



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

VALLANKÄYTTÖ KÄTILÖTYÖSSÄ

Äitien kokemuksia

Ilona Fröjd

Iira Kuokka

Opinnäytetyö
Toukokuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

FRÖJD, ILONA & KUOKKA, IIRA:
Kättilön vallankäyttö
Äitien kokemuksia

Opinnäytetyö 67 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Toukokuu 2017

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, ilmeneekö kättilön käyttämä valta synnytyksessä ja lapsivuodeaikana.

Kyseessä oli laadullinen tutkimus, joka perustui synnyttäneiltä kerättyyn asiakaspalautteen analyysiin. Asiakaspalautetta kerättiin synnytys- ja lapsivuodeosastoilla ja analyysi tehtiin laadullisen tutkimuksen sisällön analyysin keinoin.

Suurin osa vastaajista oli ollut tyytyväinen saamaansa hoitoon. Osa kuitenkin koki tulleen huonosti kohdelluksi ja erityisesti tiedon puute tai tiedon ja ohjauksen puutteellinen tarjoaminen herätti tyytymättömyyttä.

Tutkimuksemme teoriaosuudesta kävi selville, että hoitotyössä valtaa ja vallankäyttöä esiintyy monenlaisissa tilanteissa ja monenlaisina variaatioina. On olemassa hyvää ja huonoa vallankäyttöä ja valtaa voi käyttää asiakkaan eduksi tai hänen kurissa pitämiseksi. On siis huomattava, että vallankäytön keinoin voi aiheuttaa asiakkaalle myös haittaa, vaikka vallankäyttäjän tarkoitusperät hyvät olisivatkin. Aina ei välttämättä ole selvää, missä tilanteissa vallankäyttö on tietoista ja milloin se on tiedostamatonta. Osittain hoitajan, siis myös kättilön, vallankäyttö hoitotyössä on myös rakenteellista, joidenkin tutkimusten mukaan se ilmenee muun muassa lääkäri-hoitaja –hierarkioissa, mikä puolestaan vaikuttaa suoraan potilastyöhön. Tutkimuksemme analyysiosuuden päätarkoitus oli selvittää, millä tavoin kättilön käyttämä hyvä ja huono valta näkyy asiakaspalautteissa. Tärkeimpänä lopputulemana analyysimme osoitti, että tärkeimpiä hyvän vallankäytön ilmenymiä olivat yksilöllinen hoito, selkeästi tarjottu tieto ja äidin itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden kunnioittaminen osallistamalla synnyttäjä häntä itseään koskevien päätösten tekemiseen.

Asiasanat: valta, vallankäyttö, kättilötyö, synnytys

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Midwifery

FRÖJD, ILONA & KUOKKA, IIRA:
Use of Power in Midwifery
Mothers' experiences

Bachelor's thesis 67 pages, appendices 4 pages
May 2017

The aim of this study was to describe midwives' power use during and after labour.

The study was of qualitative nature based on feedback from women who had given birth. The data were collected in labour and maternity wards and thereafter analysed using qualitative content analysis.

Most of the respondents were satisfied with the care provided by midwives. Some however felt mistreated, and especially the lack of information and instruction raised discontent.

It was found that the use of power has a variety of forms and is practically omnipresent in nursing and maternity care. The main focus of the analysis was on positive and negative power use and whether these forms of power were manifest in the feedback. Most importantly, the results of our analysis indicate the key points of positive power use being individual care, information expressed in an understandable manner and respecting the mother's freedom of choice by involving her in decision making.

Key words: power, power use, midwifery, labour

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KÄTILÖTYÖ.....	7
2.1	Hoitotyö.....	7
2.2	Kätilötyö.....	8
2.2.1	Kätilötyö synnyttämättömien vuodeosastolla.....	11
2.2.2	Kätilötyö synnytyksen hoidossa.....	11
2.2.3	Kätilötyö lapsivuodeaikana.....	12
2.3	Potilaan asema.....	12
2.3.1	Itsemääräämisoikeus.....	13
3	VALTA.....	14
3.1	Moraali ja etiikka.....	14
3.2	Valta-käsitteen määrittelyä.....	16
3.3	Valtasuhde ja vallankäytön roolit.....	19
3.4	Vallankäyttö hoitotyössä.....	20
3.5	Vallankäytön keinoja.....	25
3.5.1	Viestintä ja vuorovaikutus.....	25
3.5.2	Aika ja tila.....	28
3.5.3	Informaatio ja päätöksenteko.....	32
3.5.4	Holhous.....	35
3.5.5	Tuki.....	36
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT.....	39
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	40
5.1	Metodologia.....	40
5.2	Aineistonkeruu.....	41
5.3	Sisällönanalyysi.....	42
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	44
6.1	Kohtelu.....	44
6.2	Vuorovaikutus.....	45
6.3	Perhekeskeisyys.....	47
6.4	Tilannekohtaisuus.....	49
6.5	Yhteenvedo.....	51
7	POHDINTA.....	53
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	53
7.2	Tulosten pohdinta.....	55
7.2.1	Johtopäätökset.....	58
7.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	58

LÄHTEET	60
LIITTEET	64
Liite 1. Aineiston jaottelu	64
Liite 2. Kätilövala (1777)	66
Liite 2. Kätilövakuutus (1920-1970 –luku)	67

1 JOHDANTO

*Onko koskaan ollut valtaa, joka ei ole tuntunut luonnolliselta niistä,
jotka ovat pitäneet sitä hallussaan?
(John Stuart Mill)*

Kätilö kohtaa päivittäisessä työssään vallankäytön tilanteita ja niistä useat ovat tiedostamattomia. Synnyttäjä on synnytystilanteessa hyvin pitkälti kätilön tiedollisen ja käytännön ammattitaidon, etiikan ja moraalikäsitteiden varassa. Nämä taas pohjautuvat perusteelliseen koulutukseen, lainsäädäntöön ja eettiseen koodistoon, joita käymme läpi opinnäytetyössämme. Käsitteenä valtaa voidaan lähestyä useasta näkökulmasta. Tässä työssä vallankäyttöä on käsitelty ammattilaisen ja asiakkaan, eli kätilön ja synnyttäjän välisen suhteen kautta.

Tässä opinnäytetyössä pyrimme tekemään vallankäyttöä näkyväksi, jotta sen tiedostaminen olisi helpompaa kätilöille ja toki myös muulle hoitohenkilökunnalle. Käymme läpi erään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaalan synnytysten ja naistentautien asiakaskunnan asiakaspalautteita ja analysoimme niiden sisältöjä vallankäytön näkökulmasta käyttäen laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysia. Haluamme selvittää, millaisia vallankäytön keinoja kätilö käyttää synnytyksen aikana ja sen jälkeen ja millaisissa tilanteissa vallankäyttöä ilmenee. Lisäksi haluamme määritellä vallan ja vallankäytön käsitteet kattavasti.

Uskomme, että tämä opinnäytetyö on tärkeä etappi matkalla kohti omaa kätilötyön ammattilaisuuttamme. Toivomme, että olemme tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen tietoisempia siitä, millaisia vallankäytön tilanteita työssämme kohtaamme ja osaamme ottaa ne huomioon hoitotyössämme. Toivomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä myös muille tuleville kätilötyön ammattilaisille ja tietenkin toivomme voivamme herättää uusia ajatusprosesseja jo pitkäänkin ammattia harjoittaneiden mielissä.

2 KÄTILÖTYÖ

Kätilötyötä on määritelty tarkasti jo kätilökoulutuksen alkuajoista lähtien. Ensimmäinen ohjesääntö ohjaamaan kätilöiden työtä asetettiin vuonna 1714 (Paananen 2015, 20). Vuodesta 1777 alkaen vastavalmistuneiden kätilöiden tuli lausua kätilövala (liite 3), joka 1920-luvulla muutettiin kätilövakuutukseksi (liite 4), jota lakattiin lausumasta vasta 1970-luvulla (Suomen Kätilöliitto 2017). Se toimi valmistuville muistutuksena siitä, mistä kätilötyössä on kyse ja millaisiin töihin he olivat lähdössä. Nykyään kätilövalaa tai -vakuutusta ei enää käytetä, mutta valan ja vakuutuksen tausta-ajatukset ovat edelleen kätilötyön taustalla. Kätilönä on tärkeää olla tietoinen omasta toiminnastaan. Siksi on tärkeää määritellä mitä on hoitotyö ja mitä on kätilötyö.

2.1 Hoitotyö

Modernin hoitotyön varhainen uranuurtaja ja kehittäjä Florence Nightingale halusi tehdä selvän eron lääketieteen ja hoitotyön välille. Nightingalen mukaan hoitotyön ydin on voida asettaa potilas sellaiseen asemaan, että luonnollinen paranemisprosessi on mahdollista. Hänen mielestään hoitotyön ytimen tuli olla nimenomaan terveydessä ja luonnollisessa paranemisprosessissa, ei sairauksissa ja kehon korjaamisessa. (Smith & Parker 2015, 4.) Nightingalen mukaan hoitotyö on taidetta ja tiedettä, siinä yhdistyvät siis tieteellinen ja spirituaalinen maailmankatsomus. Ollakseen taidetta, hoitotyön toteutus edellyttää vahvaa kutsumusta ja valmiutta kuten on taidemaalari tai kuvanveistäjäillä. Toisaalta Florence Nightingale arvosti empiriaa, tarkkailun tiedettä, jonka antamia tietoja voi käyttää ihmiskunnan hyväksi. Hänen mielestään empiirisiä havaintoja tuli tehdä koko ajan ja teoriaa tuli olla mahdollista korjata myöhemmin, mikäli se osoittautui epäjohdonmukaiseksi. (Smith & Parker 2015, 51.) Tällä Nightingale tuli luoneeksi pohjan nykyaikaiselle, näyttöön perustuvalla hoitotyöllä sen lisäksi että hoitotyöhön liitetään edelleen vahvasti kutsumus ja altruistinen halu toimia potilaiden parhaaksi.

Kätilö on hoitotyön ammattilainen. Leino-Kilpi (2012, 23) määrittelee ammatillisen hoitamisen niin, että se perustuu hoitotieteeseen ja on luonteeltaan (moni)amatillista hoitamista eli hoitotyötä, jota toteuttavat terveydenhuoltoalan koulutuksen suorittaneet ammattihenkilöt (sairaan- ja terveydenhoitajat, ensihoitajat, kätilöt ja lähihoitajat). Haho (2005, 24) kuvaa hoitotyötä konkreettiseksi hoivaksi ja huolenpidoksi. Lisäksi Hahon (2006, 25) väitöskirjassa tuodaan esille, kuinka eri tutkimuksissa kuvataan

hoitotyön aspektina hoitajan toiminnallisuutta. Hoitotyö kuvataan suunnitelmallisena sekä tavoitteellisena, ja sille asetetaan päämääriä, jotka halutaan saavuttaa. Kaiken hoitotyön tavoitteena tulisi olla toiminta potilaan eli asiakkaan parhaaksi, jotta potilaan oikeudet toteutuisivat parhaalla mahdollisella tavalla.

Moderni hoitotyö on näyttöön perustuvaa toimintaa ja Hoitotyön tutkimussäätiön määritelmän (2017) mukaan näyttöön perustuva toiminta on sitä, että hoitotyössä, mukaan lukien terveyden edistäminen, käytetään harkiten parasta saatavilla olevaa ajantasaista tietoa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mukaan luotettava ja paras saatavilla oleva ajantasainen tieto on tutkimalla tai muuten varmennettua tietoa. Tutkimusten lisäksi varmennettua tietoa voidaan saada tilastoista, rekistereistä ja hyvin kuvatuista potilastapauksista sekä asiantuntijoiden konsensuslausumista. (STM 2009, 55.)

2.2 Kätilötyö

Kätilötyö on vuosisatojen aikana kokenut melkein pä metamorfoosin kehityksen muuntaessa kätilötyötä saunassa synnytyksiä hoitavan paarmuskan työstä nykyaikaisen esimerkiksi sairaalassa työtään tekevän kätilön toimenkuvaan. Kätilötyön ydin on edelleen käsityössä, josta sana kätilökin lienee saanut alkunsa, mutta nykyajan kätilön työtä helpottamassa ja toisaalta sille haasteita asettamassa ovat lukuisat tekniset apuvälineet. Äidin ja sikiön hyvinvointia tarkkailevien laitteiden tarjoama informaatio edellyttää kätilöltä taitoa tulkita sydänpäällyisiä ja vitaalielintoimintoja, lisäksi laitteita tuki pitää osata myös käyttää sujuvasti.

Kätilötyö on hoitotyötä, joka kohdistuu raskaana olevien, synnyttävien ja synnyttäneiden naisten ja heidän perheidensä hoitoon ennen raskautta, raskauden aikana, synnytyksessä ja synnytyksen jälkeen lapsivuodeaikana. Myös raskaudenehkäisy ja erilaisten naisten tautien hoitotyö kuuluvat kätilön toimenkuvaan. Kätilötyö on siis naisten ja perheiden hoitamista ja se liittyy tavallisimmin uuden elämän syntymiseen. Työtä toteutetaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Sitä voivat harjoittaa kätilön ammatillisen pätevyyden saavuttaneet henkilöt. Raskaudenaikaiseen hoitotyöhön osallistuvat merkittävällä panoksella myös terveydenhoitajat äitiysneuvolatoiminnan kautta. (Leino-Kilpi 2012, 198-199.) Neuvolatyössä toimii myös kätilöitä, jotka ovat suorittaneet kätilötut-

kinnon lisäksi terveydenhoitajan tutkinnon. Kätilöt suorittavat ultraäänitutkimuksia ja toimivat hedelmällisyyshoitojen asiantuntijatehtävissä sekä yksityisillä klinikoilla että julkisen sairaanhoidon puolella.

Kätilötyö on itsenäistä ja kätilö hoitaa säännöllisen synnytyksen itsenäisesti, kutsuen lääkärin tai kollegan paikalle vain tarvittaessa. Tarvittaessa kätilö toimii lääkärin assistenttina, mikäli alatiesynnytys vaatii päästäviä toimenpiteitä, esimerkiksi imukupin käyttöä. Päivystysaikaan sairaalassa kätilö myös toimii hätäsektioissa instrumenttihoitajana. Kätilön tulee hallita vastasyntyneen virvottelu ja elvyttäminen sekä myös aikuisen ensiapu ja elvyttäminen. Vastasyntyneen hoidon ja laadukkaan imetysohjauksen hallitseminen ja toteuttaminen kuuluvat kätilötyöhön.

Kansainvälisen kätilöliiton ICM:n (International Confederation of Midwives) ja Kansainvälisen naistentautien ja synnytyslääkäreiden liiton FIGOn (Federation of International Gynecology and Obstetrics) yhdessä WHO:n (World Health Organisation) kanssa laatiman määritelmän (ICM 2011) mukaan kätilö on riittävän ja asianmukaisen kätilökoulutuksen menestyksekkäästi läpikäynyt lisääntymisterveyden ja perinataalihoitotyön asiantuntija. Myös seksuaaliterveydenhoito kuuluu kätilön osaamisalueisiin (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren 2013, 38). Kätilön tulee osata ohjata, hoitaa ja neuvoa tarpeen mukaan naisia lisääntymisterveyteen liittyvissä erilaisissa elämänvaiheissa. (ICM 2011).

Myös Euroopan Unioni määrittelee kätilötyötä Euroopan yhteisöjen neuvoston vuonna 2005 asettamalla direktiivillä (2005/36/EY), mikä on vaikuttanut voimakkaasti myös kätilökoulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Puhutaan Kätilödirektiivistä ja Kätilödirektiivin (2005/36/EY) 42. artikla määrittelee kätilötyötä seuraavanlaisesti:

Jäsenvaltioiden on varmistettava, että kätilöllä on oikeudet ryhtyä harjoittamaan ja harjoittaa vähintään seuraavia toimintoja:

- a) antaa luotettavaa perhesuunnittelutietoa ja -neuvontaa;
- b) todeta raskaus ja seurata normaalia raskautta, tehdä tutkimuksia, jotka ovat tarpeen normaalin raskauden seuraamiseksi;
- c) määrätä tai suositella tutkimuksia, jotka ovat tarpeen riskiraskauksien toteamiseksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa;
- d) toteuttaa vanhempien valmennusohjelmia ja antaa kattavaa synnytysvalmennusta, johon kuuluu hygienia- ja ravintoneuvontaa;
- e) hoitaa ja avustaa äitiä synnytyksen aikana ja seurata sikiön tilaa kohdussa asianmukaisia kliinisiä ja teknisiä apuvälineitä käyttäen;
- f) hoitaa normaaleja alatiesynnytyksiä, mukaan luettuina välilihan leikkauksen tekeminen tarvittaessa ja perätilasynnytyksen hoitaminen hätätapauksissa;
- g) havaita äidissä tai lapsessa tavallisesta poikkeavat vaaran merkit, jotka vaativat lääkärin hoitoa, ja avustaa lääkärinä tarvittaessa, sekä hoitaa välttämättömät hätätapaukset, jos lääkärinä ei ole saatavilla, erityisesti irrottaa istukka käsin ja mahdollisesti sen jälkeen tutkia kohtu käsin;

- h) tutkia vastasyntynyt ja hoitaa häntä; ryhtyä kaikkiin tarvittaviin toimenpiteisiin ja aloittaa tarvittaessa elvytys välittömästi;
- i) hoitaa äitiä ja seurata hänen toipumistaan synnytyksen jälkeisenä aikana ja antaa hänelle kaikki lapsen hoitoon liittyvät tarpeelliset neuvot, jotta äiti pystyisi huolehtimaan siitä, että vastasyntynyt saa mahdollisimman hyvät kehitysmahdollisuudet;
- j) antaa lääkärin määräämä hoito;
- k) laatia tarvittavat potilasasiakirjat.

Suomen lainsäädäntö ohjaa monella tavalla kaikkien hoitotyön ammattilaisten, siis myös kättilöiden toimintaa ja tärkein tätä toimintaa määrittelevä laki on Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Finlex 28.6.1994/559). Lisäksi erityisen tärkeä laki huomioon otettavaksi kaikessa hoitotyössä on Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex 785/1992).

Kansainvälisen Kättilöliiton, WHO:n ja Kansainvälisen Naistentautien- ja Synnytyslääkäreiden liiton (ICM 2011) mukaan kättilötyöllä on myös yhteiskunnallinen vaikutus, sillä ohjauksen ja terveysneuvonnan kautta kättilöillä on mahdollisuus vaikuttaa terveyttä edistävästi yksilöiden kautta laajempien ryhmien hyvinvointiin. Tällaisella toiminnalla saattaa puolestaan olla laajat, positiiviset vaikutukset yhteiskuntaan terveystieteiden näkökulmasta. Kättilö voi olla yhteiskunnallinen vaikuttaja myös ilmaistessaan ammatillisia, valistuneita mielipiteitään ja näkemyksiään ja lisäksi Suomen Kättilöliitto ry yhdistyksenä ja kättilöiden edustajan onkin vakiintunut yhteiskunnallinen keskustelija. Kättilöitä toimii myös opetus-, kehitys- ja tutkimustehtävissä.

Kättilön työ sairaalassa sijoittuu vuodeosastoille ja poliklinikoille. Kättilöt työskentelevät eri elämänvaiheissa olevien naisten kanssa ja koska he ovat koulutukseltaan myös sairaanhoitajia, kohtaavat he työssään synnytysten lisäksi myös muun muassa syöpäpotilaita ja muita jotain gynekologista sairautta sairastavia naisia. Keskenmenojen ja raskaudenkeskeytysten hoitaminen kuuluu kättilön toimenkuvaan. Naistentautien, synnyttämättömien ja synnyttäneiden vuodeosastot ovat synnytyssalin lisäksi kättilötyöhön kuuluvia osastoja. Muita työympäristöjä ovat synnytysvastaanotto, gynekologian poliklinikka, sekä äitiys-, kättilö- ja pelkopoliklinikat. Kättilö voi toimia myös yksityisenä ammatinharjoittajana. Mikäli raskaana oleva tai juuri synnyttänyt äiti jostain syystä on jollain muulla osastolla hoidossa, kättilö käy tarpeen mukaan suorittamassa kättilötyöhön liittyviä toimenpiteitä muilla osastoilla. Tällaisia hoitotyön toimia ovat esimerkiksi KTG:n ottaminen vaikkapa sisätautiosastolla ja synnytyksen jälkeinen imetysohjaus ja kohdun painaminen tehovalvontayksikössä. Joillakin paikkakunnilla synnyttänyt perhe voi siirtyä en-

nen kotiutumistaan potilashotelliin, jossa kätilöt ovat paikalla vuorokauden ympäri. Kätilön työnkuva on siis varsin laaja, kattaen naisen elämän syntymästä vaihdevuosiin ja terveysneuvonnasta vakavien sairauksien kanssa selviämiseen.

Kätilön työtä ohjaa eettinen koodisto, joka koostuu sairaanhoitajan ja kätilötyön eettisistä ohjeista (Sairaanhoitajaliitto 1996 ja Kätilöliitto 2004). Myös Kansainvälinen Kätilöliitto on kirjannut ylös kansainväliset eettiset ohjeet (ICM 2014), joihin myös Suomen Kätilöliiton eettinen ohjeistus pohjautuu. Nämä toimivat perustana jokaisen kätilön omalle eettiselle pohdinnalle ja antavat suuntaviivoja kätilön omalle toiminnalle.

2.2.1 Kätilötyö synnyttämättömien vuodeosastolla

Synnyttämättömien vuodeosastolla hoidetaan raskaana olevia naisia eri syistä, useimmin jonkun raskauteen liittyvän komplikaation vuoksi tai sitten synnytyksen käynnistämiseen liittyen. Raskauteen liittyviä komplikaatioita on monia, joillakin esiintyy epänormaalia verenvuotoa, hyperemesistä (voimakas raskauspahoinvointia), pre-eklampsiaa (raskausmyrkytys). Joillain on hepatoosi, huonossa hoitotasapainossa oleva raskausajan diabetes tai ongelmia oman perussairauden kanssa ja tilanne vaatii sairaalahoitoa. Joidenkin raskaus taas vaatii sen purkamista lääkkeellisin tai ei-lääkkeellisin keinoin esimerkiksi, jos raskaus on mennyt jo yli lasketun ajan tai sikiön tila edellyttää raskauden päättämistä synnytyksellä, ja nämä synnytyksen käynnistämiset hoidetaan pääosin myös synnyttämättömien vuodeosastolla. Tällaisella osastolla on töissä kätilöitä ja he vastaavat hoitotyöstä yhteistyössä lääkäreiden ja muiden asiantuntijoiden kanssa. (HUS 2016; Paananen, Pietilä, Raussi-Lehto & Äimälä 2015, 405-30; TAYS 2016.)

