualitative study. *Midwifery* 2011 Jan 12. [Epub ahead of print].
- Allardt, Erik 1993. *Sociologia*. Juva: WSOY.
- Beech, Beverley L – Phipps, Belinda 2004. Normal birth: women's stories. Teoksessa Downe, Soo (toim.): *Normal birth. Evidence and debate*. Churchill Livingstone Elsevier. 59–70.
- Brathwaite, Angela C – Williams, Charmaine C 2004. Childbirth experiences of professional Chinese Canadian women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 22 (6). 748–755.
- Brown, Elizabeth – Carroll, Jennifer – Fogarty, Colleen – Holt, Cristina 2010. "They get a C-section...they gonna die": Somali women's fears of obstetrical interventions in the United States. *Journal of Transcultural Nursing* 21 (3). 220–227.
- Crabtree, Sue 2004. Midwives constructing 'normal birth'. Teoksessa Downe, Soo (toim.): *Normal birth. Evidence and debate*. Churchill Livingstone Elsevier. 85–99.
- Correa-Velez, Ignacio – Ryan, Jennifer 2010. Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women and Birth* 2011 February 9 [Epub ahead of print]
- Downe, Soo – McCourt, Christine 2004. From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges. Teoksessa Downe, Soo (toim.): *Normal birth. Evidence and debate*. Churchill Livingstone Elsevier. 3–24.
- Duodecim 2011. Lääketieteen englanti-suomi sanakirja. Augmentation. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti>. Luettu 15.11.2011.
- ETENE 2005. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf>. Luettu 1.2.2011.
- Grewal, Sukhdev K – Bhagat, Radhika – Balneaves, Lynda G 2008. Perinatal beliefs and practices of immigrant Punjabi women living in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37 (3). 290–300.
- Halmesmäki, Erja 2011. Synnytys suunnitellusti kotona vai sairaalassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 127(3). 217. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kotisyntys>. Luettu 5.11.2011.

- Hamilton, Adela 2009. Comfort and support in labour. Teoksessa Fraser, Diane M – Cooper, Margaret A (toim.): *Myles textbook for midwives*. 15. painos. New York: Churchill Livingstone. 493–495.
- Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Helman, Cecil 2007. *Culture, health and illness*. 5. painos. London: Hodder Education.
- Helsti, Hilikka 2000. Kotisynnytysten aikaan. Etnologinen tutkimus äitiyden ja äitiysvalituksen konflikteista. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Hemminki, Elina – Heino, Anna – Gissler, Mika 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 (10). 1186–1195.
- Herrel, Nathaly – Olevitch, Laura – DuBois, Diana K – Terry, Paul – Thorp, Deborah – Kind, Elizabeth – Said, Abdi 2004. Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49 (4). 345–349.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hoang, Ha T – Le, Quynh – Kilpatrick, Sue 2009. Having a baby in the new land: a qualitative exploration of the experiences of Asian migrants in rural Tasmania, Australia. *Rural & Remote Health* 9 (1). 1084.
- Hodnett, Ellen – Gates, Simon – Hofmeyr, Justus – Sakala, Carol 2007. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.
- Howes, Virginia 2004. Midwifery skills to help women cope with labour. Teoksessa Chapman, Vicky (toim.): *The midwife's labour and birth handbook*. Oxford: Blackwell. 225–228.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 4–12.
- Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1). 37–45.
- Leininger, Madeleine 1978. *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practices*. New York: John Wiley & Sons.

- Leininger, Madeleine 2002. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practises. *Journal of Transcultural Nursing* 13 (3). 189–192.
- Lundberg, Pranee C – Gerezgiher, Alganesh 2008. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery* 24 (2). 214–225.
- Malin, Maili 2003. Maahanmuuttajien terveys Suomessa. Teoksessa Luoto, Riitta – Viisanen, Kirsi – Kulmala, Ilona (toim.): Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino. 319–333.
- Marriner-Tomey, Ann 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- McLachlan, Helen – Waldenström, Ulla 2005. Childbirth experiences in Australia of women born in Turkey, Vietnam, and Australia. *Birth: Issues in Perinatal Care* 32 (4). 272–282.
- Miettinen, Aila 1997. Synnytyspaikka on osa synnytyskulttuurin kehitystä. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 113 (21). 2217.
- Murray, Linda – Windsor, Carol – Parker, Elizabeth – Tewfik, Odette 2010. The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International* 31 (5). 458–472.
- Paananen, Ulla Kristiina 2009. Kätilötyön historia. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 16–24.
- Papadopoulos, Irena 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Teoksessa Papadopoulos, Irena (toim.): *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier. 7–23.
- Pienimaa, Anna-Kaisa 2009. Kätilötyö tänään. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 25–30.
- Raussi-Lehto, Eija 2009. Syntymänaikainen kätilötyö. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 206–209.
- Reitmanova, Sylvia – Gustafson, Diana L 2008. "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal & Child Health Journal* 12 (1). 101–111.
- Rolls, Colleen – Chamberlain, Marie 2004. From east to west: Nepalese women's experiences. *International Nursing Review* 51 (3). 176–184.

- Sainola-Rodriguez, Kirsti 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion: Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos.
- Sandall, Jane 2004. Promoting normal birth: weighing the evidence. Teoksessa Downe, Soo (toim.): Normal birth. Evidence and debate. Churchill Livingstone Elsevier. 161–171.
- Salo-Lee, Liisa 1997. Minä ja muut: kulttuurien välisestä viestinnästä. Teoksessa Syrjänen, Annaliisa – Westermarck, Irmeli (toim.): Maailmalle, maailmalta: kulttuurisia katsauksia. Juva: WSOY. 44–59.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Naisten sukuelinten silpominen. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/julkaisut/maahanmuuttajat/naisten_sukuelinten_silpominen>. Luettu 3.11.2011.
- Stanton, Cynthia 2008. Steps towards achieving skilled attendance at birth. Bulletin of the World Health Organization 86 (4). 242.
- Tiilikainen, Marja 2003. Arjen Islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Tiilikainen, Marja – Pietiläinen, Sirkka – Johansson, Janneke 2009. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 556–566.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Synnytysten keskittäminen ja terveysvaikutukset. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/seli/verkostokirje/2011/synnytysten_kestittaminen>. Luettu 15.11.2011.
- Tilastokeskus 2010a. Perheet 2009. Vuosikatsaus. Ulkomaalaisten perheiden määrä kasvaa, osuus yhä pieni. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/til/perh/2009/02/perh_2009_02_2010-11-30_fi.pdf>. Luettu 31.1.2011.
- Tilastokeskus 2010b. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne. Verkkodokumentti. <<http://www.stat.fi/til/vaerak/>>. Luettu 17.2.2011.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Jyväskylä.
- Vallimies-Patomäki, Marjukka 2009. Raskaus ja synnytys tutkimuksen valossa. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 59–75.
- Viisainen, Kirsi 2000. Choices in birth care. The place of birth. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. University of Helsinki. Faculty of Medicine. Department of Public Health. STAKES research report 115. Saarijärvi: Gummerus.

- Virtanen, Terhi 2011. Puudutetta, puudutetta ja väliin oksitosiinia! Pääkirjoitus. Kättilö-lehti – Tidskrift för Barnmorskor. 116 (1). 3.
- Wiklund, Helena – Aden, Abdulaziz S – Högberg, Ulf – Wikman, Marianne – Dahlgren, Lars 2000. Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours. *Midwifery* 16 (2). 105–115.
- Wiklund, Ingela – Lidvall, Kaj – Sachs, Magna A 2003. Stockholms läns landsting betalar hemförlossning i vissa fall. *Läkartidningen* 100 (51–52). 4272–4277.
- World Health Organization 1996. Care in normal birth: a practical guide. Report of Technical Working Group. Department of Reproductive Health and Research. Geneva.
- World Health Organization 2008a. Proportion of births attended by a skilled health worker – 2008 updates. Department of Reproductive Health and Research. Geneva.
- World Health Organization 2008b. Maternal mortality. Tiedote. Geneva.
- World Health Organization 2008c. Making pregnancy safer. Skilled birth attendants. Verkkodokumentti. <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/skilled_birth/en/index.html>. Luettu 11.10.2011.
- World Health Organization 2010a. Child Health. Global Health Observatory (GHO). Verkkodokumentti. <http://www.who.int/gho/child_health/en/>. Luettu 10.12.2011.
- World Health Organization 2010b. Maternal mortality. Media Centre. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>>. Luettu 10.12.2011.
- Yeo, SeonAe – Fetters, Michael – Maeda, Yukio 2000. Japanese couples' childbirth experiences in Michigan: implications for care. *Birth: Issues in Perinatal Care* 27 (3). 191–198.
- Yhdenvertaisuuslaki 21/2004. Annettu Helsingissä 20.1.2004.