2.2.2 Kätilötyö synnytyksen hoidossa

Kätilö on luonnollisesti avainasemassa syntymänaikaisessa kätilötyössä. Lähtökohtaisesti kätilö hoitaa itsenäisesti säännöllisen synnytyksen ja kutsuu lääkärin paikalle vain tarvittaessa. Kätilön on kyettävä tarkkailemaan synnytyksen aikana äidin ja sikiön vointia omin näkö- ja kuulohavainnoin ja erilaisten teknisten laitteiden hallinta korostuu synnytyssali-työssä. (Suomen Kätilöliitto 2016; Paananen ym. 2015, 217.) Syntymänaikainen kätilötyö edellyttää kätilöltä paitsi hyvää teoreettista tietopohjaa myös vakaita kädentaitoja ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Hyvä teoreettinen tietopohja on tärkeää, jotta kätilö osaa havain-

noida monenlaisia asioita ja yhdistellä niitä johtopäätöksiksi, joiden avulla voi tehdä päätöksiä, jotka ovat turvallisia sekä äidille että sikiölle. Vakaat kädentaidot taas mahdollistavat esimerkiksi luotettavan ulko- ja sisätutkimuksen tekemisen, jotka ovat tärkeitä keinoja seurata synnytyksen etenemistä ja todeta sikiön asento kohdussa. Hyvät vuorovaiikutustaidot taas ovat olennaisia synnyttäjän ja hänen mahdollisen tukihenkilönsä ohjauksessa ja neuvonnassa. (Paananen ym. 2015, 218-219, 237-243.)

2.2.3 Kätilötyö lapsivuodeaikana

Kuten Kätilödirektiivissä (2005) määritellään, tulee kätilön osata ”...hoitaa äitiä ja seurata hänen toipumistaan synnytyksen jälkeisenä aikana ja antaa hänelle kaikki lapsen hoitoon liittyvät tarpeelliset neuvot, jotta äiti pystyisi huolehtimaan siitä, että vastasyntynyt saa mahdollisimman hyvät kehitysmahdollisuudet” (2005/36/EY). Ohjaus ja neuvonta vastasyntyneen hoidossa ei kuitenkaan rajoitu äitiin, vaan hoitotyössä tulee ottaa huomioon koko perhe. Vastasyntyneen hoitoa tulee ohjata myös synnyttäneen kumppanille, joka vanhemmuuden jakamiseen halua osallistua. Äidin seurantaan kuuluvat fyysisen ja psyykkisen toipumisen turvaaminen ja seuraaminen. Lisäksi kätilö antaa imetysohjausta ja kätilöllä on myös tärkeä rooli vanhempi-lapsi -suhteen vahvistamisessa. Kätilö hoitaa vastasyntynyttä, tarkkailee myös hänen toipumistaan synnytyksestä ja tukee vastasyntyneen sopeutumista kohdun ulkopuoliseen maailmaan. (Paananen ym. 2015, 290-299.)

2.3 Potilaan asema

Potilaan asemaa ja oikeuksia turvaamaan on säädetty Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Se tarkoittaa potilaan aseman suhteessa hoitohenkilökuntaan ja laajemmin katsottuna yhteiskuntaan. Potilaalla on esimerkiksi aina oikeus kieltäytyä hoidosta ja tehdä siihen liittyviä päätöksiä, vaikka lääketiede olisi eri mieltä. Potilaalla on myös aina oikeus saada tarvitsemaansa hoitoa. Laki säättää myös lapsipotilaan asemaan liittyvistä seikoista. Potilaan asema tarkoittaa täten oikeutta sekä saada hoitoa että kieltäytyä hoidoista ja saada ihmisarvon mukaista kohtelua ja oikeusturvaa. Kaikkia potilaita tulee kohdella samanarvoisesti taustasta, kansalaisuudesta, sukupuolesta, uskonnosta, seksuaalisesta suuntautumisesta, iästä, tai muusta mahdollisesti määrittelevästä tekijästä huolimatta. (Finlex 17.8.1992/785.)

2.3.1 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus on yksi potilaan aseman keskeisistä sisällöistä. Tällä hetkellä itsemääräämisoikeudesta määräävät kolme lakia: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex 17.8.1992/785), Mielenterveyslaki (Finlex 1116/1990) ja Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta (812/2000). Valmisteilla on kuitenkin itsemääräämisoikeudenlainsäädäntö, joka kokoaisi yhteen kaikkien edellä mainittujen lakien kohderyhmät (STM 2016). Tämä lainsäädäntö velvoittaa kättilöitä ja sen lisäksi on olemassa muiden tahojen ohjeistuksia.

Suomen Kättilöliiton eettisen ohjeiston (2004) mukaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan sitä, että ihmisellä pitäisi olla mahdollisuus ja oikeus itsenäiseen kehittymiseen. Jotta se toteutuisi kättilötyössä, on edellytyksenä asiakkaan eli tässä tapauksessa raskaana olevan, synnyttäjän ja juuri synnyttäneen osallistaminen häntä itseään koskevien päätösten tekemiseen. Kun asiakas saa osallistua hoitopäätöksiin, hän saa mahdollisuuden ottaa vastuuta omasta elämästään ja jotta asiakas voi päätöksen tekoon osallistua, hänen on välttämätöntä saada päätöksenteon perustaksi luotettavaa ja ymmärrettävää tietoa. Tässä kättilöllä on tärkeä rooli toimia vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä asiakkaan kanssa niin, että edellä mainittu prosessi on mahdollista. Toisinaan asiakas ei ole itse kykenevä käyttämään itsemääräämisoikeuttaan ja tällöin kättilön velvollisuus on käyttää tätä oikeutta asiakkaan parhaaksi. (Kättilöliitto 2004.) Tällainen tilanne saattaa tulla vastaan esimerkiksi, jos raskaana oleva tai synnyttäjä on niin huonossa kunnossa, ettei hänen kanssaan pysty kommunikoimaan, mutta on selvää mikä hänen tilannettaan parantaisi.

Itsemääräämisoikeuteen kuuluu myös se, että potilaalla on oikeus vaikuttaa hoitonsa kulkuun ja halutessaan kieltäytyä suositellusta hoidosta. Hänellä on oikeus tehdä myös sellaisia päätöksiä, jotka aiheuttavat haittaa hänen terveydelleen tai hengelleen. Itsemääräämisoikeutta voidaan joissakin tapauksissa joutua rajoittamaan. Pakkohoitoa toteutetaan esimerkiksi mielenterveysongelmiin liittyvissä tilanteissa, joissa potilas ei itse sairautensa vuoksi ole kykenevä päättämään hoidostaan ja on vaaraksi joko itselleen tai muille ihmisille. (Finlex 17.8.1992/785.)

3 VALTA

3.1 Moraali ja etiikka

Tarkasteltaessa valtaa ja sen muodostamia rooleja on hyödyllistä käydä läpi myös valtaan ja vallankäyttöön olennaisesti liittyvät käsitteet moraali ja etiikka. Moraali ja etiikka ovat vaikeasti eroteltavissa olevia käsitteitä, sillä ne kietoutuvat ja nivoutuvat toisiinsa, vaikka erillisiä käsitteitä ovatkin. Kätilötyössä ei voi välttyä eettiseltä pohdinnalta, eivätkä kätilön omat moraalikäsitteet voi olla vaikuttamatta jokaisen hoitajan omaan ajatusmaailmaan. Monesti hoitotyön rutinoituessa kätilö ei enää tule ajatelleeksi omaa työtään myös abstraktimmalla, filosofisella tasolla. On kuitenkin hyvä olla tietoinen omista moraalikäsitteistään, sillä sekä moraali että etiikka ohjaavat kätilön vallankäyttöä. Kuten muussakin elämässä, myös hoitotyössä moraalin hyvänä perustana toimii toki lainsäädäntö, mutta se ei takaa eettisesti kestävä toiminnan todentumista. Toisin sanoen se, että toimii moraalisesti oikein eli ei esimerkiksi riko lakia ei tarkoita sitä, etteikö voisi silti toimia epäeettisesti.

Sanan moraali määritelmä Kielitoimiston sanakirjassa (2017) on ”yhteisössä vallitsevat eettiset käsitykset, arvostukset ja käyttäytymissäännöt, etiikka, siveellisyys.” Kielitoimiston sanakirjan (2017) mukaan moraali voi myös tarkoittaa henkistä ryhtiä ja kestäkykyä. Myös esimerkiksi satu tai tarina voi sisältää moraalin eli eettistä sisältöä tai opetuksen tai ohjeen. Hoitotyössä moraalin käsite kuitenkin tarkoittaa edellä mainittuja eettisiä käsitteitä, arvostuksia, käyttäytymissääntöjä ja etiikkaa.

Etiikka on filosofian haara, joka tutkii hyvän ja pahan, oikean ja väärän, oikeudenmukaisuuden ja muiden vastaavien käsitteiden luonnetta, alkuperää ja alaa (Saarinen 1986, 414). Etiikkaa kutsutaan myös moraalifilosofiaksi ja se voi ilmetä teoreettisena, loogisena analyysinä, tai käytännöllisenä, elämänläheisenä oikean ja väärän pohdiskeluna. Se ilmenee sekä yksilön vapaina että yhteisön yhteisinä arvoina (Toivonen, 2014). Revon (2012, 37) mukaan etiikka voidaan jakaa metaetiikkaan, moraaliteoriaan ja soveltavaan eli praktiseen etiikkaan. Näistä soveltava etiikka on se, jonka osa-alue esimerkiksi hoitamisen etiikka on (Repo 2012, 38). Tämä siksi, että soveltava etiikka soveltuu pyrkimykseen luoda sen jonkun osa-aluetta koskevia konkreettisia normatiivisia ohjeita. Normatiiviset ohjeet puolestaan voivat tarkoittaa esimerkiksi erilaisia osaston käytäntöjä tai toimintatapoja erilaisissa tilanteissa, joita usein tietyillä osastoilla tulee vastaan.

Ihminen jakaa maailman toisten ihmisten kanssa, kohtaamisia on päivittäin. Etiikan avulla voidaan kuvata ja perustella hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia tässä interaktiivisessa maailmassa. Etiikka muodostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, joissa ovat läsnä hyvä ja paha, oikea ja väärä. Etiikan avulla ihmiset voivat tehdä valintoja, jotka eivät ole ristiriidassa heidän omien moraalikäsitystensä kanssa. Lisäksi etiikan antamin keinoin ihmisillä on mahdollisuus ohjata ja arvioida omaa ja toisten toimintaa sekä reflektoida oman toimintansa perusteita. Valmiita ratkaisuja etiikka ei anna, mutta se on kätevä työkalu erilaisiin konteksteihin, joissa eettisiä päätöksiä ja pohdintoja on tehtävä. Monet käsitykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä ovat yleismaailmallisia, mutta niiden painotukset ja tulkinnat vaihtelevat sen mukaan, mistä kulttuurista ihminen tulee ja millainen on hänen poliittinen näkemyksensä. (ETENE 2001.)

Tieteenalana etiikka eli moraaliteoria voidaan jakaa näkökulmasta riippuen useisiin eri alaluokkiin. Usein kuitenkin moraaliteoriat jaetaan kolmeen tyyppiin: konsekventialistinen moraaliteoria (nk. seurausetiikka), deontologinen moraaliteoria (nk. velvollisuusetiikka) ja aretaainen moraaliteoria (nk. hyve-etiikka) (Repo 2012, 44). Seuraavassa taulukossa (taulukko 1) on jaoteltuna näiden kolmen moraaliteorian perusajatukset lyhyesti.

TAULUKKO 1. Moraaliteoriat eli etiikat

konsekventialistinen moraaliteoria eli seurausetiikka	<ul style="list-style-type: none"> - pohditaan: mitä hyvää tai huonoa teosta seuraa? - tavoitellaan hyviä ja vältellään huonoja tekoja
deontologinen moraaliteoria eli velvollisuusetiikka	<ul style="list-style-type: none"> - on olemassa joukko moraalisia velvollisuuksia, joita ihmisen tulee noudattaa (esim. kätilöllä on velvollisuus tehdä niin paljon hyvää kuin mahdollista) - ristiriita: muut velvollisuudet saattavat rajoittaa hyvän tavoittelua
aretaainen moraaliteoria eli hyve-etiikka	<ul style="list-style-type: none"> - moraalisia tekoja ei voi ennalta säätää normeilla tai laeilla - hyveellisellä ihmisellä on taipumus tehdä hyviä tekoja, jonka tarjoaman empirian perusteella on mahdollista päätellä, mikä teko on moraalisesti oikein - teon ympäristö vaikuttaa: sama teko voi olla eri ympäristöissä hyvä tai huono

(mukaillen Repo 2012, 46-55.)

Erilaiset moraaliteoriat saattavat kuulostaa monimutkaisilta ja vaivalloisilta otettaviksi huomioon päivittäisessä hoitotyössä, mutta erilaisten moraaliteorioiden hyöty piilee siinä, että niiden avulla omasta toiminnasta tulee tietoisista. Tässä tapauksessa filosofinen teoria siis palvelee käytäntöä. Kun ihminen tuntee itsensä, on positiivisessa mielessä itsetietoinen, niin silloin hän on saavuttanut kriittisen ja analyttisen suhteen omaan ajatteluunsa. (Repo 2012, 45.) Tämä myös lisää tietoisuutta omasta toiminnasta ja täten antaa hoitajalle, siis myös kätilölle, enemmän työkaluja kehittää omaa toimintaansa.

Ei ole siis itsetarkoitus muistuttaa itselleen päivittäisessä hoitotyössä jatkuvasti erilaisista teorioista, mutta kimuranttien tilanteiden vastaan tullessa on hyvä reflektoida niitä jälkikäteen ja tähän saa työkaluja teoriasta. On nimittäin niin, että kyse ei ole enää vain fyysisistä terveyttä koskevista eettisistä kysymyksistä. Niiden rinnalle on noussut ongelmia, jotka liittyvät elämän hallintaan, oma- ja läheisvastuun rajaamiseen, tahdonvastaisiin toimiin, hoidon inhimillisyyteen ja riittävyteen sekä asiakkaan ja potilaan kuulemiseen tai ennemminkin kuuntelemiseen. (ETENE 2011.)

3.2 Valta-käsitteen määrittelyä

Kielitoimiston sanakirjan (2016) määritelmän mukaan valta tarkoittaa jonkun tai jonkin oikeutta tai mahdollisuutta hallita jotakuta, määrätä tai päättää jostakin. Aivan näin yksinkertainen käsite valta ei kuitenkaan ole. Hoitotyö on suurelta osin vuorovaikutusta ja valta on läsnä kaikessa vuorovaikutuksessa, sillä kaikissa sosiaalisissa ryhmittymissä ja suhteissa on mukana valtaa (Jabe & Kuusela 2013, 39).

Kuusela (2010) esittää väitöskirjassaan vallan perustuvan kahden tekijän väliseen jännitteeseen, mahdollisuuteen saavuttaa jotakin ja kykyyn rajoittaa toisten vapautta tehdä jotakin (Kuusela, 2010, 21). Ollilan (2005) mukaan valta on toimintaa, jolla yksilö tai yhteisö saa jonkun toisen tahon tekemään haluamansa, vaikka taivuteltava ei alun perin olisikaan halukas myöntymään vallankäyttäjän ajatuksiin. Tämä on negatiivisen vallan kuvaus. (Ollila 2005, 17). Myös Kuusela (2010) kuvailee vallan jakautuvan kahteen kategoriaan: mahdollistavaan, positiiviseen valtaan sekä rajoittavaan, negatiiviseen (Kuusela 2010, 21). Lisäksi Ollilan (2005, 17) mukaan vallan muotoja ovat pakottaminen, väkivalta, auktoriteetti tai karismaattinen vaikuttaminen.

Käytännössä valtaa on meillä jokaisella ja se on tilanteessa elävä ilmiö ja vallan käyttöön tarvitaan aina useampi kuin yksi ihminen. Lisäksi valta ei ole vain hetkellinen tapahtuma, vaan myös prosessi. Tällä prosessilla pyritään muokkaamaan yhteiskunnan tai organisaatioiden tavoitteita ja käytäntöjä ja prosessiin sisältyy arviointi siitä, kenellä on oikeus päättää, kuka voi luoda arvot ja kontrolloida päämääriä, jakaa resursseja, palkita ja rangaista sekä vaikuttaa tärkeisiin tavoitteisiin. (Jabe & Kuusela 2013, 16.)

Esimerkkejä kättilötyön maailmasta löytyy vaikka kuinka paljon. Kaikessa hoitotyössä on aina läsnä valta. Kättilöillä on usein selvä ajatus siitä, miten tärkeää olisi, että asiat sujuisivat tietyllä tavalla, jotta raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika olisivat mahdollisimman antoisia ja turvallisia sekä synnyttäjälle että vauvalle. Jokainen kättilö esimerkiksi tietää miten tärkeää tupakoivan, raskaana olevan naisen olisi lopettaa tupakointi. Varmasti jokainen kättilö yrittää parhaansa, jotta raskaana oleva saisi riittävästi tietoa siitä, miten haitallista tupakointi sikiölle on ja varmasti jokainen käyttää myös omaa asiantuntijan valtaansa tällaisessa tilanteessa. Epäselvää kuitenkin on, miten moni heistä on tietoinen vallankäytöstään ja haluavatko he edes käyttää sanaa ”valta.” Moni ehkä haluaisi mieluummin puhua vaikuttamisesta tai ohjaamisesta. Myös se, että kokee kantavansa vastuuta voi olla kiertoilmaus vallankäytölle. Jaben ja Kuuselan (2013, 17) mukaan sana valta tuntuu usein olevan tabu, koska siihen liitetään epämiellyttäviä tuntemuksia herättäviä attribuutteja kuten käskeminen ja jopa alistaminen. Kuitenkin valtaa voi olla myös jonkun asian ohittaminen, esimerkiksi puuttumatta jättäminen tilanteessa, jossa äiti toimii sikiölle haitallisella tavalla. Harvoin tulee ajatelleeksi, että myös kertomatta ja tekemättä jättäminen on valtaa.

Vaikka valta saattaa herättää negatiivisia miellelyhtymiä, valta itsessään ei ole hyvää tai pahaa, vaan siihen vaikuttaa se kuka tai ketkä valtaa käyttävät ja miksi (Kantola 2014, 9 ja Jabe & Kuusela 2013, 18.) Vallan voi mieltää asemaksi ja keinoksi saada jotain aikaan, omaksi tai toisten hyväksi (Jabe & Kuusela 2013, 18.) Kantola (2014, 9) kirjoittaa, että valta on kykyä järjestää elämää, saada asiat tehdyksi. Vallankäyttö on loppujen lopuksi hyvin arkista. Se näkyy keinoissa ja tavoissa, joilla yritetään saada toisia ihmisiä saavuttamaan tai estämään saavuttamasta tavoitteitaan ja valtaa käytetään myös saavuttamaan omat tavoitteet. Vallankäyttöä tuskin siis voi välttää tai estää, vaikka siihen ei kiinnittäisikään huomiota. Kantolan (2014, 9) mukaan valtaa on joka puolella ja se järjestää ihmisten elämiä, identiteettejä ja toimia. Valtaa esiintyy erilaisissa muodoissa riippuen kontekstista. Valta on rakenteellista, se vaikuttaa institutionaalisoituneiden käytäntöjen kautta

ja myös institutionaalinen valta syntyy ihmisten kautta, sillä mikään instituutio ei itsessään käytä valtaa, vaan vallan kahvassa on aina kiinni ihminen. (Jabe & Kuusela 2013, 19.)

Valta ei suinkaan siis ole aina näkyvää, siksihän kättilötkään eivät sitä välttämättä tunnista tilanteissa, joissa sitä kuitenkin käytetään. Valta ei ole pelkästään toimintaa, vaan se näkyy myös siinä mihin toisten ihmisten huomio kiinnitetään ja mitä heidän halutaan ajattelevalta (Jabe & Kuusela 2013, 19).

Kantola (2014, 27) esittelee filosofi Amy Allenin näkemyksen vallan kolmesta ulottuvuudesta: *power over*, *power to* ja *power with*. Perinteistä, autoritaarista valtakäsitystä edustaa *power over*, joka on pakkoon perustuvaa ja ihmisten ylikäyvää. Tällaisen vallan avulla vallankäyttäjät voi toteuttaa omia tavoitteitaan riippumatta siitä, ovatko vallankäytön kohteet samaa mieltä asiasta. (Kantola 2014, 27.) *Power to* on valtaa, joka kohdistuu johonkin ja jolla on kyky muuttaa asioiden tilaa. Tässä kohtaa on mahdollon täysin ohittaa vallan määrittelyssä vallan historiaa tutkineen filosofi Michel Foucault'n teorioita. Hän näkee vallan tuottavana elementtinä, valta ei siis Foucault'n (Kantola 2014, 27 & Taylor, D. 2011, 19) mukaan ole ainoastaan rajoittavaa, vaan se myös tuottaa ja saa aikaiseksi asioita. Valta on positiivista ja tuottavaa, käytännönläheistä, luovaa ja se rikkoo sääntöjensä sijaan että se olisi negatiivista ja rajoittavaa ja nojautuisi sääntöihin. Tällaiseen hyvään vallankäyttöön liittyy sitten myös mainittu kolmas vallan ulottuvuus eli *power with* (Kantola 2014, 27). Kantolan (2014, 27) mainitsema filosofi Hannah Arendt oli sitä mieltä, että valta, siis erityisesti moderni valta, oli ennen kaikkea yhteistoimintaa ja asioiden aikaansaantia. Nykyaikaiset yhteiskunnat ovat ideologialtaan tasa-arvoisia ja vastustavat korkeita auktoriteetteja (Kantola 2014, 27). Näistä vallan ulottuvuuksista huonoiten kättilölle sopii toisten yli käyvä valta, *power over*. Ehkäpä se vielä muutama vuosikymmen sitten oli normaalia, mutta mitä pidemmälle suomalaisen naisen emansipaatio on kehittynyt, sitä mahdottomammaksi ylikäyvän pakotusvallan käyttäminen on käynyt. Olennaisia vallan variaatioita nykyaikaiselle kättilölle ovat *power to* ja erityisesti *power with*. Kättilön oletetaan osallistavan asiakkaansa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon ja asioista tulee mahdollisuuden mukaan keskustella, vaikka ne olisivatkin vahvoja toimintasuosituksia, käytäntöjä tai ennalta määrätyn protokollan mukaisia prosesseja. Kättilö ei voi vain määrätä, että joku tietynlainen kivunlievityskeino on yksiselitteisesti paras kaikille tai että kaikkien raskaana olevien tulisi harrastaa samanlaista liikuntaa. Erikseen ovat sitten tilanteet, joissa asiakas ei pysty osallistumaan itseään koskevaan keskusteluun.