Tutkimusaineiston analyysikehys

| Nro | Tutkimuksen tekijät, tutkimusaika ja -maa | Tutkimusartikkeli | Tarkoitus | Kohderyhmä (otos) | Aineiston keruu ja analysointi | Keskeiset tulokset | Huomattavaa |
|-----|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Akhavan – Lundgren 2010 Ruotsi. | Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden – A qualitative study. | Kuvailla ja analysoida kätilöiden kokemuksia doulista maahanmuuttajien tukena Ruotsissa. | N=10 obstetrisissa yksiköissä työskentelevää kätilöä, jotka olivat olleet tekemisissä doulien kanssa. | Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuskysymysten mukaiset haastattelut. Aineiston analyysi sisälön analyysillä. | Doulat toimivat kätilöiden liittolaisina, antoivat maahanmuuttajainaisille kulttuurisia tarpeita huomioivaa tukea ja tietoa sekä loivat turvallisuuden tunnetta. Doulat korvasivat puutteita, he toimivat esimerkiksi tulkkeina. | Tutkimustulosten mukaan doulat toimivat kulttuurien välisenä siltana ja lisäsivät kätilöiden kulttuurista ymmärtämystä synnytykseen liittyen. Kätilöiden mielestä doulat myös paransivat hoidon laatua. |
| 2 | Brathwaite – Williams 2004 Kanada. | Childbirth experiences of professional Chinese Canadian women. | Tutkia raskausaikaa ja synnytystä koskevien odotusten sekä kulttuurin yhteyttä korkeasti koulutetuilla kiinalaisilla naisilla Kanadassa. | N=6 korkeasti koulutettua Kanadassa asuvaa kiinalaista naista, joilla oli vähintään yksi synnytys. | Kvalitatiivinen. Etnografiset syvähaastattelut, joita ei nauhoitettu. Avoimet kysymykset, sisällön analyysi ryhmittelemällä keskeinen sisältö. | Naiset noudattivat monia perinteisiä tapoja raskauteen ja synnytykseen liittyen. Synnytystä pidettiin luonnollisena tapahtumana ja lääkkeellistä kivunlievitystä haitallisena sikiölle. | Tuore maahanmuutto oli yhteydessä vähäisempään perinteiden noudattamiseen eikä päinvastoin. Kanadassa myös miehet mukana synnytyksessä, Kiinassa ei. |
| 3 | Brown – Carroll – Fogarty – Holt 2010 USA. | “They get a C-section...they gonna die”: Somali women's fears of obstetrical | Tutkia syitä somalinaisten tyytymättömyyteen raskausajan/obstetrisen hoitoon ja tiettyjen obstet- | N=34 Somaliassa syntynyttä naista, jotka asuivat Rochesterissa New | Kvalitatiivinen. Nauhoitetut haastattelut, haastatteluissa | Naiset pelkäsivät keisarileikkausta, suurin syy oli kuolemanpelko. He pelkäsivät/vastustivat | Somaleilla oli taktiikoita, joilla he yrittivät välttää synnytyksen kulkuun puutumista, he esimerkiksi |