Silloin kättilö käyttää ehkä jopa *power over*-ulottuvuutta, mutta sekin tulee toteuttaa niin, että siinä pyritään toimimaan vallankäytön kohteen parhaaksi.

On olemassa sekä positiivista että negatiivista vallankäyttöä. Jabe ja Kuusela (2013, 25) kirjoittavat, että positiivinen vallankäyttö auttaa viemään asioita eteenpäin ja ylipäättään mahdollistaa monia asioita. Negatiivinen vallankäyttö (Jabe & Kuusela 2013, 25) taas viittaa siihen, että valtaa käytetään taivuttelemaan vastahakoisia tai vastustelevia ihmisiä oman tahtonsa alle. Tätä käsittelemme tarkemmin kappaleessa 3.4 Vallankäyttö hoitotyössä.

3.3 Valtasuhte ja vallankäytön roolit

Valta ja vuorovaikutus liittyvät toisiinsa ja valtasuhteet vaikuttavat siihen, miten vuorovaikutus koetaan (Kuusela 2010, 51). Valtasuhdetta voisi yksinkertaisimmillaan kuvailla kahden tai useamman vallankäyttötilanteen osapuolen väliseksi suhteeksi. Valtaa ei kukaan voi käyttää yksin, siihen vaaditaan aina myös toinen osapuoli, joka hyväksyy vallankäytön tai mahdollisesti myös kapinoi tätä vastaan. Positiointi on yksi esimerkki valtasuhteesta ja vallankäytön roolituksesta. Jaben ja Kuuselan (2013, 41) mukaan positiointi kertoo ihmiselle, mitä toinen ihminen häneltä odottaa tai miten tämä häneen suhtautuu. Positiointi tapahtuu usein pienten eleiden ja sävyjen avulla, se tulee näkyväksi kohtaamisissa ja keskusteluissa. Asemastaan riippumatta jokainen meistä positioi itseään ja toisia omalla suhtautumisellaan. (Jabe & Kuusela 2013, 39-40.) Positiointi kertoo toisin sanoen ihmiselle tämän aseman vuorovaikutustilanteessa. Kuuselan (2010, 51) mukaan positiointi kuvaa suhdetta toisiin toimijoihin ja tuo esille merkitykset ja paljastaa eksplisiittisen ja implisiittisen päättelyn, joka on inhimillisen vuorovaikutukset takana. Oikeastaan positioinnin voisi ymmärtää myös roolitukseksi, positio olisi siis rooli, mutta roolit ymmärretään pysyviksi ja muuttumattomiksi. Positiointi puolestaan elää tilanteessa ja saattaa muuttaa rooleja, positioita tilanteen mukaan (Kuusela 2010, 51-52). Kuusela (2010, 54) jatkaa: ”Positiointi tuo esille vuorovaikutuksen taustalla vaikuttavat tekijät. Se paljastaa toimijan päättelyn, henkilökohtaiset käsitykset ja pyrkimykset. Vahvistamalla tai kiistämällä positiointi luodaan ja uusinnetaan sosiaalista todellisuutta.”

Vallan jakautumiseen vaikuttavat tekijät, joita kaikista ihmisistä löytyy, toisilla näitä tekijöitä esiintyy enemmän kuin toisilla. Siksi vallan jakautuminenkaan ei ole tasaista. On-

kin mielenkiintoinen kysymys, onko kokeneella kättilöllä enemmän valtaa kuin vastavalmistuneella ja miten tällainen sitten ilmenisi. Seuraavassa taulukossa (taulukko 2) on esitelty nämä Jaben ja Kuuselan (2013, 20) listaamat tekijät.

Taulukko 2. Vallan jakautumiseen vaikuttavat tekijät

persoonallisuus	taito vaikuttaa toisten tapaan ajatella ja vetää heidät mukaan toimintaan
asema	joka mahdollistaa toisten toiminnan kontrolloinnin ja ohjaamisen
asiantuntemus	eli vallankäyttäjällä on tietoa, uskottavuutta ja auktoriteettia
ideologia ja organisointikyky	sellaisia ominaisuuksia, jotka auttavat ryhmää toteuttamaan tavoitteitaan
taidot ja tilanneherkkyys	joiden avulla vallankäyttäjä voi ratkaista ongelmallisia tilanteita

(mukaillen Jabe & Kuusela 2013, 20)

Näistä jokainen kohta on relevantti kättilön työssä. Jabe ja Kuusela (2013, 20-21) pohtivat kirjassaan, kuka voi saada vallan. Kättilötyössä tätä kysymystä ei oikeastaan kannata esittääkään, sillä valta on läsnä kaikessa heidän työssään. Kun nainen saapuu esimerkiksi synnyttämään, hän asettuu sellaiseen asemaan, jossa joskus voi jopa menettää tilanteen ja oman kehonsakin hallinnan. Vaikka synnytys sujuisi säännöllisesti, silloinkin nainen on hyvin pitkälti kättilön asiantuntemuksen, persoonan, tilanneherkkyiden, aseman ja organisointikyvyn varassa. Tällöin kättilö ottaa tilanteen haltuun ja luotsaa synnyttäjän ja sikiön turvallisesti läpi synnytyksen. Samalla tavalla synnyttämättömien osastolla ja lapsivuodeosastolla kättilön taulukossa 2 mainitut ominaisuudet vaikuttavat vallankäyttöön ja valtasuhteisiin.

3.4 Vallankäyttö hoitotyössä

Kuten minkä tahansa alan asiantuntijan ja asiakkaan, on myös hoitajan ja potilaan välillä valtasuhde. Potilas on aina sairautensa tai muun hoitoa vaativan tilansa takia haavoittuvassa asemassa. Hoitaja on puolestaan ammattilainen, jonka tarjoamaan huolenpitoon potilaan on luotettava.

Kättilöillä on tietynlaista arvovaltaa ja auktoriteettia. Heidän työnsä edellyttää rauhallisena pysymistä, kärsivällisyyttä ja tarvittaessa nopeaa päätöksentekokykyä. Kättilöillä on

oltava vahva tietopohja toimintansa perustana ja myös vahva luottamus omaan osaamiseensa ja toisaalta myös luottamus kykyyn tunnistaa omat rajansa. Tästä kumpuaa kättilön ammattiympäisyys ja myös ainakin osittainen tietoisuus vallasta sekä omasta asemasta. Jaben ja Kuuselan (2013, 21) mukaan valta, auktoriteetti ja arvovalta liittyvät aina yhteen ja autoritaarinen, arvovaltainen ihminen saa helpommin valtaa. Valta annetaan sille, johon voi luottaa ja jonka avulla uskotaan onnistumisen olevan mahdollista (Jabe & Kuusela 2013, 21). Siksi kättilön on oltava vastuullinen vallankäyttäjä, hänellä on paljon käsissään. Auktoriteetti tässä kontekstissa ei kannata negatiivista merkitystä, vaan viittaa ennemminkin arvovaltaan (Kantola 2014, 28). Kantola (2014, 28) jatkaa kertomalla, että sana auktoriteetti tulee latinan sanasta auctoritatem, joka tarkoittaa neuvoa, mielipidettä, vaikuttamista ja määräämistä. Kantolan (2014, 28) mukaan auktoriteetti on hallintaa, joka koetaan oikeutetuksi ja hyväksytyksi. Auktoriteetti antaa kipinää sekä inspiraatiota yhteiselle toiminnalle, ja antaa sille voimaa ja suunnan. Tällaista auktoriteettia rakennetaan pehmeillä keinoilla: tuottamalla symboliikkaa ja merkityksiä (Kantola 2014, 28).

Kättilön on muodostettava asiakkaaseen terapeutin ja kannustava suhde, joka perustuu luottamukseen, kunnioitukseen ja sopivaan vallankäyttöön (Bloom 2005). Sinivaaran (2004) tutkimuksen mukaan suomalaiset kättilöt kokivat saavuttaneensa juuri tällaisen suhteen synnyttävien naisten kanssa. Valtaa ja vuorovaikutusta käsitelleeseen tutkimukseen osallistuneet kättilöt kertoivat työskentelevänsä naisten hyväksi. Päämääränä oli tasa-arvoon ja yksilöllisyyteen pohjautuva hoitosuhde, joka saavutettiin kommunikaation keinoin. (Sinivaara 2004, 33). Tällainen on Jaben ja Kuuselan (2013, 25) kuvailemaa positiivista vallankäyttöä, joka toteutuu hoitotyössä.

Tilanteita, joissa on ilmentynyt positiivista vallankäyttöä, on kuvailtu kansainvälisissä tutkimuksissa. Yksi esimerkki positiivisesta vallankäytöstä on Valerie Levyn kehittämä teoria tavasta kommunikoida potilaiden kanssa: *protective steering* (Levy 2006, 114-124). Levy (2006) kuvailee artikkelissaan tutkimustulostensa perusteella kehittämänsä käsitettä (vapaasti suomennettuna ”suojeleva ohjaus/ohjailu”), joka hyvin kuvastaa sitä viestintää, mitä kättilöt jokaisessa työvuorossa tekevät. Raskaana olevat, synnyttäjät ja synnyttäneet ovat usein informaatiotulvan kohteena herkissä, suurissa tilanteissa ja kättilöt ovat eräänlaisia tulkkeja. Levyn (2006, 115-116) tutkimuksessa tuli esille, että *protective steering* tarkoitti esimerkiksi sitä, että naisille tehtiin selväksi se, mitä vaihtoehtoja heillä oli tai ei ollut. Tämä tehtiin antamalla sopiva määrä informaatiota eli ei liikaa, jotta naiset

olisivat tulleet pelotelluiksi, mutta kuitenkin riittävästi informaatiota, jotta naiset pystyivät tekemään valintoja (Levy 2006, 115-116). Protective steering pitää kuitenkin sisällään sen, että kätilöllä on tilanne hallinnassa eli hän hallinnoi kaikkea informaatiota, jota antaa tai ei anna potilaalle ja myös sitä, miten potilas tätä informaatiota käyttää. Lisäksi Levy (2006, 116) totesi, että protective steering oli helpompaa, jos potilaalla oli entuudestaan jonkin tasoista tietoa asioista, jos potilas oli kiinnostunut siitä mitä kätilö sanoi ja kyseli kysymyksiä. (Levy 2006, 116.) Kuitenkin, vaikka protective steering onkin lähtökohtaisesti positiivista vallankäyttöä, se saattaa myös sisältää negatiivisen vallankäytön piirteitä. Levyn (2006, 121) tutkimuksessa ilmeni, että protective steering sisältää myös kätilön itsesuojelua. Kätilö saattaa suojella itseään suodattamalla informaatiota tai jättämällä kertomatta synnytystä koskevista vaihtoehdoista tai mahdollisista skenaarioista, mikäli kätilö ei voi luvata jotain varmaksi tai mikäli jotkut asiat tuottavat hänelle epämu-kavuutta. Eräs kätilö taas kuvaili, ettei pidä eritteistä ja siksi kieltäytyi ulosautosta am-meessa, eikä sitten edes tarjonnut synnyttäjälle vesisyntymisen mahdollisuutta. (Levy 2006, 121.)

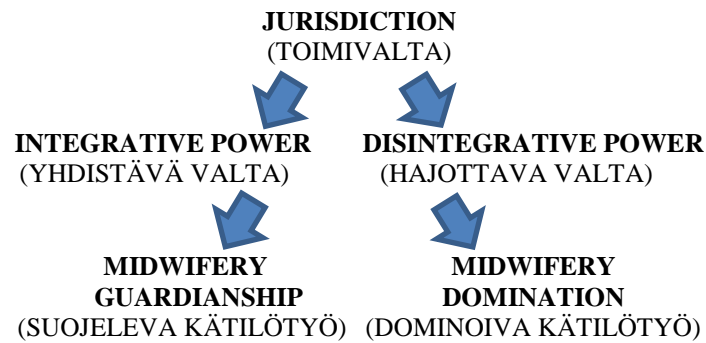
Mitä sitten on negatiivinen vallankäyttö? Krugerin ja Schoombeen (2010, 84-101) tutki-muksessa selvitettiin erään eteläafrikkalaisen sairaalan synnytysosaston potilaisiin koh-distuvaa väkivaltaista käytöstä (abuse) sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan näkökul-masta. Tutkimuksen aikana kävi ilmi, että synnyttämään tulleet naiset jätettiin yksin pär-jäämään avautumisvaiheen aikana ja pitkälle ponnistusvaiheeseenkin asti, heitä ei kuun-neltu, heille huudettiin, heitä pahoinpideltiin fyysisesti, heille puhuttiin epäasiallisesti ja heiltä kiellettiin kaikenlainen kivunlievitys. (Kruger & Schoombee 2010, 97-98.) Tutki-muksessa kuullut hoitajat perustelivat käytöstään sillä, että joskus potilaat olivat heidän mielestään niin hankalia, esimerkiksi tottelemattomia tai vastustelevia, että heitä pitikin kohdella kovin käsin ja sanoin (Kruger & Schoombee 2010, 95.)

Schoombee, van der Merwe ja Kruger (2005, 396) olivatkin aiemmassa tutkimuksessaan havainneet, että tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien mielestä *power over* eli toisten yli käyvä valta oli normaali osa hoitotyötä. He kokivat hoitotyön hankalaksi ja hyvin stressaavaksi, jos eivät voineet hallita potilasta ja hoitotilannetta (Schoombee ym. 2005, 396). Joskus kätilö saattaa käyttää negatiivista valtaa tiedostamattaan ja tahtomat-taan tilanteessa, jossa pohjimmiltaan haluaa turvata synnyttäjän ja tulevan lapsen voinnin, mutta tilanteen olisi voinut hoitaa toisinkin. Tällaisen tilanteen kuvaa Kathleen Fahy (2002, 9) tutkimuksessaan, jossa hän itse oli tilanteessa mukana. Tilanteessa, jossa lääkäri

yritti taivutella oletettavasti 3 viikkoa yli lasketun ajan raskaana olevaa vastahakoista naista jäämään suoraan sairaalaan, vaikka ei tuntenut naista entuudestaan, Fahy lähti tukemaan lääkäriä sen sijaan, että olisi käyttänyt tietämystään potilaan hyväksi siitä huolimatta, että tunsu tapauksen paremmin (Fahy 2002, 9). Kuten Fahy (2002, 9) toteaa, hän teki itsestään alisteisen ja nosti lääkärin tietämyksen omansa yläpuolelle, vaikka ne tässä asiassa olivat samalla tasolla. Vallankäyttö on siis monimutkaista, eikä aina suinkaan yksiselitteistä.

Fahy ja Parratt (2006, 45-50) ovat kehittäneet teorian *birth territorystä*, vapaasti suomennettuna synnytysreviiri. Tämän teorian yhteydessä he järjestävät kättilötyössä esiintyvää valtaa siten, että vallankäytön kattokäsite on *jurisdiction* (vapaasti suomennettuna toimivalta), joka tarkoittaa sitä, että naisella on valta valita miten toimia synnytysreviirillään. Valta puolestaan tässä tarkoittaa energiaa, joka mahdollistaa haluamansa asian saavuttamisen tai tekemisen. (Fahy & Parratt 2006, 47.) Fahy ja Parratt (2006, 47) kirjoittavat, että kuten valtaa tutkinut filosofi Michel Foucault on sanonut, valta ei välttämättä ole epäoikeudenmukaista tai sortavaa, vaan se voi olla myös tuottavaa. Toisaalta Foucault esitti myös kurinpidollisen vallan käsitteen (*disciplinary power*), jota hoitohenkilökunta käyttää, kun se haluaa tehdä naisista säyseitä ja mukautuvia. Jotta kurinpidollista valtaa voidaan käyttää, se vaatii myös vallankäytön kohteen suostumuksen yhteistyöhön, siis olla vallankäytön kohde (Fahy 2002, 6). Tällaista valtaa käyttivät aiemmin mainitun eteläafrikkalaisen tutkimuksen sairaanhoitajat. Fahy ja Parratt (2006, 47) jatkavat vallan jaottelua siten, että *jurisdiction* eli toimivalta on tiivistetty neljään alaluokkaan, jotka ovat *integrative power* ja *disintegrative power*, joihin puolestaan liittyvät käsitteet *midwifery guardianship* ja *midwifery domination*. Nämä vallan muodot on sijoitettu tässä kontekstissa synnytyshuoneeseen eli synnytysreviirille, mutta käsitteet voisivat kuitenkin hyvin olla sovellettavissa muihinkin raskauden, synnytyksen tai lapsivuodeajan ympäristöihin. Kuvio 1 hahmottelee näiden käsitteiden keskinäisiä suhteita, suomennokset ovat omat. Käsitettä *birth territory* puolestaan avataan tarkemmin luvussa 3.5.2 Aika ja tila.

KUVIO 1. Vallankäytön luokittelu Fahyn ja Parrattin (2006, 47) mukaan



(Mukaillen Fahy & Parratt 2006, 47.)

Integrative power eli yhdistävä valta nimensä mukaisesti yhdistää tai valjastaa kaikki kulloisenkin ympäristön käytössä olevat vallan muodot yhteisen, korkeamman tavoitteen saavuttamiseksi. Esimerkiksi synnytyshuoneessa valtaa voi olla synnyttäjällä, doulalla, synnyttäjän puolisoilla, kätilöllä, lääkärillä ja tämän vallan primaaritavoite on tukea naisen mielen ja kehon integraatiota niin, että hänelle mahdollistuu mahdollisimman intuitiivinen, luonnollinen synnytys. Yhdistävä valta myös tukee naisen päätöksentekoa siten, että kun nainen tulee tehdä päätöksiä koskien omaa synnytystään, yhdistävä valta toimii naisen itsevarmuuden ja itseilmaisun vahvistajana. Tällöin nainen saa äänensä kuuluviin ja myös uskaltaa osallistua päätöksentekoon. Yhdistävä valta on siis perusluonteeltaan voimauttavaa. Yhdistävään valtaan liittyy käsite *midwifery guardianship* eli suojeleva kätilötyö, joka on siis yksi yhdistävän vallan muoto ja tarkoittaa naisen synnytysympäristön, *birth territory*, suojelemista. Suojelevassa kätilötyössä naisen asenteita, arvoja ja uskomuksia kunnioitetaan ja tämä puolestaan ruokkii naisen turvallisuudentunnetta. Lisäksi suojeleva kätilötyö tarkoittaa naisen synnytysreviirin rajojen valvontaa, kuka rajat saa ylittää. Reviirin rajojen sisäpuolella pidetään huolta, ettei kukaan pääse käyttämään hajottavaa valtaa. Tämä kaikki palvelee sitä, että naisen synnytyskokemus olisi mahdollisimman häiriintymätön ja että hän saa synnyttää rauhassa. Kun nainen voi luottaa kätilön suojeeluun, hän voi täysin vapautua elämään oman kehonsa tuntemuksien mukaan hetkessä ja sen myötä luonnollinen synnytys on todennäköisempi. (Fahy & Parratt 2006, 47.)

Disintegrative power eli hajottava valta on egosentristä valtaa, joka syrjäyttää muut vallan muodot ympäriltään ja tyrkyttää tilanteeseen vallankäyttäjän itsekkeitä tavoitteita. Tätä valtaa voi käyttää joko synnyttäjä, kätilö tai joku muu synnytysreviirillä oleileva ihminen. Synnyttäjän käyttäessä tätä valtaa on kyse itsekkästä päättäväisyydestä saada tietynlainen synnytyskokemus. Oli hajottavan vallan käyttäjä sitten kuka hyvänsä, tämä vallan

muoto aliarvioi naisen itseluottamusta ja varmuutta tuntea, luottaa ja vastata spontaanisti oman kehonsa viesteihin. Kyseessä on synnyttäjän mielen ja kehon yhteyden disintegraatio, joka erottaa naisen hänen ruumiillistuneesta voimastaan synnyttää vaistonvaraisesti. Jos ammattilainen käyttää hajottavaa valtaa, se aliarvioi naista päätöksentekijänä. Hajottavan vallan käyttö äitiyshuollossa minimoi naisen itsetuntemusta riippumatta siitä, millainen syntymän lopputulos on. Hajottavaan valtaan liittyy dominoiva kättilötyö, joka on yksi hajottavan vallankäytön muoto. Se perustuu kurinpidollisen vallan käyttöön. Kuten Fahyn ja Parrattin (2006, 47) ja Fahyn (2002, 6) artikkeleissa viitataan, Foucaultin mukaan kurinpidollinen valta puolestaan on hienostunutta, ovelaa ja manipulatiivista valtaa, jota yleensä ei huomaa ennen kuin vallankäytön kohde alkaa vastustella vallankäyttöä. Dominoiva kättilötyö on häiritsevää, koska se sekaantuu naisen synnytysprosessiin tekemällä naisesta säyseän, mukautuvan, joka taas johtaa siihen, että nainen ei enää kuuntele itseään ja kehoaan, vaan antautuu täysin kättilön ohjailtavaksi. (Fahy & Parratt 2006, 47.)

3.5 Vallankäytön keinoja

3.5.1 Viestintä ja vuorovaikutus

Kättilön ja asiakkaan välinen viestintä ja vuorovaikutus ovat läsnä kaikessa mitä yhdessä tehdään. Äitiyshuollon asiakas ilmaisee toiveitaan ja tarpeitaan sanallisesti ja sanattomasti, kättilö ilmaisee tietoaan, suosituksiaan ja ohjaustaan sekä sanoin että fyysisesti (esimerkiksi ohjaamalla synnyttäjää parempaan asentoon käsillään). Kuten muutkin terveydenhuollon asiantuntija-asiakassuhteet, myös kättilön ja asiakkaan välinen viestintäsuhde on professionaalinen eli ammatillinen. Professionaalinen viestintäsuhde tarkoittaa suhdetta, jossa suhteen toinen osapuoli on jonkun alan tai toiminnan asiantuntija tai ammattilainen ja toinen ei. On merkittävä huomio, että terveydenhuollon ammateissa tai työtehtävissä työn pääasialliset tavoitteet saavutetaan vuorovaikutuksessa. Kuten Gerlander ja Isotalus (2010, 7) kuvaavat: ”professionaaliset suhteet ovat tavoitteellisia suhteita, joissa pyritään saavuttamaan tehtävän mukaiset tavoitteet: tekemään diagnoosi, ratkaisemaan ongelma tai keskustelemaan vaihtoehtoista.” Työn tuloksellisuuttakin arvioidaan vuorovaikutuksen avulla, jolloin viestinnästä tulee työlle olennainen viitekehys. Kättilö ei tee diagnooseja, mutta pyrkii ratkomaan ongelmia ja keskustelee paljon erilaisista vaihtoehtoista asiakkaansa kanssa. Kättilö ohjaa esimerkiksi synnyttäjää hyvinkin selkeästi, mutta kuitenkin hän pyrkii ohjauksen tavoitteisiin vuorovaikutuksellisen viestinnän keinoin.

Nämä keinot ovat asian käsittely yhdessä, kiinnostuksen ilmaiseminen ja kunnioituksen ja myötätunnon osoittaminen toiselle. Ohjauksen onnistumisen arviointiakin suoritetaan osapuolten välisen viestintäsuhteen avulla. Tällä tavoin viestintä yhdistyy asiantuntija-asiakassuhteeseen kahdella tavalla: se on sekä työväline että työn tekemisen paikka. (Gerlander & Isotalus 2010, 6-7.)

Monesti asiantuntija-asiakassuhteet tuntuvat painottuvan pelkästään sisältöön eli asiantuntijatietoon ja -tietämiseen. Tässä viestintäsuhteen merkitys työn tavoitteiden saavuttamisessa jää irralliseksi, jopa marginaaliseksi. On kuitenkin selvää, että niinkin herkässä tilanteessa kuin vaikkapa synnytys synnyttäjää ei pysty ottamaan tietoa vastaan ilman toimivaa viestintäsuhdetta. Tässä on hyötyä relationaalisen viestintäteorian näkökulmasta, jonka mukaan viestillä on samanaikaisesti sekä sisältöulottuvuus että suhdeulottuvuus. Viestin sisältöulottuvuus tarkoittaa kaikkea sitä, mitä osapuolet konkreettisesti sanovat toisilleen. Relationaalinen eli suhdeulottuvuus puolestaan liittyy viestityn sisällön viestintätilanteen ympäristöön antamalla vihjeitä siitä, miten viestin sisältö tulisi tulkita. Kätilö-asiakassuhteessa sisältö (esimerkiksi kivunlievityksen ohjaus) ei ole koskaan irrallaan, vaan asettuu aina johonkin suhdeympäristöön. Tällainen relationaalinen ympäristö rakentuu ja tarkentuu viestintäprosessin aikana, samaan aikaan kun sisältöäkin tuotetaan. (Gerlander & Isotalus 2010, 6.)

Asiantuntijatyö on siis tavoitteellista toimintaa ja voidaan ajatella, ettei sen ydin sinänsä ole ihmisten välisissä suhteissa tai prosesseissa. Esimerkiksi lääkäri ja hoitaja, siis myös kätilö suuntaavat päähuomion potilaaseen ja tämän oireisiin, vointiin; he huolehtivat hoidon toteutumisesta, eivätkä fokusoidu itsensä ja potilaansa keskinäiseen suhteeseen. Siitä huolimatta, että työn tekemisen fokus on tehtävässä, tehtävä tai asiasisältö asettuu aina suhdekontekstiin. (Gerlander & Isotalus 2010, 7.) Onkin jokseenkin epämiellyttävä skenaario se, että kätilö harjoittaisi viestintää fokuksessa vain työtehtävä. Kätilökoulutuksessa on moneen otteeseen mainittu siitä, että suurin osa hoitohenkilökuntaa koskevasta negatiivisesta palautteesta käsittelee vuorovaikutusta ja sen epäonnistumista. Gerlander ja Isotalus (2010, 8) kirjoittavatkin artikkelissaan, että viestitty sisältö asettuu aina asiantuntijan (siis esimerkiksi kätilön) ja potilaan väliseen suhteeseen ja tämä suhde vaikuttaa siihen, mitä potilas kertoo ja mitä hän ymmärtää sekä siihen miten hän suhtautuu tilanteeseen, itseensä ja asiantuntijaan. Mikäli asiantuntija ei näe sitä, vaan suuntautuu vain tehtävään ja keskittyy ratkaisemaan sen tietämyksellään, seurauksena voi olla se, että potilas ei osaa kertoa olennaista tietoa tai hän kokee tulleen sivuutetuksi. (Gerlander &

Isotalus 2010, 8.) Tämä puolestaan voi johtaa siihen, että potilaalle oikeasti sopivaa ratkaisua ei välttämättä löydykään, vaan ratkaisu saattaa pahimmassa tapauksessa olla jopa vääränlainen potilaan hyvinvoinnin ja tilanteen sujuvuuden kannalta.

Gerlanderin ja Isotaluksen mukaan (2010, 5-6) mukaan viestintä ei automaattisesti ole vuorovaikutusta, sillä pelkkä kaksisuuntaisuus ei tee viestinnästä vuorovaikutusta. Ollakseen vuorovaikutusta edellytyksenä on, että alkuperäiseen viestiin myös reagoidaan ja että reaktiot pitävät aikaisemman viestintähistorian sisällään. Viestintätilanteessa ei siis pidä puhua ohi toisen ihmisen, eikä myöskään ”kuunnella ohi” eli viestintäsuhteen osapuolten tulee kuunnella toisiaan, ei vain kuulla mitä toinen sanoo. (Gerlander & Isotalus 2010, 6.)

Sanallisen ja sanattoman viestinnän keinot ovat olennainen osa vuorovaikutusta. Sanallinen viestintä pitää sisällään puheen muodon ja sisällön, sanaton puolestaan kaikki muut informaatiota välittävät keinot, kuten ilmeet, eleet ja asennot. Kummatkin viestinnän tyylit voivat ilmentää vallankäyttöä. Esimerkiksi avoin ja auktoriteettiin pohjautuva suostuttelu, sekä hoidonkulun kontrollointi ovat kielellisiä keinoja, joiden avulla vuorovaikutustilannetta voidaan hallita. Myös pienet ja arkipäiväiset sanallisen viestinnän keinot, kuten potilaan puhuttelu etunimellä osoittavat vallankäyttöä. Sinuttelu ei välttämättä tarkoita sitä, että tuntisi toisen henkilökohtaisesti. Hoitotyössä potilaat voivat helposti menettää identiteettinsä ja tuntua lääketieteellisiltä tapauksilta. Nimellä puhuttelu osoittaa luottamusta, välittämistä ja yksilöllisyyttä. Vastaavasti myös hoitajan esittäytyminen potilaalle on yksinkertainen vallankäytön keino. Esittäytymättä jättäminen on alentavaa, ja korostaa täten valtasuhteen roolien eroa. (Sinivaara ym. 2004, 34). Toisaalta vanhemman ikäpolven edustajat voivat kokea sinuttelun epäkunnioittavana, mikäli siitä ei ole yhdessä sovittu.

Suomalaiset kätilöt ja sairaanhoitajat kokivat käyttämänsä sanallisen viestinnän muodoiksi myös kiltin äänenäsvyn, huumorin, jaarittelemattomuuden, sekä arkaluontoisista asioista keskustelun hiljaisella äänellä. Myös potilaan kanssa käytetty kieli huomioitiin. Vastaajien mukaan ulkomaalaisten potilaiden kanssa puhuttiin heidän omalla kielellään. (Sinivaara 2004, 36). Nykypäivänä varsinkin suurten kaupunkien sairaaloissa käy paljon vieraskielisiä potilaita, joista useat ymmärtävät ainakin tarvittavan määrän englantia. Myös hoitohenkilökunnan kielitaito on useimmiten varsin hyvä. Kaikki eivät kuitenkaan uskalla tai halua käyttää vierasta kieltä. Eräänlainen vallankäytön keino on myös se, ettei

potilasta kohdata käyttäen hänelle läheisintä kieltään, vaikka tarvittavat taidot siihen löytyisivätkin. Toisaalta on myös sellaisia tilanteita, joissa yhtenäistä kieltä ei ole laisinkaan, ja ainoa keino kommunikoida on elekieli.

Sanattoman viestinnän keinot ovat pieniä ja ilmenevät usein tarkemmin miettimättä. Esimerkiksi potilaan kättely esittäytymisen yhteydessä, sekä koputtaminen ennen potilashuoneeseen menoa ovat useimmille rutiininomaisia toimintoja, jotka ovat tärkeitä positiivista vallankäyttöä ilmaisevia eleitä. Koputtamatta jättäminen osoittaa alemmuutta. (Sinivaara 2004, 34, 36).

3.5.2 Aika ja tila

Läsnäolo on yksi tärkeä sanatonta viestintää ilmentävä vallankäytön keino. Tutkimusten mukaan potilashuoneessa vietetty aika on verrattavissa välittämisen ja huolenpidon tasoon. Esimerkiksi eri kulttuuritaustasta tulevaa, kivuliasta tai hoidosta kieltäytyvää henkilöä pidettiin hankalana potilaana, jonka luona vietetty aika oli lyhyempi muihin potilaisiin verrattuna. On myös huomioitava, miten potilashuoneessa vietetyn ajan käyttää. Suomalaisien kättilöiden mukaan välineiden ja koneiden valmisteluun kului paljon aikaa. (Sinivaara ym. 2004, 34, 36). Tutkimukset toivat esille myös sen, että synnyttäjät saatettiin jättää kokonaan yksin (Kruger & Schoombee 2009).

Kruger ja Schoombee (2009, 89) raportoivat tutkimustuloksissaan siitä, millaista ajan ja huomion puute voi pahimmillaan olla. Tutkimuksen kohteena olleen sairaalan asiakkaat kokivat voimakkaasti tullessa eristetyiksi, unohdetuiksi ja yksinjätyiksi. He kokivat yksinäisyyttä kävellessään pitkin osaston käytäviä ja odotellessaan synnytyssänkyyn pääsyä osaston nurkissa. Hoitohenkilökunnan huomiota sai vain huutamalla tai soittamalla kelloa. Tutkimuksessa kävi ilmi myös se, että 85 % tutkimukseen osallistuneista synnyttäjistä tuli synnyttämään kokonaan ilman tukihenkilöä. Jos siis hoitohenkilökuntaankaan ei saanut helposti kontaktia, olivat synnyttäjät todellakin yksin. Aikaa synnyttäjiin ei siis käytetty kuin kaikista pienin vähimmäismäärä. Toisinaan soittokello saattoi olla rikki, jolloin synnyttäjät yrittivät kiinnittää hoitohenkilökunnan huomion huutamalla, mutta näitäkään kutsuja ei kuultu. Silloinkin, kun soittokello toimi tai synnyttäjien huudot kuultiin, avunpyyntöjä ei otettu tosissaan, vaan synnyttäjien käskettiin odottaa. Eräs synnyttäjä kertoi synnyttäneensä vauvan yksin ja hoitaja tuli vain katkaisemaan napanuoran.

Tällainen ajan ja huomion kieltäminen synnyttäjältä oli tutkimuksen sairaalassa niin tyyppillistä, että synnyttäjän yksin läpikäymä synnytys koettiin normaalina. (Kruger & Schoombee 2009, 91.)

Levyn (2006, 119) tutkimuksessa kätilöt kokivat aikapulan suurena haasteena informaation jakelussa. Yksityisellä sektorilla työskentelevät kokivat positiiviseksi erityisesti sen, että aikaa asioiden läpikäymiseen oli riittävästi. Aikapula tuntui olevan ongelma enemmän julkisella puolella. Kätilöt kokivat kiireen epämiellyttäväksi, eivätkä olisi halunneet näyttää kiirettä asiakkaille. He arvelivat voivansa tarjota kyllä kiireisessäkin ympäristössä tarvittavan tiedon asiakkaalle, mutta aina ei ehtinyt varmistaa, ymmärsikö asiakas kaiken (Levy 2006, 119).

Ajan lisäksi tila on tärkeä vallankäytön työkalu. Kuten jo luvussa 3.4 mainittiin, Fahy ja Parratt (2006, 45-50) kehittivät tutkimuksiinsa pohjautuen teorian *birth territorysta*, synnytysreviiristä. Käsite viittaa synnytyshuoneen (tässä kontekstissa siitä käytetään nimitystä *terrain* eli vapaasti suomennettuna maasto) ominaisuuksiin ja vallankäyttöön huoneessa (*jurisdiction* eli vapaasti suomennettuna toimivalta) (Fahy & Parratt 2006, 46.) *Terrain* eli maasto on synnytysreviiri-käsitteen alakäsite, tarkoittaen yksittäisen synnytystilan fyysisiä ominaisuuksia kuten kalustusta ja tarvikkeita, joita synnyttäjä ja hänen tukihenkilönsä käyttävät synnytyksen aikana. Maasto-käsitteen kaksi alakäsitettä puolestaan ovat *sanctum* ja *surveillance room*, vapaasti suomennettuina pyhättö ja tarkkailuhuone.

Pyhättö (*sanctum*) on nimensä mukaisesti pyhitetty synnyttäjän tarpeita palvelemaan. Se on kodikas ympäristö, jossa on optimoitu yksityisyys, helppous ja mukavuus. Nämä saavutetaan tarjoamalla yksinkertaisia asioita: ovi, jonka voi sulkea, helppo pääsy vessaan, mahdollisuus päästä ulos ja ammeeseen. (Fahy & Parratt 2006, 46). Mukavuudet eivät tarkoita sitä, etteikö tarvittavia sikiön ja äidin hyvinvoinnin turvaavia toimenpiteitä voisi toteuttaa, ne vain eivät olisi toiminnan keskiössä. Tässä itse asiassa voi huomata monien nykyisten synnytysympäristöjen ajatteluilmapiirin: esimerkiksi amme huoneessa tai yksityinen vessa ovat vielä luksus-käsitteitä. Siksi tarvitaankin teoretisointia, koska ilman selkeää teoriaa positiiviset asiat vaikuttavat luksusasioilta.

Tarkkailuhuone (*surveillance room*) on maasto-käsitteen toinen alakäsite. Se on kliininen ympäristö, jossa synnyttäjän tarkkailu ja henkilökunnan mukavuus ja työn helpottaminen

ovat keskiössä. Tarkkailuhuoneessa henkilökunnan tarvitsemat tarkkailuvälineet (esimerkiksi CTG, tietokone) ja työvälineet (esimerkiksi synnytyksen loppuvaiheessa tarvittavat välineet) ovat koko ajan näkyvillä ja lisäksi sänky hallitsee huonetta. Tällaisessa huoneessa on oviaukko, mutta ei suljettavaa ovea. Jos suljettava ovi on, ovesa on kurkistussikkuna. Synnyttäjältä puuttuu helppo pääsy ulos, kylpyyn ja vessaan. Myös Walshin (2012, 69-70) mukaan ulospääsy olisi hyvä asia synnyttäjän kannalta, mutta että sairaaloiden tilaratkaisut usein tekevät tämän toteutumisesta mahdotonta. Tällainen synnyttäjän olemista rajoittava ympäristö on Michel Foucaultin kurinpidollisen vallan käsitteeseen sopiva ympäristö. (Fahy & Parratt 2006, 46-47.)

Mitä lähempänä tarkkailuhuonetta ja mitä kauempana pyhätöstä synnytyshuone on, sitä vaikeampi naisen on rentoutua ja keskittyä kuuntelemaan omaa kehoaan, omia tuntemuksiaan. Tarkkailuhuone ympäristönä liitetään estyneeseen fysiologiseen toimintaan, vähentyneeseen emotionaaliseen hyvinvointiin ja mahdollisesti lisääntyneeseen emotionaaliseen ahdistukseen. (Fahy & Parratt 2006, 47.) Kruger ja Schoombee (2009) raportoivat tutkimuksessaan siitä, että tutkimuksen kohteena olleen eteläafrikkalaisen sairaalan synnytysosaston käytäntöihin kuului se, että synnyttäjän tilankäyttöä rajoitettiin. Synnyttämään tulleet naiset käytännössä pakotettiin kävelemään pitkin käytäviä kunnes kohdun suu oli täysin avautunut. Vaikka on todistettu hyvä olla liikkeellä avautumisvaiheen aikana (Walsh 2012, 69), ei liikkeellä olostaa muodostaa vallankäytön välinettä. Krugerin ja Schoombeen esimerkki on hyvin rankkaa, foucaultilaista kurinpidollisen vallankäyttöä, jopa väärinkäyttöä. Jotkut Krugerin ja Schoombeen (2009, 89) tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat tämän niin ahdistavana, että kärsivät avautumisvaiheen kipunsa yksin ja ilmoittautuivat hoitajalle vasta, kun vauvan pää jo näkyi. Koettu käytäntö oli myös, että sängylle pääsi vasta, kun synnyttäjä tunsi vauvan tulevan synnytyskanavassa (Kruger & Schoombee 2009, 89.)

Tila ja sen ominaisuudet vaikuttivat myös tiedonvälitykseen ja vuorovaikutukseen. Esimerkiksi arkaluontoisten uutisten kertominen tilassa, jossa on myös muita potilaita saattaa olla asiakkaalle kiusallista ja alentavaa. Krugerin ja Schoombeen (2009) tutkimuksen kohteena olleella synnytysosastolla yksityisyydensuojaa ei ollut käytännössä ollenkaan, vaikka tästä johtuen potilaiden keskinäinen avunanto olikin mahdollista. Sinivaara (2004) kertoo hoitajien huomioineen myös konkreettisen tilan henkilökunnan ja asiakkaan välillä. Potilaita puhuteltiin yleensä seisten, mutta tiedonantotilanteissa heidän vieressään

istuttiin. (Sinivaara 2004, 36). Tämä on Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 3-19) mukaan kohteellistamista.

Walton (2009) käsittelee Fahyn ja Parrattin (2006) tavoin tilaa konkreettisesti synnytyshuoneen kautta. Toisaalta huoneen on tarkoitus olla yksityinen, kodinomainen ja mukava paikka, joka voisi sijaita synnyttäjän omassa makuhuoneessa. Tämä vastaa Fahyn ja Parrattin (2006, 46) käsitystä pyhästä eli sanctumista. Toisaalta se on kättilön työhuone lääketieteellisine välineineen, jonne hänellä on oltava esteetön pääsy. Vastaava tila oli Fahyn ja Parrattin (2006, 46) tarkkailuhuone eli surveillance room. Vaikka tilan on siis tarkoitus olla yksityinen ja synnyttävän perheen käytössä, ei esimerkiksi ovesa voi olla lukkoa. Jo tämä ristiriita luo tilanteeseen valta-asetelman. (Walton 2009, 4). Joissain sairaaloissa tukihenkilön käytettävissä oleva vessa sijaitsee eri kerroksessa kuin synnytysosasto, tämäkin on vallankäyttöä. Näin osoitetaan tukihenkilölle hänen oma paikkansa. Se, että kahdella synnyttäjällä saattaa olla yhteinen vessa ja suihku on sekin vallankäyttöä. Tällä tavoin rajoitetaan synnyttäjien vapautta käydä vessassa ja suihkussa silloin, kun heistä siltä tuntuu, sillä pitää aina ottaa huomioon, että vessassa/suihkussa saattaa jo olla naapurihuoneen synnyttäjä.

Waltonin (2009) mukaan synnytyshuone on jaettu erikseen synnyttäjän, kättilön ja tukihenkilön alueisiin, jotka voivat muuttaa muotoaan tehtävistä toimenpiteistä riippuen. Yksi tilaa säätelevä elementti on CTG-kone. Synnyttäjän ollessa johtojen päässä hän ei voi käyttää tilaa täysin hyödykseen esimerkiksi kävelemällä tai asentoja vaihtamalla. Kone vaikeuttaa myös vessassa käyntiä, ja kontrolloi täten voimakkaasti naisen toimintoja. Myös tukihenkilön tila muuttuu koneen ollessa käytössä. Walton (2009) kutsuukin CTG-konetta valvovan silmän ylimmäksi valvotyökaluksi, jonka jatkuvaa käyttöä tulisi harkita tarkoin. (Walton 2009, 5). Mainittakoon, että nykyään perinteisten CTG-koneiden rinnalle on tullut johdottomia versioita, jotka eivät sido synnyttäjää tiettyyn pisteeseen.