| | | | | | | | |
|---|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | interventions in the United States. | risten toimenpiteiden vastustamiseen New Yorkissa. Tutkia aikaisempia kokemuksia Afrikassa, ja selvittää voisivatko aikaisemmat huonot kokemukset vaikuttaa nykyisiin mielipiteisiin. | Yorkissa. | tarvittiin usein tulkkien apua. Analyysi grounded theory -menetelmällä. Lopuksi tutkimustulokset esiteltiin toiselle somaliryhmälle tutkimustulosten oikeellisuuden varmistamiseksi. | myös muita obstetrisia interventioita, kuten synnytyksen käynnistämistä. Heillä oli uskomus, että yhdysvaltalaiset lääkärit kiirehtivät synnytyksiä. Naiset toivoivat, että heidän toivettaan luonnollisesta synnytyksestä kunnioitettaisiin. | hakeutuivat sairaalaan vasta kun synnytys oli kunnolla käynnissä, jottei sitä käynnistettäisi. Naisilla oli vaihtelevia mielipiteitä, aiheuttaako naisen ympärileikkaus terveysongelmia. |
| 4 | Correa-Velez – Ryan 2011 Australia. | Developing a best practice model of refugee maternity care. | Selvittää avainelementit parhaalle tavalle järjestää äitiyshuolto pakolaisnaisille. Projektin tavoitteena oli kehittää sellainen malli erääseen suureen synnytysairaalaan Australiassa. | Monipuoliseen projektiin kuului kirjallisuuskatsaus, avainhenkilöiden konsultaatiot, afrikkalaistaustaisten naisten synnytystilastojen tarkastelu, sairaalassa synnyttäneiden afrikkalaisten haastattelut (N=23) ja henkilökunnan haastattelut (N=168). | Monipuolinen tutkimusprojekti, ks. edellinen sarake. Kvalitatiivinen/ kvantitatiivinen osio. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS:llä ja kvalitatiivinen käyttäen temaattista analyysia. | Tulkkeja tarvittiin paljon, mutta tulkkien käyttöön liittyi myös ongelmia. Eri kielille käännettyjen materiaalien puute vaikeutti informaation saamista. Kaksi kolmasosa naisista toivoi hoidon jatkuvuutta (sama hoitaja). Teknologian käyttö synnytyksessä oli ahdistavaa monien mielestä. | Henkilökunnalla oli puutteelliset tiedot naisen ympärileikkauksesta, toimenpiteistä ei kerrottu tarpeeksi ja sairaalan ruoka ei ollut heidän uskontonsa/kulttuurinsa mukaista. Projektin lopputuloksena kehitettiin pakolaisten tarpeiden mukaan räätälöity äitiyshoidon malli, johon kuuluu hoidon jatkuvuus, laadukkaat tulkkipalvelut, koulutusta sekä asiakkaille että terveydenhuoltohenkilökunnalle sekä psykososiaalisen tuki. |
| 5 | Grewal – Bhagat – Balneaves 2008 Kanada. | Perinatal beliefs and practices of immigrant Punjabi women living in Canada. | Kuvailla tuoreiden punjabilaisten maahanmuuttajanaisten perinataalisia kokemuksia sekä kuvata, | N=15 viimeisen 5 vuoden sisällä Kanadaan Intiasta Punjabista | Kvalitatiivinen. Kasvokkain tehdyt yksilöhaastattelut. Viiden | Intialaisilla oli paljon raskausaikaan ja synnytykseen liittyviä kulttuurisia uskomuksia ja | Enimmäkseen hoitokokemukset olivat positiivisia, mutta jotkut kertoivat ettei heidän kipua/väsymystään |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | miten perinteiset uskomukset ja tavat otetaan huomioon kanadalaisessa terveydenhuollossa. | muuttanutta ensisynnyttäjää. | terveydenhuollon ammattilaisen muodostama asiantuntijaryhmä vahvisti lopuksi tutkimustulosten luotettavuuden ja antoi tulosten pohjalta suosituksia. | tapoja. Perheenjäsenillä oli tärkeä rooli tukea naisia perinataalisten kokemusten aikana. Miehen tuki synnytyksen aikana koettiin tärkeäksi. | oltu uskottu. Lisäksi ilmeni kommunikaatio-ongelmia ja väärinkäsityksiä esim. teknologian käyttöön liittyen. Joitakin kulttuurisia tapoja oli mukautettu kanadalaiseen terveydenhuoltoympäristöön sopiviksi. |
| 6 | Herrel – Olevitch – DuBois – Terry – Thorp – Kind – Said 2004 USA. | Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. | Tutkia somaliäitien kokemuksia raskaudesta ja synnytyksestä Minnesotassa ja määrittää somaliäitien tarpeita mm. synnytysvalmennukseen liittyen. | N=14 somaliäitiä, jotka olivat synnyttäneet yhden lapsen USA:ssa. | Kvalitatiivinen. Ryhmähaastattelut, jotka nauhoitettiin, litteroitiin ja sisältö analysoitiin ryhmittelällä haastattelujen keskeinen sisältö. | Kaiken kaikkiaan naisten synnytyskokemus oli positiivinen, mutta myös negatiivisia kokemuksia oli. Naiset olivat kokeneet tullessa syrjityiksi rodun, värin ja kielitaidon puutteen vuoksi. Naiset kaipasivat lisää tietoa mm. kivunlievityksestä, henkilökunnan rooleista jne. | Myös somalimpiesten ryhmähaastatteluja yritettiin, tämä kuitenkin epäonnistui. Naisilla on pelkoja keisarinkäytöstä kohtaan, mutta myös henkilökunnan osaaminen epäilytti. |
| 7 | Hoang – Le – Kilpatrick 2009 Australia. | Having a baby in the new land: A qualitative exploration of the experiences of Asian migrants in rural Tasmania, Australia. | Tutkia aasialaista syntyperää olevien äitien synnytyskokemuksia maaseudulla Australiassa. | N=10 Tasmanian maaseudulla asuvaa aasialaista naista, jotka olivat synnyttäneet siellä. | Kvalitatiivinen. Puolistrukturoidut haastattelut, analyysi grounded theory – menetelmällä. | Aasialaisilla oli samankaltaisia kulttuurisia tapoja synnytykseen/äitiyteen liittyen. Monet olivat kuitenkin sopeutuneet uuden maan tapoihin. | Sosiaalinen tuki näyttäisi olevan tärkeää aasialaisten äitien terveydelle. Kielimuuri nousi esiin tässäkin tutkimuksessa. Aasialaisilla voi olla tapana välttää negatiivisten tunteiden ilmaisua auktoriteetteja |

| | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | | kohtaan. |
| 8 | Lundberg – Gereziher 2008 Ruotsi. | Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. | Tutkia eritrealaisten mahanmuuttajanaisten kokemuksia ympärileikkauksen vaikutuksista raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana. | N=15 Ruotsissa asuvaa eritrealaista ympärileikkautta naista, jotka olivat synnyttäneet vähintään yhden lapsen. | Kvalitatiivinen. Etnografinen metodi. Yksilö-syvähaastattelut kahteen kertaan, puolistrukturoidut/avoimet kysymykset. Tutkijat tekivät pilottitutkimuksen (N=3) ennen varsinaista tutkimusta. Sisältö analysoitiin teemoittain. | Kuusi teemaa ympärileikkauksen kokemisesta nousi esiin. Naiset ovat kärsineet ympärileikkaukseen liittyvistä komplikaatioista raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana. Naisilla oli positiivisia kokemuksia henkilökunnasta, jolla oli tietoa ympärileikkauksesta. | Naisilla oli voimakkaat pelot raskauden ja synnytyksen aikana. He pelkäsivät myös, osaako kättilö hoitaa ympärileikatun naisen synnytyksen. Enimmäkseen naisten mielestä Ruotsissa oli hyvät valmiudet hoitaa ympärileikattuja. |
| 9 | McLachlan – Waldenström 2005 Australia. | Childbirth experiences in Australia of women born in Turkey, Vietnam, and Australia. | Tutkia vietnamilais- ja turkkilais-syntyisten naisten kokemuksia verrattuna australialaisten naisten kokemuksiin synnytyksestä, mukaan lukien muistikuvat kivusta ja kivunlievityksen käyttö. Tutkimuksessa tutkittiin myös tunteita synnytyksen aikana sekä naisten yleisarviota synnytyksestä. | N=300. 100 vietnamilaista, 100 turkkilaista ja 100 australialaista naista, joilla oli normaali alatiesynnytys ja terve vauva. | Kvantitatiivinen. Yksilöhaastattelut äidinkielellä tai englanniksi kielitaidon mukaan. Molempia mahanmuuttajaryhmiä verrattiin erikseen australialaiseen ryhmään, ei toisiinsa. Tutkimustietoa analysoitiin tilastollisten menetelmien (x2-testi, t-testi, regressioanalyysi) avulla SPSS:llä ja STATA:lla. | Vietnamilaiset käyttivät vähemmän kivunlievitystä, kokivat enemmän kipua ja kuvasivat synnytystään kaiken kaikkiaan negatiivisemmin kuin australialaiset. Turkkilaisien vastaukset olivat lähempänä australialaisten kokemuksia, mutta he olivat hieman tyytyväisempiä synnytykseensä, paitsi että kokivat hieman enemmän kipua ja heidän ajantajunsa säilyi paremmin. | Tutkimus osoitti, että synnytyskokemus on yhteydessä kulttuuriseen taustaan. Kättilöiden tulisi kiinnittää enemmän huomiota vietnamilaisten kivun arviointiin synnytyksen aikana. |
| 10 | Murray – Windsor – Parker - | The experiences of African women giving | Tutkia afrikkalaisten pakolaisnaisten synnytyskoke- | N=10 afrikkalaista pakolaista, jotka | Kvalitatiivinen. | Afrikkalaisilla oli kokemuksia, että hoitotoi- | Afrikkalaiset pitivät synnytyksestä ja synnytyskipua |