Michel Foucault (2005, 273), jonka käsite kurinpidollinen valta oli, esitteli myös Panopticonin konseptin kirjassaan *Tarkkailla ja Rangaista*. Kurinpidollinen valta saa ison osan vallastaan siitä, että vallan subjekti eli esimerkiksi kättilötyössä synnyttäjä laitetaan esille samalla kun vallankäyttäjä pysyttelee näkymättömissä tai ainakin taka-alalla (Fahy 2002, 7). Panopticon taas liittyy kurinpidolliseen valtaan siten, että se on valvovan rakennelman (yleensä vankilaksi mielletty) arkkitehtoninen kaava, jonka keskiössä on valvontatorni. Valvottavat on sijoitettu tässä rakennelmassa reunoille kehämäiseen rakennukseen niin,

että heitä on helppo valvoa tornista. Valvontatornista oli helppo luoda tarkkaileva, tuijotava katse valvottaviin. Fahy (2002, 7) käyttää artikkelissaan Foucaultin englanniksi käännettyä käsitettä *the gaze*, joka tarkoittaa tuijotusta tai kiinteää katsetta. Waltonin (2009, 5) mainitsema CTG-koneen valta-aspekti on yksi esimerkki Panopticonin soveltamisesta kättilötyöhön, se on yksi tarkkailevan katseen muodoista. CTG-käyrät näkyvät myös monen synnytysosaston kansliassa ja kahvihuoneessa, mikä lisää synnyttäjän altistumista tarkkailulle. Lisäksi CTG-tarkkailua voidaan suorittaa myös kohdunsisäisin valvontavälinein, mikä vie tarkkailun vielä pidemmälle (Fahy 2002, 7). Myös synnytyshuoneen ovesa oleva ikkuna on merkki Panopticon-käsitteen läsnäolosta. Synnytyshuoneen valaistus ja kalusteiden asettelu myös vaikuttavat siihen, miten ”foucaultilainen” synnytysympäristö on. Fahyn (2002, 7) kirjoittaa artikkelissa, että Foucaultin mukaan tarkkailun kohteista tulee itsensä tarkkailijoita ja he muuttavat itse itsensä säyseiksi (docile) kohteiksi heti, kun he sisäistävät voivansa tulla tarkkailluiksi milloin hyvänsä.

3.5.3 Informaatio ja päätöksenteko

Erään tutkimuksen mukaan kättilön ja synnyttäjän välinen valtasuhde näyttäytyy eroavien tarpeiden ja näkökulmien kautta. Tutkimuksessa mukana olleet naiset kertoivat juuri valtasuhteen korostumisen vaikuttaneen heidän valinnanvapauteensa negatiivisesti. Ammattihenkilön ja asiakkaan roolien välistä kuilua pienentää toimiva tiedonkulku. Brownin mukaan ainekset tehokkaalle kommunikaatiolle piilevät yhtenäisissä tarpeissa. Tutkimuksessa negatiivista vallankäyttöä kokeneet naiset kertoivat ammattihenkilön tarpeiden olleen päinvastaisia heidän tarpeilleen. Toki hoitohenkilökunnan ja synnyttävän naisen motiivit toimia eroavat jo lähtöasetelmassa, toiselle kyseessä on elannon hankinta, toiselle terveydentilaan liittyvä ja hoitoa vaativa tila. (Brown, 1996).

Näkökulmien on kuitenkin mahdollista olla yhtenäisiä. Tärkein kättilön ja synnyttäjän väliseen yhteistyöhön vaikuttava seikka on informaatio. Tehokas kommunikaatio ja toimiva tiedonkulku vaikuttavat synnyttäjän valinnanvapauteen ja kokemukseen vallankäytöstä. Valinnanvapaus antaa asiakkaan osallistua omaan hoitoonsa. Se antaa mahdollisuuden tehdä päätöksiä, ja lisää ymmärrystä tehtävistä hoitotoimenpiteistä sekä kokonaistilanteesta. Informaatio on pohjana kaikelle päätöksenteolle. Se voidaan jakaa avoimeen ja suljettuun tiedonkulkuun. (Brown, 1996). Krugerin ja Schoombeen (2009) tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät naiset voineet vaikuttaa itseään koskevien päätösten tekoon muuten

kuin synnyttämällä alusta loppuun yksin eli pyytämällä apua vasta, kun vauva oli jo syntynyt. Tämä toimi tavallaan makaaberina vastalauseena hoitajien välinpitämättömyydelle (Kruger & Schoombee 2009, 91-92). Muutoin synnyttäjien puolesta päätettiin, milloin oli sopiva aika siirtyä vuoteelle synnyttämään ja kuinka pitkään ennen sitä oli mittaittava osaston käytäviä jalan.

Avoin tiedonkulku tuo objektiivisesti esille kaiken tiedon ja kertoo myös ennakoivasti tulevista tapahtumista. Se kertoo kaikki valittavissa olevat vaihtoehdot, tarkentaa ja jättää tilaa kysymyksille. Se on vuoropuhelua, joka tarjoaa saatavilla olevan tiedon pohjalta toiselle osapuolelle mahdollisuuden päätöksentekoon. Brownin mukaan avoimen tiedonkulun vaikutus hoitosuhteeseen on merkittävä. Paljon informaatiota saaneet synnyttäjät tunsivat osallistuvansa hoitoon ja olevansa tilanteen tasalla. He kokivat positiivisena sen, että saivat valita rauhassa tarjolla olevista vaihtoehdoista mieleisensä ja saivat tukea päätökselleen, vaikka kättilö olisi ammatillisesti suositellut jotakin muuta. (Brown, 1996). Synnyttäjän valinnanvapautta voidaan tukea mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi kivunlievityksen ja ponnistusasentojen valinnassa.

Informaation tärkeys on tullut esille myös muissa tutkimuksissa. Hildingsson ja Rådestad (2005) kertovat raskaana olevien naisten painottaneet tarvittavaa tiedonantoa ja suoria, selkeitä selityksiä, mutta lisäksi myös tapaa tuoda asiat ilmi loukkaamatta asiakkaan arvoa (Johansson ym 2002). Myös Sinivaaran (2004) mukaan tieto on valtaa. Informaatio ja ohjaus ovat avainasemassa synnyttävien naisten hoidossa. Päätöksenteon lisäksi tiedonsaanti vaikuttaa turvallisuuden tunteeseen ja tyytyväisyyteen. Toisaalta Sinivaara (2004) tuo esille, etteivät kaikki synnyttäjät halua tehdä päätöksiä hoitoonsa liittyen. Vaikka tietoa olisikin saatavilla tarpeeksi, voi vieraassa tilanteessa olevalle potilaalle olla mieluisampaa antaa ammattihenkilön valita hoidon kannalta paras vaihtoehto. Suomalaiseen tutkimukseen osallistuneet hoitajat ja kättilöt kokivat tehneensä päätöksiä erityisesti pelokkaiden, hiljaisten, eri kulttuurista tulevien ja psyykkisesti epävakaiden synnyttäjien puolesta. (Sinivaara ym. 2004, 33, 37).

Suljettu tiedonkulku on yksipuolista kommunikaatiota, joka tarjoaa tietoa vain vähimmäismäärän, eikä ennakoivasti tulevia tapahtumia. Se ei anna tilaa vuoropuhelulle tai kysymyksille. Se tekee oletuksia, antaa tietoa irrallisina osina ja käyttää ammattisanastoa. Suljettu tiedonkulku jättää toisen osapuolen epätietoisuuteen. Tutkimukseen osallistuneet

naiset kertoivat, että vain vähän tietoa antaneet hoitohenkilökunnan jäsenet olivat kiireisiä, eivätkä halunneet vastata tarkentaviin kysymyksiin. Synnyttäjät eivät saaneet osallistua hoidon kulkuun, vaan päätökset tehtiin heidän puolestaan. He eivät olleet kartalla tilanteesta tai tulevista suunnitelmista, ja käytetty ammattisanasto jätti heidät ymmälleen. Näissä tilanteissa vallankäyttö koettiin negatiivisena. (Brown, 1996). Myös Poat (2003) kertoo artikkelissaan informoidun päätöksenteon tärkeydestä. Hänen mukaansa useat kätilöt ovat juurtuneita tapoihinsa ja tekevät hoitotoimenpiteitä rutiininomaisesti. Synnyttäjälle ei anneta tarpeeksi informaatiota, eikä hänellä ole mahdollisuutta tehdä tietoon perustuvaa ratkaisua. Tällöin päätökset tehdään ammattihenkilön toimesta, eikä asiakkaan autonomiaa kunnioiteta. (Fleming ym. 2001). Myös Sinivaaran (2004) tutkimus kertoi samankaltaisesta ilmiöstä. Hoitohenkilökunta saattoi kontrolloida vuorovaikutustilanteita ja jättää tarkoituksella asioita kertomatta. Keskustelut kulkivat rutiininomaisesti ja tuntuivat työtehtäviltä. Tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta koki tiedonannon olevan rajoitettua erityisesti aggressiivisten potilaiden kohdalla. (Sinivaara ym. 2004, 33, 36).

Levyn (2006) teoreettinen käsite protective steering, suojeleva ohjaus, on hyvä käsite informaation jakelun määrittelyyn. Suojelevassa ohjauksessa on olennaista ottaa huomioon naisen tarpeet, osata säädellä tiedon määrää ja laatua, tapaa jakaa informaatiota sopivalla tavalla. Pitäisi osata ottaa huomioon naisen tausta ja toiveet samalla, kun arvioi miten tiedon saisi parhaalla tavalla perille ilman, että nainen esimerkiksi pelästyy. Tämä johti joskus siihen, että kätilö jätti kertomatta jotain, jos ei halunnut naisen valitsevan juuri sitä vaihtoehtoa, esimerkiksi vesi- tai kotisynnytystä. (Levy 2006, 120.)

On tilanteita, jotka vaativat nopeaa toimintaa. Aina ei ole aikaa selittää tapahtumia perinpohjin ja vastata yksityiskohtaisimpiin kysymyksiin. Suomalaisen tutkimuksen mukaan kätilöt kokivat käyttävänsä valtaa negatiivisesti juuri akuuteissa tilanteissa, joissa synnyttävän naisen terveys oli vaarassa. Tällaisissa tilanteissa ammattilaisen oli välttämätöntä ottaa ohjat käsiinsä ja johtaa toimintaa, eikä hoitoon osallistavalle keskustelulle ollut sijaa. (Sinivaara ym. 2004, 33). Hoidon ja positiivisen synnytyskokemuksen kannalta on kuitenkin ratkaisevaa pitää äiti ajan tasalla. Vaikka tilaa valinnoille ei ole, eikä synnyttäjä voi osallistua päätöksentekoon, on tärkeää huolehtia toimivasta tiedonkulusta. Informaatio lähentää hoitavaa kätilöä ja synnyttäjää ja luo valtasuhteesta miellyttävämmän ja tasapainoisemman.

Vaikka hoitajan ja potilaan välisen viestintäsuhteen tavoitteeksi asetetaan usein avoimuus ja dialogisuus, se ei aina ole mahdollista. Joskus tarvitaan etäisyyden ottamista. Gerlanderin ja Isotaluksen (2010) esittämä objektivoinen suhtautuminen eli kohteellistaminen on läsnä myös vähemmän dramaattisissa tilanteissa, mutta akuuteissa tilanteissa sen käyttäminen korostuu. Kohteellistaminen tarkoittaa sitä, että potilaaseen otetaan etäisyyttä, jotta hoitajan on mahdollista toimia tavoitteiden mukaisesti. Kohteellistaminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö potilas voisi kokea vuorovaikutuksessa vastavuoroisuutta ja huomiointavuutta. Voikin olla niin, että hoitotyön tavoitteena on luoda monologinen, kohteellistava suhde potilaaseen ja tämän suhteen potilas kokee dialogisena etäisyydestä huolimatta. Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 10) mukaan erityisesti tunnetasoa kuormittavissa tilanteissa on usein tarpeen pystyä asennoitumaan objektivoinen. Tähän liittyy esimerkiksi synnytyksen akuuttitilanteissa kättilön tiedollinen ja toiminnallinen varmuus, joka tuo synnyttäjälle turvallisuuden tunnetta ja varmuutta siitä, että hän on hyvissä käsissä: ”Luota minuun, minä tiedän mitä teen, olet turvassa.”

3.5.4 Holhous

Holhous tarkoittaa aikuisen ihmisen, tässä tapauksessa synnyttävän tai synnyttäneen äidin kohtelua lapsentasoisesti. Se voi ilmetä vajavaisena tiedonantona, valintojen tekemisenä toisen puolesta, olettamisena ja ammattilaisen auktoriteettiin luottamisena. Tarkoituksena on toimia ”toisen parhaaksi”. Holhoaminen voi näyttäytyä myös voimakkaana aliarviointina. Walsh (2005) kirjoittaa erään vuodeosaston suosittelien äitejä olemaan kantamatta vauvojaan käytävillä, sillä he saattaisivat pudottaa lapsen lattialle. (Walsh 2005, 708). Aliarviointi voi kohdistua myös synnyttäjän tuntemukseen omasta voinnistaan. Australialaisessa tutkimuksessa tukihenkilöt olivat kokeneet kättilön ammattitaidon ja synnyttäjän asiantuntijuuden omasta kehostaan olleen ristiriidassa. Kättilön asiantuntijuus ja kokemus olivat peitonneet äidin tarpeet ja tuntemukset esimerkiksi kivunlievityksen kohdalla. Tukihenkilön kertoman mukaan synnyttäjä ei ollut halunnut minkäänlaista kivunlievitystä, mutta hänelle oli tyrkytetty kuitenkin ilokaasua, kuin se olisi ollut hänen omaksi parhaakseen. (Newick 2013, 5-9). Suomalaiset kättilöt kuitenkin kokivat Sinivaaran (2004) tutkimuksen mukaan arvioineensa synnyttäjän kivun voimakkuutta hänen käytöksensä mukaan. Kivunlievitykseen liittyvät päätökset tehtiin yhdessä naisen kanssa, ja joidenkin vastanneiden mukaan jopa kokonaan synnyttäjän toimesta. (Sinivaara 2004, 38).

Myös valintojen ohjailu on toisen asettamista alemmalle tasolle. Se voi olla lievää ja pienimuotoista tai esiintyä suuremmissa mittakaavassa. Esimerkiksi tiedonannossa emotionaalinen kiristys ilmenee sanavalintoina. Asiakkaan kysyessä ammattilaisen mielipidettä voi vastauksen saada muodossa ”jos kyseessä olisi minun lapseni”. Sananparsi, joka ei kaikessa rehellisyydessään välttämättä kuulosta puhujan korvaan erityiseltä, ilmentää ammattilaisen vallankäyttöä ja saattaa asiakkaan kiusalliseen tilanteeseen. (Walsh 2005, 708).

Esimerkki holhouksesta on myös Fahyn (2002, 12) kuvailema obstetrisen diskurssin dominanssi. Synnytyslääketieteelliset diskurssit ovat yhteiskunnan pyhittämiä, mikä taas kertoo yhteiskunnan vahvasta luottamuksesta tekno-tieteisiin, joihin taas synnytyslääketiede perustaa hoitomuotonsa. Fahy (2002, 9) raportoi myös lääketieteellisen vallan käytöstä, joka ilmenee holhouksena ja alentuvana käytöksen asiakasta kohtaan. Lääketieteellinen valta tässä kontekstissa on foucaultilaista kurinpidollista valtaa.

Walsh (2005) käsittelee artikkelissaan ammattilaisen auktoriteettia ja roolien välistä eroa. Valtasuhde näyttäytyy voimakkaimpana laitosten ja instituutioiden edustamana. Ammatihenkilön toimissa näkyy näin ollen hänen omien vallankäyttöisten keinojensa lisäksi hänen edustamansa yrityksen valta. Walshin (2005) mukaan kotisyntyisyys voisikin olla vapaampi vaihtoehto vallankäytön roolien näkökulmasta, sillä ammattilainen asettuu synnyttäjän reviirille sairaalan sijaan. Artikkelin kehottaakin kätilöitä miettimään toimivatko he naisten vai instituutioiden puolesta (Walsh 2005, 708).

3.5.5 Tuki

Hoitotyön lääketieteelliset puolet ovat ensisijaisen tärkeitä, mutta myös muut osat kuten psykososiaalinen tuki ovat huomattavassa roolissa raskaana olevien naisten hoidossa. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan yleisimmät syyt tyytymättömyyteen hoidon psykososiaaliseen puoleen olivat tuen ja rohkaisun vähyys, liian vähäinen aika kysymyksille sekä puolison vähäinen huomiointi. Kätilöiden tulisikin tarjota odottaville äideille ja heidän puolisoilleen ammattimaista ja ystävällistä tukea, mikä kasvattaisi asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoprosessiin. (Hildingsson & Rådestad 2005, 239-240). Toisaalta suomalaisen tutkimuksen mukaan suurin osa osallistuneista kätilöistä oli sitä mieltä, että he ottivat myös puolison huomioon synnytyksen hoidossa. Myös tiedonanto suoritettiin vastaajien mukaan tasapuolisesti sekä synnyttäjälle, että tukihenkilölle. (Sinivaara 2004, 38).

Tuen tarjoamista rajoittavana tekijänä kätilöt kokivat ajan ja resurssien puutteen (Levy 2006, 119). He myös kokivat tämän ikävänä asiana, joten tahtoa tuen antamiseen kyllä löytyy. Fahyn ja Parrattin (2006, 47) kuvaama suojeleva kätilötyö (midwifery guardianship) on kokonaisvaltainen tapa tukea synnyttäjää ja tämän tukihenkilöä kuten on myös Levyn (2006, 114-124) kehittänyt protectice steering-konsepti.

Australialaisessa tutkimuksessa tukihenkilöt toivat esille empatian tärkeyden. Erään vastaajan mukaan kätilön tärkeimpiä ominaisuuksia on empaattinen kyky ymmärtää ensisynnyttäjän kokemuksen uutuus ja ainutlaatuisuus, vaikka hän onkin itse ollut samassa tilanteessa jo useita kertoja. (Newick 2013, 5-9). Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 3-19) artikkelissa tuotiin ilmi, että asiantuntijan oletetaan nykyään todella olevan läsnä omana itsenään vuorovaikutustilanteissa. Enää ei riitä, että asiantuntija toimii mekaanisesti itsensä taka-alalle asettaen, vaan hänen odotetaan valjastavan asiakkaiden kanssa toimissaan käyttöönsä tunteensa, osaamisensa, taitonsa, motivaationsa ja koko elämänsä skaalaa. (Gerlander 2010, 11.) Tämä tuo asiantuntijan lähemmäksi asiakasta ja asiakkaan on helpompaa samastua ja ottaa vastaan asiantuntijan neuvot, ohjauksen ja muun hoitotoiminnan.

Yksi tukemisen muoto on kosketus. Hoitotyössä kosketus on välttämätöntä, ja se yhdistetään usein käytännölliseen ja lääketieteelliseen, toimenpiteisiin liittyvään kosketukseen. Myös läheinen ja lämminhenkinen kosketus on osa toimivaa hoitosuhdetta. Se voi ilmetä esimerkiksi potilaan vieressä istumisena, kädestä pitämisenä tai selän hieromisena. Lämmin ja empatiaa osoittava kosketus vahvistaa hoitosuhdetta kätilön ja synnyttäjän välillä, sillä se välittää huolenpitoa, turvaa, läheisyyttä ja rohkaisua. Toisaalta kosketus voidaan kokea myös epämiellyttävänä, minkä takia on varmistettava, ettei se loukkaa potilaan henkilökohtaista tilaa. (Sinivaara ym. 2004, 34). Aina potilaasta ei kuitenkaan ole mahdollista lukea, miten hän kosketukseen reagoisi. Tällaisissa tilanteissa voidaan kysyä suoraan, josko koskettaminen olisi avuksi ja helpottaisi oloa.

Krugerin ja Schoombee (2010, 94-95) raportoivat eteläafrikkalaisen sairaalan synnytysosaston fyysisen väkivallan käytöstä. Tällöin kosketus on valjastettu negatiivisen, alistavan vallankäytön työkaluksi. Raaka fyysinen väkivalta vaikuttaisi kuitenkin olevan hyvin harvinaista, sillä muista tutkimuksista sitä ei löytynyt. On kuitenkin hyvä miettiä erilaisia

konteksteja. Vaikka suoranaista lyömistä ei tapahtuisikaan, niin monille kätilön suorittama varomaton sisätutkimus, hiemankin enemmän voimaa käyttäen ponnistusasettoon käsin ohjaaminen tai jalkojen avaaminen käsien avulla voi jo tuntua fyysiseltä kajoamiselta negatiivisessa mielessä.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla synnytyksen aikana ja sen jälkeen ilmenevää vallankäyttöä.

Työn tavoitteena on parantaa asiakastytyvääsynnytyksen aikana. Aineiston perusteella voidaan tarttua mahdollisiin ongelmakohtiin, sekä vahvistaa hyväksi havaittuja toimintatapoja. Tutkimustuloksista hyötyvät kaikki raskaana olevien, synnyttävien ja synnyttäneiden naisten ja perheiden kanssa työskentelevät terveydenhuollon ammattihenkilöt. Koko tutkimusprosessin tavoitteena on myös auttaa tutkimuksen tekijöitä ammatillisessa kasvussa kohti kättilön uraa.

Tutkimustehtävinä on selvittää:

1. Millaisia vallankäytön keinoja kättilö käyttää synnytyksen aikana ja sen jälkeen?
2. Millaisissa tilanteissa vallankäyttöä ilmenee?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Metodologia

Tämän opinnäytetyön menetelmä on laadullinen tutkimus. Sen pohjana on kirjallisuuskatsaus, jonka perusteella on luotu työn teoreettinen viitekehys.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pyrkii kuvailemaan ja ymmärtämään tutkittavaa asiaa. Sen tarkoituksena on antaa ilmiöstä syvä ja mielekäs tulkinta. Tutkimusaiheina ovat ihmisten kokemukset, asioiden merkitykset sekä prosessit. Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään ja kuvailemaan asioita sanojen ja kuvien avulla numeroiden sijaan. (Kananen 2008, 24-25.)

Laadullinen tutkimus yhdistää toisiinsa empirian eli käytännön, sekä teorian. Teoriaa ei ole ilman käytäntöä, eikä käytäntöä ilman teoriaa. Vaikka kvalitatiivinen tutkimus onkin kuvailevaa ja kokemuksia selittävää, vaatii se silti pohjalleen teorian. Mikään tutkimus ei ole tieteellinen ilman teoriaosuutta. (Kananen 2008, 11). Myös opinnäytetyöt ovat tieteellisiä tutkimuksia. Tässäkin työssä on perehdytty ensin vallankäytön ja kätilötyön käsitteisiin sekä aiheesta kirjoitettuihin artikkeleihin ja jo tehtyihin tutkimuksiin, jotka ovat muodostaneet työn teoriapohjan.

Tieteellinen tutkimus on pitkä prosessi, jonka kulkuun vaikuttavat lukuisat seikat. Yksinkertaistettuna sillä on seitsemän vaihetta: 1) idea tai aihe, 2) kirjallisuus ja muu aiempi tieto tutkittavasta asiasta, 3) tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteen ja ongelmien tai tehtävien muotoilu, 4) tutkimusmenetelmät ja tutkimusote, aineistonkeruu, 5) analyysi, 6) tulokset ja 7) pohdinta (Stenfors, 2015). On hyvä tietää tutkimusprosessin kulku pääpiirteittäin, sillä hyvä suunnitelma ja aikataulutukset helpottavat tutkimuksen tekoa huomattavasti. Prosessin voi jakaa itselleen pienempiin osiin kokonaisuuden hallinnan helpottamiseksi. Kuten monessa muussakin asiassa, on tutkimuksen teossakin hyvin suunniteltu jo puoliksi tehty.

Opinnäytetyöstä puhutaan jo koulutuksen alkuaikoina. Siihen valmistetaan luennoimalla tieteellisten tutkimusten lukemisesta, hoitotyön tutkimuksesta sekä erilaisista tutkimusmetodeista. Prosessi alkoi syksyllä 2015 orientaatioluennoilla työn etenemisestä ja aika-tilausta. Pian koitti aiheen valinta ja tutkimusluvan hakeminen.

Opinnäytetyömme aihe on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilaama. Vallankäyttöä on tutkittu opinnäytetöissä aiemmin, muttei kätilötyön näkökulmasta. Valitsimme aiheen sen teoreettisuuden ja moniulotteisuuden vuoksi. Aihe kuulosti jo alkuun erittäin mielenkiintoiselta ja tärkeältä. Ensimmäisten suunnitelmien mukaan tutkimusmenetelmänämme oli kirjallisuuskatsaus. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin työelämäkontaktimme kuitenkin ehdotti tapaamisessamme asiakaspalautteiden sisällyttämistä työhön. Muutimme suunnitelmaa ja laajensimme työtä kvalitatiiviseksi tutkimukseksi.

5.2 Aineistonkeruu

Tieteellisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä ovat havainnointi, haastattelu, kysely ja kirjalliset aineistot (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Tutkimus voi perustua myös johonkin toimintaan osallistumiseen tai jonkin tietyn tapauksen tutkimiseen. Menetelmiä voidaan soveltaa tarkemmin niiden käyttötarkoituksen mukaan. Tutkija voi havainnoida tutkittavaa ilmiötä suorasti tai kohteen tietämättä. Haastattelu voi olla jäsenneilyä tai avointa, yksilöllistä tai ryhmässä tapahtuvaa. Kyselylomake voidaan koostaa valmiista vaihtoehdoista tai avoimista kysymyksistä. Olennaista on miettiä, mitä halutaan tietää ja minkälainen tutkimus on kyseessä. (Kananen 2008, 68-87).

Tiedonkeruumenetelmän valintaan vaikuttavat tutkittava ilmiö, sekä kuinka paljon jo olemassa olevaa tietoa siitä on. Havainnointi sopii aiheelle, jota ei juurikaan ole aiemmin tutkittu. Kyselyt ovat puolestaan hyvä menetelmä ilmiöille, joista tiedetään jo enemmän. Kaikkia metodeja voidaan muokata sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen tarpeisiin, vaikka jotkut menetelmät soveltuvatkin paremmin toiseen. Avoimet syvähaastattelut tuovat esille kokemuksia ja tunteita, ja soveltuvat siksi kvalitatiiviseen tutkimukseen. Monivalintakysymyksistä koostuvat kyselylomakkeet tuottavat puolestaan materiaalia kvantitatiivisten tutkimusten aineistoiksi. (Kananen 2008, 68-87).

Tiedonkeruumenetelmää valitessa tulee myös pitää mielessä tutkittavien määrä. Kyselylomakkeilla on huomattavasti helpompaa kerätä suuri aineisto, kuin esimerkiksi haastatteluilla. Aineiston kokoon vaikuttaa tutkimuksen tavoite. Toisin kuin määrälliset tutkimukset, laadulliset eivät pyri tilastollisiin yleistyksiin, eikä aineiston tarvitse täten olla niin suuri. Tärkeämpää on se, että vastaajilla on mahdollisimman kattavasti tietoa tutkitavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä toimivat kyselylomakkeet. Saimme Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä valmiin aineiston, joka kerättiin kahdelle eri lomakkeelle vuoden 2015 aikana. Ensimmäinen lomake koostui hoitoa koskevista väittämistä, joihin vastaaja täytti mielipiteensä numeroarvosanoin. Lomakkeen viimeiseen kysymykseen ”Mikä vaikutti eniten kokemukseesi hoidosta ja palvelusta” vastaaja sai kirjoittaa omin sanoin. Huomioimme tutkimuksessamme ainoastaan viimeisen kysymyksen ja jätimme numerotaulukon kokonaan pois aineistosta. Toiselle kyselylomakkeelle vastaaja sai antaa palautetta hoitokokemuksestaan ainoastaan omin sanoin kirjoittamalla. Aineistomme koostui siis pelkästään avoimista vastauksista.

Asiakaspalautteet koskivat synnytyssalia, kahta synnyttäneiden vuodeosastoa sekä potilashotellia, jonne perheet siirtyivät synnytyksen jälkeen. Palautteet olivat pääsääntöisesti äitien kirjoittamia. Muutamien vastausten kirjoittajaksi oli merkitty lähiomainen, esimerkiksi kieliongelmiensä vuoksi. Aineiston koko oli 1410 vastausta.

5.3 Sisällönanalyysi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysointia kutsutaan sisällönanalyysiksi. Se on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan hyödyntää kaikissa kvalitatiivisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91).

Analyysimenetelmiä voidaan jaotella eri tavoin. Yhden erottelun mukaan analyysi voidaan toteuttaa kolmella eri tavalla: aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Eri menetelmät käyttävät eri tavoin hyödykseen jo tutkittua tietoa. Aineistolähtöinen näkökulma nojautuu aiempaan teoriaan kaikista vähiten, kun taas teorialähtöinen analyysi muodostaa runkonsa pohjautuen täysin edellisiin tutkimuksiin. Teoriaohjaava analyysi sijoittuu niiden välille kytkeytyen osin teoriaan, esimerkiksi tunnistaen joitakin yleismaailmallisia käsityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Analyysimenetelmät voidaan jakaa myös induktiiviseen ja deduktiiviseen päättelytapaan. Induktiivinen tapa tarkoittaa yksittäisestä yleiseen-päätelyä. Se on useisiin havaintoihin perustuva yleistys tai todennäköisyys, eikä näin ollen täysin luotettavaa. Deduktiivinen logiikka on päinvastoin yleisestä yksittäiseen-päätelyä, joka pohjautuu lähtöoletuksiin ja aiempiin teorioihin. (Seppänen, 2009.)

Analyysin työstämiseen on yhtä monta tapaa kuin tekijääkin, mutta yksinkertaisuudessaan sen eteneminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen: 1) päätöksentekoon, 2) aineiston läpikäyntiin, 3) luokitteluun ja 4) yhteenvetoon. Ensimmäisessä vaiheessa tulee päättää, mitkä seikat aineistossa kiinnostavat. Sitä seuraa aineiston huolellinen luku, kiinnostavien seikkojen erottelu ja kaiken muun poissulku. Seuraavaksi valitut kohdat luokitellaan teemojen mukaan, ja lopuksi kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Myös aineiston luokitteluun on useita teorioita. Yksi niistä lähtee liikkeelle kiinnostaviksi todettujen seikkojen pelkistämisestä. Tarpeelliset lauseet muutetaan yksinkertaisiksi ilmaisuiksi. Samankaltaiset ilmaisut ryhmitellään keskenään alaluokiksi, nimetään tarkoituksen mukaan ja yhdistetään edelleen yläluokiksi muiden samankaltaisten alaluokkien kanssa. Lopulta yläluokat kootaan samojen käsitteiden alle pääluokiksi, ja niille muodostetaan kaiken kokoava lause, yhdistävä luokka. Yhdistelyn jälkeen aineisto voidaan kvantifioida, eli numeroida kuinka monta kertaa mikäkin ilmaus tuli aineistossa esille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101). Toisin sanoen aineistosta poimittuja yksinkertaistettuja lauseita tai sanapareja voidaan yhdistellä niin pitkään, kuin ne sopivat saman kokoavan käsitteen alle. Mitä suuremmiksi ryhmiksi eri luokkia yhdistelee, sitä ympäröivämpiä ne tulevat. Useat muutaman käsitteen luokat voivat puolestaan olla liiankin yksityiskohtaisia, ja siten vaikeammin tulkittavissa.

Tässä opinnäytetyössä analysoitavana aineistona toimivat avoimet asiakaspalautteet. Aineiston avoimen muodon vuoksi purkumetodina on käytetty induktiivista, aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineisto on purettu kahteen osaan koskien synnytystä sekä sen jälkeistä hoitoa. Molempien vaiheiden palautteet on jaettu edelleen negatiivisiin ja positiivisiin löydöksiin. Aineistoa on analysoitu molempien ryhmien sisällä, sekä toisiinsa verraten. Tarkka luokittelu sekä vastausten kvantifiointi löytyvät eriteltyinä liitteistä työn lopussa.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen aineisto koostui avoimista asiakaspalautteista. Palautteita oli yhteensä 1410, joista 345 (24%) koski synnytyksen aikaista, ja 1065 (76%) synnytyksen jälkeistä hoitoa (taulukko 3). Aineisto on käsitelty erikseen hoidon vaiheiden mukaan, mutta yhdistetty tarkempaa sisällönanalyysia tehtäessä. Liitteessä kolme on nähtävissä tarkka erittely sekä kvantifiointi.

TAULUKKO 3. Aineiston jakautuminen

	Palautteiden lukumäärä	Positiivisia (%)	Negatiivisia (%)
Yhteensä	1410	89%	11%
Synnytyssali	345 (24%)	90%	10%
Lapsivuodeosastot ja potilashotelli	1065 (76%)	88%	12%

6.1 Kohtelu

Eniten palautetta annettiin hoitohenkilökunnan käyttäytymisestä, ammattimaisuudesta ja empatiasta, joita on arvostettu myös aiempien tutkimustulosten mukaan ja joiden puuttumisesta kärsittiin (Hildingsson & Rådestad 2005, 239-249; Kruger & Schoombee 2010, 84-101; Newick 2013, 5-9). Vastauksista 61% :ssa mainittiin jokin kohteluun liittyvä seikka, joista 97% oli positiivisia. Ystävällisyys oli sana, jota käytettiin palautteissa eniten. Etenkin synnytyksen jälkeen ystävälliseen käytökseen kiinnitettiin huomiota. Toinen lähes kaikissa palautteissa kehuu asia oli ammattitaito.

”Hoitohenkilökunta oli osaavaa ja ystävällistä.”

”Hyvää ja ammattimaista hoitoa olen saanut, kiitos!”

”Hoitohenkilökunta oli todella ystävällistä ja ymmärtäväistä.”

Myös henkilökunnan ihmissläheisyys, empatia ja aito välittäminen koettiin positiivisiksi.

”Sympaattista, empaattista henkilökuntaa joka välitti oikeasti.”

Negatiivista sanottavaa vastaajilla oli vain vähän. Muutamassa palautteessa käytettiin sanaa epäystävällinen tai epäasiallinen, ja kehoitettiin henkilökuntaa hymyilemään enemmän. Valtaosa oli kuitenkin saamaansa kohteluun varsin tyytyväisiä. Palautteista yhteensä kuudessatoista luki lause ”minua kohdeltiin hyvin”. Nämä olivat mieluisia löydöksiä, sillä toisinkin voisi olla, kuten Krugerin ja Schoombeen (2009, 84-101) tutkimuksesta kävi ilmi. Löydöstemme perusteella vaikuttaa myös siltä, että Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 3-19) kuvailemat toimivat viestintäsuhteet olivat balanssissa ja toimivia.

6.2 Vuorovaikutus

Useat tutkimukset ovat osoittaneet tiedonkulun ja kommunikoinnin tärkeäksi osaksi vallankäyttöä. Ammattilaisen antama informaatio ja aito kuuntelu luovat pohjan vuorovaikutukselle. Vastavuoroinen kommunikaatio antaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistua hoitonsa kulkuun, mikä puolestaan vaikuttaa lopulliseen kokemukseen. (Brown 1996; Fahy 2006, 5-13; Fahy & Parratt 2006, 45-50; Hildingsson & Rådestad 2005, 239-249; Poat 2003, 396-400, Sinivaara ym. 2004, 33-41).

Vuorovaikutus on siis ensiarvoisen tärkeä vallankäytön työkalu. Useat aiemmat tutkimukset osoittavat tämän (Fahy 2002, 5-13; Fahy & Parratt 2006, 45-50; Gerlander & Isotalus 2010, 3-19, Kruger & Schoombee 2010, 84-101; Levy 2006, 114-124). Tähän viittaa myös tutkimuksemme aineisto. Kaikista annetuista palautteista 21% sisälsi jonkin vuorovaikutukseen liittyvän kommentin, joista 73% oli positiivisia. Vastaajat kokivat myönteiseksi sen, että heidät pidettiin ajan tasalla tapahtuvista hoitotoimenpiteistä ja hoidon suunnittelusta.

”Minulle kerrottiin selkeästi missä mennään ja miten esim. kotiutuminen on mahdollista.”

Positiivista palautetta annettiin myös ohjauksen ja omatoimisuuteen kannustamisen tasapainosta. Suurin osa vastaajista olikin maininnut miellyttäväksi sen, että apua sai tarvittaessa ja ilman tuputtamista. Vastaajien mukaan itsenäisesti sai toimia niin pitkälle kuin pärjäsi ja siihen kannustettiin, mutta henkilökunta oli valmis auttamaan kysyttäessä. Tämä vahvistaa aiempien tutkimusten havainnot siitä, että sopivanlainen vallankäyttö

voimauttaa ja vahvistaa naista toimimaan itseensä luottaen ja itseään kuunnellen (Fahy 2002, 5-13; Fahy & Parratt 2006, 45-50; Levy 2006 114-124).

”Toimintamalli vanhempien ohjauksessa hyvin toimiva: apua saa aina kun haluaa mutta kannustetaan yrittämään itse.”

Vaikka suurin osa koki tiedonannon ja yleisen kommunikaation sujuneen hyvin, sai juuri vuorovaikutus kaikista eniten negatiivista palautetta. Jätetyistä kommentteista 27% oli negatiivisia, ja ne kaikki liittyivät tiedonantoon. Suurin osa vastauksista koski synnytyksen jälkeistä aikaa. Kritiikki arvioi niin ohjauksen määrää, kuin laatuakin. Palautteissa tuotiin esille muun muassa ohjauksen ristiriitaisuus ja epäselvyys. Myös ammattisanaston käyttö koettiin hämmentävänä, ja jopa ärsyttävänä. Huomattavasti eniten palautetta annettiin kuitenkin siitä, ettei osaston käytännöistä kerrottu tarpeeksi selkeästi. Käytäntöihin liittyvien asioiden epäselvyys haittasi vastaajien omatoimisuutta, vaikkei itsenäiselle toiminnalle muuten olisi ollut estettä.

”Hieman paremmin olisi voinut kertoa miten osastolla toimitaan.”

”...olisin kaivannut selkeää ohjeistusta siitä, mitä minulle ja vauvalleni yön aikana tapahtuu.”

”Henkilökunnan tarvisi paremmin ohjata osaston käytäntöä, eikä luottaa siihen että potilaan pitäisi tietää.”

Ohjausta kritisoitiin myös muista näkökulmista. Osa vastaajista koki saaneensa liikaa tietoa kerralla, eivätkä kaikki tärkeät neuvot näin ollen jääneet muistiin. Toisaalta myöskään tiedonantoa pienissä osissa ei koettu täysin toimivaksi. Löydökset vahvistavat Levyn (2006) teoriaa protective steeringistä eli suojelevasta ohjaamisesta ja sen toimivuudesta. Kätilön toimiessa ”tiedon portinvartijana” (gatekeeper of information) on helpompi säännöstellä informaatiota sopivampiin annoksiin sopivissa tilanteissa (Levy 2006, 120).

”Palvelu oli hyvää enkä kokenut oloani epämukavaksi missään kohdassa, mutta yksinäisenä ensisynnyttäjänä jäin kaipaamaan lisää apua ja neuvontaa. Synnytys oli kova kokemus eikä pää osannut aina reagoida tapahtumiin, en osannut/huomannut kysyä itse kaikkea.”

”Jos jotain kehitettävää, niin synnytyssalissa kerrotut asiat meni itseltä ihan ohi... eli kaikki siellä puhutut asiat olisi voinut vielä kerrata täysissä sielun ja ruumiin voinnissa osastolla.”

”Osa asioista on hoitajille itsestänselvyysasioita, mutta äidille uusia. Useat asiat esitettiin tipotellen, ikään kuin itsestänselvyysasioita.”

Kuten aiemmissakin tutkimustuloksissa, ohjaus ja neuvonanto koettiin toimivimmaksi sen ollessa selkeää, yksinkertaista ja käytännönläheistä (Hildingsson & Rådestad 2005, 239-249).

6.3 Perhekeskeisyys

Asiakaslähtöisyys liittyy olennaisesti potilaan kohteluun ja vuorovaikutukseen. Tutkimusten mukaan informaatio on tärkeä vallankäytön piirre, mutta sitä seuraa toisen osapuolen huomiointi. Kuten Browninkin (1996) artikkelissa käsiteltiin, valinnanvapaus koostuu tehokkaasta, avoimesta tiedonannosta, jota seuraa keskustelu ja vaihtoehtojen anto (Brown, 1996). Juuri tämänkaltainen hoitoon osallistaminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden tehdä päätöksiä omasta hoidostaan tai ainakin esittää toiveita siihen liittyen ja on voimauttavaa asiakkaalle. Tämä kävi ilmi myös Fahyn (2002) tutkimuksesta, jossa vertailtiin kahta potilas-casea vallankäytöstä.

Asiakaslähtöisyyteen ja perhekeskeisyyteen liittyviä asioita käsiteltiin myös asiakaspalautteissa. Vastauksista 15% piti sisällään jonkin potilaslähtöisyyteen liittyvän seikan, joista 93% ilmeni positiivisina. Eniten palautetta annettiin siitä, miten hyvin omat tarpeet ja toiveet koettiin huomioiduiksi. Aiempien tutkimustulosten mukaisesti hoitosuunnitelmasta keskustelu ja vaihtoehtojen läpikäynti koettiin positiivisena esimerkiksi kivunlievitystä mietittäessä, mutta mukana oli myös negatiivisia kokemuksia. Toiveiden ja synnyttäjän viestien ohittaminen oli aiemmissa tutkimuksissa osin räikeääkin. Lisäksi kannustuksen sijaan tarjottiin käskyttämistä, karkeaa kielenkäyttöä ja pilkkaamista. (Brown, 1996; Fahy 2002, 5-13; Kruger & Schoombee 2009, 84-101; Newick 2013, 5-9; Poat 2003, 396-400, Sinivaara ym. 2004, 33-41).

”Tarpeitani ja toiveitani hoidon suhteen kuunneltiin asiallisesti ja huomioitiin hoidon suunnittelussa. Sairaalahajasta jäi positiivinen kuva.”

”Saatoin tuntea että hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani ja ymmärsin eri vaiheet.”

”Toiveeni otettiin hyvin suurella vakavuudella huomioon ja hoitoani koskevat päätökset tehtiin kanssani.”

”Synnytyksessä ei riittävästi kannustusta, tietoa, kättilöt päättivät puolestani.”

Asiakaslähtöisyyteen kuuluu myös potilaan huomiointi yksilönä. Menneisyys ja aiemmat kokemukset ovat olennainen osa sitä, mikä mainittiin myös muutamassa palautteessa. Yhteensä kahdeksan vastaajaa kirjoitti erikseen kyseisen synnytyskokemuksen olleen eheyttävä edelliseen synnytykseen verrattuna. Krugerin ja Schoombeen (2009, 91) tutkimuksessa uudelleensynnyttäjä kertoi, ettei hänen tuntemuksiaan synnytyksen edistymisestä otettu todesta, vaikka hän oli synnyttämässä kolmatta lastaan. Analysoitu palaute osoitti pääosin päinvastaista.

”Musta oli hienoa että mun aikaisempi synnytyksen jälkeinen lapsivuodepsykoosi huomioitiin nyt ja jokainen hoitaja piti huolen että sain nukutuksi. Hoitajat ottivat vauvaa kansliaan. Oli tosi turvallinen olo täällä!”

”Otettiin hyvin huomioon aiempi traumaattinen synnytys.”

”Aiempaan traumaan suhtauduttiin hieman osaamattomasti (aiemman lapsen kuolema).”

Walshin (2005) käsittelemä holhous ja ”toisen parhaaksi” toimiminen voivat ilmetä myös tunteiden ja mielipiteiden vähättelynä. Päinvastaisesti niiden huomiointi ja arvostus ilmentävät kypsempää vallankäyttöä. Holhousta on myös Fahyn (2002, 12) kuvailema obstetrin diskurssin dominanssi. Synnytyslääketieteelliset diskurssit ovat yhteiskunnan pyhittämiä, mikä taas kertoo yhteiskunnan vahvasta luottamuksesta tekno-tieteisiin, joihin taas synnytyslääketiede perustaa hoitomuotonsa. Palautteissa mainittiin sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Jotkut vastaajat kertoivat, ettei heitä otettu tosissaan esimerkiksi kipua kuvailtaessa tai että heidän huoltaan vähäteltiin. Tämä on kurinpidollista vallankäyttöä, jolla naisesta pyritään tekemään säyseä ja mukautuva (Fahy & Parratt 2006, 47). Ehkä voisi jopa puhua kohteellistamisen (Gerlander & Isotalus 2009, 10) väärinkäytöksestä. Tällaista esiintyi mm. Fahyn (2002), Krugerin ja Schoombeen (2006) sekä Levyn (2006) tutkimustuloksissa. Suurin osa vastaajista koki kuitenkin tulleen totuudenmukaisesti kuulluksi.