| | | | | | | | |
|----|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Tewfik 2010 Australia. | birth in Brisbane, Australia. | muksia Brisbanessa, Aust- raliassa. | olivat synnyttäneet Brisbanessa. | Puolistrukturoidut haas- tattelut. | menpiteitä ei oltu seli- tetty riittävästi, tiedon puute aiheutti epäluot- tamusta ja pelkoa. Kie- limuuri nousi esiin täs- säkin tutkimuksessa, ja esim. naisten ympäri- leikkaus. Kätilöitä ar- vostettiin ja oltiin kiitol- lisia heidän osaamises- taan. | luonnollisena asiana, ja välttivät lääkkeellistä kivun- lievitystä. Keisarinleikkaus- ta pelättiin. Henkilökunnalta oli tullut epäasiallisia kommentteja. |
| 11 | Reitmanova – Gustafson 2008 Kanada. | ”They can’t under- stand it”: maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John’s, Newfound- land. | Selvittää St. John’s:issa Kanadassa asuvien maa- hanmuuttaja musliminais- ten tarpeita äitiyshuollossa ja esteitä äitiyshuollon palveluiden käytössä. | N=6 musliminais- ta, jotka synnytti- vät ainakin yhden lapsen St. John’s:issa Kana- dassa vuosina 1995-2005. | Kvalitatiivinen. Puolistrukturoidut yksi- lö-syvähaastattelut. Analyysi sisällön ana- lyysilla. | Kaikki haastateltavat toivoivat naispuolista henkilökuntaa synny- tyksen hoitoon. Naiset eivät saaneet tarpeeksi tietoa synny- tystoimenpiteistä tai kivunlievityksestä. Jot- kut naiset olivat koke- neet kommunikaation puutteita henkilökun- nan kanssa. | Kaikki naiset kokivat, että he olisivat tarvinneet enemmän tukea ja läsnä- oloa synnytyksen aikana. Esteitä äitiyshuollon palve- luiden saamiseen olivat mm. kielitaidon puute ja henkilökunnan tiedon puu- te musliminaisten tarpeista. |
| 12 | Rolls – Cham- berlain 2004 Australia. | From east to west: Nepalese women’s experiences. | Koota tietoa nepalilaisten synnytyskokemuksista ja vanhemmuuden kokemuk- sista heidän kotimaassaan ja Australiassa. | N=11 nepalilaista naista, jotka olivat synnyttäneet elä- vän lapsen viimei- sen 5 vuoden sisäl- lä Australiassa. | Kvalitatiivinen. Osallistujien havain- nointi erilaisissa tilan- teissa ja haastattelut. Analyysi grounded theory –menetelmällä. | Nepalilaiset olivat tyy- tyväisiä terveydenhuol- tojärjestelmään ja hen- kilökunnan osaamiseen Australiassa. Muutos nepalilaiseen käytäntöön oli isien | Kaikki haastatellut olivat korkeasti koulutettuja ja olivat sopeutuneet hyvin uuteen kulttuuriin ja sen hoitokäytäntöihin. |

| | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | osallistuminen synnytykseen. | |
| 13 | Wiklund – Aden – Högberg – Wikman – Dahlgren 2000 Ruotsi. | Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours. | Tutkia somalinaisten ja –miesten synnytyskokemuksia Ruotsissa. | N=16, 9 naista ja 7 miestä. | Kvalitatiivinen. Puolistrukturoidut yksilöhaastattelut, analyysi grounded theory –menetelmällä. | Sukupuoliroolit synnytykseen osallistumisessa olivat muuttuneet. Osa koki tämän hyvänä asiana, osa ongelmallisena. Miehen mukanaololla näytti olevan suuri vaikutus naisen hyvinvointiin synnytyksen aikana. | Suurin osa koki synnytyksen stressaavana ja että synnytystä pidetään yksilöllisenä saavutuksena. |
| 14 | Yeo – Fetters – Maeda 2000 USA. | Japanese couples' childbirth experiences in Michigan: implications for care. | Kuvailla kulttuurierojen roolia synnytykseen liittyen japanilaisilla pariskunnilla USA:ssa. Tutkia kulttuurikompetentin hoidon tarjoamisen seurauksia. | N=22 (11 japanilaista pariskuntaa, naiset raskaana olevia). | Kvalitatiivinen. Yksilö-syvähaastattelut, ennen synnytystä ja sen jälkeen. Mies ja vaimo haastateltiin erikseen, japaniksi. | Japanilaisilla oli voimakkaita kulttuurisia uskomuksia raskauteen ja synnytykseen liittyen. Heillä oli vaikeuksia hyväksyä joitakin yhdysvaltalaisia hoitokäytäntöjä, mutta yleisesti ottaen hoidon laatua pidettiin kuitenkin parempana kuin Japanissa. | Japanilaisilla tuntuu olevan voimakas kulttuuri, jonka he säilyttävät pitkälti myös uudessa kotimaassa. Kielimuuri nousi esiin tässäkin tutkimuksessa. Tuloksissa nousi esiin japanilaisten pelko epiduraalin haitallisuudesta sikiölle. |

Esimerkki analyysin etenemisestä

| Alkuperäisilmaus (suomennettu) | Pelkistetty ilmaus | Alakategoria |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <p>8 osallistujaa (32 %) mainitsi uskon Jumalaan yhtenä tekijänä päätöksenteossa obstetrisia interventioita koskien. Seitsemän näistä naisesta koki, että keisarinleikkauksen teko kertoi siitä, että Jumalan apua ei oltu odotettu.</p> <p>”Ei. [Keisarinleikkaus] Ei ole hyvä. Jumala auttaa sinua.”</p> <p>”He eivät odottaneet synnytyskipujen alkamista. Mutta mielestäni heidän pitäisi antaa meille aikaa, koska me uskomme Jumalaan.”</p> <p>”Meillä on kaksi eri asiaa, joihin uskomme. Meillä Jumala päättää, mutta te ette usko siihen. Te uskotte teknologiaanne. Mutta me uskomme Jumalaan.”</p> <p>”Synnytykseni aikana lääkärit pyysivät minua ”hengittämään syvään”. En pidä siitä. Sanoisin mielummin Qur:in (rukouksen) sen sijaan, että hengitän syvään. Miksi minun pitäisi tuhlata aikaani hengittämiseen kun voin sanoa rukoukseni?”</p> | <p>Usko Jumalaan yli lääketieteen</p> | <p>Kulttuuriset tavat</p> |
| <p>30. raskausviikolla oleva osallistuja sai selville, ettei hänen lääkäriensä suositellut eikä tehnyt rutiininomaisesti episiotomiaa. Hänen terveydenhoitoalan koulutuksessaan Japanissa episiotomia oli toimenpide, jota lääkärit opettivat ja harjoittivat. Hän oli mykistynyt ja paniikissa, koska hoitokäytännöt olivat selvästi ristiriidassa verrattuna hänen Japanissa saamaansa koulutukseen.</p> <p>”Japanissa ensisynnyttäjät saavat episiotomian. -- En välitä kivuista, mutta on paljon parempi, että leikataan kuin repeää.”</p> <p>Eräs nainen oli huolissaan mediaalisesta episiotomiasta, jota tehdään Yhdysvalloissa (koska mediolateraaliset episiotomiat ovat yleisempiä Somaliassa).</p> <p>”Kotona [Somaliassa] on tapana leikata tavalla, joka helpottaa vauvan ulostuloa synnytyksessä. Mutta täällä he eivät tee sillä tavalla vaikka olisit synnyttämässä isoa vauvaa.”</p> | <p>Hoitokäytäntöjen ero episiotomian suhteen</p> | |
| <p>Tutkimuksessa kolme naista kymmenestä noudatti täysin Australian synnytyskulttuuria, vaikka he olivatkin tietoisia perinteistä.</p> <p>”Vaikka olinkin tietoinen eroavuuksista, seurasin täysin australialaisten tapaa synnyttää ja tehdä vauvaan liittyviä asioita.”</p> | <p>Osa naisista mukautui täysin isäntämaan tapaan ja hylkäsi traditiot</p> | |

”Jos olisin kotimaassani, noudattaisin [perinteitä], koska en haluaisi loukata äitiäni. Nyt olen täällä Australiassa, en halua seurata perinteisiä tapoja. Haluan toimia kuten australialaisetkin toimivat.”

Osallistujat näkivät kätilöt ammattilaisina, joilla oli enemmän kliinistä osaamista ja kokemusta kuin heillä itsellään, ja tämä teki heidät ujoiksi ja haluttomiksi kyseenalaistamaan hoidon suunnitelmaa.

”Jos olet sairaanhoitaja, sinun pitäisi tietää ammattisi, roolisi, vastuusi ja muut asiat. Et halua kysyä, se on kuin kertoisi heille [henkilökunnalle] mitä pitää tehdä. Niin, tunnet häpeää ja pahaa oloa, aivan kuin yrittäisit.. aivan kuin tietäisit enemmän.”

Osa naisista oli ällistyneitä Australian sairaalaympäristön kliinisyydestä.

”Kun synnyttät afrikkalaisessa kylässä, istut näin (kyykkyasennossa). Niin, mutta täällä on hyvin erilaista. Nukut (makaat sängyssä), ja se on pelottavaa.”

Kaikki osallistujat ilmaisivat vahvan toiveen naispuolisen henkilön hoidosta synnytyksen aikana. Suurin osa oli sitä mieltä, että miespuolinen lääkäri oli hyväksyttävissä ainoastaan jos ei ollut muita vaihtoehtoja. Tämä vaihtoehto sai heidät kuitenkin tuntemaan olonsa ”huonoksi” ja ”epämukavaksi”. Yksi osallistuja ei hyväksyisi miespuolista lääkäriä synnytykseen ollenkaan.

”Mutta haluan sanoa, että täällä pitäisi olla enemmän naispuolisia lääkäreitä. Ja heidän pitäisi olla joustavia tulemaan synnytykseen aina kun tarvitsee.”

Kun suurin osa naisista ilmaisi toiveen naispuolisesta lääkäristä, osa hyväksyi mieslääkäriä, koska tiesivät tämän olevan tavallista australialaisessa terveydenhoitojärjestelmässä. Osallistujat, jotka hyväksyisivät ainoastaan naispuolisen lääkärin, tiesivät, että heidän täytyisi kysyä sitä itse. Muut olivat tottuneita miespuolisiin lääkäreihin.

”Afrikassa ei voida hyväksyä miehen läsnäoloa, mutta, luulen, sanoin: Niin, tämä on Australia, ei Afrikka. Hän [miespuolinen] on lääkäri. Mies on tullut vain tarkistamaan vauvan.”

Kolme osallistujaa ilmaisi toiveen, että naispuolinen lääkäri hoitaisi synnytyksen.

Jotkut naiset mainitsivat, että he olivat herkempiä ja tunsivat enemmän kipua silloin kun miespuolinen lääkäri teki sisätutkimuksen.

Kliinisen sairaalaympäristön ja erilaisen synnytysasennon pelottavuus

Toive naislääkäristä / naispuolisesta hoitohenkilökunnasta

Sisätutkimus kivuliaampi kun mieslääkäri teki

Itsevarmuuden puute estää myös estää naisia ilmaisemasta toiveitaan. He tekivät mitä tahansa henkilökunta heitä pyysi tekemään, vaikka tämä olisi ollut vastoin heidän perinteitään.
"Tiesin, ettei minun pitäisi [perinteitten vuoksi] tehdä niin, mutta olin haluton olla tekemättä, koska en halunnut vastustaa heitä."
Suurimmassa osassa aasialaisia kulttuureita ihmiset on opetettu jo lapsuudesta saakka olemaan estyneitä ja vaatimattomia.
"Aasialaiset naiset olivat usein haluttomia tai häpeilivät ilmaista tarpeitaan tai vaatia palvelua.
"Koska me olemme aasialaisia olemme hyvin haluttomia kysymään keneltäkään lisäinformaatiota."
Suurin osa naisista valitti synnytyksen ja lastenhoidon olevan Ruotsissa raskasta ja stressaavaa. He kokivat, että synnytyksestä oli tullut yksilöllinen saavutus, josta naisen oli tarkoitus selvitä yksin.

Auktoriteettien totteleminen, "aasialainen luonteenlaatu": vaatimaton eikä uskalla kysyä, alemmuuden tunne

Synnytys yksilöllinen saavutus