”...tunsin, että minua ei kunnolla kuunneltu eikä huoltani nopeasta synnytyksestä otettu huomioon.”

”...omaa tuntemusta arvostettiin.”

”Vuodeosastolla hoitajat antoivat hyvin neuvoja, eivätkä vähätelleet kysymyksiä.”

Hildingssonin ja Rådestadin (2005) tutkimuksessa ne asiakkaat, jotka olivat tyytymättömiä hoitonsa psykososiaaliseen puoleen, kertoivat sen johtuneen muun muassa heidän puolisoitensa vähäisestä huomioinnista (Hildingsson & Rådestad 2005, 239-249). Näissä palautteissa kukaan vastaajista ei maininnut, että heidän puolisoitaan tai tukihenkilöitään ei olisi huomioitu. Toisaalta vain muutama mainitsi siitä positiivisessakaan mielessä. Useammassa palautteessa sen sijaan kerrottiin, että synnytyksen jälkeen keskityttiin ainoastaan vauvan vointiin, ja äidit olivatkin kokeneet jääneensä taka-alalle. Erityisesti kivunhoito koettiin ongelmalliseksi.

”Äidin tilastakin saisi olla ehkä enempi kiinnostusta, jäi olo ettei sillä niin suurta merkitystä kuin lapsen. Toki ymmärrän tämän niin sanotusti äitejä osallistavana omaan hoitoonsa eli pyytäessä huomion tilaansa saa.”

”Toivomisen varaa jäi ainoastaan äidin terveydentilan arviointiin, jota ei juurikaan tehty.”

”Kivun hoito on riittämätöntä.”

”Ehdotuksia: hoitajille lisää koulutusta vaikeasta sektionjälkeisen kivun hoidosta.”

6.4 Tilannekohtaisuus

Hildingssonin ja Rådestadin (2005) tutkimuksessa hoidon psykososiaalisuuteen tyytymättömät osallistujat erittelivät syiksi myös tuen ja rohkaisun vähyyden, sekä rajoitetun ajankäytön kysymyksille (Hildingsson & Rådestad 2005, 239-249). Myöskään nämä seikat eivät tulleet erityisemmin esille aineistossa. Ajankäyttöön, tilan antoon ja kannustamiseen liittyviä asioita käsiteltiin yhteensä 29% :ssa palautteista, mutta suurimmaksi osin muista näkökulmista. Vastauksista 11% oli negatiivisia. Osa vastaajista oli kuitenkin huomannut kiireen vaikutuksen saamaansa ohjaukseen, osa ei. Tämä löydös vahvistaa sen, mitä Levyn (2006) tutkimuksessa hoitajat itse toivat esille eli aikapulan. Toisaalta palautteista kävi epäsuorasti ilmi myös Levyn (2006, 119) tutkimuksessa esille tullut kättilöiden pyrkimys peitellä kiirettä, mikä näytti tutkimuksen perusteella pääosin onnistuneen.

”Kiireen aisti välillä henkilökunnan toiminnassa.”

”Ei voinut olla huomaamatta kätilöiden kiirettä.”

”Kiire ei ole näkynyt hoitajan odotusaikoja lukuun ottamatta hoitotyössä, vaan hoitajilla on ollut aikaa kuunnella ja auttaa. Hoitajat ovat pystyneet keskittymään keskusteluhetkeen odottavien tehtävien pohtimisen sijaan.”

”Kätilöillä oli aikaa keskustella ja mahdollisen kiireen he peittivät ainakin potilaalta hyvin.”

”...aikaa löydettiin, vaikka osastolla välillä olikin kovasti ruuhkaa.”

”Aina oli aikaa ja asiat selitettiin selkeästi.”

Walshin (2005) artikkelissa esille tuotu holhous voi näyttäytyä käyttämisenä ja avun tuottamisena. Asiakkaalle ei anneta aikaa opetella toimimaan itsenäisesti, tai omaa rauhaa häiritään koko ajan tarkistamalla vointia. Tämä vahvistaa Fahyn ja Parrattin (2006, 47) Birth Territory-teoriassa kuvailemaa Midwifery Domination-aspektia, joka pohjautuu foucaultilaiseen kurinpidolliseen vallankäyttöön. Toisaalta tilanne voi olla myös päinvastainen, jolloin asiakasta itsenäistetään liikaakin, eikä pärjäämistä tueta tarpeeksi. Oma tila ja aika koettiin palautteissa usealla eri tavalla. Toiset vastaajat arvostivat saamaansa rauhaa ja yksityisyyttä, toiset kokivat tullessa unohdetuiksi. Unohdetuksi tuleminen, suorastaan yksin jättäminen tuli ilmi erittäin selvästi Kruger & Schoombeen (2009) tutkimuksessa. Sen tasoista kaltoinkohtelua ei onneksi analysoidusta aineistosta ilmi tullut.

”Hoitajat neuvoivat ja ohjasivat, mutta antoivat myös tilaa oppia itse. Tämä lisäsi luottamusta kykyyn hoitaa vauvaa kotonakin.”

”Hoitajat ovat olleet todella mukavia ja auttaneet, mutta myös osanneet antaa tilaa ja aikaa meille. Lisäksi ihanasti olette tukeneet ja kannustaneet meidän omista toiveista ja ajatuksissamme. Olo on ollut turvallinen ja kotiin lähtöä odotetaan nyt hyvin ja varmoin mielin.”

”Tarpeeksi omaa tilaa ja aikaa, sopivasti kontrollointia.”

”...(kätilöt) voisivat käydä paikalla vähän useammin kysymässä miten menee.”

Osalle henkilökunnan päättäväisyys ja asioiden näyttäminen kädestä pitäen oli suorastaan helpottavaa. Jotkut olisivat sen sijaan kaivanneet lisää aikaa opetella itse.

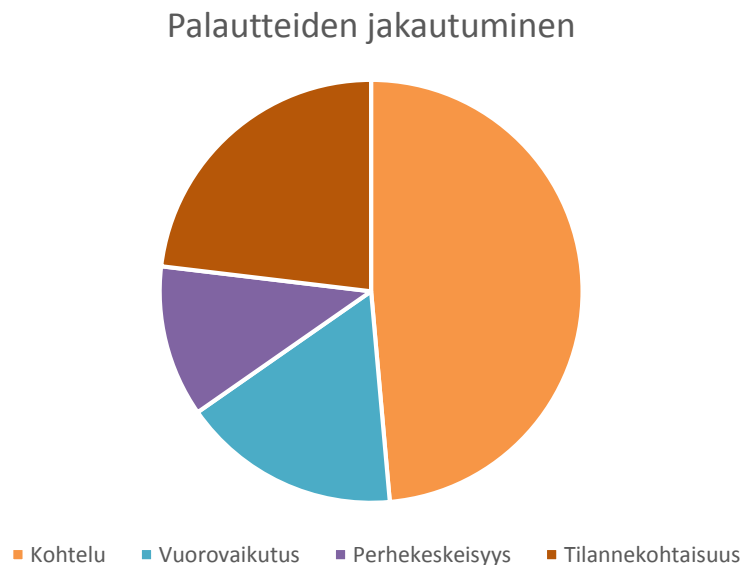
”Erityiskiitos hoitajalle, joka ”tarttui toimeen” ja laittoi äidin lypsylle, kun vauvan paino oli päässyt laskemaan yli sallittujen rajojen. Tehostettu imetys kokemuksena toi paljon lisävarmuutta ”omaan tekemiseen” eli vauvan hoitoon.”

”Olisin kaivannut rauhallisempaa otetta ja aikaa opetella itse. Kun vauva ei saanut imettyä, hoitajat tulivat ja laittoivat vauvan oikeaan asentoon ja työnsivät rinnan suuhun.”

6.5 Yhteenveto

Tulosten perusteella suurin osa synnyttäjistä ja heidän perheistään oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kohteluun. Vallankäytön näkökulmasta palautteissa painotetut asiat jakautuivat neljään yläluokkaan: kohteluun, vuorovaikutukseen, perhekeskeisyyteen ja tilannekohtaisuuteen (kuvio 1).

KUVIO 1. Palautteiden jakautuminen



Kohteluun liittyvät osa-alueet olivat varsin yksinkertaisia. Ystävällisyys, ammattitaito, iloisuus ja empatia koettiin miellyttävinä piirteinä, niiden puute päinvastoin epämiellyttävänä. Vastauksissa ei ilmennyt juurikaan hajontaa, kukaan ei esimerkiksi kertonut positiivisuuden ja hymyilyn olleen negatiivinen puoli hoitavassa kättilössä.

Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttivat hoidon suunnittelusta kertominen, ohjeiden anto, keskustelu ja kuuntelu. Eniten negatiivisia kokemuksia liittyi ohjaukseen, erityisesti sen puutteeseen. Ohjaustilanteisiin liittyi joitakin mielipide-eroja, muun muassa kerrottavan tiedon määrään liittyen. Osa vastaajista koki tietotulvan negatiivisena, osa ei pitänyt harvakseltaan annettavista ohjeista.

Vuorovaikutukseen ja erityisesti hoidon suunnitteluun limittyi voimakkaasti perhekeskeisyys, ja sen sisältämä yksilöllinen ja potilaslähtöinen hoito. Toiveiden kuuntelu ja asiakkaan tarpeiden huomiointi nousivat tärkeiksi seikoiksi, jotka koettiin pääosin hyvin huomioituiksi. Eniten hajontaa oli tilannekohtaisuuteen liittyvissä asioissa. Toiset vastaajista arvostivat saamaansa tilaa ja aikaa, toiset eivät saaneet sitä tarpeeksi, ja osa koki saaneensa sitä liikaa.

Vastaajien kokemukseen synnytyksestä ja sen jälkeisestä hoidosta vaikutti moni osa-alue. Melkein kaikissa palautteissa mainittiin useampi mieleen jäänyt asia. Muutamassa vastauksessa kerrottiin edellisestä traumaattisesta synnytyksestä tai siihen liittyvästä tilanteesta. Osa näistä vastaajista kertoi tämän synnytyksen eheyttäneen edellisen kokemuksen. Missään vastauksessa ei tuotu esille viimeisimmän, käsittelyssä olevan synnytyksen olleen traumaattinen. Sen sijaan yhteensä 65 vastaajaa kirjoitti saaneensa kokonaisuutena hyvän mielen tai kokemuksen.

Kaiken kaikkiaan palautteet olivat selkeitä ja yhteneväisiä. Suurin osa niissä ilmenneistä asioista oli melko ennalta-arvattavia. Aiempia tutkimustuloksia vahvistaen informaatio, valinnanvapaus ja hoitoon osallistaminen puhuttivat paljon (Brown, 1996; Hildingsson & Rådestad 2005, 239-249; Newick 2013, 5-9; Poat 2003, 396-400; Sinivaara ym. 2004, 33-41; Walsh 2005, 708). Toisaalta vastausten painotuksissa oli myös eroavaisuuksia aiempiin tuloksiin, kuten puolison huomioonin kokemuksen (Hildingsson & Rådestad 2005, 239-249). Kaikki esitetyt asiat olivat ymmärrettäviä, eikä mikään vastauksista herättänyt epäilyä sen totuudenmukaisuudesta.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Jokaisen tutkimuksen yhteydessä on mietittävä sen luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä seikkoja, vaikkei itse aihe olisikaan millään tavalla kiistanalainen. Tutkimus ja etiikka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa ihmisten eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta etiikka ohjaa tutkijan päätöksentekoa prosessin aikana, mitä kutsutaankin tieteen etiikaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125).

Tutkimusta voidaan tarkastella eettisten periaatteiden kautta. Niiden mukaan tutkimuksella on oltava yleistä hyötyä (Stenfors, 2015.) On turhaa tehdä tutkimusta, jonka tuloksilla ei ole mitään merkitystä, tai joilla on päinvastoin haitallinen vaikutus. On esimerkiksi eettisesti kyseenalaista järjestää systemaattisia seulontoja sellaisista sairauksista, joiden etenemiseen ei voida vaikuttaa.

Eettiset periaatteet toimivat myös tutkittavan ilmiön suojana. Tutkijalla on oltava osallistujilta kirjallinen suostumus tutkimukseen. Heillä on oikeus pysyä tunnistamattomina, sekä keskeyttää tutkimus missä vaiheessa prosessia tahansa. Tutkimukseen osallistuvat kertovat aiheesta luottamuksellisesti tutkimuksen tekijälle, jolla on salassapitovelvollisuus. Hänellä on myös koko prosessin ajan vastuu osallistujista. Mikäli tutkimus aiheuttaa tutkittaville riskejä tai haittoja, on työ keskeytettävä. Tutkijalla on lisäksi vastuu muista tutkimuksen toteuttamiseen liittyvistä seikoista. Tutkimusmenetelmän on oltava yleisesti hyväksytty sekä tieteellinen. Se ei saa tuottaa sattumanvaraisia tuloksia, ja tutkijan on oltava rehellinen vastauksia julkaistessaan. (Stenfors, 2015).

Tutkimusprosessissa etiikka ja luotettavuus ovat samankaltaisia käsitteitä. Eettisten periaatteiden lisäksi luotettavuutta voidaan tarkastella reliabiliteetin ja validiteetin kautta. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä tuottaa sellaisia tuloksia, jotka on mahdollista toistaa. Tulokset eivät siis saa olla satunnaisia. Validiteetti ilmaisee tutkimuksen pätevyyttä eli sitä, onko se onnistunut saamaan tietoa aiheesta, josta oli tarkoitus. (Stenfors, 2015).

Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa tutkija itse. Vaikka ilmiötä tarkastelisi objektiivisesti ja tulokset toisi julki totuudenmukaisesti, tuo tutkija kuitenkin oman tyyliensä esiin prosessin

kuluessa. Viimeistään aineistoa purkaessa tutkija kohtaa vaihteita, joissa on mahdollista viedä tutkimusta useampaan suuntaan. Sisällönanalyysi kuvastaa aina tutkijaansa. Aineiston luokitteluun ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa, ja eri tekijät saivatkin varmasti erilaisia luokkia ja yhteenvedoja omien tottumustensa ja ilmaisutapojensa pohjalta. Näin ollen tutkijalla on suuri vaikutus analyysin lopputulokseen. Toki itse tutkimustulokset pysyvät aineiston puitteissa samoina tutkijasta riippumatta, mutta analysoijan korostamat näkökulmat tuovat raportissa esille sävyeroja.

Tässä tutkimuksessa etiikkaa on käsitelty paljon, jopa yhtenä käsitteenä teoreettista viitekehystä muodostettaessa. Katsaus aiempiin teorioihin ja tutkimuksiin on suoritettu useita kansainvälisiä lähteitä käyttäen. Työssä on hyödynnetty tutkimuksia, artikkeleita, lakeja ja asetuksia sekä muita tieteellisiä teoksia pääosin 2000-luvulta. Poikkeuksena on Brownin tutkimustuloksia kokoava artikkeli vuodelta 1996. Lisäksi on käytetty lähteinä joitain tieteen klassikoita, joiden sisältämä tieto ei vanhene. Lähteiden haku on tehty niin kirjastoissa kuin sähköisesti luotettavien hakukoneiden kautta ja useita hakusanayhdistelmiä hyödyntäen. Käytetyt lähteet on kirjattu tarkasti, ja niihin on viitattu tekstissä säännönmukaisia viitemerkintöjä käyttäen.

Eettisyys on huomioitu myös prosessin muissa vaiheissa. Jo ennen työn alkua kerätty aineisto on koottu niin, ettei vastaajia voida tunnistaa. He eivät jättäneet minkäänlaisia yhteystietoja tai muita tunnisteita palautteita kirjoittaessaan. Yksittäisestä vastauksesta selvisi ainoastaan päivämäärä, jolloin se oli vastaanotettu, sekä osasto, jota se koski. Sisällöstä ei selvinnyt mitään vastaajaa koskevaa tietoa, kuten edellisten synnytysten lukumäärää tai aiempia kokemuksia, ellei vastaaja itse tuonut sellaista esiin. Palautteiden kirjoittaminen oli myös täysin vapaaehtoista, eikä osallistumisesta koitunut vastaajille mitään riskejä tai haittaa. Tutkimustulokset on esitetty rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Myös vaiheittainen sisällönanalyysi on julkaistu.

Tutkimustulosten reliabiliteettia voidaan tarkastella jo niiden suhteesta aiempiin tuloksiin. Eniten puhututtaneet asiat ovat ilmenneet jo aiemmin tehdyissä tutkimuksissa, vaikka hajontaakin tietysti oli. Myös aineiston suuri koko vaikuttaa luotettavuuteen. Sadat vastaajat olivat samaa mieltä useista asioista, eivätkä esille nousseet ilmiöt olleet sattunnaisia. Tulokset ovat näin ollen toistettavissa, ja ilmenisivät mitä todennäköisimmin myös seuraavassa aihetta käsittelevässä työssä. Tutkimuksen luotettavuutta tukee myös sen kyky tuottaa tuloksia määritetystä aiheesta. Työ tukee sille asetettua tarkoitusta, ja

tutkimuskysymykseen on saatu vastaus. Tutkimuksesta olisi saatu kokonaisvaltaisempi, jos aineistoon olisi sisällytetty asiakaspalautteita myös synnyttämättömien vuodeosastolta, äitiyspoliklinikalta ja synnytysvastaanotosta. Näin mukaan olisi saatu koko synnyttäjän hoitopolku. Tutkimus olisi myös ollut entistä luotettavampi, sillä vastaajia olisi ollut enemmän. Aineiston koko olisi kuitenkin ollut opinnäytetyöksi liian suuri. Mikäli olisi haluttu tutkia vallankäyttöä kätilötyön joka näkökulmasta, olisi työhön voitu sisällyttää myös naistentautien osastot ja poliklinikat.

Voi myös pohtia, onko tällainen asiakastyytyväisyyskyselyistä kerätty palaute optimaalista vallankäytön pohtimiseen tai onko vallankäyttö sopiva teoreettinen viitekehys tällaiselle tutkimukselle. Kuinka moni asiakas tiedostaa mahdollisia vallankäytön tilanteita hoidossaan ja osaa sen spontaanisti ilmaista kyselyssä, joka on tarkoitettu mittaamaan asiakastyytyväisyyttä ja jossa ei selkeästi vallankäyttöön liittyviä ajatuksia ja kokemuksia kysytä? Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa myös äitiyshuollon asiakkaita oli mukana, aineisto oli kerätty eri tavalla. Tiedonkeräysmetodeina olivat henkilökohtaiset haastattelut ja tarkkailu, joiden tarjoamaa dataa arvioitiin mm. diskurssianalyysin, filosofisten ja psykologisten teorioiden kautta. Nämä yhdistettyinä vahvaan teoriapohjaan tarjosivat hyviä näkökulmia vallankäyttöön. (Fahy, K. 2002; Fahy, K. & Parratt, J.A. 2006; Kruger & Schoombee 2009; Levy, V. 2006.)

7.2 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla erilaisia synnytyksen aikana ja sen jälkeen ilmeneviä vallankäytön tilanteita. Työn tehtävänä oli vastata kysymykseen ”minkälaisia vallankäytön keinoja kätilö käyttää työssään synnytyksen aikana ja sen jälkeen”. Molempiin näkökulmiin löytyi paljon tietoa aiemmista tutkimuksista ja teorioista. Myös aineisto antoi osviittaa siitä, millaista vallankäyttö voi olla ja mitä keinoja palautteen avulla voi tulkita kätilötyössä tapahtuvan. Asiakaspalautteet kuvailivat erityisesti yksittäisiä tapahtumia, jotka olivat pohdinnalle hyödyllisiä ja auttoivat selventämään tuloksia. Aineisto havainnollisti yksinkertaisia ja työelämässä arkipäiväisiä vallankäytön tilanteita, joita ei välttämättä pysähdytä miettimään asiakkaan näkökulmasta. Pienetkin eleet ja sanat voivat tehdä suuren vaikutuksen hoitoprosessin kokemukseen, positiivisella tai negatiivisella tavalla. Työn teoreettinen viitekehys ja analysoitu aineisto onnistuivat yhdessä löytämään juuri tällaisia keinoja ja tilanteita.

Sanotaan, ettei kaikkia voi miellyttää kerralla. Tämä ajatus näkyy vahvasti myös tutkimuksen aineistossa. Tietty asia voitiin kokea negatiivisena tai positiivisena, sen puutteesta kiiteltiin ja annettiin risuja, ja sen liiallisuus saattoi olla häiritsevää tai juuri sitä mitä tarvittiin. Ihmiset ovat erilaisia ja pitävät eri asioista. Jokainen kokee ja näkee maailman eri tavalla ja kokemukseen vaikuttavat useat eri asiat menneisyydestä ja kasvatuksesta lähtien. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös temperamentti ja persoona. Lisäksi on hyvä muistaa, että kaikki vallankäytön tilanteet koostuvat vähintään kahdesta ihmisestä, tässä tapauksessa synnyttäjistä ja kättilöistä. Paikalla voi olla myös muita perheenjäseniä ja omaisia, jotka myös kokevat asiat eri tavalla. Valta ja siihen liittyvät tilanteet eivät siis ole täysin mustavalkoisia juuri erilaisten kokemuspohjien vuoksi, ja voivatkin näyttäytyä erilaisina eri ihmisille.

Paljon hajontaa sisältänyt osio oli vuorovaikutus. Erityisesti ohjaus oli saanut paljon kiitosta selkeydestään ja riittävydestään, mutta sitä oli myös kritisoitu eniten. Palautteista ei ilmennyt millä tyyllillä ohjaus oli toteutettu tai oliko havainnollistamiseen käytetty jonkinlaisia apuvälineitä. Tiedonannossa ja vuorovaikutuksessa vastaanottokykyyn ja informoinnin toimivuuden kokemukseen vaikuttavat sekä tilanne että vastaanottajan oppimistyyli. Toiset ovat auditiivisia ja omaksuvat uudet asiat parhaiten kuuntelemalla, toiset visuaalisia ja oppivat näköaistin kautta. Joillekin uudet käytännöt jäävät parhaiten mieleen itse tekemällä. (Jyväskylän yliopiston kielikeskus). Näin ollen jotkut vastaajista olisivat voineet hyötyä vaikkapa paperisista infolehtisistä ja havainnollistavista kuvista, mikäli sellaisia ei ollut käytössä, kun taas toisille niillä ei olisi ollut merkitystä. Juuri erilaisten omaksumistyylien vuoksi onkin tärkeää kertoa asiakkaalle kaikista kanavista, joiden kautta informaatio on mahdollista saada. Eräässä vastauksessa mainittiin esimerkiksi osastolla näytettävän vauvanhoitoon liittyvän opetusvideon olleen erittäin hyödyllinen.

Tiedonanto tarkoittaa ohjauksen ja käytännön neuvojen jakamisen lisäksi selkokielistä informointia siitä, mitä tulee tapahtumaan. Juuri tämä informaation osa-alue on erityisen tärkeä hoitotyössä, tai missä tahansa tilanteessa, jossa toinen osapuoli on asiantuntija ja toinen maallikko. Ammattilaiselle tapahtumienkulku saattaa olla itsestään selvää ja jokapäiväistä, asiakkaalle puolestaan ei. Onkin siis tärkeää sanoa ääneen mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Kättilötyössä tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi sisätutkimukset. Osittainen alastomuus ja henkilökohtaisella alueella työskentely saattavat tehdä tilanteen kiuksalliseksi ja jopa kivuliaaksi. Tutkimuksen suorittaja ei voi myöskään tietää minkälaisia kokemuksia asiakkaan menneisyyteen kuuluu, joten tilanne voi olla myös psyykkisesti

vaikea. Sisätutkimusta, tai mitä tahansa muuta toimenpidettä tehdessä onkin ensiarvoisen tärkeää kertoa, milloin aikoo koskettaa. Muutamissa palautteissa mainittiin erittäin negatiiviseksi kokemukseksi se, ettei koskettamisesta oltu mainittu etukäteen. Toki kaikki hoitotilanteet, mutta erityisesti sisätutkimus ja sen yhteydessä tehtävät toimenpiteet ovat vallankäytön tilanteita, joissa toinen on erityisen haavoittuvassa asemassa. Pienimmätkin asiat voidaan kokea tavallista voimakkaammin. Onkin tärkeää kiinnittää huomiota yksinkertaisiin asioihin, joilla toisen oloa ja kokemusta tilanteesta voidaan helpottaa.

Useassa asiakaspalautteessa käytettiin sanaa turvallisuus. Yhteensä 4% vastaajista mainitsi erikseen kokeneensa olonsa turvalliseksi. Turvallisuus on Maslowin tarvehierarkian mukaan yksi ihmisen perustarpeista (McLeod, 2016). Käsitettä voidaan lähestyä muun muassa poliittisesta tai psykologisesta näkökulmasta. Se voidaan määritellä tarpeen lisäksi myös arvona tai oikeutena. Turvallisuus voi ilmetä suojautumisena ja puolustautumisena, jatkuvuuden tavoitteluna tai pyrkimyksenä sisäiseen tasapainoon. Se voi ilmetä yksilö- tai ryhmätasolla, tai suuremmassa mittakaavassa koko kansakuntaa tai maapalloa koskevana ilmiönä. Arvona turvallisuus pohjautuu ihmisoikeuksiin. Turvallisuuden käsite voidaan jaotella objektiiviseen, ulkoiseen turvallisuuteen sekä subjektiiviseen, sisäisesti koettuun tunteeseen. Kokemukseen vaikuttaa muun muassa luottamus. (Punamäki, 2010).

Palautteissa mainittu turvallisuus viittaa juuri sisäiseen, koettuun turvallisuuteen. Luottamussuhteen lisäksi siihen vaikuttaa jatkuvuuden tavoitteluun liittyvä ennakoitavuus, joka pohjautuu tiedonantoon ja asiakkaan ymmärrykseen siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös ammattitaito ja käyttäytyminen. Koettu vallankäyttö vaikuttaa siis suoraan koettuun turvallisuuteen, ja sitä kautta kokonaisvaltaisesti synnyttäjän kokemukseen. Turvallisuuden tunne tai sen puute ovat siis eräänlaisia vallankäytön lopputuloksia. Turvalliseksi olonsa kokeneet synnyttäjät olivat siis mitä luultavimmin tyytyväisiä myös heidän kohdallaan käytettyihin vallankäytön muotoihin. Vaikka useat palautteet osoittivat tyytymättömyyttä, ei yhdessäkään kerrottu vastaajan kokeneen oloaan turvattomaksi missään hoidon vaiheessa. Tunne rakentuu toki jokaisen ihmisen kohdalla eri asioista, mutta ehkä kokemuksena turvattomuuden tunne on hankalampi määritellä kuin turvallisuus. Olisikin mielenkiintoista selvittää, mitkä asiat vaikuttavat koettuun turvallisuuteen, ja erityisesti turvattomuuteen hoitotyössä.

7.2.1 Johtopäätökset

Tutkimustulosten pohjalta voidaan päätyä tarkoitusta tukeviin ja tutkimuskysymykseen vastaaviin johtopäätöksiin. Työn tarkoituksena oli siis kuvailla erilaisia tilanteita, joissa vallankäyttöä ilmenee. Tilanteet voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

1. hoitotoimenpiteet ja tutkimukset
2. hoidon suunnitteluun ja etenemiseen liittyvät tilanteet, kuten kivunlievityksen valinta
3. ohjaus- ja vastaanottotilanteet.

Kaikissa näissä on käytettävissä useita vallankäytön työkaluja, jotka voidaan jakaa seuraavasti:

1. toimivan kohtaamisen keinot, kuten ystävällinen käytös, hymyily ja positiivinen asenne, sekä inhimillisuus
2. vuorovaikutukselliset keinot, esimerkiksi yksinkertainen ja selkokielineen tiedonanto, ammattisanaston välttäminen, erilaisten ohjaustyylien hyödyntäminen, ennakoiva tiedottaminen esimerkiksi ennen kosketusta, sekä aito kuuntelu ja keskustelu
3. yksilöllisyyden edistämisen keinot, kuten hoidon suunnitteluun osallistaminen ja vaihtoehtojen anto, kaikenlaisten toiveiden ja tunteiden kunnioitus, sekä puolison tai tukihenkilön huomiointi esimerkiksi ohjaustilanteissa
4. tuen ja kannustuksen keinot, joita ovat läsnäolo, tilan ja ajan anto, päättäväisyys ja toimeen tarttuminen, itsenäisyyteen ja omatoimisuuteen rohkaisu, sekä kärsivällisyys

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimus käsitteli vallankäytön ilmenemistä synnyttäjien näkökulmasta. Olisi mielenkiintoista ja myös hyödyllistä saada tietoa siitä, miten tukihenkilöt ja puoliset kokevat vallankäytön synnytyksen aikana.

Myös kokemusten jättämien jälkien muuttuminen olisi kiinnostava tutkimusaihe. Asiakaspalautteissa moni vastaaja kertoi, miten aiempi negatiivinen synnytyskokemus siirtyi

taka-alalle nykyisen, positiivisen kokemuksen myötä. Aiemmin koetut ikävät muistot hävenivät ja päällimmäiseksi jäi uusi, miellyttävä kokemus. Positiiviseksi koettu tapahtuma voi siis syrjäyttää negatiivisen muiston, ja toimia näin ollen voimauttavana kokemuksena. Entäpä jos kokemukset ovatkin eri järjestyksessä, voiko aiemmin koettu miellyttävä ja onnellinen muisto muuttua uuden, negatiivisen kokemuksen kautta ikäväksi?

Teoriaosio nosti mieleen kysymyksen siitä, missä suhteessa eri tieteenalojen vallankäytön ja vallan teoriat ja käytännöt ovat hoitotyön vallankäytön kanssa. Kansainvälisiä tutkimuksia löytyi, mutta kotimaisia vähemmän. Esimerkiksi filosofi Michel Foucaultin teoriat vallankäytöstä tulivat esille lukuisissa ulkomaisissa kättilötyötä koskevissa tutkimuksissa ja olisi mielenkiintoista lukea suomalaisen kättilötyön kontekstiin asetettuja tutkimuksia, jossa Foucaultin teorioita tarkastellaan kotimaisesta näkökulmasta. Tämä siksi, että Suomessa hoitotyön kulttuuri on väistämättä erilaista kuin esimerkiksi Kanadassa tai Australiassa, vaikka toki paljon yhteneväisyyksiäkin on. Kotimaisia opinnäytetöitä koskien esimerkiksi psykiatrista hoitotyötä ja vammaistyötä kyllä löytyi.

Jäimme myös kaipaamaan suomenkielistä, laajaa tutkimusta vallankäytöstä kättilötyössä. Oppikirjoissa vallankäyttöä sivutaan, mutta hyödyllinen olisi sekä laajempi tutkimus että siitä muokattu selkeä, tiivis paketti vallasta ja vallankäytöstä kättilötyössä, joka houkuttelisi ajattelemaan ja reflektoimaan jokaisen kättilön omaa hoitotyötä. Hyvin mielenkiintoista olisi myös tutkia hoito- ja erityisesti kättilötyössä toimivien miesten ja naisten välisiä eroja vallankäytössä, vaikka miehet vähemmistöä tässä ammattikunnassa edustavatkin.

Vielä jäimme pohtimaan, onko kirjallisen palautteen kerääminen paras mahdollinen tapa esimerkiksi seuloa epäkohtia tai muutenkaan kerätä luotettavaa dataa siitä, miten raskaus ja synnytys tai lapsivuodeaika sairaalassa olivat menneet vallankäytön näkökulmasta. Yhdistetty tarkkailu- ja haastattelututkimus voisi olla hyvä tapa saada hyvää informaatiota, mutta sellaisen toteuttaminen riittävän laajassa mittakaavassa voi kyllä olla hyvin haasteellista toteuttaa. Ylipäätään kaipasimme lisää kotimaista, modernin kättilötyön tutkimusta.

LÄHTEET

Bloom, J. 2005. Exploring interpersonal tensions and opportunities. *British journal of midwifery*. 13 (7), 461-463.

Brown, C. 1996. Freedom of choice: an expression of emerging power relationships between a childbearing woman and her caregiver. *International Journal of Childbirth Education*. 11 (3).

Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. 2013. International Confederation of Midwives. Luettu 7.5.2017.

<http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi. 2005/36/EY. 6. jakso. Luettu 7.5.2017. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>

Fahy, K. 2002. Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. *Australian College of Midwives Incorporated Journal*. 15(1). 5-13.

Fahy, K. & Parratt J.A. 2006. Birth Territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth*. 2006(19), 45-50.

Foucault, M. 2005. *Tarkkailla ja rangaista*. Helsinki: Otava.

Gerlander, M. & Isotalus, P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriäviivoja. *Puhe ja kieli*. 30(1), 3-19.

Hildingsson, I. & Rådestad, I. 2005. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of advanced nursing*. 52 (3), 239-249.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2017. Näyttöön perustuva toiminta. Päivitetty 3.5.2017. Luettu 7.5.2017.

<http://hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

HUS. Antenataaliosasto. Luettu 7.5.2017.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/naistenklinikka/osastot/osasto-42/Sivut/default.aspx>

ICM International Definition of the Midwife. 2011. International Confederation of Midwives. Luettu 6.5.2017.

<http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>

Jabe, M. & Kuusela, S. 2013. *Hyvä paha valta*. Helsinki: Talentum.

Jyväskylän yliopiston kielikeskus. Jyväskylä. Luettu 19.4.2017.

<https://kielikompassi.jyu.fi/oppioppimaan/oppimistyylylit.htm>

Kantola, A. 2014. *Matala valta*. Tampere: Vastapaino.

- Kielitoimiston sanakirja. 2016. Luettu 4.5.2016.
<http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>
- Leino-Kilpi, H. 2012. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa Kilpi-Leino, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 23.
- Korkean riskin raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) 2015. Kätilötyö. 6. uud. painos. Helsinki: Edita oy. 405-430.
- Kruger, L-M. & Schoombee, C. 2009. The other side of caring: abuse in a South African maternity ward. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 28(1). 84-101.
- Kuusela, S. 2010. Valta ja vuorovaikutus johtamisessa. Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis*; 1024. Väitöskirja. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66677/978-951-44-8297-7.pdf?sequence=1>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559
- Lapsivuodeaika. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) 2015. Kätilötyö. 6. uud. painos. Helsinki: Edita oy. 289-350.
- Levy, V. 2006. Protective steering: a grounded theory study of the processes by which midwives facilitate informed choices during pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*. 30th Anniversary Issue. 29(1), 114-124.
- Matalan riskin synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) 2015. Kätilötyö. 6. uud. painos. Helsinki: Edita oy. 215-288.
- McLeod, S. A. (2016). Maslow's Hierarchy of Needs. Luettu 20.4.2017.
www.simplypsychology.org/maslow.html
- Newick, L., Vares, T., Dixon, L., Johnston, J., Guilliland, K. 2013. A Midwife Who Knows Me: Women Tertiary Students' Perceptions of Midwifery. *New Zealand College of Midwives Journal*. 47, 5-9.
- Ollila, M-R. 2005. *Persoonan valta*. Helsinki: WSOY.
- Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen. Jyväskylän ammattikoulu. Luettu 10.11.2016.
<https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/opinnaytetyo-prosessina/opinnaytetyon-suunnitelman-laatiminen/>
- Poat, A., McElligott, M., Fleming, V. 2003. How midwives' attitudes can affect the research process. *British journal of midwifery*. 11 (6), 396-400.
- Punamäki, M. 2010. Koettu turvallisuus osana lasten hyvinvointia. Järjestö- ja nuorisotyön koulutusohjelma. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Ransjö-Arvidson, A-B. 2013. Barnmorskans arbets- och forskningsfält. Teoksessa Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (toim.) 2013. Lärobok för barnmorskor. 3. painos. Lund: Studenlitteratur AB. 38-43.

Repo, A. 2012. Etiikan teoriaa. Teoksessa

Saarinen, E. 1985. Länsimaisen filosofian historia huipulta huipulle Sokrateesta Marxiin. Helsinki: WSOY.

Sairaanhoitajaliitto ry. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 29.4.2016.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Schoombee, C., Van Der Merwe, J. & Kruger, L-M. 2005. The stress of caring: the manifestation of stress in the nurse-patient relationship. *Social Work/Maatskaplike Werk*. 41(4), 388-408.

Seppänen, Juha. 2009. Deduktiivinen ja induktiivinen päättely. Luettu 10.4.2017.
<http://www.kolumbus.fi/juha.seppanen/opinnot/fi/deduindu.html>

Sinivaara, M., Suominen, T., Routasalo, P., Hupli, M. 2004. How delivery ward staff exercise power over women in communication. *Journal of Advanced Nursing*. 46(1), 33–41.

Smith, M. & Parker, M. 2015. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 4. painos. Philadelphia: F. A. Davis Company. 4, 53.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009(18).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Itsemääräämisoikeuden lainsäädännön valmistelu jatkuu tänä syksynä. Julkaistu 21.9.2016. Luettu 7.5.2017.
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaraamisoikeuslainsaadannon-valmistelu-jatkuu-tana-syksyna

Stenfors, P. Lehtori. 2015. Hoitotyön tutkimus. Luento. 27.8.2015. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Suomen Kätilöliitto ry. Kätilövala. Luettu 29.4.2016.
<http://www.suomenkatilo-liitto.fi/katilovalala>

Suomen Kätilöliitto ry. 2004. Laatuä kätilötyöhön – kätilötyön eettiset ja laadulliset periaatteet. Luettu 29.4.2016.
https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.koti-sivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

Tays. 2016. Vuodeosasto 4a. Luettu 7.5.2017.
http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Vuodeosasto_4a

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Teemoja. Luettu 4.5.2016.

<http://etene.fi/teemoja>

Valtakunnallinen sosiaali ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2001. Terveystenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Helsinki.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113094/URN%3aNBN%3afe201504225746.pdf?sequence=1>

Valtakunnallinen sosiaali ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki.

<http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>

Walsh, D. 2005. Professional power and maternity care: The many faces of paternalism. *British journal of midwifery*. 13 (11), 708.

Walsh, D. 2012. *Evidence and Skills for Normal Labour and Birth. A guide for midwives*. 2. painos. London: Routledge.

Walton, I. 2009. Power, places and spaces: Issues for women in labour. *Midwifery Matters*. 122, 3-6.

LIITTEET

Liite 1. Aineiston jaottelu

Pelkistetty ilmaus (synnytyssalin/ lapsivuodeosasto- tojen vastausten lkm)	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Iloisuus (4/-) Positiivisuus (6/-) Ystävällisyys (78/ 277) Epäystävällisyys (11/15)	Käyttäytyminen	Kohtelu	Ammatillinen kohtaaminen ja viestintä
Huomaavaisuus (8/-) Välittäminen (16/-) Ihmisläheisyys (5/59)	Empatia		
Ammattitaito (138/222) Asiallisuus (6/16)	Ammattimaisuus		
Informointi (12/12) Ohjaus (35/115) Minulle ei kerrottu mitä tapahtuu (6/-) Minua ei ohjattu tarpeeksi (-/44) Epäselvät ohjeet (2/10) Sain kaikki ohjeet kerralla (-/3)	Tiedonanto	Vuorovaikutus	
Keskustelu ja Kuuntelu (23/38)	Kommunikaatio		

Pelkistetty ilmaus (synnytyssalin/lapsivuodeosastojen vastausten lkm)	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Kunnioitus (3/-) Ymmärrys (11/25) Minut otettiin tosissaan (-/11) Vähättely (-/3) Minua ei otettu tosissaan (2/-) Tarpeiden ja toiveiden huomiointi (29/44) Toiveitani ei kuunneltu (8/2) Vointiani ei kysytty tarpeeksi (-/8)	Asiakkaan huomiointi	Perhekeskeisyys	Yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma
Läheisten huomiointi (11/9) Vauvan kohtelu (-/4)	Läheisten huomiointi		
Asiakaslähtöisyys ja Yksilöllisyys (15/29)	Potilaslähtöisyys		
Päätäväisyys (3/-) Tuki ja Apu (20/161) Kannustus (26/41) Minua ei kannustettu (3/-)	Kannustaminen		
Oma rauha ja Yksityisyys (3/28) Läsnäolo (4/-) Ei omaa rauhaa (-/15) Minut jätettiin yksin (-/8)	Tilan anto	Tilannekohtaisuus	
Rauhallisuus ja Kiireettömyys (20/41) Kärsivällisyys (3/10) Kiire (1/17)	Ajan anto		

Liite 2. Kätilövala (1777)

Minä lupaan ja vannon,
 Jumalan ja hänen pyhän evankeliuminsa kautta,
 että kaikissa kätilöin toimissani sillä tavalla itseni käytän,
 kuin siitä Jumalan ja omantuntoni edessä vastata taidan,
 ja uskollisesti viljelen ne tiedot, joita olen oppinut,
 niin että Jumalan turvin ja avulla
 hellästi ja väsymättä voinen itsekseni palvella,
 joka minua avuksensa vaatii,
 olkoonpa ylhäinen taikka alhainen
 rikas taikka köyhä ja yöllä taikka päivällä,
 sekä kaikin voimin ahkeroinen että se vaimo,
 jonka tykö minä kutsutaan ja kuljetetaan,
 vähimmällä vaaralla tulee tuskastansa kirvoitetuksi,
 ja lapsi, jos suinkin mahdollista on, elävänä syntyy
 ja saa tarpeellisen hoidon ja holhouksen.

Hätätilatta en tahdo minä syntymistä jouduttaa,
 ja sen kautta matkaansaattaa onnettomuuksia,
 vaan kärsivällisesti ja napolisematta odottaa oikeata aikaa.
 Myöskin tahdon minä suurimmalla tunnollisuudella
 estää keskoisten saantia taikka ennenaikaista synnyttämistä
 sekä antaa niitä neuvoja
 ja ruveta niihin varanpiteisiin sitä vastaan,
 joihin minulla on taitoa ja oppia.
 Jos joku minulle ilmoittaa salaisuuden
 taikka jotakin semmoista tietooni usko,
 jonka siveys salattavaksi vaatii,
 olen minä siitä oleva muille puhumatta
 ja sitä keviämielisesti saattamatta ilmi.

Ammattisisarusteni kanssa tahdon minä pitää
 ystävällistä ja rauhallista kanssakäymistä
 ja tarvittaissa auttaa heitä hyvillä neuvoilla
 ja kernaalla avulla.
 Jos yksi tahi useampi kätilöin tuodaan sinne,
 mihin minä olen kutsuttu, tahdon minä
 ystävällisesti ja hyvässä suosiossa neuvotella
 heidän kanssansa ja sitä harrastaa,
 josta tuskanalaiselle voisi olla parhain apu.

Noudatettavana olevata ohjesääntöä tahdon minä
 parhaimman vointini mukaan kaikin puolin osaltani seurata,
 sekä myöskin kuuliaisesti täyttää kaikki,
 mitä minulle toimituksessani muuten
 ehkä laillisesti määrätään.
 Vihdoin en ole minä laiminlyövä mitään kaikesta siitä,
 joka tähän kutsumukseeni kuuluu
 vaan sitä toimittava semmoisella tavalla,
 että siitä Jumalan ja ihmisten edessä vastata taidan,
 niin totta kuin Jumala minua auttakoon
 hengen ja sielun puolesta.

(Paananen 2015, 20)

Liite 2. Kätilövakuutus (1920-1970 –luku)

Minä vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta,
että vakaa ja vilpitön tahtoni on
kaikissa kätilötehtävissäni
tarkasti ja huolellisesti
sekä parhaan kykyni ja taitoni mukaan
täyttää ne velvollisuudet,
jotka lakien ja asetusten
sekä laillisten määräysten nojalla
minulle kätilönä ja kansalaisena kuuluvat.